

19
1024

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



HABITOS BUCALES INFANTILES
ANORMALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ROSA MARIA TORRES MEJIA

México, D. F.

15381

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.

1.- ORTODONCIA

- 1.1 Definición.
- 1.2 Divisiones de la Ortodoncia.
- 1.3 Importancia de la Ortodoncia.

2.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA CARA.

- 2.1 Definiciones.
- 2.2 Períodos prenatales.
- 2.3 Desarrollo embriológico de la cara.
 - 2.3.1 Desarrollo embriológico del paladar.
 - 2.3.2 Desarrollo embriológico del techo de la boca y maxilar superior.
 - 2.3.3 Desarrollo embriológico del maxilar inferior.

3.- MALOCCLUSION.

- 3.1 Definiciones.
- 3.2 Diagnóstico de una maloclusión
- 3.3 Consecuencias de una maloclusión.

4.- HABITOS BUCALES INFANTILES ANORMALES.

- 4.1 Generalidades.
- 4.2 Aspectos psicológicos.
- 4.3 Hábitos anormales de respiración.

- 4.4 Hábitos anormales de fonación.
- 4.5 Hábitos de succión digital.
- 4.6 Hábito de empuje lingual.
- 4.7 Hábito de succión y mordedura de labio.
- 4.8 Hábitos anormales diversos.
 - 4.8.1 Hábitos posturales.
 - 4.8.2 Hábitos de mordedura de uñas.
 - 4.8.3 Hábitos masoquistas.
 - 4.8.4 Hábitos de abertura de pasadores de pelo.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Los hábitos bucales infantiles anormales, es el tema que he elegido para mi tesis, en un deseo de hacer conciencia del papel tan importante que puede tener el Cirujano Dentista, si posee los conocimientos necesarios para eliminar este tipo de problemas, evitando con esto trastornos mayores.

Se ha observado mediante estudios realizados en grupos de niños, que la maloclusión que se presenta con más frecuencia en la dentición temporal, es la mordida abierta anterior relacionada con los hábitos de lengua y dedo.

Aunado a la maloclusión que se presenta como consecuencia de los hábitos anormales, se presentarán una serie de trastornos anatómicos, fisiológicos, fonéticos y estéticos, que van a perjudicar el desarrollo físico y emocional normal del niño.

Mediante este trabajo se da una breve explicación de la Ortodoncia, que es la rama de la Odontología encargada del estudio y tratamiento de las maloclusiones causadas por hábitos bucales anormales.

En el segundo capítulo se menciona el crecimiento y desarrollo prenatal de la cara, por la importancia que tiene en el desarrollo normal posterior de las estructuras dentomaxilares.

El capítulo tres, se relaciona con la maloclusión en general: tipos de maloclusión, métodos de diagnóstico, causas y -

consecuencias de una maloclusión. Todos estos son factores importantes de considerar, para poder establecer nuestro diagnóstico y un correcto tratamiento.

Los hábitos bucales infantiles anormales, es un tema importante por la frecuencia con que se presenta y los trastornos que ocasionan en los niños.

FALTA

LA PAG.

3

1.1 Definición.

"La Ortodoncia es la rama de la Odontología que comprende el estudio del crecimiento y desarrollo de los maxilares y - cara en especial y del cuerpo en general, así como la influencia que tienen en la posición de los dientes, encargándose del tratamiento preventivo, interceptivo y correctivo de las anomalías dentofaciales".

La Ortodoncia es la más antigua de las especialidades de la Odontología. Desde hace muchos años se tenía conciencia de los "dientes torcidos"; se menciona en los escritos de Hipócrates (460-377 a.c.), Aristóteles (384-322 a.c.), Celso y Pilino- contemporáneos de Cristo. En tumbas del antiguo Egipto, Grecia- y los Mayas de México, se han encontrado como artefactos arqueológicos, toscos aparatos aparentemente diseñados para regularizar dientes.

1.2 Divisiones de la Ortodoncia.

La Ortodoncia se divide en tres categorías: Ortodoncia - preventiva, Ortodoncia interceptiva y Ortodoncia correctiva.

La Ortodoncia preventiva es la que se encarga de mantener una oclusión, que en un momento dado se considera normal. - Por medio de la Ortodoncia preventiva se tratará de evitar ataques indeseables, como es el caso de las caries proximales, que-

van a propiciar el desplazamiento de los dientes vecinos, cambiando así la longitud de la arcada. Lo mismo cuando se realizan extracciones, se colocaran mantenedores de espacio para conservar la posición correcta de los dientes contiguos.

La Ortodoncia interceptiva será aquella fase de la Ortodoncia que actuará cuando se presenta una situación anormal en potencia, tratando de reconocerla y eliminarla, tal es el caso de los HABITOS BUCALES INFANTILES que si son eliminados en el momento adecuado se podran evitar trastornos mayores y tratamientos más delicados y molestos.

La Ortodoncia correctiva será aquella fase de la Ortodoncia, que se enfrenta a una maloclusión total ó franca, la reconocerá y verá la necesidad de seguir todos los procedimientos técnicos para reducir o eliminar las consecuencias. Esta es la fase de la Ortodoncia que requiere mayores conocimientos y por lo tanto es la rama que la mayoría de las ocasiones se verá limitada a ser realizada por el especialista y no por el Cirujano Dentista de practica general.

1.3 Importancia de la Ortodoncia.

La Ortodoncia es de suma importancia, ya que el número de pacientes que requieren tratamiento ortodóntico es cada vez mayor y esto como consecuencia de los diversos factores, capaces de ocasionar una maloclusión, como son: la herencia, las en

fermedades metabólicas, infecciosas, la desnutrición, LOS HABITOS BUCALES INFANTILES ANORMALES, etc.; todos estos factores ocasionarán los distintos tipos de maloclusión, que van a repercutir en la vida física, social y psicológica del individuo .

Una de las consecuencias de la maloclusión que más motivan a los pacientes a buscar la ayuda del Ortodoncista, es el aspecto estético facial desagradable que tendrá secuelas sociales y psicológicas desfavorables.

CAPITULO No. 2
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DE LA CARA.

2.1 DEFINICION.

Crecimiento.- Es el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo. El crecimiento estará dado por la proliferación celular, condicionado por la síntesis protoplásmica, metabolismo del agua y sales minerales de las células y el depósito de las sustancias intercelulares.

Desarrollo.- Es la serie de cambios que se suceden en un organismo, desde el momento que se integra el huevo ó cigote, - hasta su completa formación.

Se puede decir que el crecimiento es un aumento de tamaño y el desarrollo es el progreso hacia la madurez.

En el desarrollo se encuentran cuatro fases:

- 1.- Proliferación celular.
- 2.- Diferenciación.
- 3.- Crecimiento.
- 4.- Integración.

1.- La proliferación celular que en los organismos superiores se lleva a cabo mediante las mitosis.

2.- El crecimiento que se da en el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo, como consecuencia de una proliferación celular y está condicionado por factores tales como: la síntesis protoplásmica, el metabolismo del agua y sales minerales de las células y depósito de sustancias intercelulares.

3.- La diferenciación se refiere al aumento de la complejidad y organización de un organismo, este comprende la morfogénesis y la histogénesis; la primera se refiere al cambio de la forma y organización del individuo y sus partes y la segunda - corresponde al proceso de especialización de las células en tejidos.

4.- La integración se refiere al resultado de la coordinación anatómica y funcional de los tejidos, órganos, aparatos y sistemas de un individuo, dependiendo del funcionamiento normal de las glándulas endócrinas y el sistema nervioso.

2.2 Períodos prenatales.

Los períodos prenatales son tres:

1.- período de huevo.- Va desde la fecundación, hasta el final del catorceavo día.

2.- período embrionario.- Va desde la segunda semana hasta la octava semana de vida intrauterina.

3.- período fetal.- Desde el tercer mes hasta el décimo mes "in útero".

1.- período de huevo.- Se realizará la fecundación, que es un proceso biológico que consiste en la formación de una nueva célula capaz de dividirse y que presenta su cromatina completa. La fecundación se realiza mediante la penetración del espermatozoide al óvulo, mediante las enzimas contenidas en el semen

que desintegran las células que forman parte de la corona radiada y reblandecen la zona pelúcida del óvulo, permitiendo así la penetración del mismo. La fecundación es de gran importancia - pues será la base de la herencia y es en esta en la que se pueden ocasionar problemas importantes.

Una vez realizada la conjugación de los pronúcleos masculinos y femenino, se iniciará el período de huevo, que consistirá en la segmentación del huevo y su incursión a la pared de útero. Al final de este período el huevo mide 1.5 mm de largo y para entonces se ha iniciado la diferenciación cefálica.

2.- Período embrionario.- Es en la tercera y octava semana de vida intrauterina, cuando el embrión humano mide 3 mm, será cuando se desarrolla la mayor parte de la cara. Este período principia con el establecimiento de la boca primitiva. El ectodermo se profundiza hasta unirse con el endodermo del tracto digestivo, estas se encuentran separadas por la membrana bucofaríngea que se rompe a la cuarta semana estableciéndose la comunicación entre ambos.

Por arriba de la cavidad oral se encuentra la prominencia llamada frontonasal y por abajo se encuentran los cinco arcos braquiales, que son agrandamientos tubulares que se empiezan a segmentar en la cuarta semana, se encuentran separados por hendiduras y surcos en los que están elementos esqueléticos, musculares, vasculares, tejido conectivo, epitelial y neural; -

que van abastecer a la cara. La mayor parte de la cara se va a originar del primero y segundo arcos braquiales llamados mandibular y hioideo; así como de tejidos que rodean al proscencéfalo, que se encuentran arriba de los arcos branquiales. La lengua se va a originar de los arcos branquiales hioideos y tirohioideo, que se van a unir al primer arco branquial.

Es también en la cuarta semana cuando el corazón va a iniciar su primer latido. En esta época el corazón es proporcionalmente más grande que de lo que será en el cuerpo adulto y no solamente va a bombear sangre por el cuerpo del embrión, sino que también conduce sangre a, por y desde el sistema placentario de vuelta a este corazón.

El crecimiento del corazón afecta el desarrollo de la cara no solo por lo importante de la irrigación sanguínea, si no porque en este período la cara está apretada entre el proscencéfalo que se agranda y el corazón pulsante.

2.3 Desarrollo embriológico de la cara.

En la porción superior del primer arco branquial esta constituida dos yemas laterales llamadas procesos maxilares y que van a dar origen a las porciones laterales del labio superior, porción superior de la mejillas, paladar duro y arcada del maxilar superior. La porción inferior esta constituida por los procesos maxilares inferiores, de donde derivan el maxilar-

inferior, porción inferior de la cara, mentón y porción anterior de la lengua.

La prolongación frontonasal principia a desarrollarse una vez formados los procesos maxilares superiores e inferiores y va a dar origen a la frente y proscencéfalo. Abajo de este aparecen dos pequeñas zonas elevadas ovals, justo por encima de las partes laterales de la futura boca, en las 48 hrs. siguientes los centros de estas zonas elevadas se van a invaginar a medida que los tejidos crecen hacia adelante formándose así las futuras ventanas de la nariz, punta y lados de la nariz externa. El tejido entre las fosas nasales se llama proceso nasal medio y las que estan al costado procesos nasales laterales. El proceso nasal medio va a dar origen a la porción media y punta de la nariz, además origina un crecimiento interior secundario que formará el tabique ó septum, debajo de las fosas nasales se encuentra tejido subyacente que va a establecer la separación entre la cavidad nasal y cavidad bucal y se llama paladar primario. Debajo del proceso nasal medio se encuentran dos procesos globulares, que son unidos por una curvatura y daran origen al labio superior uniéndose a los procesos maxilares superiores.

Este período es de mucha importancia, ya que si no existe una buena fusión de los procesos mencionados ó existe falta de desarrollo de las estructuras embrionarias, puede resultar en defectos congénitos, como es: el labio leporino, que se produce -

cuando existe una fusión parcial ó no se funcionan los mamelones globulares con los procesos maxilares superiores; las hendiduras palatinas, que se producen cuando en el paladar hay fusión incompleta ó total, entre los procesos palatinos medios y los procesos palatinos laterales, en ocasiones se asocian el labio leporino y hendidura palatina. La fusión de los procesos queda terminada al final del segundo mes de la vida intrauterina.

2.3.1 Desarrollo embriológico del paladar.

Principia su desarrollo alrededor de la mitad del segundo mes de la vida intrauterina, es entonces cuando los procesos palatinos maxilares, a partir de su superficie interna, dan lugar a unas prolongaciones llamadas procesos palatinos laterales, los que se dirigen hacia adentro y hacia abajo tomando su dirección por la presencia de la lengua, que se coloca entre los procesos palatinos laterales. Entonces existirá una comunicación entre la cavidad bucal y el tabique nasal. Los procesos globulares dan lugar a la formación de pequeñas salientes que constituyen los procesos palatinos medios. En un embrión de once semanas "in útero" los procesos palatinos laterales crecen tan rápido que se unen entre sí con los procesos palatinos medios y con el tabique nasal, quedando separada definitivamente la cavidad oral de las fosas nasales.

El techo de la boca y premaxila se formarán de la unión de los procesos palatinos laterales y los procesos globulares. Será en la premaxila donde se implanten los incisivos superiores. Esta fusión de los procesos se realiza hasta el final del cuarto mes de la vida intrauterina. Los procesos palatinos laterales dan origen tanto al paladar duro como al paladar blando.

2.3.2 Desarrollo embriológico de mandíbula y articulación temporomandibular.

El maxilar inferior crece aceleradamente entre la octava y doceava semana de vida fetal desalojando la lengua hacia abajo y hacia los lados. Inicialmente la parte inferior se encuentra soportada por una barra conocida como cartílago de Meckel; que se extiende desde la línea media del arco mandibular, hasta la cápsula ótica en los elementos que posteriormente serán el yunque y el martillo del oído medio y que temporalmente se funcionan para dar movimiento a la mandíbula, posteriormente se osificarán formando huesos del oído medio. La mandíbula ósea se desarrolla lateralmente al cartílago de Meckel: El cóndilo surge al principio independientemente como un cartílago en forma de zanahoria y es encerrado por el hueso en desarrollo de la mandíbula. El cartílago condilar se transforma rápidamente en hueso excepto en su extremo proximal donde forma la articulación en la fosa glenoidea del hueso temporal. Esta parte carti-

laginosa del cóndilo persistirá como un centro de crecimiento - hasta aproximadamente los 25 años de vida. Entre el cóndilo y - el hueso temporal se forma un disco de tejido fibroso que va a - separar los compartimientos superior e inferior de la cavidad - articular, éste se irá engrosando hasta que se desarrolla la ar - ticulación completa. El cartílago sinfisial se unirá al ---- - ir creciendo la mandíbula hasta el primer año de vida en que se oscificará.

La oscificación del maxilar inferior cesa en el punto - que será la espina de Spix.

El hueso se forma rápidamente a lo largo de la superfi-- cie superior del cuerpo de la mandíbula entre los dientes en de sarrollo.

2.3.3 Desarrollo embriológico de la lengua.

Se lleva a cabo durante el segundo mes de vida intraute- rina por unión de los primeros tres arcos branquiales, a princi - pios del tercer mes "in útero" la lengua adquiere una forma reco - nocible. La lengua se origina a partir de dos prominencias late - rales llamados tubérculos linguales laterales, que darán origen al cuerpo de la lengua y una tercera elevación impar que apare - ce entre los tubérculos laterales. La base de la lengua se desa - rrolla de un abultamiento situado en la parte media llamado có - pula.

Se pueden presentar dos tipos de problemas en el desarrollo de la lengua: La lengua Bífida y la glositis romboidea; la primera consecuencia de un defecto en la fusión de los tubérculos linguales laterales y la segunda se debe a una persistencia del tubérculo impar.

Aparece un pliegue a lo largo de los bordes laterales de la lengua, que los separa de los rebordes alveolares en desarrollo. La lengua crece tan rápidamente que empuja la cavidad nasal y las prolongaciones palatinas hacia arriba. Para las ocho semanas y media ó nueve, los músculos del cuerpo de la lengua aparecen claramente diferenciados.

Las cavidades bucal y nasal que se originan de una sola cavidad se van separando a medida que se elevan y crecen entre ellas las prolongaciones palatinas.

2.3.4 Desarrollo dentario.

Alrededor de la séptima semana, aparece a lo largo de los procesos maxilar y mandibular una lámina labial epitelial y junto a manera de cuña células epiteliales penetran separando el futuro reborde alveolar del labio. Aparece también una segunda lámina labial y crece en el reborde alveolar, esta será la lámina dental que a intervalos regulares dará origen a los órganos epiteliales del esmalte, estos con las papilas dentales subyacentes de tejido conectivo, se diferencian rápidamente para formar-

el esmalte y dentina de los dientes. A medida que las coronas y las raíces aumentan de tamaño los maxilares también crecerán en todas direcciones para dar espacio a los dientes y procesos alveolares en crecimiento.

2.3.5 Desarrollo de glándulas salivales.

Es en la sexta semana cuando las glándulas parótida y submaxilar aparecen en el tejido conjuntivo del carrillo y las glándulas salivales sublinguales aparecen en la octava semana, se inicia un crecimiento de células epiteliales desde la mucosa hasta el lugar que ocupará la futura glándula salival, formando se cordones sólidos de células, en cuyos extremos se forman los acinos secretores en forma de granos. Posteriormente los cordones se ahuecan y forman así el sistema de conducto de la glándula. Será pues el sitio de origen de cada glándula, el conducto principal al que la glándula lleva su secreción a la cavidad bucal. La organización está completa para el tercer mes. La diferenciación de las células acinales y la canalización de los conductos ocurre al sexto mes prenatal. Los acinos de las glándulas mucosas se hacen funcionales al sexto mes mientras que las glándulas serosas comienzan a funcionar hasta el nacimiento.

2.3.6 Crecimiento del cráneo.

El crecimiento de la base del cráneo, se debe a la proli

feración de cartílago que se reemplaza por hueso, principalmente en la sincondrosis. En la bóveda del cráneo el crecimiento se realiza por proliferación del tejido conectivo, entre las suturas y su reemplazo por hueso. A pesar de la rápida oscificación al final de la vida fetal, los huesos se encuentran separados uno del otro por fontanelas al nacer el niño. Los cambios que se producen durante los primeros tres meses de vida intrauterina son los más importantes, los que siguen serán de cambios en el tamaño y posición.

CAPITULO No. 3

MALOCCLUSION

3.1 Definición.

Se llama oclusión al contacto entre los dientes superiores e inferiores en todos los movimientos de la mandíbula.

La oclusión dentaria se halla sujeta a la interacción de factores genéticos y ambientales, que van a modificar el desarrollo prenatal, haciendo que varíe según: el tamaño, forma y posición de los dientes; tiempo y orden de erupción; tamaño y forma de las arcadas y patrón de crecimiento craneofacial.

Existe una relación íntima entre oclusión de los dientes, estado de la musculatura y la integridad de la articulación temporomandibular; el factor determinante es la salud de cada elemento.

Aunque se sabe que la caries es la principal enfermedad de los dientes, la maloclusión también es muy frecuente.

En grupos de personas en las que se realizaron estudios, se hizo notar que el tipo más frecuente de maloclusión en la dentición temporal, fué la mordida abierta anterior, relacionada con los hábitos de lengua y dedo, después seguía la retrusión del maxilar inferior.

En las denticiones mixtas, el apiñonamiento fué el problema más frecuente, con retrusión del maxilar inferior en segundo término.

En la dentición permanente la retrusión del maxilar infe

rior y el apiñonamiento presentaban la misma distribución.

La maloclusión va a afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios.

Las maloclusiones se pueden agrupar en tres grupos:

- 1.- Displasias dentales.
- 2.- Displasias esquelodontarias.
- 3.- Displasias esqueléticas.

1.- Displasias dentales.- Será cuando únicamente el sistema dentario está afectado. La relación entre los maxilares se considera normal, el equilibrio facial es casi siempre bueno y la función muscular será también normal. En las displasias dentarias casi siempre existe una falta de espacio para acomodar a todos los dientes permanentes ó retención prolongada de los temporales.

2.- Displasias esquelodontarias.- En este caso se encuentran afectados los cuatro componentes del sistema tisular;- los dientes están en mal posición, existe relación anormal entre maxilar superior y maxilar inferior y ambos con la base del cráneo, la función muscular no es normal, es en este grupo en el que se encuentran la mayor cantidad de pacientes.

3.- Displasias esqueléticas.- Es cuando se encuentra alguna alteración en la relación anteroposterior de los maxilares entre sí y estos con la base del cráneo. Se encuentra que con frecuencia el sistema óseo, neuromuscular y dentario están a -

fectados por la actividad compensadora o de adaptación a la displasia esquelética.

Clases de maloclusión.-

Muchas clasificaciones de maloclusión se realizaron sin embargo la que más se acepta universalmente es la de Angle, que presentó en 1899. Se basaba en la hipótesis de que el primer molar era "la clave de la oclusión". Esta clasificación nos indicará la relación anteroposterior de las arcadas dentarias superior e inferior, será por tanto un valioso instrumento de diagnóstico y una forma de comunicar nuestro diagnóstico a otros.

Clasificación de Angle:

- 1) Clase I (neutro oclusión).
- 2) Clase II (mesio oclusión).
- 3) Clase III (disto oclusión).

Clase I.- En esta clase Angle agrupa aquellos casos en los que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, en donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior hace oclusión en el surco mesiovestibular del primer molar inferior, tomando como base esta relación como normal, se puede concluir que las bases óseas se encuentran en relación normal y que por lo tanto la maloclusión será como consecuencia de una displasia dentaria. En esta clase de maloclusión encontramos: las giroversiones, malposiciones de dientes -

individuales, falta de dientes, discrepancia en tamaño de los -
dientes. En esta clase I la función muscular suele ser normal.

Dentro de la clase I se puede encontrar la mordida abierta
ta en la cual los primeros molares se encuentran en relación me
siodistal normal, pero todos los dientes anteriores a los primeros
ros molares se encuentran fuera de contacto, aún en la oclusión
gabitual y por lo tanto la función muscular es anormal.

Clase II.- En esta clase se agrupan aquellos casos en los
que la arcada inferior se encuentra posterior a la arcada supe-
rior, el surco mesiovestibular del primer molar inferior va a -
recibir a la cúspide distovestibular del primer molar superior-
ó aún más distal. Existen dos divisiones de la clase II:

División 1.- Se encuentra la misma relación distal de la
arcada inferior con respecto a la superior, pero en esta divi-
sión 1 se notará un estrechamiento del segmento anterior supe-
rior abarcando desde premolares, dando a la arcada superior una
forma de "V", en lugar de la forma de "U" habitual. Encontrare-
mos protrusión de incisivos superiores, puede existir ó no so-
breerupción de incisivos inferiores, la función muscular es anormal
mal y generalmente actuará empeorando el problema ya que va ac-
tuar como una fuerza deformante al existir la sobremordida horiz
zontal, va a producir en los casos más severos que los incisi-
vos superiores descansen sobre el labio inferior, la posición -
de la lengua ya no será la normal, pues no hará contacto con el

paladar, acentuando el estrechamiento de la arcada superior, aunado a que en la deglución existirá la función anormal de los músculos buccinador y del mentón.

División 2.- La relación de los molares es la misma que en la anterior, pero en la división 2 encontramos una marcada inclinación lingual de los incisivos superiores con marcada sobremordida vertical, los laterales inclinados hacia labial ó hacia lingual y los caninos hacia labial, existe también generalmente superversión de incisivos inferiores, tejidos gingivales-labiales inferiores traumatizados, la arcada superior suele ser más amplia. La función muscular es normal, el maxilar inferior por la guía de los dientes superiores suele ocupar una posición más retruida, colocándose el cóndilo en una posición más posterior y más superior en la cavidad glenoidea.

Clase III.- En esta clase estarán aquellos casos, en los que la arcada inferior se encuentra más anterior en relación a la arcada superior y los incisivos inferiores se encuentran en mordida cruzada total en sentido labial de los incisivos superiores, la lengua se adosa al piso de la boca la mayor parte del tiempo, la longitud de la arcada superior es deficiente con abundantes irregularidades en los dientes, encontrándose los incisivos superiores inclinados hacia lingual lo que puede ocasionar una pseudo clase III, que será fácil de corregir.

3.2 Diagnóstico de una maloclusión.

El diagnóstico es una fase muy importante del tratamiento ortodóntico, ya que en esto redundará gran parte del éxito de los tratamientos. Para poder lograr obtener un diagnóstico nos valemos de diversos procedimientos que nos ayudarán a establecer un plan de tratamiento, mismo que se podrá ver modificado por diversos factores que en el momento de hacer el diagnóstico no existían.

Existen elementos indispensables para elaborar un diagnóstico tentativo y son:

- 1.- Historia clínica.
- 2.- Exámen clínico.
- 3.- Modelos de estudio en yeso.
- 4.- Radiografías.- Periapicales, aleta mordible y panorámicas.
- 5.- Fotografías de la cara.

Existen otra serie de procedimientos de diagnóstico más especializados, que la mayoría de los dentistas no realiza por lo costoso de los aparatos, estos son:

- 1.- Radiografías especiales.
 - a) Placas cefalométricas.
 - b) Películas oclusales intrabucales.
 - c) Vistas laterales del maxilar inferior.

- 2.- Exámen electromiográfico. Actividad muscular.
- 3.- Radiografías de muñeca. Edad ósea, edad de maduración.
- 4.- Metabolismo basal y otras pruebas endócrinas.

Datos indispensables para el diagnóstico .

I Historia clínica.- Esta consta de una historia médica y una historia dental. En la historia médica será conveniente registrar diversas enfermedades de la infancia, alergias, operaciones, malformaciones congénitas ó enfermedades raras de la familia cercana. Medicamentos que ha utilizado en el pasado y actualmente; si es posible se hará un exámen dental de los padres, ya que la herencia tiene un papel muy importante. Será importante anotar datos tales como la forma de alimentación durante la lactancia, hábitos bucales anormales, como chuparse los dedos, mordearse las uñas ó los labios, empujar con la lengua, etc.

II Exámen clínico.- Para realizar este será la primera visita en la que tenemos que desarrollar un "sentido diagnóstico", aún sin tener todos los demás medios de diagnóstico. Para el exámen inicial el dentista necesita: un espejo bucal ó abatelengua, explorador, micrómetro de Boley, compás, papel de articular delgado, dedos sensibles y un conocimiento claro de lo normal.

Se recomienda el siguiente sistema:

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

a) Morfológicas.

1) Tipo de cara (dolicocefálico, braquiocefálico, mesocefálico).

2) Análisis del perfil (relaciones verticales y antero--posteriores).

3) Postura labial en descanso (tamaño, color, surco mentolabial, etc.)

4) Simetría relativa de las estructuras de la cara.

a) Tamaño y forma de la nariz.

b) Tamaño y contorno del mentón.

b) Fisiológicas.

1) Actividad muscular durante.

a) Masticación.

b) Deglución.

c) Respiración.

d) Habla.

2) Hábitos anormales ó manías (respiración bucal, etc.)

3.- Exámen de la boca.

a) Clasificación de la maloclusión con los dientes en oclusión.

1) Relación anteroposterior.

2) Relación vertical.

3) Relación lateral.

b) Exámen de los dientes con la boca abierta.

1) Número de dientes existentes y faltantes.

2) Identidad de los dientes presentes.

3) Registro de cualquier anomalía de tamaño, forma y posición.

4) Estado de restauración.

5) Relación entre hueso y dientes (espacio para la erupción de los dientes permanentes).

6) Higiéne bucal.

c) Apreciación de los tejidos blandos.

1) Encía (color, textura, hipertrofia, etc.).

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.

a) Hipotónico, flácido, hipertónico, sin función, redundante, corto, largo, etc.

d) Análisis funcional.

1) Posición postural de descanso, hasta la oclusión.

2) Posición postural de descanso y espacio libre interoclusal.

3) Puntos prematuros, puntos de contacto inicial, etc.

4) Desplazamiento ó guía dentaria si existe.

5) Límite del movimiento del maxilar inferior, protrusi-

vo, excursiones laterales.

6) Chasquido, crepitación ó 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.

El examen clínico se podrá realizar en corto tiempo con la práctica. Se tratará de realizar el examen con suavidad y firmeza al hacer la palpación de labios, articulación, etc.

III Modelos de estudio en yeso.- Los modelos de estudio son importantes ya que nos van ayudar a correlacionar datos obtenidos, en el examen clínico, radiografías intrabucales, etc.

Para la toma de impresión se utilizan los alginatos.

Pasos a seguir:

- 1) Se deberá medir cuidadosamente el portaimpresiones.
- 2) Colocamos tiras de cera blanda en la periferia del porta impresiones, para retener el material y lograr una reproducción más fiel del fondo de saco mucogingival. Otra ventaja de la cera, es la de reducir la presión del borde metálico.
- 3) Se realizará un enjuague bucal con algún astringente-

de sabor agradable y de esta manera se reduce la tensión superficial, evitando la formación de burbujas.

4) Se recomienda alisar con el dedo húmedo la superficie del material, logrando así una superficie más tersa.

Se procederá a tomar la impresión inferior ya que es la más sencilla.

Al tomar la impresión superior el labio superior se levanta para lograr una buena reproducción de las incursiones musculares y al mismo tiempo se gira el portaimpresión hacia arriba y hacia atrás.

Registro de la oclusión en cera.- El registro en cera es un dato valioso, que nos permite relacionar los modelos superior e inferior correctamente. Se utilizan dos capas de cera base, conformadas a la forma de las arcadas. En ocasiones se prescinde de este paso, ya que los niños tienden a realizar un movimiento de protrusión del maxilar inferior, por lo tanto se prefiere la articulación de los modelos basándose únicamente en la observación. Solamente será necesaria la mordida en cera en los casos de: mordida abierta, cuando faltan muchos dientes, ó cuando exista duda al momento de articular los modelos.

Es conveniente tener unos buenos modelos de estudio, ya que será sobre estos en los que tengamos, el medio de correlacionar nuestro examen clínico y aún ampliarlo, ya que no será igual la revisión de los detalles directamente en la boca del paciente.

Se apreciarán mejor las medidas, problemas de migración, inclinación, sobreerupción, falta de erupción, curva normal de Spee y - puntos prematuros de contacto, que serán correlacionados con el análisis funcional y los datos radiográficos. Una vez obtenidos los datos suficientes, se podrán mostrar al paciente sobre los mismos modelos de estudio y además nos servirán como un punto de partida para ir observando los logros obtenidos durante el tratamiento. Otra de las utilidades que podemos dar a los modelos de estudio será la de poder lograr un ajuste oclusal, para lo cual será conveniente montar nuestros modelos en un articulador anatómico.

IV Las radiografías.- Estas son en la mayoría de los casos indispensables, para ver si la vía de erupción del diente permanente es normal, si existe el sucesor permanente, si existe anquilosis, si hay resorción radicular, si hay fragmentos de raíz-decídua, etc. Estos datos y otros solo los podremos obtener mediante la toma de radiografías.

Radiografías panorámicas.- Nos brindan una gran ayuda, ya que en un corto tiempo y sin molestias para el paciente se podrá obtener un exámen intrabucal abarcando: dientes, maxilares, articulaciones temporomandibulares, senos, etc. Nos dá datos muy importantes, cuando se hacen las extracciones en serie.

V Fotografía de la cara.- Ya que él ortodoncista considera la cara con un buen equilibrio y armonía, como uno de sus ob-

jetivos en el tratamiento, será conveniente tener las fotografías de frente y perfil, para analizar junto con los demás factores el tipo facial y la forma de la arcada, que como se sabe dependen tanto de las fuerzas hereditarias como funcionales.

3.3 Causas de una maloclusión.

Uno de los métodos para clasificar los factores etiológicos es dividirlos en dos grupos; el grupo general, que serán aquellos factores que actúan en la dentición desde afuera y el grupo local, que serán los problemas relacionados inmediatamente con la dentición.

Clasificación de los factores etiológicos.

Factores generales.-

1.- Herencia.

2.- Defectos congénitos (paladar hendido, tortícolis, disostosis craneofacial, parálisis cerebral, sífilis, etc.)

3.- Ambiente.

a) Prenatal (trauma, dieta materna, metabolismo materno, varicela, etc.).

b) Posnatal (lesión en el nacimiento, parálisis cerebral, lesión de la articulación tempormandibular, etc.).

4.- Ambiente metabólico predisponente y enfermedades.

a) Desequilibrio endócrino.

b) Trastornos metabólicos.

c) Enfermedades infecciosas (poliomielitis, etc.).

5.- Problemas nutricionales (desnutrición).

6.- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales.

a) Lactancia anormal (postura anterior del maxilar inferior, lactancia no fisiológica, presión bucal excesiva, etc.).

b) Chuparse los dedos.

c) Hábitos con la lengua y chuparse la lengua.

d) Morderse labio y uñas.

e) Hábitos anormales de deglución.

f) Defectos fonéticos.

g) Anomalías respiratorias (respiración bucal, etc.).

h) Amígdalas y adenoides.

i) Tics psicogénicos y bruxismo.

7.- Trauma y accidentes.

Factores locales.-

1.- Anomalías de número.

a) Dientes supernumerarios.

b) Dientes faltantes (ausencia congénita, pérdida por accidentes, caries, etc.).

2.- Anomalías de tamaño de los dientes.

3.- Anomalías en la forma de los dientes.

4.- Frenillo labial anormal; barreras mucosas.

- 5.- Pérdida prematura.
- 6.- Retención prolongada.
- 7.- Erupción tardía de los dientes permanentes.
- 8.- Vía de erupción anormal.
- 9.- Anquilosis.
- 10.- Caries dental.
- 11.- Restauraciones dentales inadecuadas.

1.- Herencia.- El patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario. Muchas veces al hacer un estudio cuidadoso de los padres y hermanos se podrá establecer la causa. Al estar estudiando la herencia como causa, solo se estará tratando con probabilidades.

En el campo de la genética existen ciertas características dominantes y otras recesivas, por tanto unas tendrán mayor probabilidad hereditaria que otras. Existen observaciones en cuanto al factor hereditario:

a) Influencia racial hereditaria.- Las características dentales como faciales muestran influencia hereditaria. Cuando el grupo racial es homogéneo como en las Islas Filipinas, la maloclusión casi no existe. En lugares donde ha existido la mezcla de razas, la variedad en el tamaño de los maxilares, darán por resultado trastornos mayores. Estudios realizados por los antropólogos nos dicen que conforme el hombre asciende en la es

cala de la evolución, tienden a irse achicando los maxilares ocasionando con esto mayor frecuencia de terceros molares ó "muelas del juicio" incluidas, falta congénita de dientes y tendencia retrognática.

c) Patrón de crecimiento y desarrollo.- Aquí el papel hereditario será importante, tal es el caso del orden de erupción, como en el crecimiento facial, etc., que estarán influenciados por factores tales como: la llegada de la pubertad, que varía entre las diferentes razas y según la distribución geográfica; el sexo será importante ya que el crecimiento y desarrollo se presenta a más temprana edad en niñas que en niños.

La herencia juega un papel importante en los siguientes factores:

- 1.- Tamaño de los dientes.
- 2.- Anchura y longitud de la arcada.
- 3.- Altura del paladar.
- 4.- Apilamiento y espacio entre los dientes.
- 5.- Grado de sobremordida sagital.
- 6.- Posición y conformación de la musculatura.

2.- Defectos congénitos.- Se sabe que los defectos congénitos tienen una fuerte relación genética. Los defectos congénitos de paladar y labio hendidos son los defectos congénitos que más se presentan. Un niño de cada 700 lo presenta.

Otros defectos congénitos importantes son:

Parálisis cerebral.- Es la falta de coordinación muscular atribuida a una lesión intracraneal, resultado de una lesión del nacimiento. El trastorno neuromuscular puede observarse en la integridad de la oclusión. El paciente al no tener un buen control motor presentará función muscular anormal al deglutir, masticar, respirar y hablar. Al estar alterada la función muscular, la oclusión normal estará alterada.

Tortícolis.- Se llama también "cuello torcido", consiste en un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo y será causa de la asimetría de la cara aunado a maloclusión dentaria incorregible.

Disostosis cleido craneal.- Es un defecto congénito caracterizado por la falta unilateral ó bilateral de las clavículas - cierre tardío de las suturas del cráneo, retrusión del maxilar inferior y protrusión del maxilar superior, erupción tardía de los dientes permanentes, dientes deciduos que permanecen hasta la edad madura, raices de dientes permanentes cortas y delgadas, frecuentes dientes supernumerarios.

Sífilis congénita.- Se presentan dientes en posición incorrecta y forma anormal.

3.- Medio ambiente.-

Influencia prenatal.- La influencia del medio prenatal es poca. La posición uterina, fibromas de la madre, lesiones anató-

micas, etc. podrían ser factores que motiven la presencia de una maloclusión, así como la dieta y el metabolismo materno, drogas como la talidomida, posible daño ó trauma y la varicela.

Influencia posnatal.- La plasticidad de las estructuras es tal que cualquier lesión es temporal, salvo en raros casos.

4.- Ambiente metabólico predisponente y enfermedades.-

Existen ciertas enfermedades que causan maloclusión, tales es el caso de las enfermedades paralizantes como la poliomielitis, las enfermedades febriles, que pueden retrasar el ritmo de crecimiento y desarrollo, las disfunciones musculares como lo es la distrofia muscular y parálisis cerebral. Las enfermedades endócrinas proporcionan una base más directa para establecer una causa, tal es el caso de las enfermedades de la hipófisis y paratiroides que afectan el crecimiento y desarrollo.

5.- Problemas nutricionales.-

Los problemas de maloclusión como consecuencia de problemas nutricionales, se presenta como una consecuencia de las enfermedades que se producen como son: el raquitismo, escorbuto y beriberi. El principal problema es la erupción, que se encuentra alterada por pérdida prematura, retención prolongada, así como la salud de los tejidos. Otro problema puede ser el desequilibrio enzimático y hormonal que impiden un adecuado aprovechamiento de los alimentos, produciendo desnutrición, misma que también se produce en el caso del alcoholismo crónico.

6.- Habitos de presión anormales. (Capítulo correspondiente).

7.- Trauma y accidentes.-

Es este un factor importante como causa de maloclusión ya que en los niños al aprender a caminar, la cara y el área de los dientes, se ven fácilmente expuestas a los golpes, que pueden ocasionar la desvitalización de los dientes y como consecuencia el patrón de resorción será anormal, desviando de esta manera a los sucesores permanentes, así como también se podrán alterar las estructuras óseas ó la articulación temporomandibular..

Anomalías locales.-

Dientes supernumerarios.- Algunos autores los consideran como un resago de los antropides que tenían una docena de dientes más que el homo sapiens. Se presenta con más frecuencia en el maxilar superior, siendo el más común el que se presenta entre los dos centrales superiores y que se llama "mesiodens". Generalmente son de forma cónica pero pueden ser de forma parecida ó igual a la de otro diente. Pueden encontrarse apuntando en cualquier dirección ó bien encontrarse incluidos para lo cual será necesario realizar una buena evaluación clínica y obtener un diagnóstico que nos indique si se tiene que extraer ó no el diente, ya que en ocasiones se puede afectar el ápice del permanente ó llegar a formarse un quiste.

Dientes faltantes.- En este caso juega un papel importante la herencia. Es más frecuente que la presencia de dientes supernumerarios y se presenta con la siguiente frecuencia:

- 1) Terceros molares superiores e inferiores.
- 2) Incisivos laterales superiores.
- 3) Segundo premolar inferior.
- 4) Incisivos inferiores.
- 5) Segundos premolares inferiores.

También se podrán perder los dientes por accidente.

Anomalías de tamaño.- El tamaño se haya condicionado principalmente por la herencia, varía según el sexo ya que en los hombres los dientes son más anchos, pueden existir variaciones de tamaño aún en la misma persona.

Anomalías en la forma.- La más común es la del lateral en forma de "clavo". Se presentan anomalías por defectos del desarrollo como: Amelogénesis imperfecta, hipoplasia, geminación, dens in dente, odontomas, fusiones y aberraciones sifilíticas congénitas como incisivos de Hutchinson y molares en forma de frambuesa.

Frenillo labial anormal.- La incursión de un frenillo fibroso puede ser una causa entre muchas que pueden ocasionar diastema de los dientes anteriores, por lo tanto se deberán realizar varias pruebas antes de hacer un diagnóstico.

Pérdida prematura de los dientes deciduos.- Los dientes deciduos son de suma importancia, ya que no solamente serán órganos de la masticación, sino que servirán de "mantenedores de espacio", así como también mantendrán el plano oclusal correcto de los dientes antagonistas. La pérdida de un diente deciduo puede traer alteraciones en la oclusión permanente, aunque existen casos en los que se indica la extracción de dientes deciduos, como medida de evitar un problema mayor en la oclusión, como es el caso de las extracciones en serie. Se tratará de conservar el equilibrio oclusal.

Retención prolongada y resorción anormal de los dientes deciduos.- La retención prolongada de un diente deciduo puede constituir una interferencia en el desarrollo normal de las arcadas dentarias, ocasionando una maloclusión. La retención de un diente se puede deber a diversos factores, entre los que se encuentra la reabsorción anormal de los dientes deciduos, ausencia del germen, traumatismo, etc. Para llegar a un diagnóstico se deberá tener un análisis radiográfico, en el que podremos observar como consecuencia de maloclusión, fragmentos radiculares, debido a la resorción anormal, así mismo se investigará sobre la relación que el niño ha tenido en cuanto a su edad cronológica y su edad dental, se tomarán datos del patrón hereditario en cuanto al desarrollo dental de los padres y de los hermanos.

Erupción tardía de los dientes permanentes.- Se puede deber a la formación de una barrera de tejido, que la fuerza eruptiva no logra vencer, así como también se puede deber a la ausencia congénita del diente, presencia de un diente, supernumerario ó raíz decidua.

Via eruptiva anormal.- En ocasiones se presenta como un mecanismo de adaptación, por la falta de espacio, aunque no se descarta la presencia de una barrera física que obligue al diente a tomar una dirección anormal como sería el caso de una barrera ósea; también la barrera mecánica lo puede producir tal es el caso de los tratamientos de ortodoncia, quistes, etc.

Anquilosis.- Es cuando el diente no puede erupcionar normalmente, quedándose atrapado. Se conoce clínicamente como "dientes sumergidos", el diente se encuentra unido al hueso circundante. Se cree que se debe a la ruptura del ligamento periodontal y formación de un puente óseo entre cemento y lámina dura. - Los accidentes, las enfermedades congénitas y endócrinas y la disostosis cleidocraneal actúan como enfermedades predisponentes.

Caries dental.- Deberán ser reparadas no solamente por evitar la pérdida del diente, sino también para evitar el desplazamiento de los dientes contiguos, sobreerupción, etc.

Restauraciones dentales defectuosas.- Se deberán procurar

que las restauraciones se realicen de la mejor manera restableciendo la anatomía y la función del diente, evitando puntos "altos"; incrustaciones con un contacto proximal defectuoso, ya sea muy forzado ó muy abierto, lo que ocasionaría un cambio en la longitud de la arcada, etc.

Anquilosis de la articulación temporomandibular.- Podrá ser parcial ó total y va a alterar el crecimiento normal del maxilar y por lo tanto se producirá apiñamiento de los dientes.

3.4 Consecuencias de una maloclusión.

El factor estética será muy importante, ya que aunque se encuentra entre los catorce factores negativos que se presentan como consecuencia de una maloclusión, es este el factor que más motiva al paciente a buscar un tratamiento ortodóntico.

Es importante tomar en cuenta el gran daño psicológico - que le causa a un niño el ver que su rostro no es el normal por lo que se sentirá aislado y acomplejado por el rechazo y burlas de los otros niños, constantemente será motivo de apodos y humillaciones; todos estos factores causarán problemas psicológicos en el niño, dando por resultado una conducta introvertida y un comportamiento social inmaduro. Muchas veces estará en nuestras manos el poder lograr una salud mental en el niño que será tan importante como la salud física.

Otros daños serán:

Interferencia en el crecimiento y desarrollo normales. El patrón de desarrollo normal se puede ver desviado por factores - tales como los "chupadedos", función peribucal pervertida, pérdida prematura de los dientes, etc. que son factores que afectan - el desarrollo normal.

CAPITULO No. 4

HABITOS BUCALES INFANTILES

ANORMALES

4.1 Generalidades.

Es frecuente encontrar casos de niños con hábitos de presión anormales, que van a dañar los bordes alveolares inmaduros, causando el cambio de posición de los dientes así como la alteración de las estructuras óseas. Lo anterior repercutirá en un problema de oclusión.

Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contractiones musculares muy complejas. Se pueden dividir en 1) Hábitos bucales útiles, y 2) Hábitos bucales dañinos ó anormales. Los hábitos bucales útiles son aquellos que forman parte importante en el desarrollo dentomaxilar y en la función orofaríngea, y que -- comprende: posición correcta de la lengua, respiración y deglutición adecuada y el uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos ó anormales, son aquellos que interfieren de alguna manera en el correcto desarrollo de las estructuras y funciones bucales, como son: el hábito de chuparse los dedos, chuparse los labios, morderse los labios, etc.

Será importante tener presente que se deberá realizar una labor conjunta, con otros profesionistas teniendo como único fin el bienestar del niño, considerado como un ser integral, del -- cual no solo nos va a interesar el hábito presente, el problema de maloclusión, el problema de fonación, etc.; sino el niño como individuo con sentimientos y una personalidad en formación, que-

será determinante en su vida futura.

Los padres preocupados por el hábito de su hijo y en los intentos fracasados por impedirlo muchas veces recurrirán al pediatra, otras veces al psicólogo pero pocas veces al odontólogo. Cada uno tendrá un enfoque distinto del problema, así el psiquiatra, y el psicólogo se preocuparán más por el problema de conducta del niño, del cual el hábito bucal suele ser simplemente un síntoma de un problema mayor; el patólogo y el odontólogo se preocuparán más por la repercusión que podrán acarrear la prolongación del hábito bucal sobre las estructuras bucales y las consecuencias que estas traen al formarse una maloclusión; los padres del niño se preocuparán más por el aspecto socialmente inaceptable, aunando a esto el temor de que el niño tenga "dientes chuecos" y sobre todo el problema de conducta ya que en muchas ocasiones los niños experimentan gran placer al estar realizando el hábito bucal, mismo que como consecuencia, lo alejará de las actividades normales de juego y de convivencia con otros niños.

Será conveniente antes de iniciar cualquier tratamiento de un hábito tratar de encontrar la causa que lo produjo, esto es muy difícil y complejo, para lo cual nos vamos a ayudar de una historia clínica.

La historia clínica se puede realizar de la siguiente forma:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Tipo de hábito _____.

Alimentación infantil.

Lactancia natural _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Cuándo se cambió por biberón? _____.

Lactancia con biberón _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

Comportamiento social.

Personalidad: Introverso _____ Bien adaptado _____

Extroverso _____.

Hábitos de sueño.

a) Siestas, regularidad, duración, etc. _____

b) De noche, cantidad de horas, interrupciones, es profundamente, etc. _____.

Temores desusados _____.

Hábitos y control de esfínteres _____.

Hábitos alimentarios _____.

Condiciones en el hogar.

a) Hermanos, número y edad _____.

b) Temperamento de la madre _____.

c) Temperamento de padre _____.

d) Otras personas en el hogar _____.

e) Ocupación de la madre _____.

f) Ocupación del padre _____.

Adaptación escolar.

Dificultades sociales _____.

Hábitos de juego _____.

Dificultades de aprendizaje _____.

Salud general del niño.

a) Enfermedades principales de la infancia. _____.

b) Número de resfrios y trastornos menores por año _____.

c) ¿Cuándo se enferma el niño? . En invierno, en verano, en otoño, todo el año. _____.

Respuesta bajo stress _____.

Hábitos bucales.

¿A que edad se inicio el hábito ?

¿Ha sido interrumpido desde entonces ?

a) ¿Es diario, nocturno ó ambos? _____.

b) ¿Mientras ve televisión? _____.

c) ¿Frecuencia, persistencia, intensidad? _____.

¿Que métodos han sido utilizados para eliminar el hábito?

¿Ha sido el niño retado por el hábito, por la familia ó por algún extraño?

Hábitos similares ó historia de los hábitos en otros miembros de la familia.

¿Actitud hacia la terapia?

- a) ¿Quiere el niño interrumpir el hábito?
- b) ¿Quieren los padres que se le fabrique un aparato?
- c) Conoce el niño el propósito de la visita?

La historia clínica se podrá realizar en poco tiempo, - y ayudados con los modelos de estudio podremos llegar más rápido a un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento.

4.2 Aspectos psicológicos.

Es la infancia el período comprendido entre la concepción y la madurez, en el que la personalidad adulta tendrá sus raíces. Lo que somos y lo que hacemos depende en gran parte -- de la forma en que se nos permitió experimentar los eventos -- inevitables de la infancia.

La vida prenatal abarca desde el momento de la concepción en el que se realiza la fecundación, del que se formará -- una célula que empieza a dividirse y multiplicarse , hasta dar origen al organismo embrionario, constituido por dos billones - de células.

En contra de creencias de que el niño percibe ruidos, -- conversaciones de la madre, etc., se ha observado que en el fe -- to existe una imposibilidad de oír ya que el oído medio, se en -- cuenta lleno de un líquido viscoso; estos canales solo se des -- pejan con el lanto del niño al nacer y con la respiración que --

le sigue. Lo anterior esta en contra de la hipótesis de los -- hipnotistas, que dicen que ciertas personas pueden recordar ex experiencias prenatales por medio de "retroacción", (se dice que es casi seguro, que las conversaciones reproducidas son el -- resultado del mismo tipo de sugestión). También se ha visto -- que las conexiones del cerebro fetal no estan bien estableci-- das para que ocurra retención.

Desde el punto de vista legal, la vida comienza desde-- que el embrión se excita; esto es cuando la futura madre sien-- te por primera vez los movimientos en su matriz.

Psicológicamente la vida comienza con el nacimiento, -- desde el momento en que el niño tendrá que realizar diferentes actos para poder subsistir, en contraste con el período prena-- tal en el que tenia todo de su madre sin tener que realizar--- ningún esfuerzo.

Las funciones físicas del bebé al principio de su vida-- se encuentran en un estado de trastorno; la respiración es su-- perficial e irregular, el ritmo intestinal estará desorganiza-- do con frecuentes movimientos antiperistálticos que le produci-- rán los colicos y el sistema cardiovascular no estará aún es-- tabilizado.

Con el nacimiento se presentan los llamados actos re -- flejos incondicionados que serán aquellos que no necesitan de--

un previo aprendizaje y que son esenciales para su vida y son: la respiración, la deglución, la succión, el llanto, el reflejo de asimiento, el reflejo pupilar, el reflejo plantular, reflejo rotular. De la presencia ó ausencia de estos últimos reflejos mencionados se deduce si las conexiones musculares y nerviosas, se están desarrollando ó no normalmente, sucesivamente el niño irá madurando sus capacidades y su desarrollo motriz.

Lactancia.

La lactancia es una etapa de suma importancia en la vida del niño, ya que no solamente va a obtener su alimento, sino también será este el medio de adquirir la seguridad, el cariño, el calor y el adiestramiento muscular, que tan necesarios son para su correcto desarrollo tanto físico como emocional.

Es este el período en el que se considera de capital importancia el cuidado directo del lactante por la madre pues se considera que será esta la actividad predominante durante la vigilia. Durante la primera y segunda semana el bebé mantiene una existencia vegetativa.

El niño tiene necesidades que corresponden al medio interno y al medio externo, entre las de corto plazo están aliviar el hambre, y el malestar, dormir y hacer succión; y las de largo plazo están la necesidad de calor y seguridad de parte de la madre, así como la estimulación suficiente mediante la plática de la madre.

El niño va a expresar sus necesidades no satisfechas -- por medio de la inquietud, irritabilidad, llanto, tensión física, disfunciones viscerales como vómitos, diarreas ó trastornos del sueño.

La unión emocional entre la madre y su hijo lactante en un marco de bienestar ordenado, constituye también el fundamento de la relación de un individuo con otros seres humanos. Se realizó un estudio en 120 niños; 60 de casa cuna y 60 de un orfanato; en el primero los niños tenían una persona que cuidaba de ellos como una madre y en los segundos estaban la mayor parte del tiempo solos. Los niños del orfanato tuvieron un trastorno psicossomático irreversible y se presentaron más muertes que en los niños que tuvieron más amor y estimulación materna.

Muchas ocasiones las causas de que un niño presente hábitos bucales, se debe algún error que se presente en esta etapa, que puede ser porque la lactancia se realizó de una manera fría, apresurada, con cierta ansiedad, ó cuando la lactancia se realizó en forma artificial mediante biberones inadecuados.

En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal manera que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia ---

atrás. Con lo anterior logrará ejercitar de manera correcta - todos sus músculos, aunado a todos los beneficios psicológi - cos que obtiene por la asociación con su madre.

En la lactancia artificial por lo regular se utilizan biberones mal diseñados, que ocasionan trastornos en las presiones musculares. El tamaño de la tetilla artificial por lo general será grande y traerá como consecuencia una mayor actividad en el músculo buccinador, la acción de émbolo de la lengua y los movimientos rítmicos del maxilar inferior estarán reducidos, aunado a esto que con frecuencia el agujero del biberón será muy grande y que por lo tanto la leche será casi arrojada a la garganta en lugar de ser llevada hacia atrás -- por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos, el niño casi no realizará esfuerzo. Si la lactancia se realiza mediante biberón, este deberá ser del tipo fisiológico, que será aquel que simule más el seno materno y la actividad necesaria para una correcta función muscular, aunado al contacto y mimos maternos de esta manera se podrán evitar los posibles daños.

Mediante estudios realizados se ha podido observar que la mayoría de los niños que presentan hábitos bucales, fueron alimentados mediante biberón.

Los hábitos bucales pueden ser compulsivos ó no compulsivos. Los primeros son aquellos que más daños ocasionarán

sobre todo si el niño lo ha tomado como un medio de adquirir seguridad, cuando se encuentra ante una situación de ansiedad o de presión emocional que se vuelve difícil de soportar.

Los hábitos no compulsivos son aquellos que se presentan de manera normal en el desarrollo del niño, en el camino hacia la madurez, este tipo de hábitos por lo general no causará daños en las estructuras dentomaxilares.

Será muy importante urgir en el aspecto psicológico, - en especial forma el período de la lactancia como medio de encontrar el motivo de un hábito bucal.

4.3 Hábitos anormales de respiración.

Uno de los hábitos anormales de respiración es el de - respiración bucal que anteriormente era considerado, un factor causal primario, pero que se ha observado que en la mayoría de los casos es un factor asociado a otros hábitos anormales, como es el caso de lengua protráctil, succión digital, - defectos foniatricos, etc.

Existen dos tipos de reflejos en el ser humano: los -- condicionados, que son respuestas automáticas a un estímulo - que previamente no provocará la respuesta; y los reflejos incondicionados que son aquellos que ya en el momento de nacer - el sistema nervioso central ha madurado.

La respiración es un reflejo incondicionado.

Aún cuando en los niños es poco frecuente respirar por la boca, se dice que el 85 por 100 de los niños entre los 5 y los 15 años, sufren ó han sufrido algún grado de obstrucción que puede ser: parcial ó total, continuo ó intermitente u obstructivo ó habitual.

Los niños que respiran por la boca se pueden clasificar en: a) por obstrucción, b) por hábito, c) por anatomía.

Entre los niños que presentan el hábito a consecuencia de una obstrucción que les impide inhalar y exhalar el flujo normal de aire a través de las fosas nasales, se verá forzado a respirar por la boca.

Entre los obstáculos respiratorios que provocan la respiración bucal están los de las vías respiratorias altas y los de vías respiratorias bajas. Entre los primeros encontramos: el tabique nasal desviado, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa nasal, rinitis repetidas, los pólipos, vegetaciones adenoides, hipertrofia de la amígdala faríngea, hipertrofia de cornetes, todas las enfermedades que se presentan en fosas nasales y en la parte posterior en su comunicación con la faringe. Los obstáculos respiratorios de las vías respiratorias bajas están: hipertrofia de amígdalas palatinas, amigdalitis repetidas, inflamación crónica y congestión de la mucosa faríngea.

El niño al respirar por la boca va a romper el equilibrio necesario, de las fuerzas musculares dentro de la boca, produciéndose deformaciones dentomaxilares. Normalmente la -- lengua deberá llenar el espacio de la cavidad bucal, equilibrándose las fuerzas ejercidas por la lengua con las fuerzas de los músculos de la cara.

En el respirador bucal la lengua baja para permitir -- el libre flujo del aire, al no estar la lengua en contacto -- con el paladar, el maxilar superior irá perdiendo su ancho -- normal y los molares superiores sufrirán mesogresión y linguov -- ersión al mismo tiempo que el paladar se hará más profundo -- dando por resultado la formación de un paladar ojival.

Los incisivos superiores se inclinan hacia adelante -- produciéndose un prognatismo alveolar. El maxilar inferior -- irá hacia abajo y hacia atrás, el labio inferior va a colo -- carse por atrás de los incisivos superiores, provocando con -- esto acentuar más la labioversión de los incisivos superio -- res.

Se encuentra al momento de pedirle al niño que cierre su boca una hipertonicidad del labio inferior y una mayor -- actividad del músculo borla de la barba; el labio superior -- se vuelve hipotónico y flácido, la cara en general será es -- trecha dando por resultado una apariencia que se le ha llama -- do "facies adenoidea".

Los especialistas en oído, nariz y garganta han observado, que en general las enfermedades del aparato respiratorio son más comunes en las personas que son respiradores bucales,-- Tomando en cuenta esto y todas las deformaciones dentomaxilares que se producen, vemos que es sumamente importante el realizar un diagnóstico a tiempo y erradicarlo mediante el tratamiento adecuado, para lo cual será conveniente canalizar a --- nuestro paciente con el especialista.

Un método sencillo para poder detectar si el paciente-- respira ó no por la boca, se colocarán fibritas de algodón en la salida de los orificios nasales y observar si al expirar -- se mueven ó no, ó si la respiración es unilateral o bilateral. El exámen anterior se deberá realizar sin que el niño se de -- cuenta, y le pediremos al niño que cierre sus ojos un momento. También podremos utilizar una loseta de vidrio y observar si - se empaña o no.

Se ha mencionado la respiración bucal ocasionada por -- obstrucción, pero también se puede encontrar ocasionada por -- defectos anatómicos, como es el caso de un labio superior muy corto, que le impedirá al niño cerrar sus labios, se pueden -- encontrar labios leporinos, que ocasionarían el mismo proble - ma.

Existen también los casos de niños que por algún proble - ma respiraron por la boca y una vez eliminado este continuan -

respirando por la boca.

Tratamiento.

El tratamiento será primeramente erradicar el factor -- etiológico, que en ocasiones va a requerir la intervención quirúrgica. Cuando a pesar del tratamiento el niño sigue con el hábito será necesario corroborar que no existe ninguna obstrucción y que existe un intercambio normal; se observará al niño mientras duerme ó cuando está en posición inclinada. Una vez que se tenga la seguridad de que la respiración bucal solo se realiza por costumbre del niño se hará uso del protector ó escudo bucal que obligue al niño a inhalar y exhalar el aire a través de los orificios nasales.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca que descansa contra los pliegues labiales y tendrá como función el obligar al niño a respirar por su nariz. Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama y se dejará toda la noche, para de esta forma forzar al niño a respirar por la nariz. Se fabricará con cualquier material compatible con los tejidos bucales del cual el más utilizado es el acrílico.

4.4 Hábitos anormales de fonación.

El Habla está limitada al ser humano. A diferencia de la masticación, deglución, respiración, etc., que son de natu

raleza refleja, el habla es principalmente una actividad aprendida, que depende de la maduración del organismo.

El habla se realiza sobre un fondo de posiciones estabílizadas y aprendidas de la mandíbula, farínge, lengua, paladar blando, músculos de las paredes del torso, conducto respiratorio, labios, cara y vías nasales. La respiración simultánea necesaria para crear una columna de aire es indispensable para producir vibraciones necesarias para el sonido.

La formación del lenguaje, será a partir de un impulso que reclama una respuesta y podrá provenir de una o de varias de las vías sensitivas que intervienen en la formación del lenguaje y que son: auditiva, cinestésica, táctil, óptico ó sensaciones visuales.

Todas estas vías sensitivas tendrán un centro de asociación en el área de Broca, donde los impulsos sensitivos se convierten en impulsos motores del lenguaje. Dichos impulsos mediante respuestas motoras complejas de los órganos periféricos, así como de las zonas de la pronunciación se encargarán de la formación del lenguaje.

El habla consta de cuatro partes:

1) Lenguaje.- Es el conocimiento de palabras utilizadas para comunicar ideas.

2) Voz.- Sonido provocado por el aire, que pasa entre las cuerdas vocales vibrantes de la laringe.

3) Articulación.- El movimiento de los órganos del habla utilizados para producir el sonido.

4) Ritmo.- Variaciones de calidad, longitud, regulación y fuerza del sonido, frase ó sentencia.

Si no hay impedimento en la audición, vista ó sensación bucal, el niño aprenderá a hablar por el discurso que oye, reproduciéndolo lo mejor que él pueda.

Las zonas de la pronunciación son las siguientes:

1) Labiodental.- Entre los labios superiores y el labio inferior.

2) Bilabial.- Entre los labios.

3) Linguodental.- Entre la punta de la lengua y dientes superiores.

4) Linguoalveolar. Entre la punta de la lengua y borde alveolar.

5) Linguopalatina.- Entre la lengua y paladar duro.

6) Velo lingual.- Entre el dorso de la lengua y velo del paladar.

7) Velo rinofríngea.- Entre el dorso de la lengua, velo y pared faríngea.

8) Glotal.- En la glotis.

Defectos del habla.

Las posiciones de los dientes y las relaciones de los-

tejidos de soporte, son fundamentales en la fisiología del habla. Las maloclusiones, en muchos casos son motivo de defectos en la fonación, aunque en la mayoría de los casos se logra una adaptación, no siempre es así.

Los efectos de una mala adaptación a la maloclusión, se dividen en: directos e indirectos. Los directos, son aquellos que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla. Los indirectos, son aquellos que se deben a la influencia que ejerce la maloclusión en la salud física y mental del individuo.

Existen diversos trastornos pero no deberán ser considerados patológicos, sino hasta después de los seis años. Se puede presentar el caso de niños, que hablan demasiado rápido, el niño va a cortar, omitir y repetir palabras. Se puede decir que en este caso se ha perdido el equilibrio entre el deseo de hablar y el articular palabras. A este problema se le llama "verborrea" o "legorrea". En estos padecimientos existe ausencia de ansiedad, ya que el niño no se dará cuenta que su lenguaje es raro. Se beneficiará, mediante los ejercicios de lectura, en los que se tratará de que su lenguaje sea más lento y su dicción más clara.

La rinolalia, es una alteración que generalmente proviene de alguna obstrucción dentro ó detrás de las cavidades nasales, que darán por resultado una voz nasal.

Tartamudez.- Es la dificultad, para la emisión de ciertos sonidos. Es el más frecuente de los trastornos del lenguaje. Se presenta más en varones que en niñas, en una proporción de 5 a 1 y en el 90 por 100 se inicia antes de los 6 años.

El problema será un bloqueo espasmódico, que puede limitarse a la emisión de sílabas iniciales de una palabra ó frase sobre todo las que se inician por la b, d, s y t. Superando el bloqueo momentáneo, el lenguaje se vuelve fluido, hasta que nuevamente se presenta otro bloqueo. La dificultad para articular las palabras se acompaña generalmente de gestos, sacudidas de cabeza y movimientos corporales.

La tartamudez es más marcada, cuando el individuo se encuentra ante una situación de angustia, humillación o sentimientos de inferioridad y puede llegar a disminuir o desaparecer, cuando se encuentra solo ó tranquilo.

En ocasiones se ha observado una predisposición constitucional. Se ha observado en el 65 por 100 de los enfermos proceden de padres ó parientes consanguíneos con el mismo problema.

Se ha considerado que la tartamudez es producida por una falla en el establecimiento del dominio cerebral unilateral. Cuando el dominio de un hemisferio cerebral, no se establece bien sobre el otro, muchas veces a consecuencia de la interferencia que se origina en el niño que normalmente es

surdo y se le obliga a usar en forma preferente la mano derecha, en este caso los impulsos neurales contradictorios son enviados por ambos hemisferios a los músculos del lenguaje y esto se agudiza cuando este se enfrenta a situaciones que le producen algún conflicto emocional. Lo anterior ha sido considerado por Travis pero no ha sido comprobado.

Sheehan dice que la tartamudez se considera un síntoma del conflicto que resulta entre el miedo de hablar y el deseo de hablar.

Se hace notar que existe asociado a otras alteraciones emocionales generalmente como son, angustia, timidez y miedo a situaciones sociales.

Será un problema que va a dificultar la participación tanto escolar, como social y por lo tanto el desarrollo de la personalidad se verá minado.

El tratamiento consistirá en la práctica repetida de ejercicios de articulación y de fonación unido a la psicoterapia para fortalecer su ego y mejorar la confianza en si mismo. El tratamiento tendrá mejores resultados si se realiza tempranamente.

4.5 Hábito de succión digital.

Es el hábito de succión digital uno de los hábitos, que con más frecuencia se presentan y uno de los que más daños

ocasionan a las estructuras dentomaxilares.

El hábito de succión digital, ha sido un problema tratado por médicos, psicólogos, psiquiatras, pediatras y foniatras, tratando de esclarecer las causas que motivan el hábito sus consecuencias y su tratamiento, y se han encontrado con contradicciones y limitaciones en cuanto al apoyo de sus teorías, haciendo por lo tanto del hábito del "Chupadedos", un problema complejo.

El niño que presenta el hábito de succión digital, deberá ser considerado como un ser integral, en el cual no solamente nos concretaremos a la cavidad oral, pensando en las deformaciones dentarias y óseas sino que también deberemos dar suma importancia al aspecto emocional y social, que en un momento dado nos puedan dar la causa y la solución a el problema. Con frecuencia nos encontramos con graves problemas emocionales, de los cuales el hábito es únicamente un síntoma, como lo podría ser: la tristeza, la rebeldía, el llanto, etc.

Son frecuentes los casos de niños con problemas de succión digital, que llegan al consultorio del cirujano dentista, por lo tanto es deber del mismo poseer los conocimientos necesarios al respecto, para poder ayudarlo y evitar con esto daños posteriores, tanto de deformaciones dentomaxilares, de estética facial, de fonación, etc. El tratamiento se emprenderá con la idea de que la felicidad del niño, depende en mucho de

la ayuda que le podamos brindar, ya que un niño con deformaciones faciales, será motivo de críticas, burlas, y sobrenombres por parte de otros niños, lo anterior va a formar en el niño complejos y conflictos emocionales de difícil superación.

Será de suma importancia la realización de una correcta historia clínica, para poder establecer las posibles causas que motivaron el hábito. Así mismo nos daremos cuenta del estado psicológico del niño en cuanto a su relación con sus padres, sus hermanos, situación escolar, etc.

Se ha visto mediante estudios en niños con el hábito de succión digital; que la mayoría ha recibido un tipo de alimentación artificial mediante biberones mal diseñados.

Se hace hincapié en cuanto la importancia de una lactancia natural, pues hay que considerar que la actividad predominante del niño cuando está despierto, es la alimentación, será mediante este lapso en que el niño se alimenta cuando él ejercitará su músculos, además que será el momento de relacionarse con su madre mediante sus labios que es en las primeras semanas de vida la vía sensorial más desarrollada.

Al encontrarnos ante un caso de succión digital, tomaremos muy en cuenta la edad del niño antes de establecer un plan de tratamiento. Se considerará que la succión digital es normal hasta los dos años y medio, y no se presentan trastornos en la oclusión, pero si el hábito persiste más allá de --

los cuatro años, si se presentara algún tipo de maloclusión.

Las causas que pueden motivar la succión digital son:

1.- Como factor predisponente muy importante encontramos, la lactancia artificial ó aquella lactancia natural realizada en forma apresurada ó con ansiedad.

Se ha mencionado la importancia que tiene para el niño el recibir no solo la alimentación sino el cariño, indispensable para su desarrollo. El niño va a obtener mediante una lactancia bien realizada los sentimientos de seguridad, alegría y protección que tanto necesita.

2.- Como medio de eliminar tensiones emocionales, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.

3.- Un tiempo prolongado de lactancia, en el cual no sería el destete lo que lo ocasionaría, sino el impulso oral que ha sido reforzado.

4.- Se dice que la succión digital es uno de los ejemplos más tempranos del aprendizaje neuromuscular en el infante, tomándose este como una simple respuesta aprendida.

5.- Freud predicaba que el chuparse el dedo constituía la expresión de la sexualidad infantil.

6.- Cuando el biberón fué utilizado como medio para aquietar al niño o para inducirle sueño. Después de que el niño es destetado, este aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir.

- 7.- Como imitación de otros niños.
- 8.- Celos producidos por el hermano recién llegado.
- 9.- Dificultades entre los padres.
- 10.- Por la presión ejercida sobre el individuo en la escuela.
- 11.- Ansiedad producida por exceso de actividades propias de las grandes ciudades.
- 12.- Programas de televisión impropios y destructivos, en los que se presentan escenas de violencia o angustia.
- 13.- Asociado a la erupción difícil de los dientes.

Las consecuencias del hábito de succión digital en las estructuras dentomaxilares, bucales y faciales, van a ser de gravedad, en el caso de que no sean interceptadas a tiempo, trayendo como consecuencia trastornos físicos, psicológicos y fisiológicos en el niño.

Se dice que la mordida abierta anterior y la sobremordida horizontal excesiva son las maloclusiones más comunes.

El tipo de maloclusión, que puede desarrollarse en el chupadados depende de una serie de variables:

- a) Posición del dedo o dedos que succiona.
- b) Contracciones musculares orofaciales asociadas.
- c) Posición de la mandíbula durante la succión.
- d) Patrón esquelético facial.
- e) La fuerza aplicada a los dientes, y al proceso al-

veolar.

f) Frecuencia y duración de la succión.

g) Intensidad de la succión. (en ocasiones se llega a -
escuchar de un cuarto a otro).

Como consecuencia del hábito de succión digital encon--
traremos:

1.- La protrusión de los dientes anteriores superiores.

2.- Retrusión postural mandibular, que puede desarrollar
se por el peso de la mano y el brazo que fuerza continuamente
a la mandíbula a una posición retruida.

3.- Los incisivos pueden ser lingualizados.

4.- El labio superior se encontrará hipotónico y fláci-
do.

5.- El labio inferior se encontrará hiperactivo con una
mayor actividad del músculo borla de la barba.

6.- La lengua tiende a adelantarse durante la deglución
como un medio de cerrar el espacio entre los incisivos superio-
res e inferiores, por lo tanto al hábito de succión digital se
asociará el hábito de empuje lingual, formándose un círculo vi-
cioso.

Se sabe que una persona deglute diariamente bajo condi-
ciones normales, un litro y medio de saliva, aproximadamente -
La deglución se presenta dos veces por minuto durante la vigi-
lia y una vez por minuto durante el sueño. En total la deglu-
ción se llevará a cabo dos mil ciento veinte veces en el trans-
curso de 24 horas, de ahí que se presenten serios problemas -
cuando la lengua ejerce una presión defectuosa durante la de -

glución. Además se ha visto que la lengua es capaz de ejercer mayor presión sobre las estructuras orales, que todos los demás músculos dentofaciales, siendo la punta el elemento que más fuerza ejerce.

Los incisivos superiores labializados se encontrarán --
mas expuestos a las fracturas.

7.- Repercusiones en vías respiratorias altas. Las na-
rinas se encontraran pequeñas y subdesarrolladas.

8.- El dedo ó dedos que succiona presentaran callosi-
dades y la piel se torna lisa y húmeda.

9.- Se ha visto que durante la succión de pulgar se --
producen, fuerzas musculares negativas, que ocasionarán un an-
gostamiento del maxilar superior, ocasionando una bóveda pala-
tina alta.

Las características antes mencionadas van a dar por --
resultado una "fascies adenoidea", que también se le ha llama-
do "fascies digital".

10.- Las consecuencias psicológicas van a ser muy gra-
ves ya que la felicidad del niño se verá quebrantada por las-
burlas, apodos y hasta insultos, que le harán perder la segu-
ridad en sí mismo.

En ocasiones los daños psicológicos son ocasionados --
por los mismos padres, en el intento de eliminar el hábito --
del niño, van a crear un sentimiento de culpabilidad en él.

El niño estará consciente de que el hábito no es aceptado, pero a la vez lo seguirá realizando, pues en él se alojará para obtener la seguridad y bienestar deseado.

Realizar el hábito de succión digital, para el niño será como un escudo contra la sociedad que lo rodea. Cuando las presiones se vuelven difíciles de soportar entonces va a obtener mediante la extremidad corporal aplicada a su boca, la satisfacción que ansía.

Tratamiento.

Se pueden considerar dos tipos de tratamiento: el tratamiento preventivo y el tratamiento correctivo.

Tratamiento preventivo.

El tratamiento preventivo se basará en las siguientes observaciones:

1.- El sistema de alumbramiento natural, que es defendido por buen número de médicos, ya que se evitan deformaciones y traumas faciales que podrían desencadenar a partir de las malformaciones, ciertos hábitos anormales.

2.- Es importante que el recién nacido, permanezca en el mismo cuarto con su madre, ya que la contigüidad física y la inconsciente comunicación que su madre le brinda, darán a ambos una seguridad emocional, que no debe perderse.

3.- La lactancia realizada en forma natural, con los ---

cuidados, el cariño, la paciencia y el ambiente de tranquilidad tan necesarios para el niño.

Si por algún motivo la madre se encuentra imposibilitada para alimentar ella misma a su hijo, será conveniente que la alimentación se realice con biberones bien diseñados que imiten el seno materno y así poder lograr que el niño ejercite sus músculos de manera correcta. Lo más importante será -- el acercamiento, los mimos y el cariño que la madre le brinde a su niño. Siguiendo lo antes mencionado, se colocará al niño en la posibilidad de resolver dos necesidades básicas, para la vida del niño; una de ellas de carácter físico-biológico, que será el desarrollo muscular correcto y satisfacer su hambre; y la otra de carácter psicosomático, ya que el niño va a adquirir sentimientos de seguridad.

4.- Será conveniente educar al niño, para que no beba con la boca llena de alimento. Esto último, fomenta los hábitos de mala posición de la lengua que en muchas ocasiones se asocia con hábitos de chupaderos ó que presentan respiración bucal.

5.- Será conveniente la ayuda del foniatra, para evitar la recidiva.

Es de suma importancia, el interceptar ó eliminar el hábito de succión digital, para lo cual se tendrán que tomar en cuenta, los siguientes factores:

- 1.- ¿Tiene el paciente más de tres años de edad?
 - 2.- ¿El hábito esta causando antagonismos familiares?
 - 3.- ¿Este hábito está aumentando en intensidad, frecuencia y duración?
 - 4.- ¿El niño esta capacitado por su edad y su capacidad de discernimiento, para entender el posible daño que pueda causarse al persistir con el hábito?
 - 5.- ¿El fenómeno se presenta en forma constante durante todo el día?
 - 6.- ¿El niño ha manifestado su intención de eliminar -- el hábito?
 - 7.- ¿El hábito esta causando maloclusión?
 - 8.- ¿Este hábito esta creando la formación de nuevos -- hábitos?
 - 9.- ¿Están los padres dispuestos a que el niño utilice aparatos ortodónticos, para detener el daño?
 - 10.- ¿Se está empeorando una mala relación esquelética -- ya existente?
 - 11.- ¿Está el niño en buenas condiciones de salud general?
 - 12.- ¿Tiene el niño buenas condiciones de salud mental?
- Se deberán analizar las respuestas de las anteriores -- preguntas y si nos encontramos con todas las respuestas positivas, estará indicada la intervención para eliminar el hábito,-

Cuando nos encontramos con cuatro respuestas positivas ó menos lo más conveniente será no tratar el problema pues las condiciones del niño y su atmósfera psicológica traerán con mucha frecuencia el rechazo del tratamiento.

Para iniciar nuestro tratamiento, será de suma importancia la edad de nuestro paciente, ya que si el niño tiene menos de cinco años, no lograremos la cooperación deseada.

Será conveniente hablar con los padres del niño, para lograr la cooperación de los mismos. Se les dirá si están de acuerdo en ofrecer un premio al niño para estimularlo a eliminar su hábito. Se hará hincapie en la importancia que tendrá el dar individualidad al niño, dejándolo actuar por sí mismo.

Será conveniente tratar de lograr una relación amistosa con el niño desde la primera cita, para lo cual tendremos un trato cordial, llamándole por su nombre y haciéndole ver que nos encontramos realmente interesados en ayudarle a eliminar su problema.

Si nuestro paciente no se encontrara en buenas condiciones de salud general o mental, el tratamiento deberá ser pospuesto.

En la primera cita podremos darnos cuenta de varias cosas como son: la actitud de los padres hacia el problema de su hijo, pues en ocasiones serán estos los principales causantes del problema.

En la primera cita se puede ver la actitud del niño --

ante el hábito, pues en ocasiones nos encontramos con niños -- que en seguida nos muestran los dedos ó el dedo que se chupan, diciendonos "es que me chupo el dedo". Este tipo de niño es el que realiza el hábito como imitación o como castigo contra los padres. En contraste con otros niños que esconden, su mano y -- hasta después de un rato nos mostrarán su dedo.

Cuando mayor sea la angustia del niño, mayor será la ca -- llosidad y su extensión en el dedo del niño. Si solamente se -- presenta la piel suave lisa y húmeda, lo hace por satisfacción oral ó por imitación generalmente.

En la primera visita, es conveniente que estén los pa -- dres y será en esta cita cuando le propongamos al niño, que -- en un lapso de tiempo, si el ha eliminado su hábito sus padres le premiarán, con algo que él desee siempre y cuando este al -- alcance de ellos.

El Cirujano Dentista, puede seguir diferentes rutas pa -- ra controlar el hábito de succión digital.

a) La primera cita se explicará al niño por medios au -- diovisuales, las consecuencias que tendría de continuar con el hábito. Si contamos con la cooperación del niño, le pediremos -- que realice su control digital, mediante el registro en una -- hoja, lo anterior será combinado con ejercicios musculares.

b) La segunda ruta consiste en la utilización de dife -- rentes medios de contención, que se podrá dar a escoger al ni --

ño entre dos, mismas que serán de acuerdo a la gravedad del -- caso.

Ante todo se deberá contar con la aceptación del niño.

En la primera cita, se le indica al paciente que en --- una hoja, de cualquier tamaño y color, anote él mismo y sin -- ayuda de nadie: la semana, su nombre, edad y fecha. En seguida que escriba los días de la semana, dejando un espacio, para la colocación de estrellitas, que colocará por cada día en que no se chupe el dedo. Se le pedirá a los padres que lo lleven a la ma- -- yor brevedad posible a comparar sus estrellitas y una cinta de tela adhesiva que deberá colocar en el dedo que succiona así - como en el dedo vecino. Se hará hincapié en que esta tela adhe- siva, servirá unicamente para recordarle que no debe succionar su dedo, debiendo colocarse en el momento en el que el niño -- ha manifestado que se chupa su dedo, pudiendo ser al acostarse al ver la televisión, ó durante la mayor parte del día.

Será conveniente, pedir a los padres que respeten la individualidad del niño, dejándolo que éste lleve sus registros- por sí solo. Se le dirá al niño que es conveniente que actúe - con sinceridad, pues será el medio de que él y nosotros nos de mos cuenta del progreso que va teniendo, y que de no actuar -- con la verdad, se estaría engañando el mismo y a nosotros.

Será conveniente también enseñarle otras hojas de con - trol, de niños que también han tenido el hábito.

A continuación se le da un sobre de papel manila grande, en el que irá pegada una etiqueta con su nombre y que dirá Control Digital. Se le entrega al niño diciéndole que es para su uso personal y que en ella guardará sus hojas de control con sus estrellitas, misma que nos llevará para la siguiente cita.

En la segunda cita, que se procurará que sea una semana-después, recibiremos al niño solo, pues los padres no deberán entrar, él nos mostrará sus progresos y ya sea que las estrellas estén completas ó que falten algunas, nuestra actitud debe ser optimista, mostrando a nuestro paciente que estamos contentos por el progreso logrado.

En el caso de que falten estrellas, le preguntaremos el porqué, procurando interesarnos por las cosas que le molestan; sus relaciones con sus padres y hermanos, etc. No es difícil que un niño que se había mostrado reservado y tímido en esta ocasión nos exprese quizás hasta con llanto sus problemas.

En la segunda cita también es conveniente tomar modelos de estudio y fotografías, diciéndole que en la próxima cita podrá ver sus dientes en modelos de yeso. Despediremos a nuestro paciente recordándole que para la próxima cita nos traiga una nueva hoja de control, ya que nos quedaremos con la primera.

Conjuntamente a su hoja de control le pediremos que realice un ejercicio, que hará por un lapso de 30 minutos diarios, este ejercicio se realizará sobre todo en el caso de que el la-

bio superior se encuentra hipotónico.

Se le pedirá que extienda su labio superior, lo más que pueda, metiendo el borde bermellón, abajo y atrás de los incisivos superiores y el borde bermellón del labio inferior se colocará contra la porción exterior del labio superior extendido y se presionará lo más fuerte posible contra el labio superior. Este ejercicio es de gran beneficio, para los dientes superiores labializados y para aumentar la tonicidad del labio superior. Existirá un componente sensorial en el masaje labial, por lo que tal ejercicio puede servir de sustituto del dedo succionado. Será conveniente decir al niño que coloque una pomada, para evitar la irritación ó el agrietamiento de sus labios.

En una tercera cita podremos ver los resultados obtenidos, si el niño llega con su hoja de control con todas las estrellas y percibimos mediante las respuestas a nuestras preguntas y la mirada del niño que han sido ganadas honradamente, llamaremos a los padres y les notificaremos de los logros de su hijo y se les indicará si ya lo pueden premiar por el esfuerzo realizado.

El convencimiento y el estímulo son más efectivos que el castigo.

Los medios de contención serán usados haciendo hincapié que serán medios recordatorios para que el niño evite daños ma

yores. Son:

1.- Tela adhesiva en el dedo o dedos que el niño succiona junto con el dedo vecino. Este método se usará por un tiempo máximo de dos meses.

2.- Protector de hule rígido en el dedo pulgar. Se usará de tres a cuatro meses.

3.- Placa removible de acrílico tipo Hawley. Por lapso de 6 meses.

4.- Arco palatino con ventana.

5.- Arco palatino con picos. Los dos últimos se usarán por un lapso de 8 a 10 meses.

Se colocará un aparato como último paso solamente si los medios anteriormente mencionados no hubieran dado resultado.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito, deberá reunir los siguientes requisitos:

- 1) No impedir la actividad muscular.
- 2) No requerir recordatorios para usarlo.
- 3) No avergonzar con su uso.
- 4) No complicar a los padres.

Pasos para la construcción de un aparato de succión digital.

a) Se toman impresiones de alginato de las dos arcadas dentarias.

b) Si los contactos proximales son estrechos, en la zo-

na del segundo molar decíduo se colocarán alambres de bronce - separadores.

c) Los segundos molares decíduos constituyen buenos pilares. Se seleccionan coronas metálicas al tamaño adecuado ó -- bien bandas de ortodoncia, se adaptan al molar correspondien -- te en el modelo de yeso, se contornean y se recortan en el mar -- gen gingival.

d) El aparato palatino se fabrica con alambre de acero -- inoxidable, se hará en forma de U. Se adapta pasándolo mesial -- mente a nivel de margen gingival, desde el segundo molar deci -- duo hasta el nicho entre los primeros molares decíduos y el ca -- nino primario, en este punto se hace un doble agudo, para lle -- var el alambre en dirección recta hasta el nicho correspondien -- te opuesto. No se deberá seguir el contorno del paladar, para -- de esta manera reducir la satisfacción que el niño obtiene al -- succionar su dedo.

e) Se coloca un aparato central, que consta de dos es -- polones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se ex -- tiende hacia atrás y hacia arriba en ángulo de 45 grados res -- pecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse más allá -- de la línea trazada que une las superficies distales de los se -- gundos molares decíduos. Las dos patas del asa central se do -- blan hacia el paladar de manera que hagan contacto con él lige -- ramente. Se suelda el asa a la barra principal, lo mismo que --

una tercera proyección que tendrá la misma curvatura del asa principal y que se colocará entre éstas.

f) Se adaptará a la boca del paciente, se limpia y si ya no existen molestias se podrá cementar.

El aparato se lleva por periodo de cuatro a seis meses. Después de un intervalo de tres meses en que el hábito desapareció, por completo, se eliminarán los espolones primeramente, después se retira la extensión posterior, y tres semanas después se retirará la barra palatina restante y las coronas.

Al niño se le advierte que el uso del aparato, es para la corrección de la posición de sus dientes.

Se pueden utilizar aparatos removibles como son:

- 1.- Pantalla vestibular ó bucal.
- 2.- Variaciones de la placa de Hawley.

Estos aparatos serán colocados únicamente si contamos con la absoluta cooperación de nuestro paciente.

4.6 Hábito de empuje lingual.

Se considera que el empuje lingual es el principal factor causante de la mordida abierta y sobremordida horizontal; ya que también aunque en menor grado lo ocasionan el hábito de succión digital, succión de labio, lengua agrandada, de --glución infantil, etc.

El empuje lingual con frecuencia se encuentra asocia -

do a un problema de deglución infantil.

La deglución infantil desaparece en el momento que hacen erupción los dientes, ya que estos vendrán a ocupar el espacio que anteriormente la lengua ocupara, para tratar de llenar el espacio entre los maxilares, ayudándose con la musculatura de carrillos y labios.

En ocasiones el empuje lingual puede ser consecuencia del círculo vicioso que se origina después de un trastorno -- en la oclusión producido por un hábito de succión digital, -- que va a ocasionar la mordida abierta y por ende la mala posición de la lengua en la deglución.

Se ha observado que cuando existen alteraciones en el tracto nasorespiratorio crónicas, ya sea ocasionada por una faringitis, amigdalitis, tonsilitis, respiración bucal, etc, se encuentra asociado un hábito de empuje lingual.

Cuando las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, la raíz de la lengua para evitar una situación de dolor se encontrará relajada y proyectada hacia adelante, aunando a esto una mandíbula que cae relajadamente y la deglución alterada, dando como consecuencia la alteración en la dentición y procesos alveolares ocasionada por el desequilibrio que -- existirá en las fuerzas musculares.

En el empuje lingual no solo se encontrarán involucrados los músculos linguales, sino que con frecuencia se encuen

tra una mayor función del orbicular de los labios, así como -- del músculo borla de la barba, en el intento de pasar el bolo alimenticio.

Otro factor que puede ocasionar el empuje lingual es el uso prolongado del biberón, ya que la lengua se encontrará entre los incisivos superiores e inferiores produciéndose un retraso en la erupción de los mismos y por lo tanto la mordida -- abierta.

El empuje lingual puede ser: a) simple, b) complejo.

a) El empuje lingual simple, es cuando el empuje lin -- gual se encuentra asociado a una deglución normal con los dientes juntos.

b) El empuje lingual complejo es cuando el empuje lin -- gual se encuentra asociado con una deglución con dientes separados.

Tratamiento.

Antes de establecer la forma de tratamiento, habrá que diferenciar cuidadosamente entre un empuje lingual simple, un empuje lingual complejo, la retención de un patron de deglución infantil y una postura defectuosa de la lengua.

El tratamiento para el hábito de empuje lingual puede -- ser de las siguientes formas:

1) Fisiológico.

2) Mecánico.

1) Fisiológico.- Que será aquel que se realice en el -- caso de un empuje lingual simple, que es cuando el empuje lingual es con una deglución con dientes juntos. La maloclusión -- generalmente es una mordida abierta bien circunscrita a los -- dientes anteriores. El pronóstico de este tratamiento es muy -- bueno. El tratamiento se realizará a nivel consciente e inconsciente.

Este tipo de tratamiento lo realizaremos después de haber explicado al niño mediante recursos audiovisuales, el problema y sus consecuencias. Trataremos de lograr la cooperación de nuestro paciente.

Se realizará un tratamiento fisiológico, partiendo de -- la idea, de que el daño es también fisiológico y se evitará -- como primer paso, el tratamiento mediante aparatos sujetadores e inmovilizadores que deberán ser pospuestos.

El empuje lingual es un reflejo condicionado, que ha -- necesitado de un previo aprendizaje, por lo que será necesario, establecer una terapia de reaprendizaje.

El primer paso en nuestra terapia fisiológica, será familiarizar a nuestro paciente con la deglución normal, para lo cual le señalaremos con el dedo índice, la posición correcta -- de la lengua durante la deglución; que será en la unión del pa ladar blando con el paladar duro. Le pediremos que con la pun-

ta de la lengua colocada en la papila incisiva junte sus dientes, junte sus labios y trague manteniendo la lengua en la misma posición. El uso de las señales táctiles ayuda al paciente a comprender donde debe ir su lengua. Se le pedirá que realice, sus degluciones en forma correcta por lo menos cuarenta -- veces por día, ayudándose con pequeñas cantidades de agua. Será conveniente que el niño vaya anotando en una hoja, los días en que realizó sus ejercicios. Estos ejercicios se realizarán hasta la próxima cita en la que el niño nos llevará su hoja de registros.

Se tratará de reforzar el aprendizaje a nivel subconsciente, pues el niño se encontrará capacitado para realizar -- degluciones normales pero de manera inconsciente seguirá realizando degluciones anormales.

Le pediremos que por lo menos una vez por día coloque -- una pastilla, de preferencia bicóncava y de sabor de algún cítrico, como podría ser de limón, que se colocará contra el paladar en la posición correcta, y de esta manera estaremos logrando que nuestro paciente, este realizando degluciones normales de manera inconsciente. Será conveniente pedir a nuestro -- paciente que de manera simultánea tome el tiempo que le lleva realizar su ejercicio, y al igual que en el ejercicio anterior lo vaya registrando en una tarjeta.

Cuando estos tratamientos no han sido suficientes se --

procederá al tratamiento mecánico.

2) Mecánico.- Este tipo de tratamiento se realizará --- cuando el tratamiento fisiológico, no haya dado resultado. Se--- utiliza generalmente en el empuje lingual complejo, que es cuan- do la maloclusión es más grave, ya que el empuje lingual se rea- liza con una deglución con dientes separados. En estos casos no existe un engranaje cupídeo estable. El pronóstico no es muy -- bueno y en estos casos es recomendable realizar primeramente el tratamiento ortodóntico.

El tratamiento mecánico puede ser mediante el uso de -- cualquiera de los siguientes aparatos, dependiendo de la coope- ración de nuestro paciente:

1) Aparatos fijos:

- a) Arco lingual soldado con espolones.
- b) Arco con cribas linguales.

2) Aparatos removibles:

- a) pantalla vestibular.
- b) Pantalla bucal.

a) Arco lingual soldado con espolones.- Este aparato - tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás, duran- te la deglución. Llevará los espolones doblados hacia abajo, - para que formen una especie de cerca, atrás de los incisivos - inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes -- posteriores.

El aparato deberá tratar de:

1) Eliminar la proyección anterior enérgica y el efecto a manera de émbolo, durante la deglución.

2) Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las rugas palatinas, durante la deglución y no se introduzca en el espacio incisal.

El arco lingual con espolones se puede hacer superior ó inferior.

Pasos a seguir para la construcción del aparato:

1) Los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios, esto cuando es en la arcada superior. En el caso de realizar el aparato en la arcada inferior se seleccionarán los caninos.

2) Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas dentarias y montarán en un articulador de bisagra ó anatómico.

3) Los dientes soporte se recortan en el modelo de yeso.

4) Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos.

5) Se adapta la barra lingual en forma de U, esta será de aleación de níquel y cromo ó de acero inoxidable, de 0.040-pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante, hasta el área de caninos a ni

vel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos.

6) Se colocarán tres ó cuatro espolones de manera estratégica, mismos que irán soldados al arco lingual. Se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritaciones a la lengua.

7) El alambre base se coloca, cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte.

8) Si existe una buena adaptación de las coronas y del arco lingual, se procederá al cementado de nuestro aparato.

b) Arco con cribas linguales.

La acción que ejerce sobre la lengua y la musculatura bucal será la misma que en el arco lingual con espolones. La construcción del aparato será igual al anterior, variando únicamente el paso 6; que en este caso se realizará con tres ó cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo, a la altura de los incisivos inferiores. Cuando los modelos se pongan en oclusión, no deberá interferir con la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V, haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los

brazos de las proyecciones se encuentran aproximadamente a nivel del alambre base, se colocará pasta para soldar a base de fluor y se sueldan al alambre con suficiente soldadura de plata.

Dependiendo de la gravedad de la mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección automática de la maloclusión. Ya que el paciente descubrirá -- desde la primera semana que la posición más cómoda es colocando el dorso de la lengua, contra el paladar y la punta de la lengua contra las rugas palatinas. No todos los aparatos tienen éxito por sí solos y en muchos casos es indispensable emplear, procedimientos ortodónticos totales. La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y -- los diez años de edad. Se llega a presentar mordida abierta en los segmentos posteriores, causando infraoclusión, así como -- problemas funcionales y problemas del habla.

En el caso de proyección lingual lateral se utiliza una criba lingual modificada, al no haber la interposición de la lengua, los dientes harán erupción de manera normal, eliminando la mordida abierta, se recomienda el uso de las coronas metálicas.

2) Aparatos removibles.

pantalla bucal y vestibular.

Para la colocación de un aparato removible necesitamos --

ante todo la completa cooperación de nuestro paciente.

La pantalla bucal puede ser vestibular ó bucal ó bien combinarse, para lograr un mayor control tanto de las fuerzas musculares tanto dentro como fuera de las arcadas dentarias.

La pantalla bucal estará hecha de acrílico únicamente ó bien combinarse con asas de alambre, pudiendo agregarse ganchos de alambre de los llamados de bola, que se colocarán en la región de los molares para aumentar la retención del aparato y reducir la tendencia a que el extremo posterior, caiga cuando la lengua es proyectada hacia adelante. Utilizados solos estos aparatos son de alcance limitado en la corrección, pero si son utilizados en forma correcta y constante, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas reduciendo la maloclusión en desarrollo.

4.8 Hábito de succión y mordedura de labio.

Este hábito se encuentra generalmente asociado a un hábito de succión digital ó asociado a un problema de respiración bucal.

Debido a la excesiva sobremordida horizontal que se asocia en estos casos, el labio inferior se encuentra entre los incisivos superiores e inferiores ocasionando que el niño adquiera el hábito de mordelo, produciéndose un daño mayor en

sus estructuras dentomaxilares.

El labio inferior al colocarse detrás de los incisivos superiores y proyectándose sobre las superficies linguales de estos, producirá que el labio superior se encuentre sin función hipotónico, flácido, y retraído. El niño encontrará más cómodo colocar su labio inferior en el aspecto lingual de los incisivos superiores, dificultando que los labios cierren correctamente durante la deglución.

Asociado al hábito de succión de labio se observa una hiperactividad del músculo borla de la barba, que es observable fácilmente al pedirle al niño que degluta, pues el mentón se verá contraído y endurecido.

Antes de iniciar nuestro tratamiento es de suma importancia, realizar un diagnóstico certero, ya que si nos encontramos ante un problema de maloclusión clase II división I ó bien ante un problema de sobremordida horizontal excesiva, el establecimiento de un tratamiento para hábito de succión de labio, mediante aparatos, puede ser poco benéfico. En este caso el beneficio será en forma parcial pues el hábito de succión de labio se encuentra compensando el problema dento maxilar. En estos casos se tendrá que realizar primeramente un tratamiento ortodóntico, con un ajuste oclusal correcto. En muchos casos una vez corregida la maloclusión, el hábito desaparece de manera automática.

En los casos en los que el hábito persiste, aún después de haber solucionado, el problema de maloclusión, se procederá al uso del aparato para hábito de succión de labio.

Fabricación del aparato:

1.- Se toman impresiones de alginato, superior e inferior, y se corren en yeso.

2.- Será conveniente montar los modelos en un articulador de bisagra.

3.- Se recortan en el modelo los primeros molares permanentes ó los segundos molares deciduos, en sentido gingival.

4.- Se seleccionan coronas metálicas ó se colocan bandas de ortodoncia adecuadas, sobre los dientes pilares.

5.- Se adapta un alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo, que corra en sentido anterior desde el diente soporte, pasando los molares deciduos, en el área interproximal, cruzando hasta el aspecto labial de los incisivos inferiores. La altura a la que irá el alambre, será marcada por el borde incisal, siempre y cuando no se interfiera con la oclusión de los dientes superiores, de ser así se colocará más gingivalmente. Se deberá dejar un espacio de 2 a 3 mm, de la superficie labial de los incisivos, para permitir que los dientes se desplacen por la presión de la lengua. El alambre se continúa por el espacio entre el canino y el primer molar deciduo, del lado opuesto, hasta hacer contacto con el diente so-

porte.

6.- Se agregará un alambre que irá soldado, en el punto en el que el alambre cruza, hacia vestibular, este alambre se encontrará paralelo al anterior únicamente que a 6 u 8 mm- en sentido gingival y se vuelve a soldar en la zona del nicho opuesto, esta porción deberá encontrarse separada unos 3 mm - de los tejidos gingivales.

7.- Se suelda el alambre base, a las coronas ó las bandas y se revisa si no existe una interferencia oclusal.

8.- Después de limpiado y pulido, puede ser cementado- el aparato en la boca del paciente.

Nota. La porción que se encuentra entre los dos alambres vestibulares, se pueden cubrir de acrílico, evitando de esta manera una posible irritación de las mucosas del labio inferior.

El periodo en que se debe usar el aparato, será entre- los ocho y los nueve meses.

Servirá de manera importante en el caso de que por el mismo hábito de labio, haya existido apiñonamiento de dientes anteriores inferiores, sobremordida horizontal, retrusión mandibular funcional, pues será tiempo suficiente para la malo - clusión se corrija.

4.8 Habitos anormales diversos.

4.8.1 Hábitos posturales.

Aunque son raros los trastornos ocasionados por hábitos de postura anormal, pueden llegar a ocasionar maloclusiones.

La mala postura y la maloclusión podrían ser resultado de una causa común, en la que la mala postura actuará acentuando una maloclusión existente.

Entre las malas posturas que podrían motivar una maloclusión estarían:

1) Una mala posición durante el sueño, que podría ser originada por la presión que se recibe al dormir con varias almohadas ó bien por dormir en posición boca abajo.

2) Se han encontrado problemas en niños encorvados, que apoyan la cabeza de tal manera que el mentón descansa sobre el pecho, pudiendo crear su propia retrusión del maxilar inferior.

En el caso de malas posiciones se podría ocasionar, desviaciones del maxilar inferior, laterognatismos y anomalías de la oclusión de los dientes anteriores.

3) Otro de los problemas posturales que mas daño ocasionarán es la mala posición que se asocia con el uso del aparato ortopédico de Milwaukee, que es utilizado en los pacientes-

con escoliosis idiopática de la columna vertebral. Para evitar estas maloclusiones, se deberá establecer un nexo con el Cirujano Ortopédico, y en conjunto poder evitar al máximo, la aparición de una maloclusión para lo cual nos valdremos de férulas intrabucales; diseñadas especialmente para los activadores, posicionadores y aparatos ortopédicos dentofaciales, así como de placas Hawleys modificadas.

De lo anterior lo más importante será la utilización correcta del aparato de Milwaukee, que deberá estar a una posición correcta de dos a tres dedos entre el sitio para colocar el mentón y el maxilar inferior.

4.8.2 Hábito de mordedura de uñas.

El hábito de mordedura de uñas (onicofagia), no es considerada que sea un agente causal de una maloclusión. Es considerado como un hábito, que gran cantidad de individuos realizan ó han realizado en alguna etapa de su vida.

Es considerado como los demás hábitos un medio para eliminar tensiones y se ha observado que niños que anteriormente han tenido el hábito de succión digital, presentan el hábito de mordedura de uñas.

No es considerado un hábito pernicioso, que cause maloclusión, aunque se puede observar atrición o desgaste de los dientes anteriores inferiores.

El hábito de mordedura de uñas, se presenta generalmente hasta los 3 ó 4 años y se acentúa durante la pubertad.

Es considerado por los psicólogos como un síntoma de -- desajuste de la personalidad ó ansiedad, por lo tanto será --- conveniente atacar el problema primario que este ocasionando--- dichos trastornos, del cual la mordedura de uñas es solo un -- síntoma.

Psicoanalíticamente se interpreta como la satisfacción de necesidades infantiles, resultado de una fijación a nivel - oral.

Se dice que los sujetos que se muerden las uñas, tienen dificultades para exteriorizar su hostilidad y la manejan de manera intrapunitiva.

El tratamiento será sintomático, del cual se descartarán el castigo ó la limitación física. Con tolerancia, paciencia - oportunidades para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones.

4.8.3 Hábitos masoquistas.

No es un hábito frecuente, sin embargo se ha observado en niños y adolescentes, con graves problemas emocionales.

Generalmente es niño con un hábito masoquista ó de auto mutilación, no admitirá la existencia del mismo, a menos que - este sea observado practicándolo.

El tratamiento será ante todo tratar de encontrar la -- causa que motiva tal situación. En la mayoría de los casos se-- rá un problema emocional, de tensión, desdicha ó conflictos en la familia, en la escuela ó en su medio social. Será cuando -- el Cirujano Dentista, se verá en la necesidad de remitir a --- nuestro paciente con el psicólogo.

Este tipo de hábito se llega a presentar en ocasiones - desde los cuatro años.

Los daños que un niño se puede ocasionar con un hábito-- masoquista puede ser movilización de algún diente, traumatizar con la uña los tejidos libres y adherentes de las encías, de-- nudamiento de las raíces mediante la uña al desgarrar el teji-- do gingival marginal.

4.8.4 Hábito de abertura de pasadores de pelo.

Es un hábito que se ha observado comunmente en mujeres - que abrían los pasadores con los incisivos anteriores, para co-- locarlos en la cabeza. Se encontraron en estos casos dientes -- privados parcialmente de esmalte labial e incisivos aserrados.- El tratamiento será únicamente, hacer del conocimiento de la pa-- ciente de los posibles daños que se ocasionará de seguir con el hábito.

CONCLUSIONES

1.- La historia clínica es muy importante para establecer un diagnóstico y un tratamiento correctos.

2.- Antes de establecer un tratamiento, se deberá tomar en cuenta la edad del niño. Los hábitos bucales infantiles se deben considerar como normales hasta los dos años y medio; hasta los cuatro años de edad, el niño podrá persistir en su hábito, sin que se presenten problemas de maloclusión permanentes; si el hábito persiste más allá de los cuatro o cinco años, con frecuencia encontraremos trastornos en la oclusión dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia con que se realice.

Si el niño es menor de 5 años, no lograremos la cooperación necesaria para la eliminación del hábito.

3.- Es importante lograr la confianza del niño, mostrándole interés en ayudarlo. Se mantendrá su individualidad durante nuestro tratamiento.

4.- Se le premiará por los esfuerzos realizados, eliminando el castigo. Se hará hincapié, que los diversos medios -- de contención de los hábitos, actuarán únicamente como recordatorios.

5.- Las maloclusiones provocan alteraciones faciales, fonéticas, fisiológicas, etc.; serán motivo de trastornos psicológicos y desajustes emocionales en el niño, que darán por

resultado una conducta introvertida y un comportamiento inmaduro. En muchas ocasiones en nuestras manos estará el poder lograr la salud mental del niño, que será tan importante como su salud física, en un período de formación que será la base de su vida futura.

6.- El niño será considerado como un ser integral, del cual no solo nos interesará el aspecto bucal, sino que se tomará muy en cuenta su personalidad y sentimientos.

7.- La lactancia natural es una etapa de suma importancia, ya que se ha observado que la mayoría de los niños que -- presentan hábitos anormales, recibieron una lactancia apresurada, con cierta frialdad, con ansiedad ó cuando se realizó de manera artificial mediante biberones inadecuados.

8.- El niño va a obtener durante la lactancia, los sentimientos de seguridad, alegría y protección que tanto necesita. La unión emocional de la madre con su hijo en un ambiente ordenado, de bienestar, será la base para la relación del individuo con otros seres humanos.

9.- Se dará importancia al tratamiento preventivo: mediante la lactancia natural, si la madre esta imposibilitada para alimentar a su hijo, se utilizarán biberones bien diseñados así como el acercamiento, los mimos, y el cariño que la madre brinde al niño, satisfaciendo así dos necesidades básicas: una física-biológica y la otra psicosomática.

10.- El Cirujano Dentista deberá realizar en muchas ocasiones una labor de conjunto con otros profesionistas como el medico, psicólogo, psiquiatra, foniatra, etc.

11.- Se deberá buscar la causa del hábito anormal, ya que en muchas ocasiones es únicamente el síntoma de un problema emocional mayor, por lo tanto no se podrá eliminar sin combatir el factor que lo ocasiona.

12.- Durante mi practica profesional he observado que el problema de los hábitos anormales es frecuente, siendo el hábito del "niño chupadedos" el más común. Es muy grande la satisfacción que se obtiene al poder ayudar a un niño a eliminar un hábito que le ha ocasionado diversos problemas.

BIBLIOGRAFIA

Dr. T.M. Graber.

Ortodoncia.

Teoría y práctica.

3a. ed. Editorial Interamericana. Mexico, 1974.

Robert Moyers.

Manual de Ortodoncia.

3a. ed. Editorial Mundi. México, 1976.

Begg.

Ortodoncia.

Teoría y técnica.

2a. ed. Editorial Tuxmesa, México, 1973.

Sidney Finn.

Odontología Pediátrica.

4a. ed. Editorial Interamericana. Mexico, 1976.

Mc. Donald.

Odontología para el niño y el adolescente.

2a. ed. Editorial Mundi. México, 1975.

Michell, Standish, Fast.

Propedeútica Odontológica.

2a. ed. México, 1973.

Progresos en la práctica odontológica.

Serie VII Buenos Aires.

Odontopediatría. Ortodoncia- terapéutica.

Tenorio Sandoval, Jaime

Hábitos Orales en niños.

Tesis UNAM 1964.

Rizzi herández, José Joel

Hábitos perniciosos relacionados con la Ortodoncia.

Tesis UNAM 1964.

Revista ADM.

Volúmen XXVII Núm. 3.

Mayo-Junio 1970.

Revista ADM.

Volúmen XXIV.

Julio-Agosto 1967.

Dr. Melvin Lewis.

Desarrollo psicológico del niño.

1a. ed. Editorial Interamericana. México 1973.

De la Fuente Muñiz, Ramón.

Psicología Médica.

17a. ed. Editorial Fondo de Cultura. México. 1978.

Singer Robert.

Psicología Infantil

1a. ed. Editorial Interamericana. México, 1971.