



*Universidad Nacional  
Autónoma de México*

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ASPECTOS IMPORTANTES EN LA DETECCION  
Y CONTROL DE LOS HABITOS ORALES**

**T E S I S**

*Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA*

*p r e s e n t a*

*Susana del Pilar Sánchez Miguel*

*Revisó y Autorizó*



**México, D. F.**

**1985**



## **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 está 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.

ASPECTOS IMPORTANTES EN LA DETECCION  
Y CONTROL DE LOS HABITOS ORALES

INTRODUCCION

I.- GENERALIDADES E HISTORIA

II.- ETIOLOGIA

III.- CLASIFICACION

IV.- CONTROL Y TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## I N T R O D U C C I O N

El Cirujano Dentista al eliminar los hábitos orales logra disminuir en gran medida las maloclusiones dentales.

En el caso de que las alteraciones dentales sean mayores es necesario atenderlas correctamente.

El conocimiento de los padres de la trascendencia que pueden tener los hábitos es muy reducido y a ésto se debe que los niños no sean atendidos en el momento adecuado.

Ya que los padres al conocer las causas que pueden llevar al niño a realizar el hábito, pueden cooperar con el especialista en el tratamiento adecuado.

Al presentar ésta tesis pretendo dar a conocer lo que son los hábitos orales, su etiología y algunos de los múltiples tratamientos para su eliminación.

## CAPITULO 1

### GENERALIDADES E HISTORIA

A lo largo de nuestra existencia, se han visto varios modelos de -- comportamiento y así mismo una gran cantidad de hábitos.

Esto se ha observado desde la antigüedad, cuando Platón observó como el niño copiaba los hábitos de los adultos, también Rosseau, creía -- que los hábitos eran consecuencia del ajuste psicológico del niño por -- que las restricciones que le imponía la sociedad y su conocimiento de lo bueno y lo malo.

El eminente psicólogo William James escribió: "Un hábito adquirido, -- desde el punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de des carga, formado por el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes".

El Dr. Thompson determinó, que la práctica fija producida por la -- constante repetición de un acto, constituyan un hábito.

En el diccionario odontológico, un hábito, se define como la práctica o costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie.

Walter opina, que el hábito surge por la influencia del medio ambiente sobre un patrón básico normal.

Tomando en cuenta, que el hábito surge por la influencia en la generación de un hábito el deseo y la necesidad.

Como podemos darnos cuenta existen diferentes descripciones sobre lo que es un hábito, sin embargo en la literatura odontológica notamos que --

los autores coinciden en que la acción debe repetirse, haciéndose cada vez mas inconscientemente y que resulta de una modificación en la conducta o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo con la tendencia a alterar el equilibrio de la boca.

Dicho equilibrio consiste en la interrelación correcta de dientes y arcadas y de las fuerzas musculares intraorales y extraorales con la musculatura bucal y peribucal y el sistema nervioso central periférico.

Así pues el hombre está regido por hábitos ya sea útiles o dañinos- los cuales pueden realizarse inconscientemente si son repetidos constantemente, aclarando que los hábitos que no producen alteraciones físicas- o psicológicas en el individuo no son de cuidado, por ejemplo los actos-cotidianos como son: comer, caminar, etc. Sin embargo el hombre presenta- hábitos perniciosos y es importante detectarlos a tiempo y combatirlos, - la mayoría de los hábitos se adquieren en la infancia, los niños requieren entrenamiento y un esfuerzo consciente, sin embargo, el adulto a fuerza de repetición es capaz de realizar éstos actos de manera inconsciente.

Como dentistas los hábitos que más nos interesan son aquellos que pueden producir algún cambio en la cavidad oral.

Una parte importante en la realización de un hábito es la edad del-paciente pues existen algunos que pueden considerarse normales en cierto periodo de desarrollo, por ejemplo: se presenta la succión del pulgar en el feto a los siete meses, en donde éste reflejo es muy importante pues- al nacer debe succionar para poder alimentarse, y se puede considerar normal aún hasta los dos años cuando se elimina el biberón y para dormir recurre a la succión de su dedo, pero si se ha sobrepasado ésta etapa ya es tiempo de preocuparse por éste hábito.

Los daños causados por los hábitos orales están en relación con el trío de factores que modifican el hábito:

Duración  
Frecuencia  
Intensidad

Duración.- Es el tiempo que lleva establecido el hábito, por ejemplo si su duración va mas allá de la primera infancia.

Frecuencia.- Es decir la cantidad de veces que el hábito es realizado o repetido en un cierto tiempo, por ejemplo, si se efectúa durante el día y la noche.

Intensidad.- Es la fuerza con que se ejecuta el hábito. Hay niños que al chupar producen un ruido audible en la habitación próxima.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular de naturaleza compleja que se aprenden. La actividad refleja, consiste en una respuesta a estímulos provenientes de un receptor que pasa por fibras sensitivas hacia el sistema nervioso central y regresan a la periferia a través de fibras motoras hasta llegar a los músculos donde se produce la respuesta.

Al tener su origen en el sistema neuromuscular debemos saber que la actividad neuromuscular puede ser de cuatro tipos:

1.- Reflejos Incondicionados:

Aparecen como parte normal de la maduración prenatal del sistema neuromuscular, no implica aprendizaje y está presente al nacer, por ejemplo, deglución del neonato.

2.- Reflejos que aparecen con el crecimiento y el desarrollo normal:

Aparecen hasta que el sistema nervioso central y músculos han madurado lo suficiente para poder aprender, por ejemplo: gatear, caminar, etc., en la región orofacial la deglución y la masticación.

### 3.- Reflejos Condicionados:

Todos los que han sido aprendidos, por ejemplo: los hábitos perniciosos, como empuje lingual, succión del pulgar, etc. Es decir, aquellos que parten de una asociación de un estímulo neutro y uno incondicionado que a partir de una serie de ejercicios éste estímulo neutro se torne condicionado.

### 4.- Esfuerzos Voluntarios:

Estos actos están bajo el control cortical más que de los centros inferiores, donde se integran las actividades reflejas.

Para ejemplificar lo anteriormente expuesto tomaré como ejemplo el hábito de succión del pulgar. Cuando el niño es alimentado observamos como una de las primeras zonas del organismo donde se desarrolla una función neuromuscular coordinada es alrededor de la boca. Al nacer el niño es capaz de succionar, éste es un medio de autoconservación, ya que el niño no puede masticar ni digerir alimentos sólidos, así que los alimentos son a base de líquidos que succiona.

Kantorowicz explica que el lactante al alimentarse se guía por dos instintos:

- 1.- El instinto alimentario
- 2.- El instinto de succión

Para satisfacerlos existen dos reflejos heredados que se extienden a varios grupos musculares coordinados, el reflejo de succión y de deglución

Ambos son herencia filogenética (relacionadas con el desarrollo y evolución general de una especie) imprescindibles para la vida que deben funcionar inmediatamente después del nacimiento sin necesidad de ejercitación. Cuando el lactante es alimentado con pecho satisface los dos instintos, los primeros 5 a 6 minutos toma la parte principal de leche y en los siguientes 10 minutos principalmente satisface su instinto de succión, la

madre al percibir la succión que ejerce el bebé continúa amamantandolo - hasta que éste deja de hacerlo, una vez que ha satisfecho su instinto de succión.

Cuando el bebé es alimentado por métodos artificiales la madre generalmente le retira la mamila una vez que ha terminado el alimento, esto es influido por el tamaño del agujero del chupón y según la energía empleada después de 4 a 10 minutos, cuando el niño aún no ha satisfecho su necesidad de succión, y se le retira la mamila, éste intenta seguir succionando y recurre a lo primero que puede, generalmente su pulgar originando así el hábito de succión del pulgar .

El Dr. Moyers divide en tres estadios el patrón de principios de aprendizaje muscular, por ejemplo, si un paciente tiene una deglución anormal, los principios de aprendizaje muscular para que aprenda un nuevo patrón de deglución seguirá de la siguiente forma:

- 1.- El cerebro debe tener la clara imagen de la tarea a dominar.
- 2.- Deben establecerse nuevas vías y el reflejo condicionado debe ser reforzado por la práctica repetida de la nueva habilidad.
- 3.- El control de la ejecución de la nueva habilidad debe pasar en gran medida desde los centros mas elevados del cerebro medio, el péndulo-cerebral y la médula espinal.

Así observamos como en la génesis de un hábito debe haber cierta disposición, además de aptitud física y mental. Al demostrar al individuo esta disposición el paso siguiente es dirigir el esfuerzo: éste a menudo es tremendo, ya que los musculos no han sido entrenados, sin embargo, aunque al principio se requiere de un gran esfuerzo, la repetición o práctica constante hará que los musculos respondan con mayor prontitud. Es decir, al principio los impulsos tardan largo tiempo en pasar a lo largo de los nervios aferentes hasta el cerebro para que vuelvan por los eferentes hasta los musculos involucrados. Al repetirse constantemente el tiempo se re

reduce gradualmente hasta que la presencia del estímulo crea casi una -  
respuesta casi espontánea. De tal manera que si en la generación de un há-  
bito se requiere de un gran esfuerzo consciente, finalmente no requerirá  
de esfuerzo alguno.

Los movimientos individuales se convierten en reflejos adquiridos. -  
Bueno o malo, los procedimientos involucrados son los mismos.

## CAPITULO 11

### ETIOLOGIA

La palabra etiología viene del griego: atia=causa y logos=tratado. Y al hablar sobre la etiología de los hábitos orales nos referimos a las causas que los producen.

Los hábitos orales pueden ser causados por diferentes factores entre los cuales los que se presentan con mas frecuencia son los siguientes:

- 1.- Instinto
- 2.- Insuficiente o incorrecta salida de la energía
- 3.- Dolor o incomodidad
- 4.- Tamaño físico anormal de las partes anatómicas
- 5.- Imitación
- 6.- Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar
- 7.- Dificultades y conflictos familiares
- 8.- Presión escolar
- 9.- Ansiedad por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades
- 10.- Programas en la televisión impropios de violencia o de terror no aptos para menores.
- 11.- Debido a molestias que causan la erupción de los dientes primarios
- 12.- Falta de satisfacción oral en la forma de alimentación.
- 13.- Sistema de alimentación y tipo de alumbramiento.

## INSTINTO

La palabra instinto ha sido causa de grandes controversias sobre todo en la antigüedad.

Platón y Aristoteles no habían percibido totalmente su significado y decían que los animales poseían almas racionales inferiores que eran capaces de gobernar sus funciones orgánicas fundamentales.

A la escuela estoica se le atribuye la invención de la palabra instinto en una forma completa y considerando al instinto como uno de los principales factores de la conducta animal.

Para ellos los instintos poseían tres características:

- 1.- No necesitan experiencia.
- 2.- La utilidad de su capacidad de adaptación.
- 3.- Su conformidad.

Se afirma que los impulsos naturales llamados instintos son actividades intencionales implantadas en el animal por naturaleza, por la razón universal o el creador, para guiar a la criatura en su búsqueda de fines que le sean útiles para su propia conservación y consecuentemente lo de su especie así como para evitar lo contrario.

Pero Ivan Petrovich Pavlov no veía la razón para distinguir entre reflejo e instinto. Consideraba los instintos un reflejo más complejo o una cadena de ellos. Creía que un instinto o reflejo particular posee una importancia fundamental derivándose de él todos los otros reflejos.

Consideraba el alimento como el principal reflejo de captura y el reflejo de defensa cutáneo le seguía en importancia.

Para Freud los instintos nacen de fuentes de estimulación dentro del cuerpo, de tal manera que, tienen un origen, un objeto y un fin que sería suprimir la excitación y reestablecer el equilibrio interno mediante una - descarga de energía por ejemplo el hombre que suprime por medio de la succión y la alimentación el hambre.

Prueba de forma concluyente en base a su experiencia analítica que - los impulsos instintivos procedentes de un origen pueden unirse a los impulsos procedentes de otro origen y compartir sus alternativas futuras y que en general la satisfacción de un instinto puede ser sustituida por la satisfacción de otro.

Freud dice que los neuroticos se enferman por reprimir ciertos deseos de origen sexual. Las fuerzas que luchaban contra éstos deseos eran angustia, sentimientos de culpa de ideales éticos a los que denominó "Instintos del YO".

Posteriormente propone otra clasificación y es la siguiente:

1.- El instinto de la muerte.- Autodestructivo que puede volverse - contra el mundo externo y transformarse así en un instinto de "destruc - ción" por ejemplo el paciente que se rasga la encía, la onicofagia etc.

2.- El Eros.- La libido, amor, sexualidad en el sentido amplio, que persigue la búsqueda de objetos y placer, según Freud le toca al eros neutralizar el instinto de muerte.

Se mencionan tres características del instinto según Salvador Molina Martínez:

1.- Es ciego.- Es decir labora por un resultado que desconoce.

2.- Es específico.- Es igual para todos los individuos de la misma - especie.

3.- Es inmutable y perfecto desde su nacimiento.- Sin embargo es capaz de adaptarse si varían las condiciones del medio ambiente.

Wudnt clasificó los instintos en dos grupos:

- 1.- Instintos de conservación del individuo (nutrición)
- 2.- Instintos de conservación de la especie (sexual)

Encontramos otra clasificación y es la siguiente:

1.- Primarios.- Los que no se pueden modificar sin poner en peligro la vida del individuo, por ejemplo: la reproducción, la respiración, la alimentación.

2.- Secundarios.- Los que admiten modificaciones y pueden llegar a ser suprimidos.

#### INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA DE LA ENERGIA

El hábito de succión así como otros hábitos asociados como la onico\_fagia se originan en la insatisfacción del instinto alimentario así como la falta de estímulo u oportunidad para movimientos y manipulación progresiva, podemos mencionar aquí el caso del niño que no tiene oportunidad de desarrollar actividades musculares por que su ropa le estorba o no le permite libertad de movimiento.

Cuando el niño no ha satisfecho su instinto de alimentación y succión ya sea por reducción del tiempo de amamantamiento debido a la alimentación con mamila o el paso a la alimentación con intervalos fijos, en contraste a aquella que es cuando el niño lo pide, la energía que debiera ser empleada en la alimentación al no contar con una salida suficiente, el resto de la energía la utiliza por ejemplo en la succión de los carrillos o cual -quier otra cosa que sus movimientos lo permitan.

Es frecuente encotrar a bebés cuyas madres los han cubierto con frazadas que no les permiten movimientos y los mantiene casi inmóviles, así cuando el niño trata de desarrollar alguna actividad muscular con sus pienas o brazos tal como alcanzara algo no lo va a poder hacer, de tal modo

que va a hacer los movimientos que su indumentaria lo permita y éstos serán muy cortos como por ejemplo acercár sus manos a la boca.

Debemos recordar que hay niños que están en constante actividad, niños sin freno hiperquinéticos, éstos niños se ven afectados emocionalmente al sentirse incapaces de parar su actividad lo que agrava su problema y los hace caer en un círculo vicioso, al no tener medios para frenar su actividad siempre buscan estar activos por lo que son presa fácil para adquirir cualquier hábito pernicioso.

La hiperquinesia se puede deber a un estado de angustia o a alguna disfunción cerebral.

Para favorecer la salida correcta de la energía se recomienda que los periodos de hambre no sean prolongados, permitir movimiento y manipulación progresiva abrigándolo con ropa adecuada y proporcionándole, objetos que lo estimulen a mantenerse activo y ocupado.

#### DOLOR E INCOMODIDAD

Especialmente cuando cualquiera de éstos es provocado por trastornos nutricionales, se recomienda una dieta adecuada a la edad del bebé, ya que al presentarse el dolor algunos de los padres suelen acostar al niño sobre su estómago para eliminar el dolor ocasionando que con frecuencia el niño coloque su brazo o mano bajo su cara, produciendo una presión dañina adicional, el hábito mandibular es resultado directo del dolor.

Los hábitos de postura como presiones anormales, malos hábitos al dormir o estudiar pueden ser ocasionados por éste.

Hay niños que han sido acostumbrados a dormir en una sola posición - este factor es importante en la adquisición de malas posturas al dormir,

lo que es recomendable es cambiar de posición con cierta frecuencia al niño para que se acostumbre a dormir en varias posiciones en caso que tienda a hacerlo en una sola posición. Cuando el colchón de la cama del bebé, es demasiado suave es mas difícil para él cambiar de posición y por lo tanto, producirá incomodidad en el niño por lo que se recomiendan los colchones firmes.

Cuando el niño duerme solamente bocabajo el cuerpo ejerce una indeseable posición sobre la cara sin embargo las consecuencias nocivas que puede acarrear éste hábito es la de facilitar la respiración anormal, una intensa salivación, basandonos en que la lengua guarda una postura irregular ocasionando un tragado defectuoso o proctátil.

#### TAMAÑO FISICO ANORMAL DE LAS PARTES

El agrandamiento de organos como amígdalas, o lengua pueden dificultar el paso del aire durante la respiración obligar a la lengua a tener posición progresiva entre los dientes colocándola hacia adelante entre o contra los dientes al tragar o mantener la mandíbula adelantada y así tener mas lugar en la laringe.

En el caso de la respiración por la boca como ya se mencionó suele ser por varias causas como por obstrucción completa del flujo normal del aire a travez de los conductos nasales, obligando al niño a respirar por la boca o también puede ser por ejemplo cuando el labio superior es muy corto y se requiere de un gran esfuerzo para poder cerrar la boca completamente, por lo que el niño por tener la boca siempre abierta, se acostumbra a respirar por la boca.

Los niños de tipo ectomórfico por su tipo genético puede presentar espacios nasofaríngeos estrechos, pueden presentar dificultad para respirar por la nariz por lo que pueden desarrollar el hábito de respiración bucal.

La hipertrófia de los turbinatos puede ocasionar resistencia a respirar por la nariz, está causada por alergias, infecciones crónicas en la mucosa de los conductos nasales, rinitis atrófica, temperaturas frías o cálidas o aire contaminado.

Durante la infancia el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico aunque pueden presentarse adenoides agrandados por lo que no es raro observar niños que respiren por la boca por esta causa.

Conforme el niño va creciendo hay una contracción fisiológica natural que contrarrestará el crecimiento y la respiración por la boca, se corregirá con el tiempo por sí misma.

## IMITACION

El niño tiende a copiar lo que ve a su alrededor, de ahí que muchos hábitos sean el resultado de la imitación del niño a sus padres, hermanos compañeros y demás persona que lo rodeen.

Los doctores Striefel Eberl y Gats afirmaron que la imitación es una conducta importante en sí misma, pues ella permite un ajuste eficiente a una nueva situación simplemente por observación de otras conductas que se está ejecutando, siendo posible que aquella pueda utilizarse como un mecanismo para obtener control de estímulos.

### a) Prestigio

Uno de los factores en la imitación es el prestigio, el individuo es capaz de discernir entre modelos buenos y malos. Aunque algunas veces el observador ve, de hecho las consecuencias de la conducta del modelo, otras solo pueden inferirlas a partir de la evidencia tangible de sus éxitos pasados. Por ejemplo, el modelo puede tener recursos materiales como dinero o indumentaria de moda que son símbolos de éxito socioeconómico o recibir

habitualmente refuerzos sociales como fama y admiración; o mostrar atributos o habilidades de los que se sabe sirven para alcanzar recompensas materiales o prestigio social; u ocupar en una jerarquía de prioridad o de ocupación un puesto que podría aumentar las posibilidades de éxito de tal manera que el niño trataría de copiar esta conducta para obtener el mismo prestigio que el modelo.

b) Edad

El sistema de grados de edad constituye una jerarquía de prestigio; la libertad y los privilegios se incrementan en el avance a través de diferentes fases del ciclo de edad. Al ir creciendo, a los niños se les enseña a ejecutar las respuestas del próximo grado de edad, ellos encuentran que éstas respuestas conducen a recompensas.

El imitar respuestas particulares instituye una tendencia a igualar la conducta de personas de grados superiores sobre un amplio rango de ejecuciones.

Es notoria la tendencia de los niños a copiar la conducta de los adultos.

La conducta de los padres señala las respuestas igualadas propias y los niños aprenden rápidamente a copiar sus respuestas novedosas.

c) Poder

Significa expedita la facultad de hacer algo. Se distinguen cinco tipos de poder según French y Raven:

- 1.- El poder de gratificación que se basa en la capacidad de recompensar a otros.
- 2.- Elde coherción con base en la posibilidad de aplicar castigos.
- 3.- El poder de experiencia que radica en la posición de conocimientos

que otros deseen utilizar para satisfacer sus necesidades.

4.- Poder de referencia, basado en el deseo de otros de semejanza o identificarse con el poderoso.

5.- El poder legítimo que radica en las expectativas compartidas de que una persona debería aceptar la influencia y orientación de otra.

En estudios realizados en la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México se plantearon las siguientes hipótesis:

1.- Los sujetos imitarían mas a un modelo adulto que a uno par.

2.- Imitarían mas a un modelo reforzado por su conducta que a uno - cuya respuesta no tuviera consecuencias.

3.- Imitarían mas a un modelo de su mismo sexo que a uno del sexo o - puesto.

4.- Los niños que reciben reforzamiento imitaron mas que aquellos - cuyas respuestas no tuvieran consecuencias reforzantes.

El resultado de éstas hipótesis confirmó los hallazgos experimentales de estudios realizados en otros países confirmandose las hipótesis 1,2 y 4

#### CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO EN EL HOGAR

Los celos constituyen un grupo de síntomas también parecen tener su origen en la interferencia de actividades o deseos, por ejemplo si a un - niño no se le presta la atención a que está habituado.

El motivo clásico que hace aparecer los celos en la infancia es el - nacimiento de un hermanito que se convierte en el centro de atención de - toda la familia. La frustración que sufre el niño en su adhesión a una - persona u objeto motivado por otra persona, puede provocar ésos estados - transitorios o permanentes de alteración de la conducta a los que llamamos celos. El pequeño puede mostrarse rígido, quedarse inmóvil, romper en llan - to, llamar la atención por medio de un conducta que sabe llamará la aten -

ción de los padres como por ejemplo: chuparse el dedo, comerse las uñas.

#### DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES

Los problemas emocionales de los padres así como los de todos los miembros de la familia se reflejan en el niño llegando a provocar estados de angustia e infelicidad que se reflejan en toda la familia especialmente en la conducta de los niños.

Es importante que los padres sepan las necesidades afectivas de sus hijos ya que son determinantes en el desarrollo de éstos. El niño requiere del cariño y aprobación de sus padres por lo que cuando es rechazado por ellos sufren una gran lesión, de ahí que debemos recomendar a los padres que no manipulen a sus hijos con palabras que pueden ser negativas y que originen fijaciones en ellos. Es frecuente que los padres manipulen a sus hijos para obtener cambios aparentes en su conducta, amenazando con "ya no te voy a querer", ésta amenaza encierra un afecto altamente perjudicial para el pequeño y lo que ella hará será crearle una inseguridad básica frente a la vida.

En los problemas de conducta se ha encontrado que en muchas ocasiones no es el niño el que tiene problemas de conducta sino su familia, así como también se hace evidente que los problemas de un niño pueden repercutir en su familia.

Los actos de los padres son aprendidos, captados y ejecutados por los niños.

La actitud de los padres debe estar encaminada a proporcionar seguridad estimulación, afectividad y debe existir acuerdo y consistencia entre ambos, ya que cuando hay desacuerdo en los padres habrá problemas con el niño, es decir, no mandar señales conflictivas o contradictorias ya que éstas generan muchos problemas de conducta como por ejemplo hábitos orales.

perniciosos, tan importante es para el niño el ambiente que reina en su familia que en un estudio realizado en México se encontró: "aproximadamente el 30% de problemas de conducta en el niño pueden ser resueltos en el seno familiar".

Se ha demostrado que la consistencia es la base de la seguridad del niño, pero no debemos confundirla con la rigidez que tiene consecuencias negativas.

### PRESION ESCOLAR

Sin lugar a dudas podemos afirmar que han sido tratadas las corrientes educativas que han venido desarrollandose a lo largo del tiempo mejorando sus principios unas veces o caducando cuando la experiencia ha demostrado su ineficacia dando lugar a escuelas que cada día se preocupan en adaptarse al niño y en ayudarle en su desarrollo físico y emocional, sin embargo, actualmente existen una gran cantidad de escuelas y cada una de ellas tiene un sistema de enseñanza específico, de aquí que los padres deben tener especial cuidado al elegir la escuela a la que llevará a su hijo, por ejemplo: si los padres son liberales es conveniente que elijan una escuela de éste tipo; así como si los padres son sumamente religiosos es conveniente que escojan una escuela que vaya con su criterio y al tipo de educación que rige en el hogar, de tal manera que no se ocasionen conflictos ni en la conducta del niño, produciendole fuertes presiones que redundarán en su perjuicio.

De los sistemas de educación actuales de los que mas se ha hablado en todos los niveles, tanto de los padres como especialistas y público en general, es el diseñado por Neill que puso en práctica en su escuela Summerhill mundialmente conocida, la idea era "hacer que la escuela se acomode al niño y no hacer que el niño se acomode a la escuela". El piensa -

que la educación es una preparación para la vida y que el objeto de la vida es encontrar la felicidad para lo que procura interesarlos en diversas actividades sin coartarles su libertad, ya que un niño que se sienta aburrido en el pupitre de su escuela con frecuencia tenderá a colocar su cabeza sobre las manos y demás posiciones incorrectas que pueden producir a la larga malformaciones de su cara y una maloclusión y también en la escuela del niño, y el natural deseo de aceptación por parte de éste cuando se vea anulado, puede producir reacciones de agresividad o pasividad que crean interferencia en el proceso de socialización y aprendizaje frecuentemente los maestros ayudan a que el problema se agrave ya que lo ridiculizan y crean un ambiente de rechazo, agravando los problemas de conducta.

Quando se nos presente un caso de hábitos orales deformantes, y por el interrogatorio nos demos cuenta que el factor etiologico es la presión escolar, debemos hablar con éstos padres, para que a su vez pidan la colaboración y comprensión por parte de la escuela para poder ayudar al niño.

#### ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL EXCESO DE ACTIVIDAD PROPIA DE LAS GRANDES CIUDADES

El miedo y la ansiedad son confundidos frecuentemente aunque estructuralmente sean opuestos, podemos decir que el miedo es una reacción proporcionada al peligro al que uno se encuentra y que la ansiedad es una respuesta desproporcionada al peligro e incluso una reacción ante el peligro imaginario, es decir, se refiere a un objeto específico, mientras que en la ansiedad el verdadero objeto del temor se ha perdido o reprimido dicho ésto en términos psicoanalíticos.

Es el fenómeno de la pérdida del objeto el que hace de la ansiedad un síntoma neurótico en cualquier circunstancia, mientras que el miedo solo es una reacción anormal cuando es excesivo. El niño puede temer al fuego

porque ya en alguna ocasión se ha quemado, o a los perros porque ya lo ha mordido alguno o haber visto que algún perro mordió a alguna persona u oído algún comentario al respecto.

Cuando el niño tiene un miedo excesivo podemos reducirlo mostrándole que eso a lo que él le tiene miedo no es tan peligroso como él cree, o también que él puede dominar la situación. Sin embargo, el niño obsesionado por la ansiedad solo tiene un vago sentimiento de que lo amenaza algún peligro cuya causa es diferente a lo que él piensa que es.

Debemos mostrar respeto por las emociones del niño ya que aunque sus temores parezcan ridículos son reales hay que comprenderlos de acuerdo a su edad, desarrollo y personalidad.

El efecto emocional y la profundidad de las impresiones son más extremados en la infancia que en la edad adulta, pero su duración es menor. La experiencia emocional puede no dejar traza alguna y cambiar de un minuto a otro, sin embargo también es posible que deje una profunda huella en el niño y manifestarse, es decir, en su conducta, reviviéndose mediante una experiencia el efecto de la primera infancia.

De aquí que las emociones en los niños puedan originar inadaptaciones o conductas inadecuadas.

#### PROGRAMAS DE TELEVISION IMPROPIOS DE VIOLENCIA O DE TERROR NO APTOS PARA MENORES

En la televisión existen programas de todos tipos, unos con una gran carga de violencia, terror, misterio, como programas de guerras, gangsters, brujas, animales que se comen a la gente, dramatizaciones, por ejemplo de la vida de un orfanato, fantasmas de algún objeto que toma vida etc.

Produciendo diversas reacciones en los niños, como angustia, miedo - cólera, ansiedad etc. que influirán en su comportamiento.

No nos es extraño oír a algún padre decir que su hijo está sumamente nervioso porque vió una película en la televisión en la que aparecían miles de ratas gigantes que se alimentaban de personas y el niño tiene miedo de que éstas ratas aparezcan y se coman a sus papás, hermanos o a él.

Hay algunos niños que les gusta ver programas de miedo y durante todo el programa se comen las uñas, se chupan el dedo, muerden algún objeto y una vez que se van a dormir continúan con ésto e incluso cuando lo recuerdan vuelven a tener éstas conductas.

Algunos programas pueden producir etapas regresivas en el niño. Sin embargo existen programas que son transmitidos en horarios accesibles a los niños y no solo éso sino que son para niños, tiene disfrazadas de modo muy sutil éstas mismas cargas negativas que tren mensajes ambientales.

Creo que los padres deben estar al tanto de los programas que ven - sus hijos aunque sean clasificados para niños.

#### DEBIDO A LAS MOLESTIAS QUE CAUSA LA ERUPCION DE LOS PRIMEROS DIENTES

La erupción de los dientes primarios temporales infantiles o de leche se encuanta precedida de una gran salivación, así como de la inflamación - de los tejidos gingivales. Algunos autores consideran estos dos factores como el único indicio de que pronto erupcionarán los dientes.

Es frecuente que en éste periodo los niños se pongan inquietos y molestos ya que la inflamación del tejido gingival antes de la completa emergencia de la corona de los dientes pueden ocasionar dolor y tenderán a - llevarse los dedos, la mano o cualquier objeto a la boca y si ésto lo efectúa con mucha frecuencia puede desencadenarse un hábito oral pernicioso - como la succión del pulgar.

Se ha recomendado que si el niño experimenta grandes molestias se le ponga anestésico tópico no irritante 4 o 5 veces al día. Se ha dicho que el proceso de erupción puede ser acelerado si se le dá al niño algo que pueda morder como tostadas, debe tenerse la precaución de cuidar que todo lo que el niño se meta a la boca esté perfectamente limpio para evitar infecciones.

#### FALTA DE SATISFACION ORAL EN LA FORMA DE ALIMENTACION

Como se dijo anteriormente el ensanchar en exceso el orificio del chupón de la mamila del niño además de favorecer la generación del hábito de succión también se puede ayudar a la formación de un hábito de deglución defectuosa ya que llega demasiada leche a la boca del niño por lo que se vé en la necesidad de contener la gran cantidad de líquido.

Durante el amamantamiento la madre transmite al niño sus sentimientos y estado de animo, así como se le alimenta en forma muy rígida o muy rápida (solamente los minutos que le dijeron en la consulta pediátrica) el niño tenderá a satisfacer su instinto de succión introduciendo lo primero que encuentre a su alcance, una sabanita, su mano, etc.

#### SISTEMA DE ALUMBRAMIENTO Y TIPOS DE ALIMENTACION

El sistema de alumbramiento natural ha sido defendido por muchos médicos y puede contribuir a evitar deformaciones y traumas faciales que en el futuro podrían desencadenar hábitos orales perniciosos a partir de deformaciones.

Existen razones psicológicas y fisiológicas para establecer que el amamantamiento natural es el mejor para la lactancia del bebé ya que de esta manera resuelve dos problemas angulares de su vida de manera satisfac-

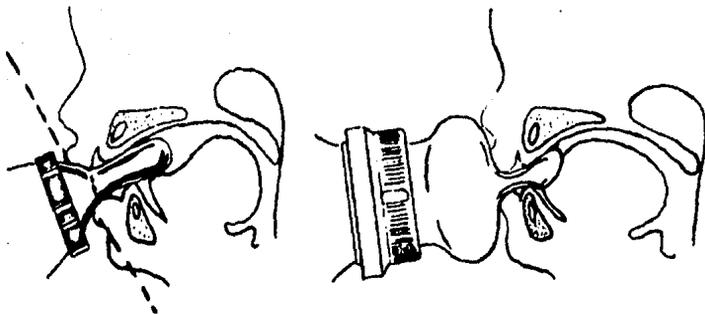
toria.

El primero lo obliga a luchar para alimentarse con el consecuente desarrollo muscular que es mas favorable por el método natural que con biberones. Y el psicossomático que considera que el niño amamantado por su madre adquiere sentimientos de seguridad alegría y protección. Se ha observado que los otomfes y tarascos tienen la costumbre de dejar al niño comiendo o jugando simplemente y que no presentan problemas de succión digital ni de deglución anormal. Además se ha demostrado que la mejor leche para el bebé es la que tenga la madre ya que de acuerdo al crecimiento de éste la consistencia de la leche va cambiando de acuerdo a su requerimiento. En Europa hoy se acepta que el raquitismo es todavía frecuente en algunos de sus países y la génesis de la mordida abierta para dichos autores se produce por dos factores elementales: la presión del dedo en el chupador y el raquitismo, ya que el hueso en éstos pacinetes cede mas facilmente a las presiones.

En un estudio realizado en Alemania por Balters y sus colaboradores se encontró que chupones de goma mal diseñados y técnicas dañinas de lactancia artificial habían provocado muchos problemas ortodónticos.

Se ha comprobado que la leche es prácticamente arrojada a la garganta por el chupón del biberón, mientras que en el amamantamiento natural, la leche es llevada hacia atrás por movimientos peristálticos de lengua y carrillo.

Cuando se necesite alimentar al bebé por medio de biberón debe buscar se uno que considere la fisiología básica del amamantamiento. Se ha encontrado que el biberón Nuk Sauger imita la actividad natural. Toda la zona peribucal puede ponerse en contacto con la base tibia del biberón que es flexible y se adapta al contorno de los labios.



Otros biberones son muy largos y hacen que el niño abra la boca en forma inadecuada como se observa en los dibujos superiores.

Durante la lactancia el bebé tiene las encías separadas, la lengua - se dirige hacia adelante, el labio inferior en contacto con el maxilar que se desplaza hacia abajo, arriba, adelante y atrás rítmicamente gracias a la vía condilar plana al relajarse y contraerse el bucinador.

#### PROBLEMAS EMOCIONALES

Siendo los problemas emocionales uno de los factores etiológicos de los hábitos bucales es necesario saber lo que el desarrollo psicológico - del niño es y cómo se han efectuado en nuestro paciente, ya que con gran medida será la expresión de lo que el individuo será.

Entendemos que el desarrollo psicológico es la serie de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta así como la adquisición de conocimientos, destrezas e intereses.

Está influido tanto por factores innatos como adquiridos por lo que el doctor Alder divide en cuatro factores: herencia, familia, sexo y educación.

a) Herencia.- Tiene su origen en la naturaleza biológica y psíquica del hombre y es innata. Los logros del individuo se realizan por el esfuerzo y desarrollo y desenvolvimiento de sus capacidades. Esto funciona como proceso vital de todo ser viviente por medio del instinto.

La herencia se manifiesta en los atributos físicos y en las potencialidades humanas, pero lo que lo hace ser único e individual es la manera en que se moldean esos factores formativos

b) La Familia.- Se ha visto que la atmósfera del hogar se relaciona con la adaptación emocional general. Las acciones y reacciones mutuas de un niño con la madre forman las bases de sus reacciones hacia los demás.

c) El Sexo.- Es parte constitutiva de cada persona que está ligado inexplicablemente a cada persona desde su nacimiento. Es necesario que los niños se adapten a las ideas correspondientes a su sexo para que vivan en armonía con la sociedad. Cuando los niños observan choques entre los padres sienten inseguridad en la vida.

d) Educación.- Este factor ejerce gran influencia en el desarrollo del niño. No podemos forzar a que un niño siga un determinado patrón de comportamiento ya que de hacerlo le produciríamos problemas emocionales con toda seguridad.

Es necesario comprender que el niño pasa por un crecimiento mental además de físico en el que constantemente está adquiriendo, modificando y dejando hábitos.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad crono-

logica no siempre cooresponde a la edad psicológica del niño. Es impor -  
tante ya que para la planificación del tratamiento de los hábitos es nece  
sario tomar en cuenta ambas edades.

## CAPITULO 111

### CLASIFICACION

Dentro de la literatura encontramos diversas clasificaciones, las cuales varían según el autor.

Una de las clasificaciones que encontramos es la siguiente y los autores agrupan los hábitos orales de la siguiente manera:

- 1.- Primarios
- 2.- Secundarios

Dentro de los primarios se mencionan los hábitos que se realizan generalmente debido a algún problema de tipo emocional, éste tipo de hábitos se subdividen en simples cuando se asocian a otro hábito por ejemplo: el niño que trae su cobija y no la suelta ni para dormir, y en combinados - cuando se asocian con otro hábito por ejemplo: No solo el niño jala su cobija sino que la chupa.

Los hábitos secundario, es decir, que se adquiere a partir de la existencia de otro hábito, como ejemplo de esto tenemos al niño que al dormirse se chupa el dedo, se coge la oreja y se frota los pies.

Otra clasificación aún mas conocida es la siguiente:

- 1.- Los Actos Bucales Compulsivos
- 2.- Los Actos Bucales no Compulsivos

Los actos bucales compulsivos se deben a la inseguridad producida en el niño y la ansiedad con que realiza su hábito.

Puede deberse a que durante la lactancia no se le dió la protección, el cariño y la atención necesarias, o que las tomas eran muy de prisa y -

con presiones de otra índole. Lo importante aquí es la inseguridad del niño por falta de amor y cariño maternal.

Los hábitos bucales no compulsivos son aquellos que se pueden desechar fácilmente cuando el niño modifica su conducta, es decir, que desecha un hábito y lo cambia por otro que esté aceptado socialmente y que conforme vaya madurando el niño irá cambiando sus hábitos según la influencia que tenga sobre la sociedad.

Una de las clasificaciones odontológicas con respecto a las maloclusiones es la de William James y es la siguiente:

Los hábitos útiles: Aquellos en los que están las funciones normales, como son: la posición correcta de la lengua, la respiración adecuada etc.

Los hábitos dañinos: los que ejercen presiones inadecuadas en los arcos dentarios así como en los dientes, por ejemplo la succión de los labios etc.

Una clasificación más reciente dentro de la literatura odontológica es la siguiente:

1.- Hábitos de presión:

- Succión (del pulgar, juguete, etc.)
- Hábitos de labios (succión, mordida)
- Hábitos de lengua (sacarla, anormalidad al tragar)
- Hábitos de malas posiciones (encorvarse, apoyar el mentón sobre la barba, etc.)

2.- Hábitos de respirar por la boca

3.- Hábitos masticatorios (onicofagia, morderse los labios, etc.)

Más adelante apareció otra clasificación agrupando los hábitos de la siguiente manera:

1.- Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales:

- Succión
  - Anormales de respiración
  - Anormales de deglución
  - Anormales de fonación
- 2.- Hábitos diversos:
- De lengua
  - De mejillas
  - Introducción de cuerpos extraños en la cavidad oral.
  - Roerse las uñas.
- 3.- Hábitos de postura:
- Presiones anormales al estudiar, al dormir, etc.
- 4.- Hábitos nerviosos espasmódicos;
- Respuestas del infante bajo el "stress"

A continuación describiré algunos de los hábitos más frecuentes.

#### SUCCION DIGITAL

La succión digital varía según el dedo o dedos utilizados, es el hábito que provoca más alteraciones orales con respecto a las maloclusiones su objetivo principal es mantener sellada la cavidad bucal.

Es variable según el tiempo en que aparece éste hábito, si se presenta durante las primeras semanas de vida está relacionado con la alimentación, siendo probablemente una demanda de hambre; posteriormente se puede presentar como una liberación de tensiones emocionales, cuando la erupción del primer molar es difícil, puede provocar también la succión digital.

Principalmente éste hábito está relacionado con la teoría Freudiana la cual apoya la idea de que al chuparse el dedo está relacionado con la actividad sexual, la cual todavía no está diferenciada de la alimentación.

Este hábito también se relaciona con la presencia del chupón y del biberón

pero las causas principales son las que se relacionan con el estado psicológico del niño, es una manera de expresar sus problemas, el deseo de llamar la atención, el instinto de succión y la inseguridad principalmente.

Otras teorías afirman que la succión digital se presenta como un prematuro aprendizaje neuro-muscular.

La frecuencia, la duración e intensidad con que se presente el hábito es muy importante, lo cual nos dará como resultado una mayor o menor alteración en la oclusión.



El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los incisivos inferiores. En el dibujo superior podemos observar como es desalojada la lengua por el hábito.

Está comprobado que el hábito de succión puede presentarse al principio por alguna razón específica y continuarse en otras épocas por razones diferentes.

Las alteraciones más frecuentes que encontramos en el pulgar o dedos que utiliza el niño para la succión, generalmente son callosidades las cuales pueden aumentar de volumen según la duración del hábito, éstos no son dolorosos, también podemos encontrar infecciones virales.

Las malformaciones ocasionadas por la succión digital más frecuentes serían:

Retrognatismo inferior, prognatismo alveolar superior e hipoclusión incisiva (mordida anterior abierta), los dientes anteriores no contactan con la línea oclusal debido a la introyección digital.

La respiración bucal puede provocar la succión digital para mantener los maxilares separados y así facilitar la entrada del aire.

Dentro de la mordida anterior abierta las características clínicas - que presenta el paciente son:

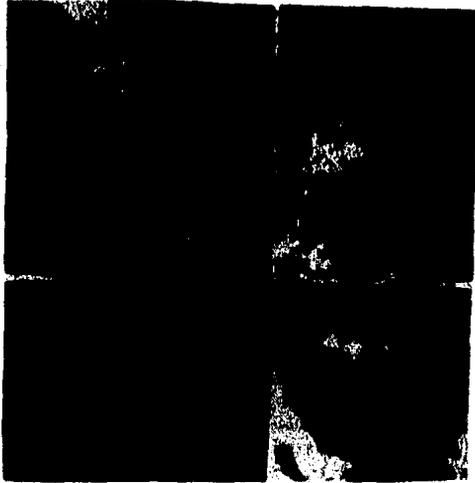
La protracción de los dientes anteriores superiores, retracción mandibular, inclinación incisiva hacia lingual.

La lengua generalmente se adelanta para la deglución y así tener un sellado anterior.

El labio superior es hipotónico mientras que el inferior se presenta hipertónico durante la deglución a causa de contracciones del orbicular - los labios van en malposición contra los incisivos.

En la siguiente página podemos observar las diversas posiciones para chuparse el pulgar y demás dedos, observemos la palanca que se hace al chuparse por los dedos índice y medio cuando las superficies palmares están orientadas hacia arriba.

También observamos una infección viral provocada por el hábito de chuparse el dedo continuamente, y un callo formado como resultado del mismo hábito.



## RESPIRACION BUCAL

La respiración constituye una actividad refleja donde el aire inspirado pasa a través de las fosas nasales, la mucosa respiratoria tiene acción bactericida y de calentamiento del aire. En ocasiones, los esfuerzos físicos hacen necesaria la intervención de la cavidad bucal como mecanismo compensatorio en el proceso respiratorio.

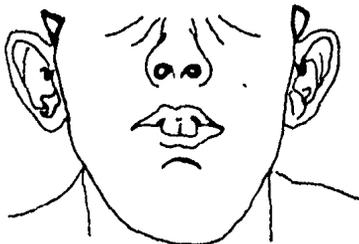
Los obstáculos respiratorios darán anomalías interesantes que se traducirán en respiración atípica. Los obstáculos son de dos tipos:

- 1.- Obstáculos respiratorios elevados.- Hipertrófia de cornetes nasales; hipertrófia de la amígdala faríngea, desviaciones del tabique, rinitis crónicas, inflamaciones de mucosa nasal, pólipos.
- 2.- Obstáculos respiratorios bajos.- Amigdalitis periódicas, hipertrófias de amígdalas, del paladar y demás afecciones amigdalinas.

Clinicamente, se aprecia al niño con la boca continuamente abierta, rompiendo así el equilibrio bucal, el aparato masticatorio presenta la inclinación labial de los incisivos superiores, produciendo prognatismo alveolar: la mandíbula se sitúa abajo y hacia atrás por la permanente boca abierta.

Los incisivos inferiores sufren agresión por no haber contacto con los antagonistas. El labio inferior se coloca entre los incisivos superiores e inferiores empujando lingualmente los superiores hacia adelante.

El labio superior se convierte hipotónico y flácido y no se une al inferior, describiendo un arco. Durante el cierre bucal, se ve claramente el esfuerzo de contracción marcada del músculo borla de la barba.



La separación de los labios, sin respiración bucal, puede ser originado por un labio superior anatómicamente corto; y por interferencia de incisivos superiores, sobre todo cuando el desarrollo mandibular es deficiente, en ambos casos el problema básico es la ausencia del sellado bucal correcto.

La respiración bucal puede ser consecuencia de deformidades esquelético-faciales, de los maxilares, mandíbula y arcos dentarios.

Investigaciones clínicas han demostrado que los casos que pueden presentar o no deficiencias respiratorias superiores son las facies adenoides.

La facies adenoidea combina una cara larga, incisivos superiores visibles con diastema frecuente, arco superior estrecho, mandíbula retruida boca abierta, labio superior corto y móvil y asociación de hábitos como succión de dedos, de lengua etc.

En los respiradores bucales el aspecto general de boca y dentaduras es: retrognatismo inferior total, distoclusión del arco inferior, bucoverción incisiva superior, prognatismo alveolar superior, hiperoclusión de los incisivos inferiores.

Los tejidos blandos se proyectan hacia adelante, con labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico sin hacer contacto. El tratamiento corrector de la posición incisiva ayudará al cierre consciente de los labios.

Los prognatismos inferiores pueden ser productos por interferencias, por obstáculos respiratorios bajos, aunque en muchos casos las anomalías causadas pueden ser las mismas que se producen con los obstáculos respiratorios elevados.

En ambos casos, será de pronóstico favorable para su tratamiento ya

que presenta solo una anomalía de posición a diferencia del prognatismo hereditario.

## B R U X I S M O

El rechinamiento de los dientes durante el sueño es denominado bruxismo, o inconcientemente en el día se le llama BRICOMANIA, con desgaste excesivo. Se le han dado otras denominaciones: Neuralgia Traumática, Efecto de Karolky, Neurosis de hábito Oclusal, Parafunción.

Se debe a la contracción de los músculos masticatorios que provocan un frotamiento habitual, sobre dientes y parodonto, tal vez favorecido - por componentes psicológicos, cinestésicos o ambientales.

Puede suceder que una sobre mordida profunda, sea por una restauración alta, o un puente desadaptado, ocasione como secuela ataques traumáticos de bricomafia.

Cuando se ha establecido plenamente el hábito, la atricción avanzada abarca tanto superficies proximales como oclusales. La continuación del - padecimiento ocasionará la alteración de las estructuras parodontales y con ello el aflojamiento, migración dentaria, recesión gingival, y pérdida de hueso.

A pesar de ser idiopática la etiología, se piensa que ciertos impulsos sensoriales y propioceptivos influyen. El dolor localizado en la articulación temporomandibular, debido a trauma de oclusión, le confiere un - carácter causal.

Son aceptados como causantes del hábito:

1.- Los factores desencadenantes.- El sistema neuromuscular es afectado, dando lugar a hipertonidad de los músculos masticadores, con con-

tracción refleja anormal.

- a) Discrepancia de relación y oclusión céntrica
- b) Hiperplasia gingival y enfermedades del parodonto
- c) Alteraciones en las superficies de mejillas, labios y lengua.

## 2.- Los factores precipitantes:

### - Las Causas Locales:

En relación a alteraciones oclusales leves con molestia y tensión - crónica. Puntos prematuros de contacto, tienden a ser corregidos inconcientemente para estabilizar ésa situación local.

Puede desarrollarse por un intento de colocación de mayor número de dientes de contacto, en los niños puede relacionarse con la transición de las dos denticiones, con objeto de ubicar los planos dentales individuales de modo que la musculatura repose.

### -Causas Generales:

No son muy presisas pero se mencionan deficiencias nutricionales, alergias, problemas gastrointestinales, endócrinos.

### - Causas Psicológicas:

Son las más aceptadas. El estado emocional del stress puede explicarse a un sinúmero de hábitos nerviosos. La acumulación tensitiva de presiones, ira, miedo y otras emociones que no pueden expresarse, permanecen ocultas en el subconciente para luego descargarse periódicamente -

de muchas maneras. En los niños puede relacionarse con el mordisqueo de juguetes y otros objetos.

- Causas Ocupacionales:

Las actividades ocupacionales que requieren de gran exactitud y minuciosidad en el trabajo de los relojeros por ejemplo, predispone al bruxismo.

En masticadores voluntarios crónicos de tabaco, goma, etc. suele desarrollarse con mayor facilidad.

El bruxismo ocurrido durante el sueño, suele asociarse con movimientos oculares rápidos y movimientos corporales con ritmo cardiaco acelerado.

Se consideran dos tipos de bruxismo:

-En el bruxismo Centrico se produce el apretamiento dentario en céntrica, producto de la contracción normal de los músculos masticadores sin necesidad urgente o psíquica.

Se dá un trituramiento subconciente y silencioso mas frecuente en vigilia que durante el sueño, que puede acompañarse de leves movimientos dentarios de la posición céntrica a la posición céntrica o alrededor de ésta.

El contacto oclusal adecuado produce el desgaste oclusal selectivo, ello depende de una correcta relación corona-raíz, forma radicular, soporte óseo, posición dentaria. El desequilibrio entre los factores dará desigualdad en los desgastes oclusales.

-En el bruxismo Excentrico se dá el rechinamiento y movimientos dentarios triturantes en excursiones excentricas, producto de una sobrecarga psíquica e interferencias oclusales.

La sobre carga psíquica engloba la tensión, agresión reprimida, angustia. La interferencia oclusal se debe a traumatismos oclusales moderados, como una cúspide alta que desarrolla un hábito de trituración.

El bruxismo se relaciona con el aumento tónico de los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por tensiones, dolor o molestias y por las interferencias oclusales. En la hipertonicidad muscular masticatoria, es clara la influencia reguladora del sistema nervioso central.

Así el hábito es la expresión de factores psíquicos y oclusales combinados con influencia directa sobre tejidos parodontales, musculatura masticatoria y adyacente, articulación temporomandibular, comienzo de molestias, cefaleas e irritación nerviosa.

## H A B I T O S   D E   D E G L U C I O N   Y   D E

### F O N A C I O N

Para poder distinguir los hábitos de deglución, primero debemos conocer como es la deglución normal.

Durante una deglución normal los músculos masticadores son los encargados de llevar a la máxima intercuspidación a los dientes y a mantenerlos en contacto, mientras tanto la punta de la lengua contacta con las caras palatinas de los dientes anteriores y la parte anterior del paladar.

La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada por la musculatura de los carrillos y de los labios. Si la fuerza de la lengua excede, las fuerzas compensadoras ejercidas por otras estructuras, el resultado será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

En cambio en el hábito anormal de la deglución, los músculos de la masticación no son usados para poner en contacto los maxilares.

Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes después que los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua.

En la mayoría de los casos solo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta, en solo la región incisiva y canina. En otros casos intervienen además de la punta de la lengua, los lados.

Esta ubicación provoca mordida abierta en la parte anterior. Pueden estar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos de expresión facial, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo alimenticio hacia atrás.

El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces por minuto mas o menos durante el día y aproximadamente una vez durante la horas de sueño dependiendo del flujo salival.

Es relativamente fácil determinar si un paciente tiene el hábito de deglución anormal, se colocan suavemente los dedos sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta, si el acto es normal el músculo no se contraerá.

El bebé deglute con los bordes gingivales desdentados separados, al erupcionar los dientes, toman posición entre los labios y la lengua, en coincidencia con esto, el reflejo normalmente cambia y los músculos innervados por el quinto par craneal entran en acción

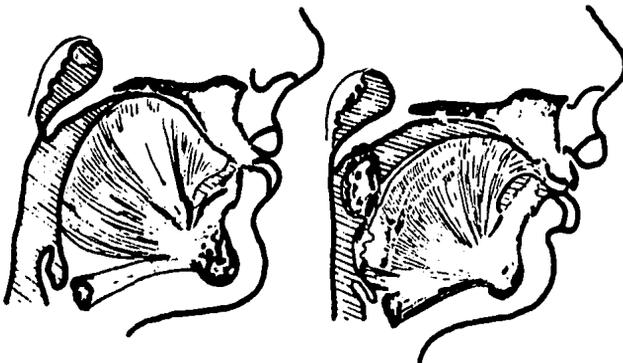
Una demora de éste cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a las criaturas con el biberón, al uso de pezones que sean demasia

masiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya libremente y por la demora de incorporar los alimentos sólidos.

Un hábito precoz de succión del pulgar, también podría ser responsable de ésta conservación infantil, los pacientes que conservan su patrón de deglución anormal, puede tener todos los dientes posteriores en oclusión. El pronostico de éstos pacientes aún con corrección ortodontica es pobre.

La mordida abierta anterior localizada a menudo con oclusión posterior normal es característica del tipo simple de hábito de proyección lingual, es frecuente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se puede obtener notables en la oclusión anterior.

Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos, lo que ha dado mejores resultados ha sido la terapeutica funcional.



La presencia de una mordida abierta anterior suele ser relacionada inicialmente con un hábito de succión de los dedos.

Después de haberse creado el espacio en la región anterior se mantiene por que se proyecta la lengua o simplemente ocupa el lugar, se observa si la mordida abierta tiene su origen en la dentición temporal, y se cierra espontáneamente. El cierre inicial suele comenzar a los 10 años en el 90% de los niños, así el odontólogo podría estar justificado en esperar - hasta el décimo año del niño, antes de tomar medidas concretas activas para corregir la mordida anterior abierta.

La fonación anormal consiste en la emisión anormal de la palabra ocasionada por un patrón neuromuscular equivocado que ha sido repetido constantemente y de ésta manera ha formado un hábito, el ceceo por ejemplo es producido cuando la lengua toca los incisivos superiores al tratar de pronunciar la "S".

Antes de hacer el diagnóstico de cualquier fonación anormal debemos estar seguros de que no hay ningún elemento anatómico o neurofisiológico que lo esté produciendo para poder estar seguros de que se trata de un hábito y no de una alteración anatómica que dificulta la fonación normal.

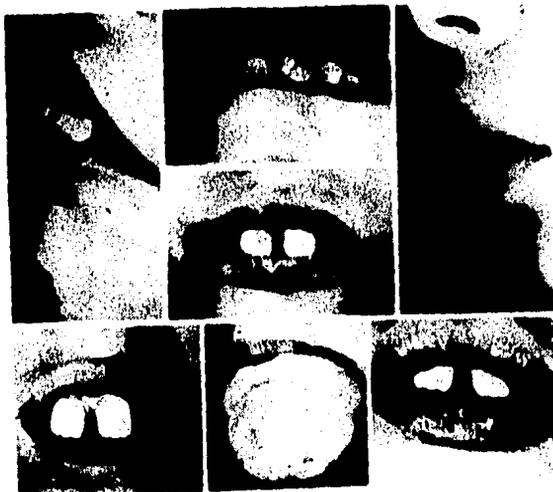
## MORDEDURA LABIAL

### "QUEILOFAGIA"

Esta puede estar relacionada con la succión del pulgar.

El músculo borla de la barba tiene una actividad anormal proyectando el labio inferior hacia palatino en superior con lo que se logra un desorden en los incisivos superiores los cuales se proyectan hacia afuera y los inferiores se aplanan, se apiñonan y se lingualizan ésto nos dá por consecuencia una mordida abierta.

El labio inferior es el mas involucrado en éste hábito, y cuando éste es avanzado podremos encontrar zonas de irritación o agrietamiento en la porción labial dañada.



#### L E N G U A   P R O T A C T I L

La lengua se proyecta hacia adelante continuamente ocasionando mayor al teración a la mordida abierta. Este hábito está relacionado con la succión digital, no siendo necesario que se produzcan ambos.

Al haber una proyección constante de la lengua se elimina la dimensi - vertical, al desender la lengua en la boca provoca menor fuerza en la arca - da superior, también se puede relacionar con el bruxismo y la bricomanía.

El efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición está relacionada con la aglosia congénita y con la macroglosia.

La protusión de la lengua está compensada con la fuerza de los carrillos de tal manera, que si la fuerza de la lengua excede, las fuerzas compensatorias ejercidas, por otras estructuras, el resultado final será una alteración en la posición y relación de los dientes.

Clínicamente observaremos también una mordida cruzada bilateral desplazándose la mandíbula hacia un lado o hacia el otro bajo la influencia de los dientes.

En la siguiente página observaremos algunos ejemplos de éste hábito.

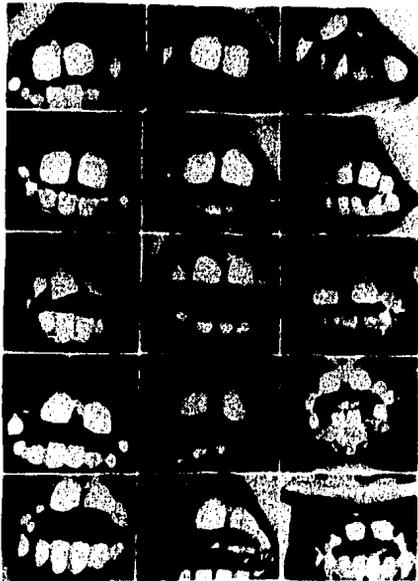
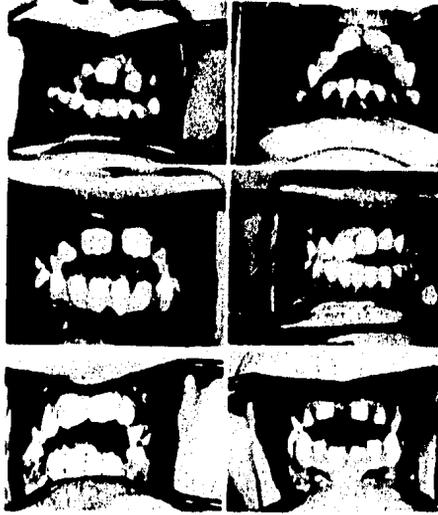
#### O N I C O F A G I A

El hábito de morderse las uñas, la onicofagia puede presentarse en niños hiperactivos pero mas frecuente se presenta en niños con problemas psicológicos, aparece como descarga emocional de tensiones.

Al realizar éste hábito se producen alteraciones en la maloclusión y en la posición de los dientes.

Se produce una abrasión localizada y desviaciones dentarias. Si no se combate a tiempo la onicofagia puede permanecer durante toda la vida del individuo y provoca una interrupción psicosocial en cada etapa de su crecimiento.

La mala postura puede producir maloclusiones así como los accidentes, por ejemplo podemos citar al paciente que al morderse las uñas apoya el mentón en el pecho, ésta mala posición provocará una retrusión de la mandíbula y como ejemplo de los accidentes, mencionaré que los golpes que el niño se



dá cuando empieza a caminar pueden provocar maloclusiones cuando empiezan a erupcionar los dientes.

Las fuerzas aplicadas al morderse las uñas son similares a las de la masticación, por lo tanto, se observa una marcada atricción en la piezas anteriores.

## CAIPITULO IV

### CONTROL Y TRATAMIENTO

Uno de los servicios ortodónticos interceptivos mas valiosos que puede prestar el dentista, es eliminar los hábitos perniciosos que puedan causar daño a la dentición en desarrollo. La solución es la educación del paciente, los padres saben entonces que esperar, pudiendo así evitar problemas ortodonticos futuros mediante el manejo inteligente de las exigencias físicas y emocionales del niño en crecimiento.

Hay que recordar que para que una fuerza sea perniciosa no basta con que sea realizada en dirección inadecuada, sino que además debe ser dominante y que se ejerza a grandes lapsos.

No importa cual sea el tratamiento a seguir para eliminar un hábito, en primer lugar debe ser deseado por el paciente, si él no quiere eliminarlo, cualquier esfuerzo que nosotros realizemos será infructuoso.

#### METODO PSICOLOGICO

Desde el punto de vista psicológico, se busca establecer las causas del hábito atacándolas desde la raíz previniendo su aparición mediante la observación cuidadosa del niño y todo lo que lo rodea o anulándolos si ya se presentaron y actúan en forma negativa en él.

Para emplear éste procedimiento, es necesario conocer el desarrollo psicológico del niño y encontrar los factores etiológicos o biológicos.

Cuando se observa que el niño desea dejar el hábito es necesario contar con la cooperación de los padres, por lo que debe darseles las siguientes sugerencias:

- 1.- Fijar una meta a corto plazo (1 o 2 semanas) para romper el hábito.
- 2.- En caso de que el hábito subsista, no criticarlo.
- 3.- Estimular al niño con una pequeña recompensa si lo abandona.

Otras medidas para corregir el hábito son las indirectas como por ejemplo: proporcionarle escapes por medio del juego y descanso.

Antes de efectuar cualquier tratamiento, es necesario reflexionar - que hay detrás de la señal que el niño está mandando a travez de éste hábito oral, para poder trrararlo correctamente.

No debe intentarse manipular al niño para obtener cambios en la conducta. Cuando se le amenaza con: si te sigues chupando el dedo ya no te voy a querer, lo que se logra es crearle una inseguridad básica frente a la vida.

Cuando el factor etiológico es puramente emocional es recomendable, eliminar las tensiones responsables del mal, aunque puede emplearse algún método extraoral auxiliar como recordatorio.

#### INSTRUMENTOS INTRABUCALES

Generalmente se utilizan para eliminar los hábitos dañinos, son considerados por los pacientes como instrumentos de castigo y pueden producir un complejo de culpabilidad.

Al traer el niño un aparato correctivo en la boca deberá explicarsele que deberá limpiar cuidadosamente su boca, ya que los alimentos tenderán a alojarse debajo del aparato; que tendrá algún defecto del habla temporal, de que hablará lentamente y con cuidado y que tardará algunos días en acostumbrarse al aparato.

A los padres se les explica que al principio habrá algunas molestias como defectos temporales del habla, que aunque pueden prolongarse durante todo el tratamiento, posteriormente volverá a la normalidad, puede haber salivación excesiva por estimulación de las glándulas salivales ante un agente extraño, así como dificultad para deglutir. Debe recomendarsele dieta blanda y visitas de revisión cada 3 o 4 semanas, según lo juzgue el -dentista.

Una vez corregido el hábito, es recomendable dejarle el instrumento intraoral más tiempo para prevenir recaídas.

Los instrumentos se pueden clasificar en :

Aparatos Fijos.- Aquellos que son colocados en la boca del paciente por el dentista, para permanecer ahí hasta que él los retire.

Aparatos Removibles.- Aquellos que pueden ser retirados de la boca tanto por el mismo paciente, como por el C.D.

La decisión es del odontólogo tomando en cuenta la historia clínica en la que obtiene: edad, tipo de hábito y dentición del paciente, ya que se ha observado que en pacientes menores de 6 años son convenientes aparatos fijos, en dentaduras mixtas engrapar dientes, en procesos de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles.

#### PROBLEMAS DE LA DEGLUCION

Los padres deben estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral (infantil prolongada).

Los chupones interconstruidos son la lengua, el pulgar y los labios. Si no es posible llevar a cabo la lactancia natural podrá utilizarse un sustitutivo fisiológico razonable.

Deberá pasar suficiente tiempo cargando al lactante en desarrollo, a cariciendolo y mimandolo. Los chupones correctamente diseñados son reco- mendables y constituyen un verdadero factor para evitar la retención pro- longada de las facetas de comportamiento infantil.

### SUCCION DIGITAL

Cuando se observa que el niño tiene el hábito de chuparse los dedos persistentemente, así como maloclusión, resulta fácil interpretar ésta re- lación simbiótica y asignar arbitrariamente la causa y el efecto, puede - ser correcto que el chupado dedo es un factor en la deformación de los - dientes y las estructuras de soporte, pero solamente es un factor de un síndrome formado como una mezcla de diversas actividades como proyección de lengua, deglución anormal, mordedura de labio, hiperactividad del mús- culo borla de la barba, músculos del labio superior hipoactivos y quizás hiperactividad del músculo bucinador.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la muscu latura bucal exigen la intervención de un aparato.

Es clínicamente provechoso exigir a los pacientes realizar ejercicios de labio y lengua.

El tiempo óptimo para la colocación de aparatos es entre las edades de tres y medio y cuatro y medio años de edad, preferiblemente durante la Primavera o Verano, cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chupar pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

El aparato desempeña varias funciones:

1.- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido elimin

do la succión.

Deberá procederse con sumo cuidado e informar a los niños como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una máquina para masticar sana.

2.- El aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta.

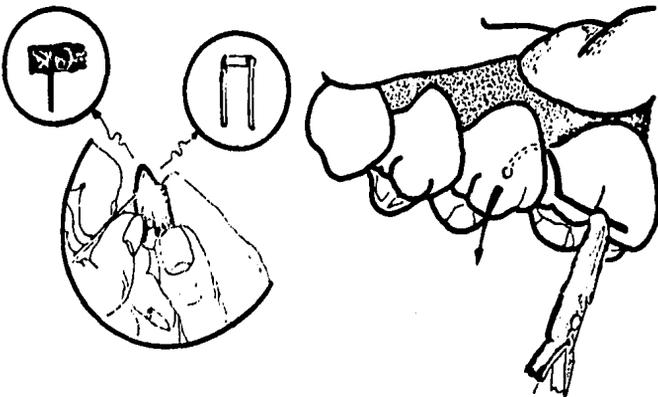
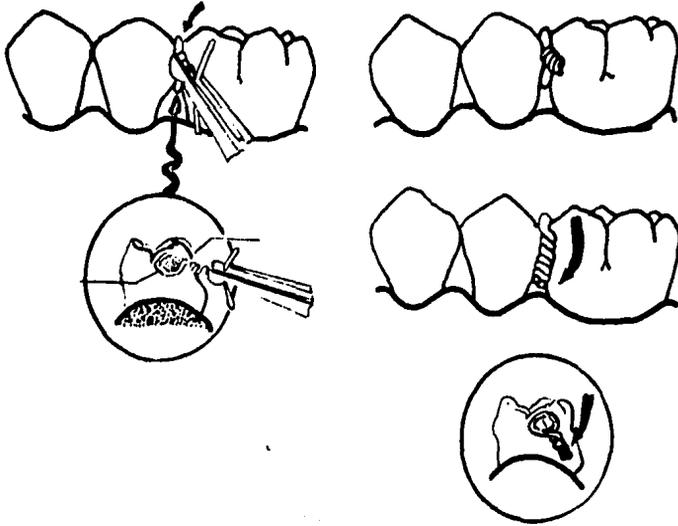
3.- El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás durante la posición postural de edscanso de una masa enlongada a una mas ancha y normal.

Una de las formas eficaces es una criba fija. Se hace una impresión con alginato en la primera visita y se vacían en yeso.

Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar alambres de bronce separadores en ésta visita.

A continuación se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente.

Los segundos molares desiduos superiores constituyen buenos dientes de soporte, las coronas metálicas completas son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias. La porción mesial del primer molar permanente si existe, y la porción distal del primer molar desiduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar desiduo. Un milímetro o dos es mas que suficiente. El margen gingival del segundo molar desiduo es recortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal.



Se selecciona una corona de acero inoxidable del tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado - sobre el modelo, se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasandolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios.

En este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta, hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival.

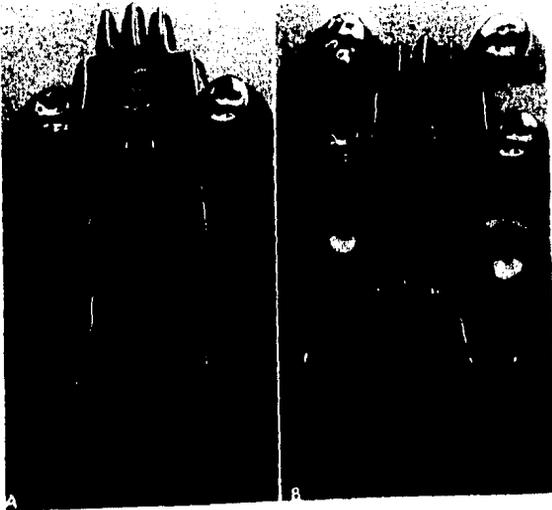
Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción sinestésica neuromuscular.

En el nicho del primer molar y el canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo.

El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de  $45^{\circ}$  respecto al plano oclusal.

El asa no deberá proyectarse hacia atrás mas allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del asa central se continúan mas allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal.

Una tercera proyección anterior, en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal del aparato soldado, son a continuación soldados a las coronas colocadas en los segundos molares desiguos, se prefiere colocar un exceso de soldadura en éstas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para su inserción.



En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación se retiran y el aparato se coloca sobre los segundos molares desiguos.

Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia adecuada, dictada por los dientes individuales, a continuación podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho.

Si el tejido gingival se blanquea demasiado (presenta isquemia) o si

el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún mas la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse debajo de la periferia gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible.

Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. Los coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos con los dientes superiores restantes, harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño solo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento que se intenta hacer desaparecer el hábito.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen debajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca, no se hace mención del dedo.

Después de un periodo de ajuste de dos o tres días la mayor parte de los niños no están consientes del aparato. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un periodo de tres meses en que desaparece completamente el hábito de dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato, después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito se retiran primero los espolones.

Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial mas tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua el aparato se modifica y se deja en la boca mas tiempo.

No deberán colocarse espolones afilados, la estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución viceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión - producida por el hábito

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión.

#### TRAMPA LINGUAL

Normalmente la lengua durante el proceso de deglución, suele llevarse hacia arriba, teniendo contacto con el paladar. Establecido el hábito de lengua ésta es llevada en posición baja, penetrando por incisal.

El aparato empleado para el tratamiento de proyección de lengua, tiene a desplazarla hacia abajo y atrás, durante la deglución, pretendiendo con ello:

La modificación de la posición de la lengua de manera que el dorso se aproxime a la bóveda y la punta toque las rugas palatinas, sin introducirse en los espacios incisales.

La orientación atrasada que adopta, permitirá la expansión de sus paredes laterales sobre las áreas oclusales de los dientes posteriores, manteniendo así la distancia interoclusal aceptada.

Igualmente se obtiene el cierre de los segmentos bucales anteriores y la presión anterior protusiva de los incisivos superiores.

La técnica para su fabricación comprende:

Toma de impresiones de ambas arcadas. Obtención de modelos positivos

en yeso. Montaje en articulador de los modelos, se procede a recortar los dientes de soporte en los modelos (molares desiguos o primeros molares de finitivos) a 3mm debajo del margen gingival.

Las coronas metálicas se contornean gingivalmente, ajustándose a la periferia del margen gingival.

Adaptación de la barra lingual en U de acero-cromo o de níquel de -- 0.040 pulgadas comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hasta la zona gingival canina. Esta barra lingual debe tocar las superficies de segundos y primeros molares deciduos.

Colocando en oclusión los modelos, en el superior trazar una línea en el canino opuesto que se corresponda con la relación antero-posterior de los magenes incisales superiores. Luego se adapta el alambre, siguiendo - la línea mencionada pero por lingual o palatino, llevándose hasta el canino opuesto, se dobla y se continúa atrás por todo el margen gingival hasta lograr contacto con las áreas linguales de los molares y de la corona.

Adaptada la barra lingual y adoptando ésta una posición pasiva sobre el modelo se formará la criba. Utilizando el mismo alambre un extremo se suelda a la barra base en la zona de canino, se hacen de tres a cuatro - proyecciones en V, terminando en el canino opuesto.

Las proyecciones deben extenderse abajo quedando atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores al ocluir los modelos.

Adaptando los brazos de las proyecciones en V sobre la barra base, - se procede a su soldadura con pasta para soldar de flúor o con soldadura de plata.

Los extremos libres de la barra base lingual se sueldan a las coronas metálicas todo se hace sobre el modelo. Limpio y pulido se prueba en la - boca y una vez aprobado, se cementa.



La interposición de las coronas en las zonas del primer molar pueden aumentar momentáneamente al inicio de la mordida abierta. El problema se elimina en unos días, la lengua limitada en sus movimientos no puede proyectarse por los espacios incisales, ahora lo hace contra el paladar, tocando con su punta las rugosidades palatinas.

La edad ideal para colocar el aparato parec fluctuar entre los siete y diez años . La corrección del hábito independientemente de la maloclusión adquirida, puede lograrse en unos cuantos meses.

#### HABITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS

Cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplanamiento marcado, así como el apiñonamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva. En casos graves el labio muestra los efectos del hábito a normal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinficial.

En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación - con zonas de agrietación e irritación en el labio.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o como dice la madre " un hábito nervioso ", el aparato para el labio puede ser muy eficaz.

#### Fabricación del aparato:

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren con yeso. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segun dos molares deciduos según la forma. El dentista deberá asegurarse de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival.

Se hacen coronas metálicas completas, se colocan las bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Si éste aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal -- tienen mayor posibilidad de resistir los esfuerzos oclusales.

Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel o cromo de 0.040 pulgadas, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta enicho correspondiente del lado opuesto. El alambre es llevado a travez del nicho y hacia atrás hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

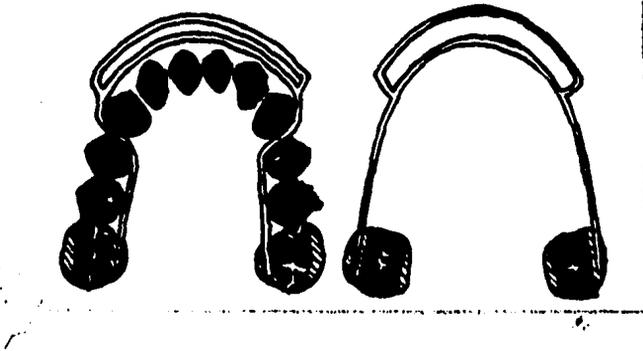
Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión.

El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores de 2 o 3mm para permitir que éstos se desplacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevandolo gingivalmente 6 u 8mm.

Este alambre se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre base, se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre base.

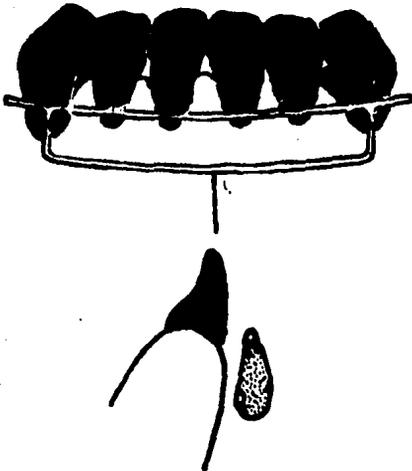
La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3mm de los tejidos gingivales. Se suelda el alambre base a la corona o a las ban

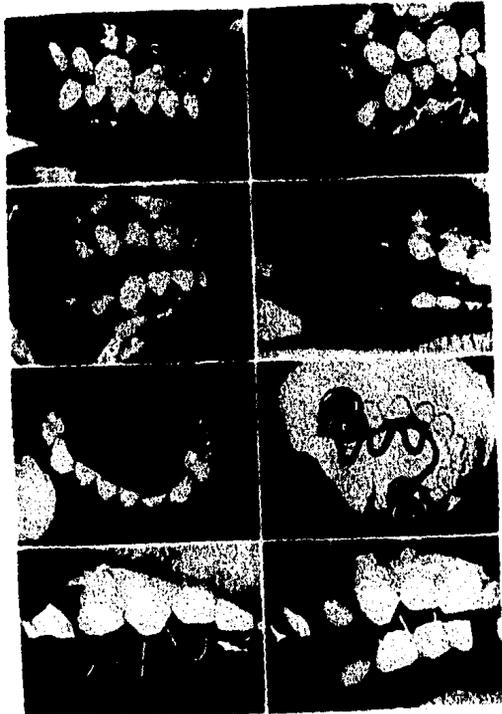
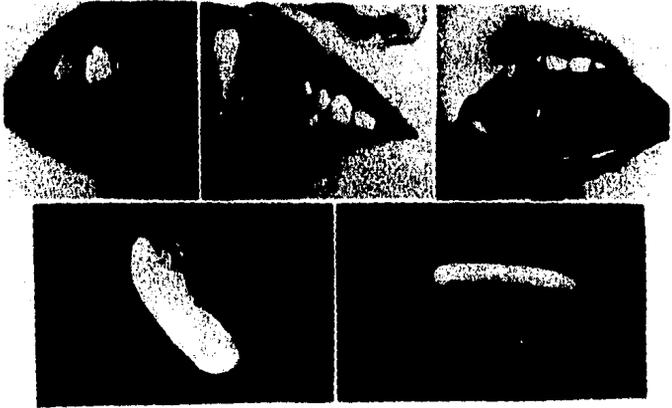
das y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal.



Después de limpiarlo y pulirlo el aparato podrá ser cementado sobre los dientes. Si se han utilizado coronas metálicas es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se suelda en varios puntos.

La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres base y auxiliar.





Un periodo de ocho a nueve meses es aceptable. No hay duda que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

#### MORDEDURA DE CARRILLO

Puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito o también puede utilizarse una pantalla vestibular o bucal.

En la siguiente página veremos las fotografías correspondientes.

#### HABITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA

La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos. También puede utilizarse para interceptar hábitos de succión digital, aunque tienen la desventaja de que puede ser retirado facilmente por el paciente si lo desea.

La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, puede construirse una barra de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional. Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias.

Si es utilizada asiduamente y construída correctamente las fuerzas musculares normales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo.

Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los

aparatos fijos. Las pantallas vestibulares y bucales también pueden ser utilizados con aparatos fijos ventajosamente.

#### BRUXISMO

Este problema es frecuente en niños sumamente nerviosos e irritables o aquellos que padecen epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

Se puede construir para el tratamiento de éste hábito se puede construir una férula de caucho blando que será utilizada durante la noche, como éste material no es duro ni resistente al frotamiento el hábito ya no produce satisfacción.

Ranfjord recomienda un ajuste oclusal como primer paso para el tratamiento ya que opina que el hábito puede desencadenar por la interferencia oclusal especialmente si se combina con tensión nerviosa.

Sheppard sugiere una placa de mordida palatina que permita la erupción de los dientes.

También se sugiere un protector plástico de la mordida que cubra las caras oclusales y 2mm de las vestibulares y linguales de todos los diente para evitar la abrasión.

#### EJERCICIOS MUSCULARES

Sucede con frecuencia que un niño de 7 u 8 años de edad presenta incisivos superiores ligeramente en protusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo corrigen esta prominencia temporal.

Para ayudar a la corrección y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios labiales sencillos.

Las características mas obvias de éste tipo de problemas son: hipotonicidad y flacidez del labio superior. Al niño se le pide que extienda el labio superior lo mas que pueda metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 20 minutos diarios durante un periodo de 4 a 5 meses, cuando el niño presente el labio superior corto.

Cuando la protusión de los incisivos superiores constituye un factor el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero el labio superior se extiende en la posición descrita anteriormente, el borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo mas fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicios de gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejercicio es muy valioso para los niños que respiran por la boca y que no suelen juntar los labios en descanso. Un mínimo de 30 minutos es necesario para lograr resultados.

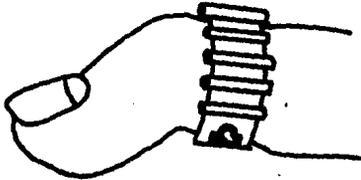
Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente es fácil de obtener, la piel inmediata junto al labio puede irritarse, un emoliente suave, gelatina de petróleo, o vaselina controla este problema.

Muchas veces se vé al niño antes de que se encuentra listo para recibir aparatos para mover dientes. Un sistema de ejercicios labiales diarios del tipo descrito anteriormente tenderá a contrarestar la influencia deformante de la función peribucal muscular anormal compensadora asociada con la maloclusión, y aumentará la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios.

## METODOS EXTRABUCALES

Existen varios métodos extraorales para la eliminación de los hábitos perniciosos; algunos de ellos consisten en rodear el dedo del niño -- con cinta adhesiva, uso de guantes, colocar sustancias de sabor desagradable en el dedo del niño, uso de chupones correctamente diseñados; pero al igual que cualquier método que se decida utilizar solo tendrá buenos resultados si se cuenta con la disposición del niño.

Entre éstos tenemos el anillo de Swinehart y el proteje pulgar Bebé-Comfort (enrejado mantenido alrededor del pulgar) que se basan en el principio de que el niño no puede hacer vacío intrabucal al succionar, ya que al tener rodeado el dedo deja salir el aire.



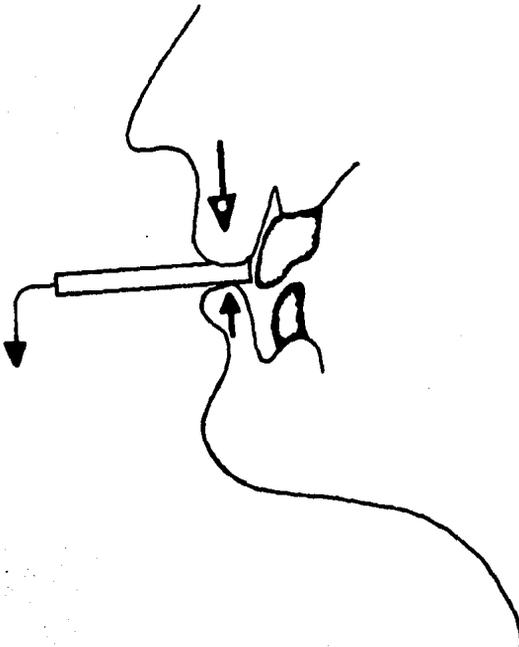
Durante el proceso de erupción se presenta inflamación de los tejidos gingivales y puede haber dolor temporal que cederá en pocos días, si el niño siente grandes molestias puede aplicarse un anestésico tópico 3 o 4 veces por día. También se sugiere que el niño muerda tostadas o cualquier otro objeto que pueda acelerar el proceso de erupción.

## MIOTERAPIA

Consiste en la serie de ejercicios para dar una función normal a músculos deficientes; se debe contar con la colaboración activa del paciente pues los ejercicios se deben efectuar de 10 a 30 veces al día.

Para los pacientes respiradores bucales se recomiendan los ejercicios transversales que consisten en aproximar la comisura labial de un lado a la otra, mientras con los dedos o con un ejercitador se hace tracción dirigida hacia afuera.

Y los ejercicios verticales en los que se coloca entre los labios un disco o una lámina metálica de 3 o 4 cm y 2 o 3 cm de espesor y se pide al paciente tenerla sostenida en forma horizontal por un minuto, posteriormente se aumentamos el tiempo del ejercicio y el peso de la lámina o disco.



Los instrumentos musicales de viento se pueden utilizar como ejercitadores, así en poco tiempo se obtiene un tono labial adecuado.

Si el paciente tiene problemas de deglución hay que enseñarle a deglutir conscientemente, para ello le indicamos al paciente con el mango de un instrumento el punto localizado detrás de los ápices de los incisivos-centrales superiores, le pedimos coloque en éste punto la punta de la lengua, le indicamos junte las arcadas, cierre los labios y señalamos que debe tragar saliva sin que la lengua cambie de lugar. Al ejecutarse éste ejercicio cada mañana y tarde debe convertirse en automático. Se considera que la modificación de éste hábito es definitiva porque el nuevo reflejo es normal.

Otra modificación consiste en que el paciente sostenga una pastilla de menta sin azucar contra el paladar hasta que se disuelva. Al tener la pastilla en la boca se estimula la salivación y lo obliga a deglutir.

Para los pacientes con problemas de labio uno de los ejercicios consiste en estirar hacia abajo sobre el labio inferior inferior intentando tocar el mentón.

Para controlar el ceceo se recomienda un método muy simple que consiste en que el niño pronuncie el sonido T, que generalmente lo pueden emitir todos los niños, posteriormente le hacemos decir tuh, en caso de que no lo logre, se le indica que coloque la lengua en la papila incisiva. Después se hace colocar la lengua en posición de decir tuh sin llegar a pronunciar el sonido, forma un pequeño hueco con la punta de la lengua y expire suavemente, de ésta manera se obtendrá el sonido S.

#### METODOS COMBINADOS

Considero que para detener cualquier hábito deformante es beneficioso

combinar varios métodos ya que se trata el problema desde varios ángulos obteniendo mejores resultados con un margen de recidivas y efectos secundarios muy reducidos.

Para los hábitos de la deglución se puede usar mioterapia y algún método extraoral.

Para el hábito de onicofagia se puede usar el método psicológico y algún líquido con sabor desagradable como recordatorio del mal hábito.

## C O N C L U S I O N E S

Los hábitos orales deben estar atendidos en el momento mismo de su detección, buscando la manera adecuada a cada caso y tomando en cuenta su etiología para ayudar física y mentalmente al paciente.

Es importante recordar que los hábitos orales son producto de problemas psicológicos y biológicos; así, conociendo su etiología podremos tener un diagnóstico y dar el tratamiento adecuado con la ventaja de que se pueden combinar varios métodos para tener mayores posibilidades de éxito.

Al contar con la colaboración del paciente podemos estar seguros de que los resultados serán favorables ya que es indispensable que el paciente desee abandonar el hábito.

La adopción de los hábitos orales perniciosos repercute en alteraciones bucales, en éstos casos es importante que coloquemos la aparatología necesaria lo mas pronto posible para evitar que éstas alteraciones sean mayores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Durante Avellanal Ciro  
Diccionario Odontológico  
Editorial Ediar  
Primera Edición
- 2.- García Pelayo y Gross Ramón  
Pequeño Larousse Ilustrado  
Editorial Ediciones Larousse
- 3.- Chateau Michel  
Tratado de Ortodoncia  
Editorial Artes Graficas  
Segunda Edición.
- 4.- Anderson G.M.  
Ortodoncia Práctica  
Editorial Mundi  
Primera Edición
- 5.- Graber T.M.  
Ortodoncia Teoría y Práctica.  
Editorial Interamericana  
Tercera Edición
- 6.- Finn Sidney  
Odontología Pediatrica  
Editorial Interamericana  
Cuarta Edición.
- 7.- Mc Donald, Ralph  
Odontología para el niño y el adolescente  
Editorial Mundi  
Quinta Edición
- 8.- Ramford S.P. y Ash M.N.  
Oclusión  
Editorial Interamericana  
Segunda Edición.

- 9.- Lebrun Y  
Tongue tip position at rest, and sigmatism  
J Commun Disord 1985 Aug; 18 (4): 305-12
- 10.- Pavone BW  
Bruxism and its effects on the natural teeth  
J. Prosthet Dent 1985 May; 53 (5): 692-6
- 11.- Larsson EF; Dhalin KG  
The prevalence and the etiology of the initial dummy-and finger-sucking habit.  
Am J Orthod 1985 May; 87 (5) 432-5
- 12.- Reid DA; Price AH  
Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking.  
Br J Plast Surg 1984 Oct; 37 (4):445-52
- 13.- Harden J; Rydell CM  
A study in swallowing resulting from tongue thrust therapy recommended by R.H. Barrett.
- 14.- Sultan I  
Thumb and Finger sucking habits  
Majallat Nigabat 1983 Jan; Supl:1-7
- 15.- Arnold M  
Bruxism and the occlusion  
Dent Clin North Am 1981 Jul; 25(3):395-407
- 16.- New J  
Tongue posture  
Br J Orthod 1981 Oct;8(4):203-11
- 17.- Valent RS  
How to recognize and treat tongue thrust  
Dent Assist 1982 Mar-Apr; 51 (2):23-6