

131.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
MA. DEL ROSARIO BOTELLO MARQUEZ

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I

HABITOS BUCALES

- | | |
|---|---|
| 1. Definición | 3 |
| 2. Factores que influyen a la iniciación de los hábitos | 3 |
| 3. Métodos Psicológicos utilizados para educar al niño | 5 |
| 4. Factores que influyen en el comportamiento del niño | 5 |
| 5. Teorías Psicológicas | 6 |

CAPITULO II

HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

- | | |
|--------------------------------|----|
| 1. Definición | 11 |
| 2. Hábitos bucales compulsivos | 11 |

CAPITULO III

PRINCIPALES HABITOS: CLASIFICACION

- | | |
|--|----|
| 1. Hábitos de Succión | 14 |
| 2. Hábitos Anormales de la Deglución | 21 |
| 3. Empuje Lingual | 34 |
| 4. Hábitos Anormales de la Respiración | 49 |
| 5. Hábitos de los Labios y Carrillos | 54 |
| 6. Interposición del Frenillo | 59 |
| 7. Bruxismo | 61 |
| 8. Onicofagia | 60 |
| 9. Hábitos de Posición | 62 |
| 10. Otros Hábitos: Hábitos Masoquistas | 62 |
| Abertura de Pasadores de Pelo. | |

CAPITULO V

PREVENCION Y TRATAMIENTO

- | | |
|---|----|
| 1. Construcción de Instrumentos | 63 |
| 2. Métodos de Adiestramiento Extrabucal | 64 |
| 3. Instrumentos Intrabucales | 64 |
| 4. Hábito de Succión del Pulgar | 67 |
| Aparatos: Criba Fija | 74 |
| Trampa de Punzón | 81 |
| 5. Empuje Lingual | 82 |
| Aparato: Criba Fija | |
| 6. Hábitos Anormales de la Respiración | 88 |
| Aparato: Protector Bucal | 88 |

7. Hábito de Chuparse o Morderse el Labio	92
Aparato: Criba Removible	
Protector Bucal	
8. Interposición del Frenillo	96
9. Ejercicios Musculares	101
Conclusiones	104
Bibliografía	105

INTRODUCCION

La gran cantidad de hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral, así como la inquietud que existe por establecer su etiología y tratamiento, ha despertado un gran interés entre las diferentes ramas profesionales médicas, y representa una extensa bibliografía para el cirujano dentista, el ortodoncista, el foniatra, el psiquiatra infantil y el médico general-

De ahí nuestra preocupación por divulgar como dentistas - este tema hacia el público en general, considerando las escuelas de los mismos (deformación estética y anatómicas)

Si estos hábitos se presentan en edad temprana pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente. Y si estos no son atendidos debidamente se pueden presentar, en la adolescencia o en la edad adulta, síntomas de problemas orgánicos, algunos de ellos de repercusión psicológica.

El conocimiento de las bases fisiológicas de los mismos, así como la presencia de ciertas conductas de ordinario y clasificadas como malos hábitos (naturales e inocuas a determinada edad) será de una ayuda invaluable en el tratamiento de estos.

La conducta a seguir en cuanto a su tratamiento, la encontramos en el bello pensamiento del Doctor Leyt: "No es el dedo, ni el diente, ni un grupo de dientes lo que nos interesa sino el niño integro, sus sentimientos y su perso-

salidad, con su plena potencialidad de vida y fruto en un fruto en un ambiente familiar y un medio social determinado: porque si mientras se están enderezando los dientes - se está cambiando la personalidad del infante toda la validez del proceso sera nula".

Aún cuando existe la gran polemica en cuanto al tratamiento a seguir para la erradicación de los hábitos orales, - se ha llegado a reconocer, en forma unánime, la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlos. Creo firmemente que la única solución para exterminar a tan peligroso enemigo de la boca y personalidad de nuestros pacientes, es la cooperación de sus padres; es a ellos a quienes debemos instruir de nuestras limitaciones, para lograr un mejor resultado y mayor desenvolvimiento del niño, futuro adolescente en la sociedad.

CAPITULO I
HABITOS BUCALES

1. Definición:

Un hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto.

A cada repetición, el acto se hace menos consciente, y si es repetido lo suficientemente, puede ser relegado por completo a la mente subconsciente.

2. Factores que influyen a la iniciación de los hábitos:

Existen ciertos factores o causas que se toman en --- cuenta para comprender el porqué se forman los há--- bitos. Estas causas derivan del mundo exterior e interior en el que el niño se desarrollo en la Sociedad, desde su etapa de la lactancia hasta la etapa en que_ él se da cuenta del daño que ha ocasionado el hábito_ que adquirió.

Los padres juegan un papel muy importante para la ini_ ciación de estos factores o estos hábitos.

Estos factores o causas son:

- a) Imitación de otros niños que practican el hábito.
- b) Celos producidos por alguna diferencia de trato_ en el hogar.
- c) Dificultades y conflictos familiares.
- d) Presión escolar en el trabajo.
- e) Ansiedad producida por el exceso de actividad, -- propia de las grandes ciudades.

- f) Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.
- g) Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- h) Falta de satisfacción oral en la forma de la alimentación.
- i) Insuficiente o incorrecta salida para su energía.
- j) Dolor o incomodidad.

3. Método Psicológico utilizado para educar al niño:

El lugar que ocupa el odontólogo para realizar este método es siempre el primero ya que los padres acuden al dentista cuando encuentran que un hábito bucal --- anormal está causando distorsiones de hueso y posi--- ción de la pieza.

Pero para emprender la intervención, habra que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia y desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño.

Aunque se considera que la eliminación de un hábito, como succión del pulgar, podrá hacerlo concientemente el niño mismo guiado por sus padres, unicamente si el niño esta psicológicamente preparado, y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión del dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz.

Los padres al cooperar con el dentista deben seguir -- las sugerencias que el mismo les diga como:

- No criticar al niño si el hábito continua.
- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito
- Establecer una meta a corto plazo para romper el -- hábito (1 o 2 semanas)

Si esta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

4. Factores que influyen en el comportamiento del niño:

Crecimiento Psicológico del niño:

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, manifestados exteriormente como un patrón de comportamiento, esto es la acción, las actitudes y la personalidad del niño.

Este crecimiento también se refiere a la adquisición de formación, de habilidades y de intereses emocionales. El Sistema Nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace los sucesos posibles.

La esfera psicológica como la física de desarrollo de la maduración, es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innata y no rápidamente susceptible a influencias aceleradoras. A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que haya madurado a un estado donde esté listo para tal asimilación.

Por ejemplo, a un niño no se le puede enseñar a hablar

Después de la maduración al estado parlante, puede aumentar su vocabulario por el proceso del aprendizaje. Un intento para acelerar la secuencia de maduración - en el niño pequeño es, muy probablemente, el error -- más común de los padres.

Aunque en la secuencia (velocidad) la maduración está determinada por factores heredados, el medio ambiente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo. El crecimiento psicológico, por lo tanto, es en gran medida un producto de los potenciales heredados, del niño y de su medio ambiente.

Un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados.

Un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su óptima expresión.

5. Teorías Psicológicas:

Pocas son las teorías referentes a los hábitos orales con fundamento científico.

a) Teoría Psicoanalítica: Una de las más importantes es la enunciada por Freud.

Para Freud el concepto sexual lo abarca todo. En su biografía se lee: "La sexualidad está divorciada de su conexión demasiado estrecha con los genitales, y considera como una función más amplia de cuerpo, que tiene como meta final el placer y secundariamente la reproducción". En términos -- generales se concluye que para la escuela freudiana

na el término sexual denota la obtención de placer en cualquiera de sus manifestaciones.

Es así como Freud da como ejemplo el chupeteo del pulgar en un infante como una caracterización del placer sexual, que estudiado por Serba dice lo siguiente: "Un niño chupetea el pulgar con labios y carrillos sin obtener por ello ningún tipo de gratificación desde el punto de vista de autoconservación. Es en el acto mismo del chupeteo que se pueden observar reacciones propias del acto sexual adulto; los niños chupetean sus dedos en forma rítmica, al igual que la mayoría de los actos sexuales adultos, con el mismo movimiento, iniciándose en un movimiento lento para luego incrementarse en el punto de excitación y posteriormente decrecer".

La analogía que existe entre la succión y el acto sexual adulto es, sin duda, la búsqueda del placer en ambos casos.

Si se observara la calma que invade al infante después de haberse chupado el dedo se reconoce que existe cierta similitud con la que invade al adulto después de copular. Si se preguntara a un niño, de corta edad, porqué se chupa el dedo seguramente reponderá: "Porque me agrada".

Etapas Orales.-

Como primera manifestación de sexualidad en el in

fante se verá en la necesidad de obtener placer - a través de su boca. La succión, aunque para muchos sea la necesidad relevante de obtener alimento sera también un requerimiento psicológico del niño.

Al succionar el pecho el niño no sólo satisface - su necesidad de alimentación, sino que adquiere - la primera sensación de captar el mundo exterior. Trata de integrar las sensaciones de todo lo que lo rodea, por medio de su único medio posible: su boca. Su sentido de seguridad también esta relacionado con la boca.

Otro aspecto importante es el incremento sanguíneo a la cabeza y la cara contribuyendo así al ulterior desarrollo armónico de la musculatura facial y probablemente del cerebro.

b) Teoría de la Doble Fusión:

Postulada por Freud; establece que el niño desempeña la actividad de alimentación conjuntamente - con la obtención de placer, así mismo menciona -- que el niño, a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autocráticos y placeres relacionados con las zonas erógenas, razón por la cual debe esperarse -- que el hábito desaparesca entre los 2 a 3 años de edad.

Por eso debe suponerse que si persiste el hábito

a los 5 ó más años de edad, tendrá algún problema de tipo emocional.

Terapia de la Conducta:

Sin pruebas de lo contrario, se podría suponer -- que detener el hábito será causa de problemas emocionales posteriores, o peor aún, que la ansiedad y la tensión seguirán aumentando alrededor del niño.

El Doctor Kimble considera a los síntomas neuróticos como patrones de conductas adquiridas, las cuales, por alguna razón, llegan a ser inadaptados. Estos síntomas podrán ser de dos clases:

- 1) Exceso de reacciones Condicionadas. - Son adquiridas como respuesta a una motivación. Estos hábitos pueden estar bien encaminados en algunas ocasiones pero pueden llegar a ser indispensables en otras.
- 2) Reacciones Condicionadas Deficientes. - Son reacciones normalmente adquiridas por la mayoría de los individuos que viven en una sociedad a la cual se adaptan, pero que por alguna u otra razón no han sido adquiridas por todas las personas.

c) Teoría del Impulso Oral de Sears y Wise:

Está en oposición a la teoría de la actividad de succión inadecuada. Esta teoría sugiere que la fuerza del impulso oral es en parte, una función

de cuanto tiempo un niño continua alimentandose - por medio de la succión. Así no es la frustración del destete lo que produce la succión del pulgar, sino el impulso oral que ha sido reforzado por la prolongación de la lactancia.

Esta teoría hace pareja con la primera hipótesis de Freud, pues Freud, Sears y Wise dicen que la succión aumenta la erotogénesis de la boca.

d) Teoría de Benjamín:

Sostiene que la succión del pulgar es expresión de una necesidad de chupar que surge de la asociación de la succión de los aspectos reforzadores primarios de la alimentación.

CAPITULO II

HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

Definición:

- I. Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste se denominan Hábitos No Compulsivos.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clase.

II. Hábitos Bucales Compulsivos:

Es cuando un hábito ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica del mismo cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Este hecho expresa una necesidad emocional profundamente arraigada; realizarlo le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. El niño retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, quedando insatisfecho el niño en cada toma; otro es el

haber producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se acusa al uso del biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternalmente juega un papel importante en muchos casos.

CAPITULO III

PRINCIPALES HABITOS

Clasificación:

- a) Hábitos de Succión
- b) Hábitos anormales de la Deglución.
- c) Empuje Lingual
- d) Hábitos anormales de la respiración
- e) Hábitos de los labios y carrillos
- f) Interposición del Frenillo
- g) Bruxismo
- h) Onicofagia
- i) Hábitos de Posición
- j) Otros hábitos

HABITOS DE SUCCION

1 Reflejo de Succión:

Al nacer, el niño desarrolla un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamadas Reflejo de Succión. En su primer año de vida revela que su organización es esencialmente bucal y de tacto. Incluso al nacer se observa fluoroscópicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Esta organización nerviosa del niño a tan temprana edad le permite alimentarse de su madre y "agarrarse de ella" como lo manifiesta en los reflejos de succión y de asimiento de Moro, todos presentes al nacimiento.

Evidentemente el reflejo de succión del niño responde a una necesidad, estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que el reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla la vista y el oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agrada-

ble puede comerlo y si le es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.

El intento de llevar a la boca un objeto bueno se denomina "INTROYECCION", el rechazo de un objeto malo se denomina "PROYECCION"

En este comportamiento se observa la elaboración y --acentuación del comportamiento bucal, originalmente --asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas pruebas le sirven al --niño para aliviar la tensión del hambre, y así probar lo que es bueno y malo.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias se da a sí misma cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del --hambre u otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio, satisface así mismo la necesidad de agarrarse de algo.

Esto se considera como uno de los primeros síntomas --de desarrollo de independencia o separación de la madre.

2. Succión del Pulgar y Succión de otros dedos.

La mayoría de estos hábitos comienzan a muy temprana edad y frecuentemente son separados de los 3 a los 4 años. La época de aparición de los hábitos de succión digital tiene alguna significación:

Los que aparecen durante las primeras semanas de vida están típicamente relacionados con problemas de lactancia. El neonato seguramente todavía no está envuelto en problemas de rivalidad con hermanos, y sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo algunos niños no comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario. Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no se pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.

Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados por sus efectos psicológicos porque pueden ser relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión inseguridad, hasta un deseo de llamar la atención.

Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores.

Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente, la protracción de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sosteni

do hacia arriba contra el paladar (Figura I). La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito. Al mismo tiempo los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual. Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior. Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca con el resultante angostamiento del arco superior. (Figura II).

Con esta perturbación en el sistema de fuerzas, en y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento.

Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores del pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hiperractivo ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y deglución, estabilizan la deformación.

Algunas maloclusiones que surgen de los hábitos de --

succión pueden ser autocorrectivas al cesar el hábito. por ejemplo si el patrón esquelético es normal, el -- hábito es detenido temprano, la deformidad ha sido le ve, hay una deglución con dientes juntos y los hábitos neuromusculares asociados son de naturaleza leve.

Desafortunadamente, muchos chupadores del pulgar producen maloclusiones que requieren terapia ortodóntica.

3. Efectos Dentales de Succión a largo plazo del pulgar.

Los efectos dentales de succión de dedos varían am--- pliamente como por ejemplo cuando el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el ali-- neamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el -- hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a 12 años) puede producir consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas depende generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

Debe tomarse muy en cuenta que el desplazamiento de -- piezas o la inhibición de su erupción normal puede -- provenir de dos fuentes:

- 1) de la posición del dedo en la boca
- 2) de la acción de palanca que ejerza el niño contra -- las otras piezas y el alveolo por la fuerza que ge -- nera si, además de succionar, presiona contra las -- piezas.

Observando el contorno presente de la mordida abierta casi se puede decir a qué mano pertenece el dedo ofen sor. Esto se confirma levantando de manera causal la mano del niño y buscando el dedo más limpio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas ante riores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida, y, según la acción de palan ca producida puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibu lares anteriores.

Algunos autores consideran que los segmentos posterior es maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bila teral.

Según el hábito puede presentarse tendencia a produ cir sobreerupción en las piezas posteriores, au mentan do por lo tanto la mordida abierta. La prominencia re sultante de los incisivos permanentes superiores, em plazados labialmente, los vuelve particularmente vul nerables a fracturas accidentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empuje -- lingual y dificultades del lenguaje.



Figura I, Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar. Nótese la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.

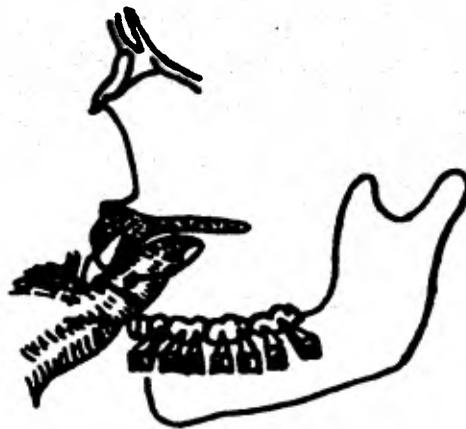


Figura II, Dirección de la aplicación de fuerza a la dentición durante la succión del pulgar.

HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION

1. Succión y Deglucción Infantil

Una razón de porqué la succión y la deglucción infantil han sido motivos de mucha investigación es que la eficacia de estas actividades es una buena indicación de la maduración neurológica de los infantes prematuros. El infante cuando encuentra el seno de la madre y coloca los labios alrededor del pezón, efectúa un sellado hermetico, el cuello del pezón es comprimido primero entre la encia superior y la punta de la lengua cubriendo la encia inferior con una elevación general del maxilar y la lengua; mientras la lengua es aplicada contra el bulbo de la tetilla desde antes, hacia atrás, indentando la tetilla y exprimiendo algo de su contenido. Mientras la leche es exprimida del pecho, mecanismos suplementarios dentro de la boca -- crean una succión (Figura III). La leche esta ahora en un pequeño reservorio sobre el dorso de la lengua, pero es sellada atrás por el paladar blando opuesto -- hasta que suficientes incrementos de leche obliguen -- el próximo paso de la misma Peiper y Moyers notaron -- un patrón de secuencias, succión-deglucción-respiración bastante rígido, así el niño que chupa dos veces antes de tragar, habitualmente sigue este patrón rígido, al margen de la velocidad del flujo de leche. Estudiaron además que niños hasta de 5 años después -- del destete, si se les daba un biberón del cual chu--

par, producian ritmos de succión-deglucción-respiración similares a los observados cuando eran infantes. La elevación y descenso rítmicos del maxilar proporcionan una secuencia en el cambio de posición de la lengua en coordinación con sus contracciones de succión.

Las actividades de succión estan estrechamente relacionados temporalmente con las funciones motoras del mantenimiento provisional de la vía de aire.

Según pruebas de laboratorio (estudios electromiográficos), los movimientos mandibulares son realizados por los musculos de la masticación (5o. nervio craneal) la mandibula es estabilizada principalmente durante el acto de deglucción por contracciones concomitentes de los musculos inframandibulares, linguales y faciales (7o. nervio craneal).

Durante el tiempo de deglucción infantil la lengua esta entre las almohadillas gingivales y en cercana oposición con la superficie lingual de los labios.

Rasgos característicos de la deglucción infantil:

- 1) Los maxilares estan separados, con la lengua entre las almohadillas gingivales.
- 2) La mandibula es estabilizada por contracciones de los musculos del 7o. nervio craneal y la lengua interpuesta.
- 3) La deglucción es iniciada y en gran medida guiada por intercambio sensorial entre los labios y la len-

gua.

2. Deglución Madura

Durante la segunda mitad del primer año de vida, ocurren varios sucesos de maduración que alteran en forma marcada el funcionamiento de la musculatura orofacial.

La llegada de los incisivos permite movimientos de -- apertura y cierre de la mandíbula más precisos, obligan a un apostura de la lengua más retruida, y se inicia el aprendizaje de la masticación.

Tan pronto como se establece la oclusión bilateral -- posterior (habitualmente con la erupción de los primeros molares primarios) se ven comenzar verdaderos movimientos de masticación y se inicia el aprendizaje de la deglución madura.

Gradualmente, los músculos de la masticación asumen el papel de estabilización mandibular durante la de--glucción y los músculos de la expresión facial abandonan la cruda función infantil de la succión y la de--glucción infantil, comienzan a aprender las funciones más delicadas y complicadas de la dicción y expresiones faciales.

La transición de deglución infantil a madura, tiene lugar durante varios meses, ayudada por la maduración de elementos neuromusculares, la aparición de la postura erecta de la cabeza y por tanto, en cambio en la dirección de las fuerzas gravitacionales en la mandí-

bula, el deseo de instinto de masticar, la necesidad de manipular alimentos con textura, el desarrollo de la dentición, etc.

La mayoría de los niños alcanza casi todos los rasgos de la deglución madura a los 12 a 15 meses.

Estos rasgos son:

- 1) Los dientes están juntos (aunque pueden estar separados con un bolo líquido.
- 2) La mandíbula está estabilizada por contracciones causadas por nervio craneal.
- 3) La punta de la lengua es mantenida contra el paladar sobre y detrás de los incisivos.
- 4) Se ven contracciones mínimas de los labios durante la deglución.

Otros patrones de deglución muy diferentes de los que se ven en el neonato aparecen con el crecimiento desarrollo y maduración.

La deglución varía de acuerdo al tamaño, naturaleza y textura del bolo, la posición de la cabeza y el cuerpo, fatiga, hambre, etc. La deglución inconsciente (refleja) de saliva, resiste el acondicionamiento más que las degluciones inconscientes durante la masticación.

La deglución inconsciente es mucho más difícil de condicionar que la deglución voluntaria. Por estas razones, ordenar degluciones de agua o alimento, son pobres criterios para la eficiencia del tratamiento de

la deglución anormal. De manera similar los patrones oclusales creados por la odontología restauradora o protética pueden ser acomodados por la neuromusculatura durante la masticación o los movimientos maxilar voluntarios con la dirección o control del odontólogo y sin embargo, pueden no ser aceptados durante la deglución inconciente. El papel de la deglución inconciente en el trauma oclusal es descuidado con frecuencia.

3. Deglución Refleja o Inconciente

Aunque, en el feto la deglución puede ser provocada por estímulo táctil de los labios y la punta de la lengua, en el adulto se logra más fácilmente por estímulo mecánico de los pilares fauciales y de las paredes faríngeas posteriores (inervación de los nervios craneales 9o. y 10o.)

Para la zona inervada por las ramas faríngeas del nervio vago, tanto el toque como la presión proveen estímulos adecuados, ya que están implicados receptores superficiales y profundos.

Una discreta población de células bilateralmente representadas en la formación particular media de la célula provee la organización central de la deglución.

El centro de la deglución está a nivel del núcleo facial.

Desde el centro de la deglución, la potencia motora

implica la participación de los musculos intrinsecos y extrinsecos de la deglución. Los musculos intrinsecos siempre participan en el patron temporal rígido, en una forma todo o nada, y no parecen ser susceptibles a la retroalimentación o acondicionamiento propioceptivo, una restricción muy importante para los clínicos que intentaron alterar el reflejo de deglución por metodos de entrenamiento. Por otra parte -- los musculos extrinsecos de la deglución (temporal, masetero y digastrico) pueden o no participar en la sinergia de la deglución, son sensibles a la retroalimentación sensorial y son rapidamente condicionados. Como se señala antes los elevadores mandibulares no participan en la deglución infantil humana refleja, pero si en la deglución adulta humana refleja.

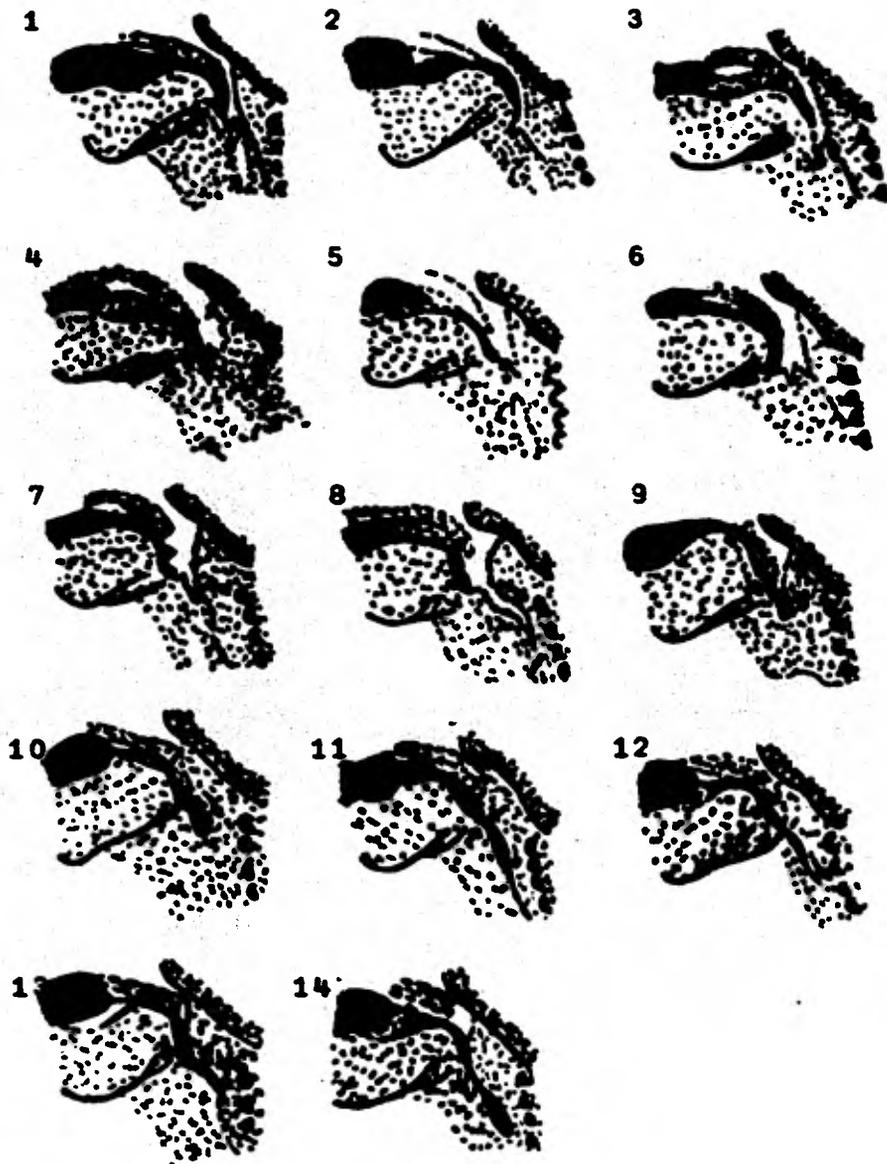


Figura III, Estudio cineradiográfico de la alimentación por succión. EPIG=epiglotis, ARYT=masa aritenoides, ESC=esófago, TR=tráquea, NIPP=pezón, SHOULD=hombro, MAND=mandíbula, MED GE=surco medio. En el primer cuadro (1) el pezón está comprimido. Durante los cuadros 1-5, la lengua y la mandíbula son elevadas, aunque la lengua continúa surcada, y el primer bolo de bario es exprimido en la faringe. La faringe aumentada de tamaño siguiendo la deglución completada. En los cuadros 7-12, la fase recíproca de la tetada se ve coincidente con la fase faríngea de la deglución.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Metodos de Exámen
2. Diagnostico Diferencial
 - a) Deglución Infantil Normal
 - b) Deglución Madura
 - c) Deglución con empuje lingual simple
 - d) Deglución con impuje lingual complejo
 - e) Conducta de deglución infantil conservada.

1. Metodos de Exámen

Para los exámenes de la deglución, es imperativo que el paciente esté sentado derecho en el sillón dental, con la columna vertebral al plano de Frankfort y este paralelo al piso, Se observa sin que se de cuenta, varias degluciones inconsciente, luego se coloca una pequeña cantidad de agua tibia debajo de la punta de la lengua y se le pide que trague, notando los movimientos mandibulares. En la deglución normal, la mandíbula se eleva a medida que los dientes se juntan durante la deglución, y los labios se tocan ligeramente, mostrando escasamente algunas contracciones.

Los musculos faciales no se contraen en la deglución madura normal. Después se coloca la mano sobre el musculo temporal, presionando levemente con las puntas de los dedos contra la cabeza. Con la mano en esta posición, dé al paciente más

agua y se le pide que repita la deglución. Durante la deglución anormal, puede sentirse que el musculo temporal se contrae, mientras la mandibula se eleva y los dientes se mantienen juntos. Durante las degluciones con dientes separados, no se notaran contracciones del temporal. Colocar un abatelenguas, o un espejo bucal, en el labio inferior y pida al paciente que trague. Los pacientes con deglución normal pueden completar una deglución indicada de saliva mientras se mantiene el labio en esa posición. Quienes tragan con los dientes separados, tendran la deglución inhibida por la depresión del labio, ya que se necesitan fuertes contracciones del mentoniano y los labios para la estabilización mandibular en la deglución con dientes separados.

La deglución inconciente puede examinarse de la manera siguiente:

Coloque más agua en la boca del paciente, y con la mano en el musculo temporal, pídele que trague una "última vez más". Después de completada la deglución, separese del paciente como si el exámen hubiese finalizado, pero mantenga la mano contra la cabeza. La mayoría de los pacientes producira en pocos momentos, un deglución inconciente de despeje. La conducta de la deglución inconciente no es siempre la misma que cuando indicada, sobre

todo en aquellos pacientes que han tenido alguna forma de terapia para el empuje lingual, o quienes se les ha llamado la atención por la deglución anormal.

2. Diagnostico Diferencial

a) Deglución Infantil Normal

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

b) Deglución Madura Normal

Se caracteriza por la ausencia de actividad del labio y el carrillo, pero los elevadores mandibulares se contraen, trayendo los dientes a oclusión, encerrando así la lengua en la cavidad bucal.

c) Deglución con empuje lingual simple

Se caracteriza por contracciones de los labios, del músculo mentoniano y los elevadores mandibulares, por lo tanto, los dientes están en oclusión, mientras la lengua protruye en la mordida abierta. La mordida abierta en un

empuje lingual simple, esta bien circunscrita, esto es, tiene un comienzo y un final definido.

Los pacientes con empuje lingual simple, son habitualmente respiradores nasales con una historia de succión digital; el empuje lingual mantiene una mordida abierta previamente creada por la succión del pulgar. Si se examinaran los modelos de un paciente con empuje lingual simple se encontrará que tienen buena adaptación oclusal.

Hay un buen engranaje intercuspideo, aún cuando exista una maloclusión, porque la posición oclusal es continuamente reforzada por degluciones con dientes juntos.

d) Deglución con Empuje Lingual Complejo

Se define como un empuje lingual con una deglución con dientes separados. Por consiguiente estos pacientes muestran contracciones, de los labios y de los musculos y del mentoniano, y no se contraen los elevadores mandibulares; un empuje lingual entre los dientes y una deglución con dientes separados. La mordida abierta asociada con un empuje lingual complejo, suele ser más difusa y difícil de definir. En realidad, a veces, no hay mordida abierta. El examen de los modelos, revela pobre adapta

ción oclusal e inestabilidad en el engranaje_
cúspideo, ya que este no es reforzado durante
la deglución. Como las degluciones de agua, a
menudo producen degluciones con dientes sepa-
rados, es importante probar al paciente con -
un bolo alimenticio seco cuando se sospecha -
un empuje lingual complejo. Los pacientes con
empuje lingual complejo, habitualmente mues-
tran interferencias oclusales en la posición_
retruida de contacto. También suelen ser res-
piradores bucales, con una historia de enfer-
medad nasorespiratoria crónica, o alergias.

e) Conducta de Deglución Infantil Conservada

Se define como la persistencia predominante -
del reflejo de deglución infantil, después de
la llegada de los dientes permanentes. Muy -
pocas son las personas que tienen una verdade_
ra deglución infantil conservada. Quienes la_
muestran, muestran contracciones totales muy_
fuertes de los labios y la musculatura facial,
visualizada a menudo como una mueca masiva. -
La lengua empuja violentamente entre los dien_
tes en la parte anterior y en ambos lados. La
musculatura facial y bucal es poderosa, espe-
cialmente notable son las contracciones del -
buccinador. Estos pacientes tienen rostros --
muy inespresivos, ya que los musculos inerva-

dos por el 7o. nervio craneal no son usados - para los delicados propositos de la expresión facial, sino para el esfuerzo masivo de estabilizar la mandibula durante la deglución. -- Tienen serias dificultades para masticar, ya_ que habitualmente ocluyen solo sobre un molar en cada cuadrante. El umbral de arcadas es -- típicamente bajo.

Pueden restringirse a una dieta blanda y dicen francamente que no gozan de la comida; -- con frecuencia, el alimento se coloca sobre - el dorso de la lengua y la masticación, se -- produce entre la punta de la lengua y el pala_ dar, debido a lo inadecuado de los contactos_ oclusales.

El pronostico para este tipo de deglución infantil conservada ocurre raramente.

EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan hábitos de Empuje Lingual. Sin embargo no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentoniano no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que tiene igual importancia en la formación de mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión son de dos tipos:

- 1) Deglución con empuje simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.
- 2) Deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje

je lingual asociado con una deglución con dientes separados.

El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, -- los labios probablemente juntos y la lengua contra el paladar, detras de los anteriores (figura IV).

La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito pueda no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución es un ejemplo de la deglución con empuje lingual simple.

Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis. -- Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares fauciales agrandados (Figura IV). Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, -- mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandí--

bula y la protusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respiración -- por la boca; los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada.

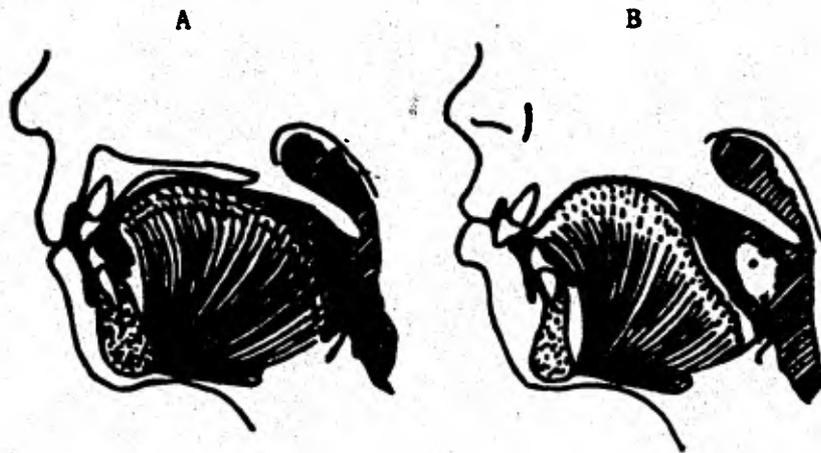


Figura IV, La lengua durante la deglución normal y anormal. A, normal, los dientes están en ligero -- contacto, los labios cerrados y el dorso de la lengua elevado para tocar el techo de la boca. B, de glución anormal debida a amígdalas hipertróficas. -- Cuando la lengua se retrae, toca las amígdalas inflamadas e hinchadas.

MORDIDA ABIERTA

Es el resultado de desarrollo vertical insuficiente para permitir a un diente o dientes, encontrar a sus antagonistas en el arco opuesto, el resultado es la ausencia localizada de oclusión.

Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y el hueso alveolar de soporte que los rodea, se desarrollará hasta encontrar el antagonista oclusal del arco opuesto. Una interferencia con el curso normal y desarrollo alveolar pueden resultar en una mordida abierta.

Causas:

- 1) Trastornos en la erupción de los dientes y el crecimiento alveolar, por ejemplo molares primarios anquilosados.
- 2) Interferencia mecánica con la erupción y crecimiento alveolar, por ejemplo un hábito de succión digital.
- 3) Displasia osea marcada.

Clasificación:

Mordida abierta izquierda: relación incisiva normal

Mordida abierta centro: una mordida abierta sin superposición vertical de los incisivos.

Mordida abierta derecha: una mordida abierta con superposición de los incisivos. Este tipo de mordida a menudo no es diagnosticado.

a) Mordida Abierta Anterior

Las mordidas abiertas en la porción anterior de los arcos dentarios pueden combinarse con labio--

versión de los dientes anteriores superiores. ---
Cuando se estudian las mordidas abiertas anterior-
res antes del tratamiento, hay que tener mucho --
cuidado de observar la relación de las bases ----
óseas con la dentición. La preocupación por la --
mordida abierta puede conducir a un diagnóstico -
equivocado de un problema esquelético más funda--
mental.

Causas:

a) Hábitos deletereos como causa

La mayoría de las mordidas abiertas anterior--
res son causadas por la succión del pulgar, -
otros dedos, la lengua y otros hábitos de suc-
ción. Si durante la erupción, los dientes en-
cuentran repentinamente un dedo, el pulgar, o
la lengua, colocados entre ellos, la erupción
es impedida y como resultado dara una mordida
abierta. Sospechar siempre un hábito de algún
tipo cuando se diagnostica una mordida abier-
ta por primera vez. En niños pequeños, es muy
probable que el pulgar u otro dedo sea chupa-
do por la noche, o haya empuje lingual al tra-
gar. Los adultos pueden chupar una pipa o un_
lápiz, con resultado similar. El tratamiento_
consiste primero en encontrar el hábito; esto
sólo puede ser suficiente y los dientes pue--

de ser suficiente y los dientes pueden continuar erupcionando a la posición normal.

La retención, después del tratamiento de cualquier maloclusión debida a un hábito de succión es casi imposible, salvo que el hábito haya sido superado completamente y se haya restaurado la actividad y la función normal de los labios y la lengua.

2) Displasia Ósea Marcada en la Etiología

La micrognasia, la hipertrofia mandibular y otros trastornos graves del esqueleto craneofacial, pueden originar mordidas abiertas anteriores. En estos casos, la mordida abierta es una manifestación bastante menor de una discrepancia ósea marcada.

b) Mordida Abierta Posterior

Se puede deber a hábitos tales como: un empuje lateral de la lengua durante la deglución; más frecuentemente, la causa se relaciona con el desarrollo del proceso alveolar y la erupción de los dientes.

Causas:

1) Empuje Lingual

Solo raramente es el empuje lingual un agente etiológico primario en las mordidas abiertas posteriores. Con más frecuencia, se forma la mordida abierta y después la lengua la mantiene para efectuar un sello durante la deglu---

ción. El tratamiento de las mordidas abiertas posteriores por empuje lingual, es similar al que se usa para las mordidas abiertas anteriores, aunque el diseño del aparato debe alterarse de acuerdo a la región de la mordida -- abierta.

2) Dientes Primarios Anquilosados

Una dentición localizada de la erupción y del desarrollo alveolar pueden ocurrir durante el estadio de dentición mixta.

El síndrome lleva muchos nombres y no hay una unanimidad de opinión sobre la etiología.

Más tarde en la vida, cuando se observa una mordida abierta posterior salvo que un hábito sea la causa, puede haber una anquilosis de los dientes permanentes. Los dientes anquilosados no pueden moverse porque la membrana periodontal no esta intacta. Muchas veces el -- diagnóstico es difícil; por cierto que las radiografías sólo ayudan en forma limitada. Sin embargo, si un diente no se mueve cuando se le aplica tracción ortodóntica casi seguramente esta anquilosado y debe recurrirse a procedimientos restauradores para proporcionar función oclusal.

DIAGNOSTICO

1. Métodos de Exámen
2. Diagnóstico Diferencial
 - a) Postura Normal
 - b) Función Anormal
 - 1) Métodos de Exámen

La lengua y los labios estan integrados y sincronizados en su actividad; así, puede inferirse la malfunción lingual observando la malfunción de los labios y de la musculatura facial. Cuando los labios son separados por el espejo bucal o los carrillos son retirados por los retractores, la actividad lingual normal es inhibida y lo que se observa es un acomodo al estiramiento de los labios y los carrillos. El problema paradójico del examen de la lengua, es examinarla en sus funciones normales, sin desplazamiento de ella o los labios.

- a) Observe la postura de la lengua mientras la mandibula está en la posición postural.- Esto se puede hacer en un cefalograma tomado en la posición postural, o examinando suave y casualmente la relación lengua-labio, mientras el paciente está sentado en posición erecta en el sillón dental. Durante la postura mandibular, el dorso toca el paladar ligeramente mientras la punta descansa normalmente, en las fosas linguales o en los cuellos de los

incisivos inferiores (Figura V a y b)

Las posiciones anormales que se encuentran --
son:

- 1) La punta de la lengua sobre los incisivos_ inferiores produciendo una mordida abierta (Figura V d)
 - 2) Una lengua retractada o levantada que no - produce maloclusión (Figura V c)
- b) Observe la lengua durante los diversos proce-
dimientos de deglución.- Es necesario obser--
var la lengua durante la deglución inconcien-
te, la deglución indicada de saliva, la deglu-
ción indicada de agua y la deglución incon--
ciente durante la masticación.
- c) Observe el papel de la lengua en la dicción.-
Debido a las notables características adapta-
tivas de los labios y la lengua, puede produ-
cirse buena dicción por medio del control ha-
bilidoso de los movimientos linguales y labia-
les, en bocas con maloclusiones severas. Si_
se nota actividad anormal de la lengua duran-
te la dicción debe formularse una pregunta --
básica: La actividad anormal de la lengua, es
adaptativa o etiológica de la maloclusión, o_
es atribuible a una etiología no relacionada.
Se encontrara que es adaptativa, pero puede -
reflejar una etiología que es común al defec-
to de dicción y a los aspectos neuromuscula--

res de la maloclusión.

2) Diagnóstico Diferencial

a) Postura Anormal

La postura de la lengua ha sido relacionada con la morfología esquelética; por ejemplo, en esqueletos Clase III severos, la lengua tiende a estar por debajo del plano de oclusión (Figura VI) y en esqueletos faciales Clase II, con un plano mandibular empinado, la lengua tiende a posiciones adelantadas (Figura VI B).

Hay dos variaciones significativas de la postura normal de la lengua:

- 1) La lengua retractada o levantada, en la que la punta de la lengua esta retirada de todos los dientes anteriores.
- 2) La postura lingual protractada, en la que la lengua en descanso está entre los incisivos, La postura de lengua retractada, se ve en menos del 10% de los niños; sin embargo es más frecuente en los adultos desdentados. En estos, indudablemente, la lengua ha perdido algo de su sentido posicional con la eliminación de los ligamentos periodontales y se retrae para establecer contacto propioceptivo lateralmente con la mucosa alveolar, para un mejor sellado du-

rante la deglución.

Aunque la lengua retractada es inestable para las dentaduras artificiales inferiores, no se conoce aun su significación en la adolescencia. La postura lingual protactada, puede ser un problema serio ya que suele resultar en una mordida abierta.

Hay dos formas de postura lingual protactada:

- 1) la postura lingual protactada endógena.
- 2) la postura protractada adquirida.

La postura protactada endógena es una retención del patron postural infantil. Algunas personas, por razones hasta ahora desconocidas, no cambian la postura de su lengua durante la llegada de los incisivos primarios, y la punta de la lengua persiste entre los incisivos. Para la gran mayoría de estos pacientes con postura lingual protractada endógena, la mordida abierta es muy leve y no constituye un problema clínico serio, pero, en raras ocasiones, aparecen mordidas abiertas que suelen serlo bastante. No se conoce un tratamiento seguro para los problemas de postura lingual endógena.

La postura lingual protractada adquirida -

es un asunto más sencillo, ya que suele -- ser un resultado transitorio de faringitis o amigdalitis. Puede diagnosticarse pincelando la garganta con un anésteico viscoso por topicación y permitiendo al paciente a tragar un poquito del material. Cuando las regiones de la garganta con inflamación aguada son anestesiadas, la postura protractada adaptativa de la lengua se corregirá espontáneamente a su posición más normal. Mientras el mecanismo precipitante del dolor este presente en la garganta, la lengua estará hacia adelante, y cualquier reubicación de los incisivos será estable. Por lo tanto, es mejor derivar esos pacientes a un médico para la terapia correlativa. Ocasionalmente, la condición nasofaríngea ya no existe, pero la lengua se mantiene por reflejo en una posición adelantada.

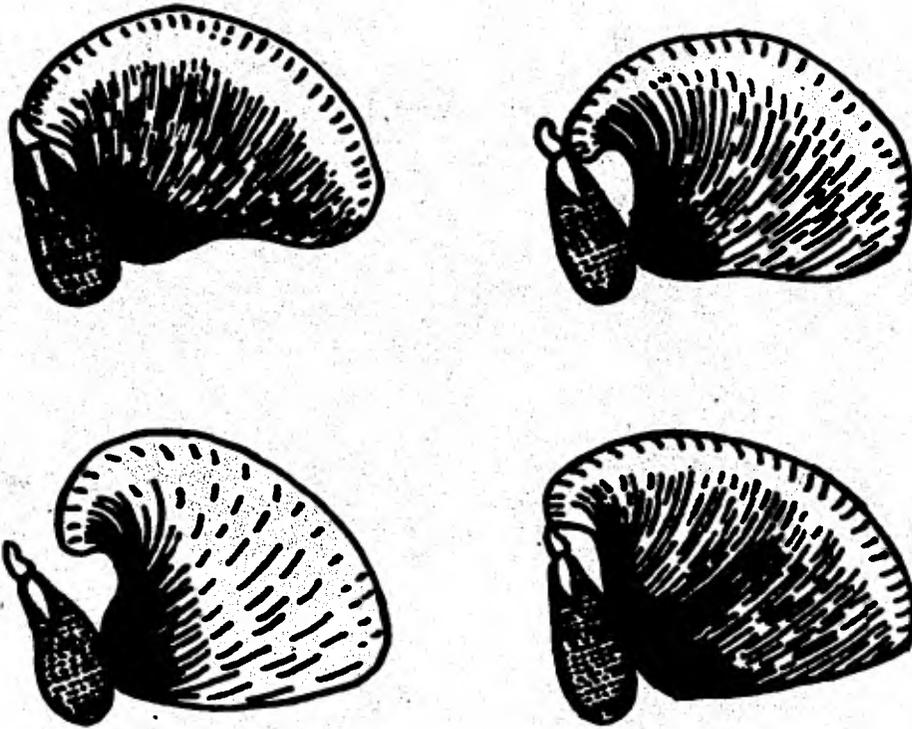


Figura V.- Variaciones en la postura de la lengua. A y B, variaciones en la postura normal, C, postura lingual re-tractada, D, la postura lingual infantil conservada.

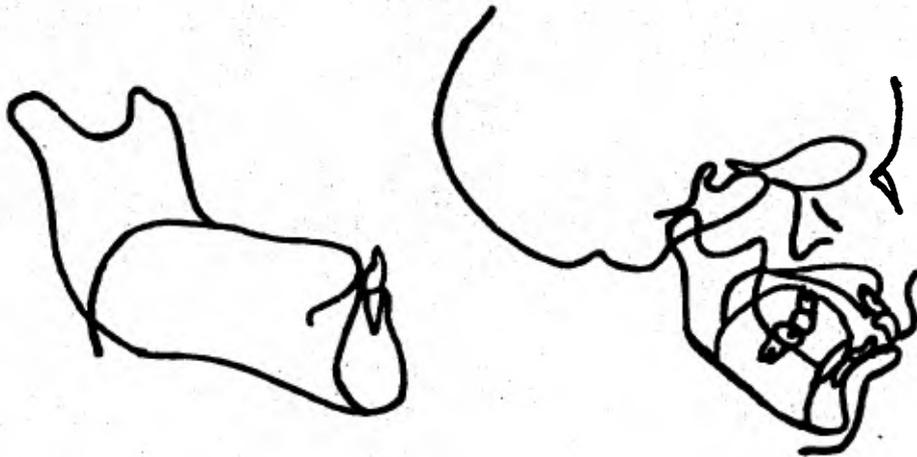


Figura VI.- A, posición de la lengua en la malocclusión -- Clase III. La lengua se encuentra más bajo que lo normal. El dorso se encuentra debajo del tipo normal y nivel incisal. B, esta posición típica de la lengua se asocia con molclusión de clase III pero tiene un paso de relación con el plano mandibular.

HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION

En los niños es poco frecuente respirar por la boca y los que lo hacen se clasifican en tres categorías:

- 1) Por obstrucción
- 2) Por hábito
- 3) Por anatomía

Por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa de flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de este tipo genético de cara y nasofarínge estrecha, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentra en los individuos braquicefálicos.

Por hábito: El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obs---trucción que lo obligaba a hacerlo.

Por razones anatómicas es aquél cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Cualquier cosa que interfiera con la fisiología respiratoria normal puede afectar el crecimiento de la cara.

Los respiradores bucales parecen tener una elevada incidencia de maloclusiones. No suele verse un solo tipo de maloclusión, porque el trastorno inicial que condujo a la respiración bucal puede ser uno de los siguientes: tabique nasal desviado, cornetes agrandados, inflamación y congestión de la mucosa nasofaríngea, alergia hipertrofia adenoidea, inflamación e hipertrofia de las amígdalas, o un hábito de succión.

- a) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrofica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto.
- c) Adenoides agrandados. Como el tejido adenoideal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia no es raro que en los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo respirar por la boca puede corregirse por sí sólo al crecer el niño cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

La corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre.

El Síndrome de respiración bucal típico, se caracteriza por la contracción de la dentadura superior, labioversión de los dientes anteriores superiores, apinamiento de los dientes anteriores en ambos arcos, hipertrofia y cuarteo

dura del labio inferior, hipotonicidad y aparente acortamiento del labio superior. Sobremordida frecuentemente -- marcada. La relación molar puede ser de neutroclusión o -- distoclusión.

El paladar blando se eleva para hacer un cierre nasal con la pared faríngea posterior, la mandíbula cae para proporcionar una vía de aire bucal mayor y la lengua desciende -- del contacto con el paladar y estar protuida. Los efectos secundarios que se notan con frecuencia incluyen 1) mayor espacio libre, 2) degluciones con dientes separados, 3) -- aumento relativo en la presión de la pared bucal contra -- los dientes superiores. La respiración bucal puede ser -- temporaria (durante un resfrío), estacional (ejemplo -- asociación con alergias nasorespiratorias), o crónica (co -- mo resultado del hábito de obstrucción).

DIAGNOSTICO

Método de Respiración

Es muy fácil estudiar el método de respiración mientras el paciente no se da cuenta que está siendo observado.

Los labios del respirador bucal están separados en descanso para permitirle respirar, mientras que los labios del respirador nasal mantienen ligeramente juntos.

Después de una impresión general del método de respiración, se le pide al paciente que haga una inspiración profunda y luego que expire. La mayoría de los niños, al recibir esa orden, inspiran por la boca, aunque un ocasional respirador nasal inspirará por la nariz con los labios levemente cerrados. Luego se le dirá al paciente que junte los labios e inspire profundamente por la nariz. Un niño que es respirador nasal normal tiene buen control reflejo de los músculos alares, que controlan el tamaño y forma de las narinas externas; por lo tanto, el respirador nasal dilata las narices externas reflejamente durante la inspiración, por otra parte, aunque todos los respiradores bucales (excepto los raros con estenosis nasal o congestión), pueden respirar por la nariz, habitualmente no cambian el tamaño o forma de las narinas externas durante la inspiración.

Ocasionalmente, los respiradores bucales contraen en realidad las narices mientras inspiran. Aún el respirador nasal que tiene una congestión nasal temporal, demostrará contracción alar refleja, cuando se le pide que inspire -

mientras mantiene los labios cerrados. La función nasal unilateral puede diagnosticarse colocando un espejito sobre el labio superior, el que se empañara con humedad condensada de la respiración nasal, o usando una "mariposa" de algodón.

Diagnóstico Diferencial

a) Respiradores nasales

Los labios se tocan ligeramente en descanso, las narinas se dilatan en la inspiración indicada.

b) Respiradores Bucales

Los labios estan separados en descanso. Las narinas - mantienen el tamaño, o se contraen en la inspiración indicada con los labios juntos.

HABITOS ANORMALES DE SUCCION DE LABIO O

MORDEDURA DEL LABIO

La succión del labio puede aparecer sola, o puede verse - con la succión del pulgar. En casi todos los casos es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior.

Cuando el labio inferior es mantenido repentinamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de estos dientes, a menudo a una mordida abierta, o a veces, la linguoversión de los incisivos inferiores.

El hábito generalmente se presenta en la edad escolar, de manera que se puede cooperar para lograr el abandono de este.

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

DIAGNOSTICO

Posición y Postura de los Labios

La postura de los labios se estudia mejor durante la postura normal de la cabeza y la mandíbula. Normalmente, los labios se encuentran uno con otro en una relación no forzada a nivel del plano oclusal. Se deben de palpar los la

bios para asegurarse si tienen igual tono y desarrollo muscular. Se estudia el papel de cada labio durante la deglución inconciente.

Color y Textura de los Labios

Cuando un labio es de un color, o textura diferente del otro, hay una razón. Si por ejemplo, el labio inferior descansa debajo de los incisivos superiores durante la deglución, suele ser más húmedo y liso. Cuando está menos activo el labio superior, más frecuentemente está cuarteado y tiene color más claro.

Músculos de los Labios y La Cara

1. Métodos de Exámen

a) Morfología

b) Función:

1) Deglución

2) Masticación

3) Dicción

2. Diagnostico Diferencial de los labios

a) Labios morfológicamente inadecuados

b) Labios funcionalmente inadecuados

c) Labios funcionalmente anormales

Músculos de los Labios y Cara

1. Método de Exámen

a) Morfología

En Gran medida las relaciones morfológicas de los labios son determinadas por el perfil esqueletico.

En descanso, los labios se tocan levemente efec---

tuando un cierre bucal cuando la mandíbula está en su posición postural. En todos los respiradores bucales y en unos pocos respiradores nasales los labios estarán separados en descanso. Se encontrará que algunos labios muy competentes se han adaptado a la maloclusión; así aunque hay un cierre, no es un cierre-labio, sino un arreglo labio-diente-labio.

La diferencia en el color, textura y tamaño de labios, se relaciona a menudo con la mal función labial. Los labios hiperactivos pueden ser más grandes y tienden a ser más rojos y húmedos que los labios hipoactivos o normales.

b) Función

- 1) Observe las contracciones de los músculos labiales y faciales durante las diversas degluciones.
- 2) Observe las funciones de los labios durante la masticación.

Para estudiar la masticación, puede usarse alimentos para desayuno desecado. Durante la masticación normal, los labios son mantenidos ligeramente juntos. En quienes tragan con los dientes separados, se verán contracciones de los músculos mentoniano y peribucales. Estos mismos músculos también se contraen fuertemente en las maloclusiones severas de Clase III, con resalte y sobremordida grande.

3) Estudie la función de los labios durante la dicción. La Mayoría de la función labial anormal durante la dicción de niños con maloclusiones, es una adaptación o acomodación a la posición dentaria, no un factor etiológico en la malposición de los dientes.

2. Diagnóstico Diferencial

a) Labios Morfológicamente Inadecuados

Solamente en raras ocasiones el labio superior es morfológicamente corto. Con frecuencia se exagera la significación del labio superior morfológicamente corto en la maloclusión, trastornos fonéticos y retención de casos tratados ortodónticamente. Labios originalmente diagnosticados como morfológicamente inadecuados, a menudo resultan adecuados, porque los movimientos dentarios permiten que la función normal del labio sea restaurada espontáneamente. Las técnicas ortodónticas modernas que producen retracción corporal de incisivos superiores y la ortopedia de la parte media de la cara permiten que más de un labio superior supuestamente corto vuelva a su posición y función normalmente. La intervención quirúrgica, en casos debe ser desalentada, excepto en casos más raros, y aun así, debe realizarse sólo después de completada la terapia ortodóncica.

b) Labios Funcionalmente Inadecuados

A veces los labios son de tamaño adecuado, pero no funcionan correctamente, por ejemplo, el labio superior en la maloclusión extrema de Clase II, división I.

El labio inferior hiperactivo, forma el cierre bucal con las caras linguales de los incisivos superiores, mientras el labio superior escasamente funciona del todo. Después de la retracción de los incisivos habitualmente se produce espontáneamente la función normal del labio.

c) Labios Funcionalmente Anormales.

Una de las funciones anormales más frecuentes de los labios y los músculos faciales, se ve en la deglución con empuje lingual.

El músculo mentoniano frecuentemente está hipertrofiado, como el orbicular de los labios inferiores. Cuando el labio inferior es apartado suavemente de las encías, estas pueden estar rubefacientes e hipertrofiadas. La gingivitis en la región incisiva inferior, en ausencia de gingivitis superior, es indicadora de función mentoniana hiperactiva, mientras que la gingivitis en ambas regiones anteriores se ve frecuentemente con la respiración bucal.

INTERPOSICION DEL FRENILLO

Un hábito observado raras veces, se presenta entre los in
cisivos permanentes superiores cuando estos están espacia
dos a cierta distancia, el niño traba su frenillo labial
entre piezas y lo deja en esa posición varias horas.

Este hábito probablemente se inicia como parte de un jue-
go ocioso, pero puede desarrollarse un hábito que despla-
za las piezas, ya que mantiene separados los incisivos --
centrales, este efecto es similar al producido en ciertos
casos por un frenillo anormal.

DIAGNOSTICO

El frenillo labial agrandado o en malposición, puede oca-
sionalmente diagnosticarse por observación, o levantando
el labio. Sin embargo, es imposible de esta manera, des-
cubrir todos los frenillos agrandados o en malposición. --
El diagnóstico final debe basarse en radiografía. El sep-
tum oseó normal entre los incisivos centrales superiores
tiene forma de V y es bisectado por la sutura intermaxi-
lar, la que a veces no es visible en las radiografías. --
Cuando el frenillo labial se inserta en el lado palatino
del septum, sus fibras atraviesan el hueso, rodeándolo de
manera que el septum tiene forma de pala. A veces, se ve
un canal superficial. Aun cuando las fibras se insertan --
tan profundamente como para no causar blanqueamiento cuan-
do se desplaza el labio, la condición se diagnostica fa-
cialmente en la radiografía.

ONICOFAGIA O MORDEDURA DE UÑAS

Es un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión; el niño pasará directamente a morderse las uñas. Este hábito no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, como lo era tampoco al fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito, como cualquier conducta general no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas.

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos, se utilizan goma de mascar, cigarrillos, cigarros, puros, rapé, lápices, goma de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

BRUXISMO

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, o frotarse los dientes entre sí. Este generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto.

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atricción considerable de las piezas y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la oscuridad.

Tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper ese hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevado sobre los dientes durante la noche. El caucho no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

HABITOS DE POSICION

Los hábitos de postura, que producen maloclusiones son muy raros y se debe formular su diagnostico a tratarse individualmente, por separado. En esta categoría entranciertas - ayudas de postura ortopedica. El braquero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis es ejemplo de este.

OTROS HABITOS

HABITOS MASOQUISTAS

Ocasionalmente, se encuentra un niño con hábitos de naturaleza masoquista. Un niño utilizaba la uña del dedo para -- rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un ca -- ño inferior. El hábito había privado completamente a la -- pieza del tejido gingival marginal, exponiendo el hueso al -- veolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiatrica y -- también en envolver el dedo en cinta adhesiva.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO

Otro hábito nocivo, que fué común entre las mujeres adoles -- centes era abrir pasadores para el pelo con los incisivos -- anteriores, para colocarselos en la cabeza. En jovenes que -- practicaban este hábito se han observado incisivos aserra -- dos y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A es -- ta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo hace -- falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de es -- te.

CAPITULO IV

PREVENCION Y TRATAMIENTO

Construcción de Instrumentos

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales que pueden ser contruidos por el odontólogo. La mejor manera de clasificarlos es, tal vez, en instrumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años, en quienes sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en procesos de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo un instrumento fijo puede causar sensación en el de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos, como la noche. Ciertamente, para el odontólogo la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir, y ajustar que los de tipo fijo. La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva solo cuando desea.

Métodos de Adiestramiento Extrabucal

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos y que consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar o un dedo del niño, con sustancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. Sin embargo todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Además debiera advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito, puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo. Por esta razón la actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de innegable importancia, por la exigencia de lograr en el niño una perfección que éste no puede, o no quiere; el tratamiento estara condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, este impresionará profundamente al niño y le orientara hacia una meta clara.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de metodos o alternativas.

Instrumentos Intrabucales

La mayoría de estos instrumentos intrabucales, fabricados

por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

El odontólogo además de elegir el instrumento debe preguntarse las siguientes preguntas antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos como:

1. Comprensión del niño: ¿comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿quiere el niño que le ayuden?
2. Cooperación paterna: ¿comprenden ambos padres lo que esta usted tratando de hacer, y han prometido cooperación total?
3. Relación amistosa: ¿ha establecido usted una relación amistosa con el niño de manera que en la mente de éste exista una situación de "recompensa, en vez de una sensación de castigo"?
4. Definición de la meta: ¿han elegido los padres del paciente y usted una meta definida en terminos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate

de alcanzar?

5. Madurez: ¿ha adquirido el niño la madurez necesaria - para superar el periodo de adiestramiento que puede - producir ansiedad a corto plazo?

SUCCION DEL PULGAR
(SUCCION DE DEDOS)

La succión del pulgar u otros dedos es muy común en los niños y puede considerarse como normal hasta los dos años y medio. Después de esa edad debe procurarse su eliminación por la persuasión y convencimiento racional por parte del niño de los males que le puede acarrear la persistencia en el hábito. Pueden también recomendarse los aparatos fijos o movibles destinados a recordar al niño que no debe chupar y a evitar que encuentre placer haciéndolo.

El término succión del pulgar ha sido usado superficialmente para cubrir una amplia variedad de hábitos bucales de succión. En esta discusión me limito a la interpretación más estricta del término.

La succión forzada repetida del pulgar, con fuertes contracciones asociadas bucales y del labio, parece ser el tipo más probablemente relacionado con maloclusión. El tipo de patrón facial hace alguna diferencia. Un perfil recto con una oclusión firme de clase I, parece tolerar las fuerzas de la succión del pulgar mejor que un esqueleto facial típico de clase II. No dejar de considerar la cara en que aparece el hábito, porque un hábito leve en algunas caras es más perjudicial que uno severo en otras. Así como varían los factores que hacen el hábito, así también varían las caras. Es la combinación de hábito más cara en crecimiento lo que origina el problema clínico. Los aspectos

tos clínicos del problema pueden dividirse en tres fases de desarrollo precisas.

a) Fase I: Succión del Pulgar y Subclínicamente Significativa.

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años, dependiendo del desarrollo social del niño. La mayoría de los infantes muestra una cierta cantidad de succión del pulgar, o de otros dedos, durante este período, sobre todo en el momento del destete. Comúnmente, la succión se resuelve en forma natural hacia el final de la Fase I. Sin, embargo si el infante muestra algunas tendencias al tipo "pulgar específico" de succión vigorosa, el enfoque debe ser definitivamente profiláctico por el posible daño occlusal. El uso de un chupete de goma hacia el final de la Fase I es mucho menos perjudicial, al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar.

b) Fase II: Succión del Pulgar clínicamente Significativa

La segunda fase se extiende aproximadamente desde los 3 a los 7 años. La succión practicada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones: (1) es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa, (2) es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

c) Fase III: Succión del Pulgar Intratable

Cualquier succión del pulgar que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema difícil, - porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. Un hábito de succión del pulgar durante la Fase III requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directas. --- Está indicada la frecuente consulta entre el odontó-- logo y el psicólogo, o el médico, para realizar un enfoque integrado. Cualquier hábito de succión del pulgar que persiste hasta la Fase III, seguramente no es más que un síntoma de un problema mayor que la malo-- clusión resultante.

d) Elección del Aparato

El aparato ideal para ayudar en la corrección del --- hábito de succión del pulgar debería (1) no impedir - de ninguna manera la actividad muscular normal, (2) - no requerir recordatorios para usarlo, (3) no avergonzar con su uso, y (4) no complicar a los padres.

La pantalla bucal puede usarse para ayudar en la correc-- ción de la succión del pulgar, pero requiere mucha coope-- ración del paciente y no se usa en forma continua. Quizas el mejor aparato es un arco lingual con puntas cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga afuera. (Figura VIII). Este aparato - no es una interferencia mecánica para el pulgar ni debe - tener la forma de una pantalla enorme, llamada también --

rastrillo. Debe estar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal y contener suficientes puntas cortas, agudas, como leves señas aferentes de incomodidad, cada vez que se coloque el pulgar. Una señal clara de incomodidad, un dolor leve, recuerdan al sistema neuromuscular, aun cuando el niño esté dormido, que es mejor que el pulgar no entre. En este punto, el niño sabe que necesita ayuda para recordar al pulgar que quede afuera cuando no puede hacerlo, por ejemplo cuando esta dormido.

Es equivocado colocar cualquier aparato como primer paso del tratamiento, ya que la adaptación probablemente será difícil. El enfoque permisivo y más gradual comentado, es más fácil, lleva menos tiempo, requiere menos aparatos, y condiciona mejor las respuestas que el enfoque mecanista tradicional.

Algunos de los enormes y grotescos aparatos sugeridos son solamente impedimentos mecánicos y, por lo tanto, únicamente proporcionan frustración al niño. Los chupadores del pulgar habitualmente la tienen ya en abundancia. Comentar con los padres el fundamento y pedirles su ayuda las primeras dos noches. Es aconsejable que se tomen el tiempo de tranquilizar al niño antes de la hora de acostarlo y darle un poco más de atención y afecto durante unos días. Los niños en la Fase III, con frecuencia se sacan el aparato varias veces. Siempre debe ser recomendado y el incidente comunicado al otro clínico quien trabaja en el problema.

PASOS EN EL TRATAMIENTO

- (1) Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño, sin el padre cerca. No usar amenazas ni avergonzarlo; es preferible un intento amistoso, tranquilo para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito.- Muchos niños dirán que se chupan sus pulgares solamente cuando duermen, y también declaran que quieren muy sinceramente librarse del hábito. Se pueden usar ventajosamente esas manifestaciones diciendo: "Es bastante difícil controlar lo que haces mientras estás durmiendo, ¿verdad?" "¿Te gustaría una pequeña ayuda para recordar a tu pulgar que se mantenga fuera de la boca -- cuando no estás despierto para hacerlo?". Si se consigue del niño una respuesta cooperadora y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer de ese recordatorio si es que en los 2 o 3 meses siguientes no puede manejar el problema solo. Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos. Mostrarle el resultado del tratamiento, también, para establecer en su mente lo que se puede lograr con ayuda del odontólogo. En otras palabras, usar esta primera discusión para conocer al niño y hacerle saber sobre los métodos disponibles para corrección del hábito. Ser amable, porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el punto. Dejarle con la idea que él va a hacer lo que pueda por sí mismo durante 2 o 3 meses, y que después

de ese tiempo discutirán nuevamente la situación. Se han obtenido excelentes resultados por el uso de una tarjeta que se entrega al niño para que anote cada mañana si el dedo fue chupado durante la noche. No debe ser una ficha impresa, sino una tarjeta con el nombre del niño escrito, especialmente para él. Se trazan simplemente dos columnas SI y NO. Hacer una cita para que el niño regrese en semanas, o menos, y traiga la tarjeta. Se le habrá dicho que puede chuparse su pulgar si lo desea, pero que debe llevar el control para que se pueda conocer la severidad del hábito.

No estimular al niño inseguro, perturbado, a que mienta para complacerle.

Enseñarle que un adulto está interesado en él y que puede hablar de la succión del pulgar sin burlarse o avergonzarlo. Una cantidad sorprendente de niños controlaran ellos mismos el hábito con este programa. Puede variarse un poco prescribiendo Band-Aids para colocar en el dedo cada noche y recordarle al pulgar que permanezca fuera de la boca. y aun cuando es necesario recurrir al aparato, el niño está psicológicamente listo para él y el aparato sirve para recordarle al pulgar cuando está dormido y no puede hacerlo.

- (2) A medida que el niño entra en el período en que intenta controlar el hábito por sí mismo, hay que conversar con uno o ambos padres. Insistir en que ninguno

debe discutir el problema con el niño ni debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos. Por sobre toda otra cosa, nadie debe hacer comentarios de menosprecio respecto al hábito. Pedir específicamente a -- los padres que vigilen a los niños y a los abuelos -- del círculo familiar. El niño pierde así los aspectos que fijan su atención en el hábito y se siente estimulado a trabajar en forma más madura con nosotros. --- Unos pocos niños terminarán por completo con el hábito en este período. La mayoría no, pero se beneficiará mucho por la eliminación de las tensiones familiares centradas en la succión del pulgar y estarán preparados para trabajar con nosotros.

- (3) Si el niño está en la Fase II, el paso siguiente es la colocación de un aparato corrector del hábito. Si el niño está en la Fase III, el paso siguiente es la consulta con el médico de la familia, con un psicólogo clínico competente, o con un psiquiatra. Muchos -- sistemas escolares disponen de ese personal familiarizado con el problema. Después de esa consulta, la terapia se convierte en esfuerzo en conjunto. Habitualmente, no se colocan aparatos hasta que todos los problemas del niño están definidos y la succión del pulgar se ven con la perspectiva correcta.

APARATOS

Criba Fija: Construcción

Se toma una impresión con alginato en la primera visita - y se corren en yeso. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del 2o. molar deciduo superior, se recomienda colocar alambres de bronce separadores en esta primera visita. Se fabrica el aparato sobre el modelo para ser colocado en la segunda visita subsecuente; en términos generales los 2o. molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte.

Se seleccionan coronas metálicas completas, que se obtienen de diversos tamaños.

Se recorta la porción mesial del 1o. molar permanente si existe y la porción distal del 1o. molar deciduo, impidiendo el contacto con el 2o. molar deciduo, un milímetro o dos es más que suficiente.

Se recorta el margen gingival del 2o. molar deciduo, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de 2 o 3 milímetros sobre su superficie vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de 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. En seguida, 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 hace con alambre de acero inoxidable.

ble o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base, en forma de V se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el 2o. molar deciduo hasta el nicho entre los 1o. molares temporales y caninos primarios. En este punto se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular.

La lengua toma un papel importante en estas actividades, salvo que la lengua pueda cambiar su posición y disminuir su proyección las posibilidades disminuyen considerablemente.

En el nicho del 1o. molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del 2o. molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de 2 espolones y una asa de alambre del mismo calibre, el asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los 2o. molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más 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 fluor o soldadura de plata, se suelda a la barra principal, y se coloca una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar, se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado son, a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se coloca un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita, el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando las coronas a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación se retiran, y el aparato se coloca sobre los molares deciduos, se le pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; después de esto podran ser soldados a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival.

El aparato se coloca después del ajuste periferico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un metodo de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no --

ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si hay contacto estos espolones se recortaran y se doblaran hacia el paladar. 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. Se limpia el exceso de cemento y el resto se quita con el raspador. Las coronas se abren a la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores.

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

Si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cimente el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original desplazando 1o. y 2o. molares deciduos en sentido vertical.

Si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.040 o 0.045 pulgadas.

Una vez cementado el aparato se le pide al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojan 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. Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Después de un período de ajuste de 2 o 3 días, la mayor parte de los niños casi no están concientes del aparato; su empleo se lleva de cuatro a seis meses en el mayor número de casos. En un período de tres meses es el tiempo en que desaparece completamente el hábito de dedo, es un tiempo seguro en contra de alguna 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. Tres semanas después, si no hay pruebas de recurrencia, se retira la extensión posterior; pasadas otras tres semanas, pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es comunmente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo.

No podemos hacer demasiado énfasis en que el aparato no es castigado ni una experiencia dolorosa intencional. No deberá 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 produci_ da por el hábito.

El aparato se ilustra en la figura VII.

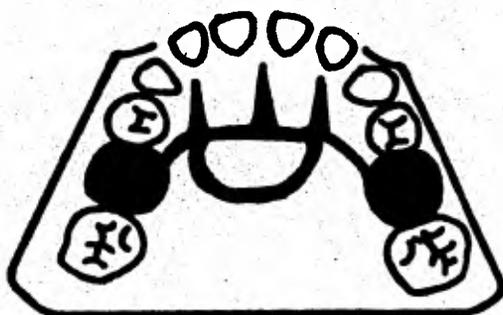


Figura No. VII, Aparato para hábito de succión que ha sido colocado sobre los primeros temporales.

APARATOS

Trampa con Punzón

Es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "Defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

1. Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
2. Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
3. Recordar al paciente que esta entregandose a su hábito.
4. Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

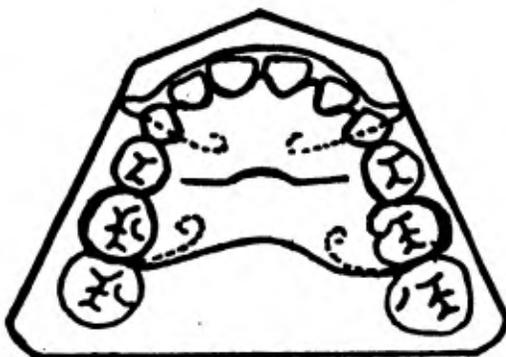


Figura No. VIII, Aparato para hábitos de succión.

EMPUJE LINGUAL

El aparato para el hábito de proyección lingual, una variante del aparato descrito anteriormente para el hábito de chuparse los dedos. Tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barra más eficaz contra la proyección lingual.

Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición más baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para el hábito de proyección lingual debiera intentar ambas cosas: 1) eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de embolo durante la deglución; 2) Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la lengua se aproxime a la boveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no introduzca a través del espacio incisal. Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente, de esta manera, se evita la so-

breerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución madura es estimulada por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición .

Tratamiento.- Para el tratamiento de la proyección lingual utilizaremos el siguiente aparato:

Se toman impresiones de alginato de ambos maxilares, y se corren en yeso. Se montan los modelos en un articulador de tipo bisagra o anatomico.

Los diente de soporte de yeso (ya sean los primeros molares permanentes o molares temporales) se recortan en la forma señalada para el aparato de hábito de chuparse el dedo descrito anteriormente. Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos. Se recorta el margen gingival del diente a recibir la corona siguiendo el contorno de los dientes hasta una aproximidad de dos a tres milímetros, sobre las superficies vestibular, lingual y proximal. La barra lingual en forma de U, de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hacia el area de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes de segundo y primeros molares temporales.

Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superior respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto. En seguida se dobla la barra y se lleva hasta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares temporales y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Una vez que se haya fabricado la barra base y está haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior puede formarse la criba. Se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base. Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino y con la pinza número 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren --- aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan -

al alambre base con suficiente soldadura de plata. El --- alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el mode lo y se suelda a las coronas metálicas. Después de lim--- piar y pulir, estamos listos para probar el aparato den-- tro de la boca del paciente y establecer la circunferen-- cia periférica correcta para las coronas de soporte.

Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior -- puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular - se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cemen- tado.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de_ las coronas en la zona del primer molar. Este problema se elimina en una semana.

El paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del_ espacio incisal. El dorso de la lengua es proyectado con- tra el paladar y la punta de la lengua pronto descubre -- que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abier- ta pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la_ corrección autónoma de la maloclusión.

Con frecuencia es necesario colocar un refuerzo extrabu-- cal, colocando tubos vestibulares horizontales sobre las_ coronas, posteriormente si esta indicado puede emplearse_ un arco de alambre o un arco labial. La mejor edad para - la colocación de este tipo de aparatos es entre cinco y -

diez años de edad.

Si se colocan después de esta edad, es posible que se requieran los servicios necesarios de un especialista en ortodoncia y aparatos completos.

El aparato se ilustra en la Figura No. IX

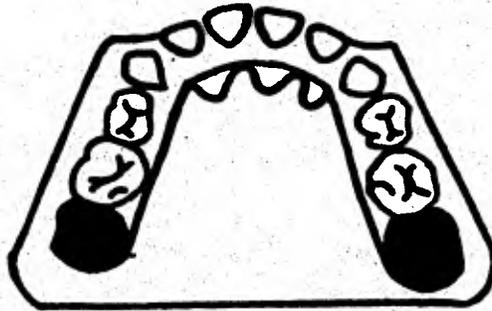
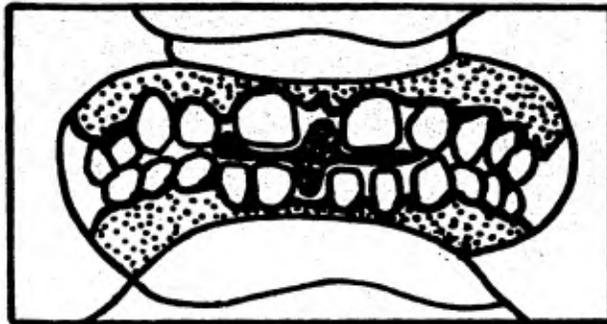


Figura No. IX, Aparato para eliminar la proyección lingual.



Al desplazarse la lengua hacia adelante entre los in
cisivos superiores e inferiores las porciones perife
ricas ya no se encuentran continuas a las superfi---
cies oclusales de los segmentos bucales.

HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION

Para el tratamiento del hábito anormal de respiración se utiliza el siguiente aparato que se describe a continuación llamado:

Protector Bucal

Es un aparato fijo que obliga al niño a respirar por la nariz, bloqueando el paso del aire por la boca y forzando así la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales. Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz, con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo esté lo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

Massler y Zwemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicarse el algodón a los orificios nasales y a la boca para la respiración sea totalmente natural, y no forzada. Si el niño no respira por la nariz o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviarse a un rinólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

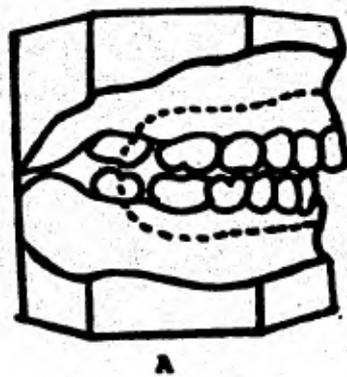
El protector bucal pasivo se usa para corregir la respiración normal por la boca, es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche para que el niño durante el sueño se vea forzado a respirar -- por la nariz. Además evita que se muerdan los labios em--placen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los empujan la fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos y deberá utilizarse más extensamente. Este tipo de protectores se hacen de Plexiglas de $1/16$ a $3/32$ de pulgadas (1.56 mm. y 2.34 mm., respectivamente) de espesor. Se ajusta al vestibulo de boca, y trasfiere presión muscular de los labios, a través del protector, a las piezas. Se construye sobre los modelos articulados, manteniendo en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja -- una línea en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares (Figura X a). Con esto se hace un patrón traslúcido de papel (Figura No. X B) y se aplica el papel sobre el Plexiglas. Al calentar el Plexiglas, se

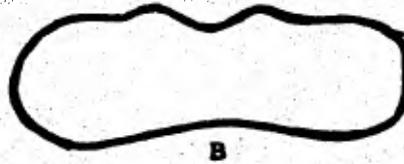
puede, con unas tijeras, cortar fácilmente en la forma - deseada. Se calienta aún más para adaptar el Plexiglas - a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los mo delos; y se tuerce como un torniquete para adaptar con - exactitud el protector a las piezas anteriores. El ins-- trumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxi-- lares anteriores, y deberá estar alejado de la encía bu-- cal, en inferior y superior, (1.56 mm.).

Deberá examinarse al paciente cada tres semanas o men--- sualmente, en visitas posteriores, se ajustan los mode-- los rebajando algo de yeso de las superficies labiales - de las piezas anteriores superiores. Se vuelve a adaptar entonces el protector bucal a su nueva posición con ca-- lor y toalla.

Los movimientos dentales se producen lentamente, porque_ el paciente solo lo lleva un tercio de tiempo. Este movi_ miento es de naturaleza puramente fisiológica, ya que -- usa los músculos del paciente. Si el labio superior es - corto, pueden unirse de noche los labios con una cinta - adhesiva, al llevar el instrumento.



Línea Dibujada en la encía



Patron de Papel Translúcido

Figura No. X, Pantalla oral o pantalla vestibular

HABITO DE MORDERSE Y CHUPARSE 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 hábito del labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes.

La construcción de un aparato para el hábito del labio se muestra en la Figura No XI. Para ello se toman impresiones de alginato superior e inferior y se corren en yeso. Para facilitar el manejo, los modelos pueden ser montados en un articulador de bisagra o de línea recta. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares temporales según la forma descrita para el hábito de chuparse los dedos.

Se debe hacer el corte lo suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares (Figura No. XI.) Si este 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 y cromo de 0.036 pulgadas que corra en sentido anterior desde el diente se de soporte, pasando los molares temporales, hasta el nicho entre el canino y el primer molar temporal, 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 incisivo labiolingual que llega hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre, entonces, es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares o molares temporales. (Figura No. XII). Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre (la porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto, el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival.

El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante. En seguida, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. A continuación, este alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre de base (Figura No. -

XI y XII). La porción paralela del alambre deberá estar -- aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales. Después se suelda el alambre base a las coronas o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal. Después del limpiarlo y pulirlo el aparato podrá ser cementado sobre los dientes.

La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar. Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior. Un período de 8 a 9 meses de uso es aceptable.

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no sólo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

Para Mordedura de Carrillo

Se utiliza una criba removible para eliminar el hábito, o también puede utilizarse una pantalla vestibular o bucal. (Estos aparatos fueron descritos en los hábitos anteriores)

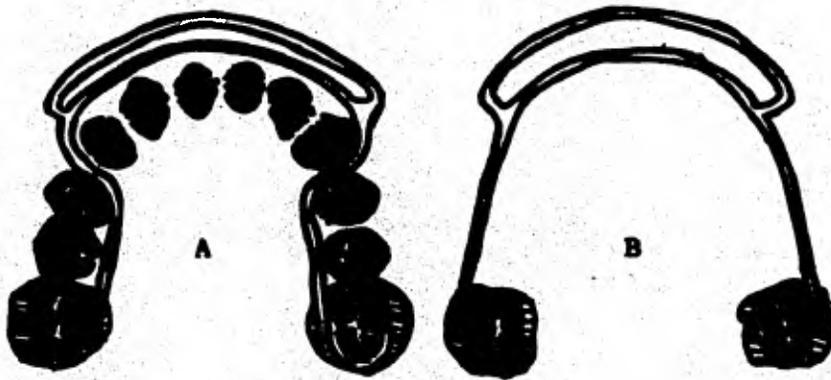


Figura No. XI, Aparato para hábito de labio

A, Arco Lingual

B, Tipo Arco Labial

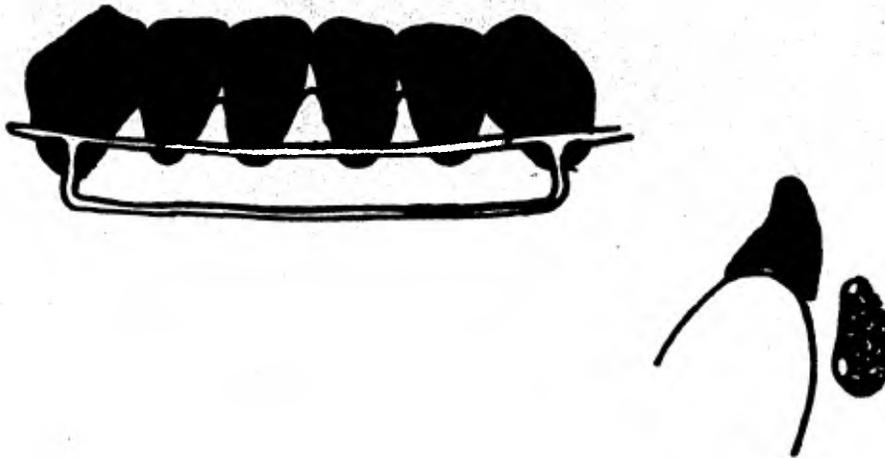


Figura No. XII, Detalles labiales de aparato labial mostrando esqueleto de alambre (arriba) y - porción acrílica que contiene los alambres (abajo)

INTERPOSICION DEL FRENILLO

Una de las intervenciones quirúrgicas que con más frecuencia se hacen, en combinación con el tratamiento ortodóncico, es la Resección del Frenillo Labial Superior. Es una intervención simple que no ofrece ninguna dificultad. Solamente hay que cuidar que se elimine, por completo, toda la inserción baja del frenillo en el espacio interdentario en el borde alveolar, puesto que esta es la causa de que no haya contacto entre los incisivos centrales. La resección del frenillo sólo debe hacerse cuando se haya establecido, sin lugar a dudas, que es la causa del diastema. El diastema interincisivo puede ser debido a otras causas distintas al frenillo labial como, por ejemplo, presencia de un mesiodent, oclusión anormal de los incisivos inferiores o por patrón hereditario. Hay casos, en que el diastema se cierra con la erupción de los incisivos laterales o de los caninos.

La indicación de la resección del frenillo es cuando éste es notoriamente grueso y su inserción es muy baja en el borde alveolar, y si la erupción de los incisivos laterales no tiende a cerrar el espacio.

Para atraer entre sí a los incisivos centrales, se pueden emplear varios métodos, pasar un elástico alrededor de los incisivos ciertamente no es uno de ellos. No puede confiarse en que el paciente mantenga el elástico alejado de la encía. A veces, este método produce desastres en el pe-

riodontio.

Para llevar este tipo de elástico, puede utilizarse una --
banda con un gancho en cada extremidad (Figura No. XIII, -
A), pero este método a veces permite excesos unilaterales --
de inclinación de un incisivo o el otro. Un método mejor -
será lograr cierto tipo de ligadura con soporte en cada --
banda, a la que se une un hilo metálico (Figura No. XIII, -
B), se coloca el elástico sobre las extremidades libres --
de hilo, lo que proporciona un camino para controlar la di
rección del movimiento dental. A veces, sólo se necesita -
activar y ligar un hilo con un rizo ajustable en el centro; --
al tratar de volverse pasivo, este hilo atrae las piezas -
entre sí. Estos resortes pueden ser de acero inoxidable --
(0.022 pulgadas de diámetro) (0.55 mm.), engastados en ---
acrílico, haciendo protusión en dirección labial e inter--
viniendo en las superficies distales de los incisivos cen--
trales (Figura No. XIV, A).

Se retira el acrílico en la sección palatina del lado acti
vo del resorte con un pincel de cerdas en forma de disco.-
Se activan los hilos justo lo suficiente para que el pa---
ciente pueda ajustar el instrumento. Si se activa demasia--
do el resorte, se unirá al borde incisal del central, en -
vez de deslizarse en distal respecto a él. Esta es una ---
buena salvaguardia contra aplicaciones excesivas de pre---
sión. Los resortes también pueden ser de la variedad de ri
zo, soldados al arco labial (Figura No. XIV, B). Debido a --
la lingitud y la acción libre de estos, deberá usarse un -

hilo metálico de 0.026 pulgadas (0.065 mm.) de diámetro.

Se debe tomar en cuenta que al inclinar coronas para unir-
las, las raíces tendrán que ir a algún lado.

Siempre deberán examinarse muy cuidadosamente las radiogra-
fías para asegurarse de que las raíces no estén en contac-
to con las coronas no brotadas.

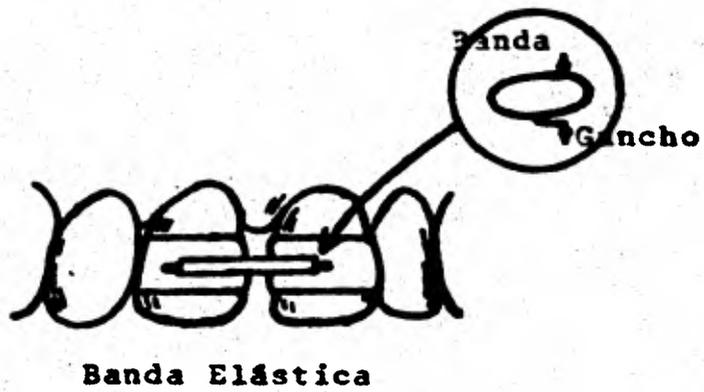


Figura No. XIII, Cierre de espacio entre incisivos su periores.

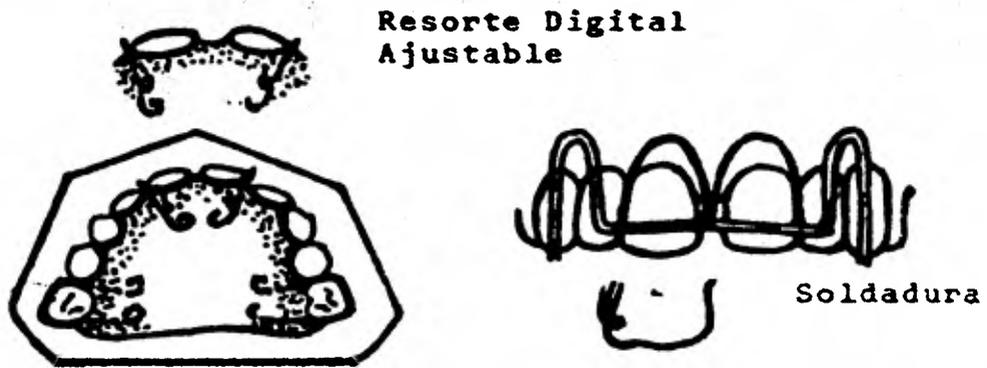


Figura No. XIV, Cierre de espacio entre incisivos su periores.

EJERCICIOS MUSCULARES

Sucede con frecuencia que un niño de siete u ocho años de edad presenta incisivos superiores ligeramente en protusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo generalmente corrigen esta prominencia. Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales del labio y de lengua, que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios labiales sencillos.

Las características más obvias, de este tipo de problemas, son hipotonicidad y flácidez del labio superior. Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo en borde bermellón, abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio debe realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un período de 4 a 5 meses, cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protusión de los incisivos superiores constituye también 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 previamente. El borde bermellón del labio inferior se coloca entonces, contra la porción exterior del labio superior extendiendo y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora, sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejer

cicio 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 diarios, es necesario para lograr resultados.

En el masaje labial, es un ejercicio que sirve para el hábito de dedo y lengua, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar. Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente, es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse. Un emoliente suave o gelatina de petróleo o vaselina sencilla controla este problema.

Muchas veces se ve al niño antes de que se encuentre listo, para recibir aparatos para mover dientes. Un sistema de ejercicios labiales diarios del tipo descrito anteriormente, tenderá a contrarrestar 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. El ejercicio atraerá la atención del niño hacia la protusión de incisivos superiores. Estando consciente de su problema, procederá con mayor cuidado, al proyectar actividades que pudieran provocar fractura de estos dientes, predispuestos a los accidentes.

Para los niños con maloclusión clase II división I, en desarrollo, tocar instrumentos de viento, puede constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo. Las exigencias sobre los labios, realizan la misma función que los ejerci

cios labiales. Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad del labio. En la Figura No. XV , se ilustra ejercicios labiales para incisivos superiores.

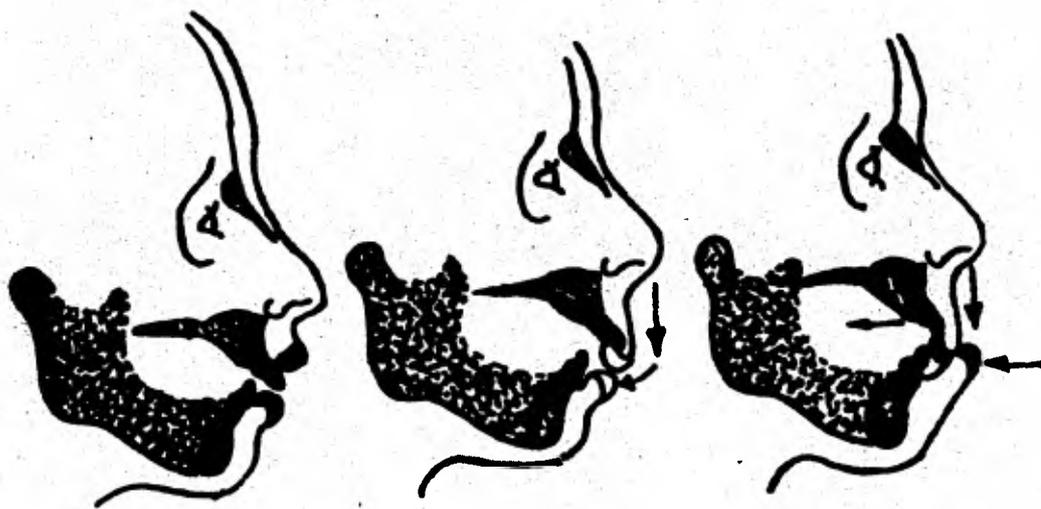


Figura No. XV, Ejercicios labiales para incisivos superiores prominentes y espaciados y para labios hipotonicos.

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

Por lo escrito anteriormente, sobre hábitos bucales en niños me doy cuenta del daño que ocasionan, por lo que hago incapié que si no se evitan los hábitos perniciosos, pueden producir una maloclusión o deformidad facial por interferencia con las fuerzas de presión normal y la producción de anormales.

Además de que resultados estadísticos obtenidos en el país, demuestran el bajo conocimiento del público en general, -- con respecto a la etiología de los hábitos, de ahí que un porcentaje mínimo de la población consulta a un especialista en busca de una opinión y sugerencia de varias alternativas para un posible tratamiento de cada hábito que esté presente.

Creo que es labor de nosotros como cirujanos dentistas el hacer conciente al público de daños degenerativos que pueden ocasionar los hábitos ya que al poder ser interceptados estos, a temprana edad, podremos evitar males relacionados esqueléticos ya existentes, así como la formación de nuevos malos hábitos y maloclusiones más severas.

Como tomar muy en consideración el aspecto psicológico que se encuentra aunado a tales hábitos, como tener un critério más amplio en el tratamiento y corrección de estas anomalías, porque no todos los hábitos anormales se corrigen con un simple aparato.

B I B L I O G R A F I A

- SIDNEY, B. FINN, Odontología Pediátrica, 4a. Edición, --
Editorial Interamericana, México, D. F., 1974, 613 P.
- GRABER, T. M., Ortodoncia Teoría y Práctica, Editorial -
Interamericana, México, D. F., 1974, 892 Pag.
- MOYERS, ROBERT E., Manual de Ortodoncia, Editorial Mundo
Buenos Aires, Argentina, 1a. Edición, 1976, 776 Pags.
- COHEN, M. MICHAEL, Odontología Pediátrica, Editorial Mun
di, Buenos Aires, Argentina, 1957, 605 Pags.
- REVISTA A. D. M., Organo Oficial de la Asociación Dental
Mexicana, Vol. XXXVII No. 2, Marzo - Abril 1980, (Aná
lisis de los Hábitos Orales).