

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CAUSAS DE MALOCLUSION EN

DIENTES ANTERIORES

*DIRIGI Y REVISÉ*

*30-VI-81*

*C.D. JOSÉ F. ESCOBAR P.*

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A

MARIA SYLVIA CHAVARRIA BLANQUEL

México, 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.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. SUCCION DEL PULGAR Y DE OTROS DEDOS.....	3
a).- Tratamiento de succión digital.....	6
b).- Aparatología.....	7
c).- Aparato utilizado para el tratamiento.....	9
CAPITULO II. SUCCION LABIAL.....	13
a).- Morfología y función de los labios.....	13
b).- Diagnóstico.....	13
c).- Labios morfológicamente inadecuados.....	15
d).- Labios funcionalmente adecuados.....	16
e).- Tratamiento.....	17
f).- Aparatología.....	17
CAPITULO III. EMPUJE LINGUAL.....	21
a).- Hábito de deglución normal.....	22
b).- Hábito de deglución anormal.....	22
c).- Deglución.....	22
d).- Falla endógena.....	24
e).- Falla adquirida.....	24

	Pág.
f).- Exámen de deglución.....	25
g).- Historia clínica.....	25
h).- Tratamiento.....	26
i).- Clasificación de Moyers al tratamiento de lengua.....	27
j).- Aparatología.....	30
 CAPITULO IV. RESPIRACION POR LA BOCA.....	 32
a).- Causas.....	33
b).- Métodos para comprobar que el niño res- pira por la boca o la nariz.....	34
c).- Tratamiento.....	35
 CAPITULO V. BRUXISMO.....	 32
a).- Etiología.....	39
b).- Tratamiento.....	42
 CAPITULO VI. FRENILLO.....	 46
a).- Causas.....	46
b).- Diagnóstico.....	47
c).- Tratamiento.....	47
 CAPITULO VII. DIENTES SUPERNUMERARIOS.....	 50
a).- Causa.....	50

	Pág.
b).- Tratamiento.....	51
CAPITULO VIII. SUCCION DE CARRILLOS.....	53
a).- Causa.....	53
b).- Tratamiento.....	53
CAPITULO IX. HISTORIA CLINICA.....	56
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	64

## INTRODUCCION

Tomando en consideración que la maloclusión es uno de los problemas que se presentan con frecuencia y que todo Cirujano dentista debe tener por lo menos los conocimientos básicos para poder prevenirla ó en todo caso saber como corregirla.

Es por esto que me decidí a realizar la siguiente sobre-Causas de la Maloclusión en Dientes Anteriores.

La maloclusión en dientes anteriores es muy frecuente en la población infantil, presentándose más en el infante que en el adulto, por las etapas de desarrollo que va presentando el niño.

El origen de casi todas las maloclusiones por lo regular son hábitos patrones aprendidos de contracción muscular, ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo la acción normal del labio y la masticación correcta.

Los hábitos que debemos de tomar en cuenta son aquellos que están implicados en la etiología de la Maloclusión.

Los patrones habituales de conducta muscular están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, problemas psicológicos, succión de carrillos, bruxismo, etc., por lo tanto -

no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse de los hábitos.

Debemos asumir un papel preventivo en la población infantil donde los tratamientos en casos iniciales requerirán de una aparatología menos traumática que en los adultos donde se requiere de tratamientos complicados y traumáticos.

Debo recalcar que el Cirujano Dentista debe conocer los diferentes métodos y tratamientos para poder corregir las maloclusiones con poca aparatología, en otras palabras causando menos traumatismo a la cavidad oral, importando en igualdad de circunstancias el problema psicológico del paciente.

Así también el Cirujano Dentista no debe estancarse en sus conocimientos, sino buscar la manera de tener un continuo contacto con los tratamientos que surgen a diario.

## CAPITULO I

## SUCCION DEL PULGAR Y DE OTROS DEDOS.

La mayoría de los hábitos de succión digital, comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente son superados hacia los 3 ó 4 años de edad.

Sucede con frecuencia que el pediatra que atiende a un niño tan pequeño no se da cuenta de las posibles complicaciones dentarias que resultan de esos hábitos.

Muchos niños al practicar el hábito de succión digital no presentan deformidad dentofacial, pero también es cierto que la presión que ejerce el hábito de succión digital, puede ser la causa directa de una maloclusión severa.

La época de aparición de los hábitos de succión digital tiene alguna significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, que están relacionados con problemas de lactancia.

Algunos niños no comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar. Aún más tarde algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.



Todos los hábitos de succión digital pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, -- inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse en el chupador de pulgar, depende de una cantidad de variables la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociados, -- la posición de la mandíbula durante la succión el patrón esquemático facial, la fuerza aplicada a los dientes y al proceso alveolar, la frecuencia y duración de la succión.

Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente.

La protracción de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo, si el pulgar es sostenido hacia arriba (Fig. 1) -- contra el paladar. 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.

En un estudio de 413 niños con maloclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de 4 --- años. Se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar -- era un factor causal en la producción de una maloclusión, en especial de clase 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 de pulgar tienen un piso nasal más angosto y una boveda palatina más alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado -- por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución.

Algunas maloclusiones de hábito de succión pueden ser autocorrectivas al cesar el hábito, si el patrón esquelético es normal y la deformidad ha sido leve, hay una deglución con -- dientes juntos.

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

## TRATAMIENTO DE SUCCION DIGITAL.

En Niños mayores el empleo de ayudas visuales puede -- ser útil para mostrarles como el hábito de succión del pulgar les perjudicará la boca si se mantiene. Ni uno de los enfoques correctores recomendados para la succión del pulgar deberá ser considerado sin antes tener cuidado de tener una historia clínica bien completa en un intento por descubrir la causa.

Hablando con el niño y con los padres, a menudo el odontólogo podrá establecer si el hábito esta relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío; si es adquirido por imitación, o si es el resultado de un problema emocional complejo.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esa tarea.

Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea doloroso u que no interfiera en la maloclusión, ha de actuar como recordador. Se ha comprobado que para ayudar al niño a superar el hábito resulta útil una placa parcial removible que tenga una serie de ansas suaves colocadas por lingual de los incisivos.

El uso indiscriminado de los aparatos destinados a romper hábitos cuando el hábito es el resultado de un problema emocional, puede provocar una serie de reacciones indeseables.

Es deber del odontólogo aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos existentes para la corrección del hábito. También está obligado a remitir a la familia a las personas capaces, médicas o psicológicas, para efectuar el tratamiento de los casos más avanzados.

#### APARATOLOGIA.

Con frecuencia resulta un buen procedimiento interceptivo la colocación del aparato. No todos los hábitos anormales exigen aparato. En ocasiones una discusión del problema con el niño podrá eliminar el hábito. Otro procedimiento es hacer pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia delante sobre los labios cinco o diez minutos antes de acostarse. Esto con frecuencia proporciona suficiente satisfacción y relajamiento, disminuyendo la necesidad de chuparse los dedos, la leche tibia o la música suave, al retirarse a acostar también tienden a reducir el deseo de chuparse los dedos.

Si existe daño franco (maloclusión total) deberá hacerse una historia clínica completa. Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de-

comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el psiquiatra.

En la mayor parte de los casos, los niños se encuentran bien adaptados suficientemente sanos. Si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los hermanos, deberá considerarse la utilización de un aparato.

El aparato desempeña varias funciones.

1.- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Así chuparse los dedos se hace análogo al café sin cafeína o a los cigarrillos sin nicotina.

Deberá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna sino para enderezar los dientes, que mejorará la apariencia y proporciona una máquina para masticar sanamente.

2.- El aparato evita que la presión digital desplace a los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptables de la lengua y de los labios.

## APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO

Unas de las formas más eficaces es una criba fija, se toma una impresión de alginato y se vacian en yeso.

La porción mesial del primer molar permanente y la porción distal del primer molar deciduo, se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo un milímetro a dos.

El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado siguiendo el contorno de los dientes de dos a tres milímetros. Se selecciona una corona de acero inoxidable y se recorta la porción gingival labrado sobre el modelo. A continuación se recorta una ranura en la corona ya sea mesio bucal o disto bucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable, níquel o cromo, el alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios se hace un doblez para llevar el alambre hasta el molar deciduo y canino primario opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival (Figura 2).

En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la

corona del segundo molar decidido.

El alambre base deberá ajustarse pasivamente en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El aparato a continuación es soldado a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos.

Se pide al paciente que ocluya firmemente, a continuación podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se a hecho, si el tejido gingival se blanquea, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival.

Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. Deberá procurarse que los espolones no ocluyan sobre los incisivos 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, al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa, a los hermanos; se les instruye de la misma manera.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con-

cuidado.

La dieta deberá ser blanda durante los primeros días.-

Algunos niños salivarán excesivamente, otros dirán que se les dificulta deglutir.

Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos.

El hábito por lo común desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato. Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primeramente los espolones, tres semanas después, si no hay pruebas de recurrencias, se retira la extensión posterior; tres semanas después puede retirarse la barra palatina restante y -- las coronas.

Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.



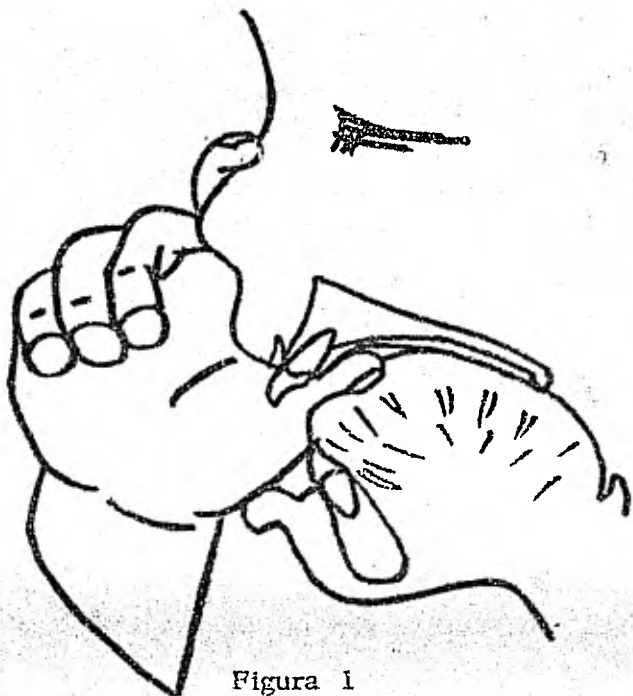


Figura 1

Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar.

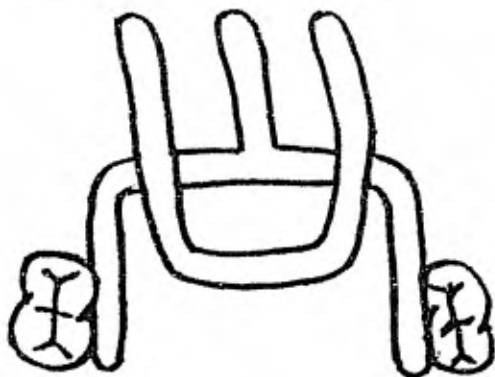


Figura 2

Tipo de instrumento fijo para desalentar el hábito de succión del pulgar.

## CAPITULO II

### SUCCION LABIAL

#### a).- Morfología y Función de los Labios.

Los labios se hallan en posición normal de reposo cuando contactan, de modo que el labio inferior cubre al cuarto inferior hasta un tercio de las coronas de los incisivos superiores. La anomalía de posición más común de los labios es en la que los labios no se cierran durante el reposo, se hallan separados y los incisivos superiores están expuestos en toda su extensión. A veces el labio inferior tiene el aspecto flácido y cuelga hacia delante. Este es un ejemplo de la falta de correlación entre la morfología de los tejidos blandos y la esquelética e indica que estas características somáticas se hallan gobernadas, al menos en parte, por genes diferentes y, por lo tanto, se pueden heredar por separado. Esta morfología de los labios tiene escasa influencia sobre la posición de los dientes, salvo que se halle asociada con otras anomalías; su efecto más típico es una proclinación de los incisivos superiores algo más acentuada que la normal.

#### b).- Diagnóstico.

Se deben de tomar en cuenta los siguientes detalles para hacer un buen diagnóstico:

1.- Cuando el niño mantiene el sellado normal de los labios por un esfuerzo voluntario debido a que los padres instan al niño a mantener cerrada la boca se observa la contracción del músculo mentoniano con hoyuelos en el mentón y la mandíbula está en posición adelantada. (Figura 3)

2.- Movimientos faciales durante la deglución: como es la posición del labio inferior respecto de los incisivos superiores, la intensidad de la contracción de los músculos faciales y el aspecto de los labios, el movimiento mandibular al deglutir, se indica la deglución con los dientes separados y el hábito de la posición falsa de reposo.

3.- La posición y función de los labios al hablar y sonreír que varía desde un labio inferior tenso que se coloca por detrás de los incisivos superiores.

También está la variedad del labio flácido que cuelga como péndulo, con la actividad bastante reducida.

4.- La presencia del hábito de succión de lengua y labio.

5.- Un labio inferior de contracción intensa por detrás de los incisivos superiores al hablar, en los movimientos de la expresión facial y al deglutir, siempre tiene como consecuencia la retroclinación del segmento vestibular inferior.

6.- Color y textura de los labios.- Cuando un labio es de un color, o textura diferente del otro, hay una razón por ejemplo: el labio inferior descansa de bajo de los incisivos superior-

res durante una deglución, suele ser más rojo, más grueso y -- probablemente más húmedo y liso.

Cuando menos activo el labio superior, más frecuentemente está cuarteado y tiene color más claro.

Es un exámen minucioso es importante saber como tragael paciente. Se debe observar al paciente tragar inconsciente-- mente, notando si los labios se contraen. Posteriormente se co loca un espejo bucal o un bajalenguas sobre el labio inferior, y se le pide que trague.

Las degluciones normales se completan (dientes juntos), - mientras las degluciones con dientes separados son inhibidos, ya que en estas las contracciones de los labios inferiores y el men toniano son necesarias.

Siempre tomar en cuenta las contracciones de los músculos labiales y faciales durante diversas degluciones.

En quienes tragan con los dientes separados, se verán - fuertes contracciones de los músculos mentoniano y peribucuales. Estos mismos músculos también se contraen fuertemente en las maloclusiones severas de clase II, con resalte y sobremordidagrande.

c). - Labios Morfológicamente Inadecuados.

Se origina por el largo insuficiente de los labios que --

no logran el cierre durante el reposo. A un empuje lingual exterior siempre coincide con una contracción marcada de la musculatura labial, especialmente del orbicular de los labios y -- del buccinador. La contracción del músculo mentoniano se produce únicamente cuando los labios son inadecuados durante el reposo. Esta contracción es común cuando los labios son inadecuados y la deglución es normal.

d). - Labios Funcionalmente adecuados.

A veces los labios son de tamaño adecuado, pero no funcionan correctamente por ejemplo:

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.

e). - 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 del labio inferior. Cuando el labio inferior es apartado suavemente de las encías, éstas pueden estar rubefacientes o hipertrofiadas. La gingivitis en la región inci-

siva 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.

f).- Tratamiento.

El odontólogo puede sugerir ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior. Tocar instrumentos musicales bucales que ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

g).- Aparatología.

Se toman impresiones y se montan los modelos en un articulador de bisagra. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos se deberá de cerciorar de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo. 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 modelos articulados. Posteriormente se lleva el alambre hasta el nicho del lado opuesto, el alambre entonces es llevado a través del nicho y hasta atrás.

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

El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm., para permitir que estos se desplacen hacia delante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel, cromo ó acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgada soldando un extremo en el nicho y llevándolo gingivalmente a 6 u 8 mm. A continuación se dobla el alambre, cruzando la encía de los incisivos inferiores y se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se solda al alambre base, el alambre base se solda a las coronas. Se pule y limpia para ser cementado sobre los dientes. Si se ha utilizado coronas metálicas se deben revisar posibles interferencias oclusales. (Figura 4).

La porción labial puede ser modificada agregando un acrílico entre los alambres de base. Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas de labio inferior.

El aparato lleva de 4 meses a seis meses, el aparato para el labio se reduce gradualmente antes de retirarse. Los --- alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato - semanas después.

En los casos en que hay apiñamiento y retroposición de - los incisivos inferiores, el aparato debe durar más tiempo.

Un período de ocho a nueve meses es aceptable.

Es un hecho que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, esto reducirá la sobremordida.



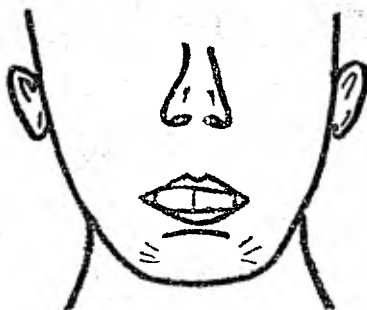


Figura 3

Observese los labios entre abiertos con hoyuelos en el mentón.

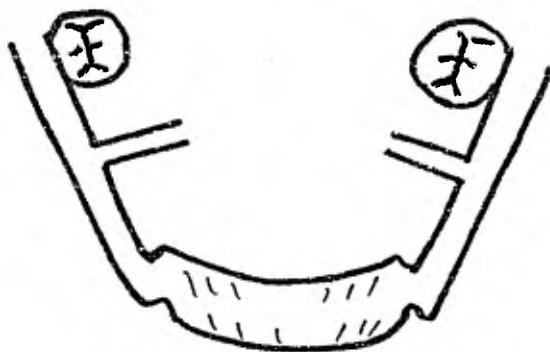


Figura 4

Criba para hábito de chuparse el dedo, el acrílico separado de los dientes de 2 a 3 mm.

### CAPITULO III

#### EMPUJE LINGUAL

#### LENGUA.

Winders ha demostrado que durante la masticación y deglución, la lengua puede ejercer de dos a tres veces más fuerza sobre la dentición que los labios y carrillos.

Oponiéndose al mecanismo del buccinador está la lengua; - ella tiene gran versatilidad en sus funciones por estar insertada, literalmente en sólo uno de sus extremos.

Esta extrema libertad le permite deformar los arcos dentales cuando su funcionamiento es anormal.

Aunque la actividad anormal de la lengua es el resultado de una respuesta compensatoria a un patrón morfológico genético anormal.

El balance entre las fuerzas externas e internas pueden ser perturbadas acentuando la protrusión de los incisivos superiores y creando una tendencia a mordida abierta y estrechamiento del arco maxilar.

Una actividad compensatoria del músculo mentoniano puede acelerar éste proceso y ejercer una poderosa fuerza de tracción sobre los incisivos inferiores.

a). - Habito de Deglución Normal.

Se caracteriza porque la punta de la lengua presiona contra las arrugas palatinas por detrás de los dientes superiores anteriores. La parte media de la lengua se levanta para llegar al paladar duro, con su parte posterior inclinadas en un ángulo de 45 grados con respecto a la pared faríngea. Los labios se sellan y los dientes ocluyen. (Figura 5)

La inclinación de la lengua permite que el bolo pase al tracto digestivo con poca o sin ninguna presión anterior.

b). - Habito de Deglución Anormal.

La punta de la lengua o sus labios presionan contra los incisivos superiores o contra los inferiores.

La mandíbula se abre, la parte media de la lengua se colapsa, la parte posterior se eleva, los labios son cerrados con dificultad.

La lengua está presionando contra la dentición en vez de que el paladar reciba la presión. (Figura 6)

c). - Deglución.

En el infante la deglución se lleva a cabo a través de varios procesos, unas fuertes contracciones como de esfínter de los músculos de los carrillos, de los labios y un achatamiento de la lengua. La porción anterior es forzada entre los rodetes-

gingivales que sirven para estabilizar la mandíbula que es presionada hacia delante durante el acto.

La deglución del infante contrasta con la del adulto en tres áreas.

a). - La deglución del infante, los maxilares están separados con la lengua llenando el espacio entre los rodetes gingivales.

b). - Los labios están activos en los movimientos de mamar.

c). - La lengua es puesta fuera y entre las áreas dentarias en contacto con el labio inferior y debajo del pezón.

Muchos autores están de acuerdo en que la presión de lengua generalmente resulta de una falla en la niñez para desarrollar un patrón adulto de deglución; una pérdida prematura de dientes deciduos anteriores incrementará este patrón de deglución normal, pues la lengua es forzada para efectuar un sellado adecuado.

Las amígdalas, adenoides agrandadas pueden contribuir al desarrollo o persistencia del hábito de lengua provocando un acomodamiento habitual hacia delante de la lengua.

Cuando las amígdalas están adoloridas e hinchadas, la raíz de la lengua presiona sobre los pilares de las fauces; esto produce dolor y por reflejo la lengua cae, los dientes se separan.

ran y la lengua presiona entre ellos durante los últimos pasos de deglución.

d). - Falla Endógena.

Afortunadamente la mayoría de los problemas de postura endógena no son serias desde el punto de vista estético y hay estabilidad en la relación de los incisivos, aunque se observa una mordida abierta media. En raras ocasiones se presentan serias mordidas abiertas y se presentan desde las primeras etapas de erupción.

e). - Falla Adquirida.

La postura adquirida es más simple, generalmente es el resultado de faringitis o amigdalitis crónica u otras perturbaciones nasorespiratorias.

Es muy importante examinar el significado de la deglución con dientes separados y con dientes juntos. Cuando los músculos elevadores de la mandíbula no funcionan para estabilizar la mandíbula hacia la oclusión de los dientes durante la deglución, los músculos de la lengua, labios y carrillos van a forzarse para dirigir la mandíbula, y que la deglución se complete. Esta hiperactividad de los músculos alrededor de los dientes solamente puede traer como consecuencia una mala posición de los dientes.

Durante la deglución con los dientes separados, hay poca-

actividad en los elevadores de la mandíbula, y, con los dientes juntos, hay contracción de todos los músculos elevadores.

Se puede determinar si el paciente deglute de una u otra forma palpando el origen del temporal con los dedos.

Si deglute con los dientes juntos, la contracción muscular se puede sentir cuando los dientes se atraen para ocluir. Si no hay contracción muscular, indica que hay deglución con los dientes separados.

f).- Exámen de Deglución.

La deglución salival inconsciente es la más importante.

Cuando se manda deglutir agua, frecuentemente se hace con los dientes separados, pero la deglución que le sigue a la deglución de agua es muy importante como un factor de diagnóstico. El paciente que deglute con los dientes separados no deglutirá mientras retraigamos el labio inferior para observar la actividad de la lengua.

g).- Historia Clínica.

Preguntar a los padres si han observado alguna vez que el niño muestra mucha actividad de la lengua cuando está preocupado; si la lengua del paciente parece más prominente cuando come o bebe.

Al niño se le hará preguntas como:

¿Cuándo notaste que tus dientes de enfrente se están saliendo?

¿Cuanto tiempo hace que no puedes ya tocar juntos tus dientes?

Debemos observar al niño sin que se de cuenta que lo estamos escrutando, observamos la cara en descanso y la musculatura facial que nos va a determinar si hay alguna variación en el tono muscular de los labios o carrillos.

Observar perfil del niño y relación de los maxilares para poder establecer si hay una discrepancia esquelética. Se deben obtener modelos de estudio de rutina para poder observar algunas anomalías imposibles de ver clínicamente.

h).- Tratamiento.

Para un éxito en el tratamiento de hábitos de lengua se deberá acudir a la terapia miofuncional y a la colocación de aparatos, que actúen sobre la lengua para llevarla a su posición normal.

Dentro de cualquier forma de tratamiento es sumamente importante la relación médico-paciente y el aspecto psicológico de éste, que deberá ser atendido si es que no se quiere ir al fracaso.

Debemos tomar en cuenta las siguientes bases:

a).- Motivación del paciente (que entienda al problema y-

cada parte del tratamiento).

b).- Compromiso entre el paciente y sus padres. Los padres deben supervisar la práctica en casa.

c).- Deseos del paciente de querer mejorar.

d).- Tomar en cuenta la edad del paciente.

Entre los tres y nueve años la mayoría de los niños presentan hábitos de lengua generalmente no se observa terapia con aparatología alguna, porque a veces el hábito de lengua en esta edad no es un hábito anormal, por la alta incidencia de quienes la presentan, el niño no tiene ningún papel por ahora.

De los nueve años en adelante el hábito de lengua no es ya un patrón normal de deglución.

Se piensa que en niños menores de seis años es poco eficaz los ejercicios musculares y la repetición del acto de deglución normal por su corta edad que les es muy difícil controlar los movimientos de los labios y la lengua.

En cambio en adolescentes es eficaz por estar conscientes de que su pronunciación es distinta a la de las personas.

1).- Moyers clasifica en tres pasos el tratamiento de la lengua.

a).- Aprender el nuevo reflejo conscientemente.

b).- Transferirlo y reforzarlo en el subconsciente

c).- Colocar un aparato intraoral cuando esté indicado.

Meiss y Van Huoten explican en tres fases una instruc---



ción sobre el paciente para una deglución normal.

1.- Hacemos que el paciente encuentre una posición confortable para la punta de la lengua durante la deglución le ayudamos colocando el dedo índice en la punta de la lengua y luego sobre el hueso alveolar palatino cerca de las arrugas palatinas explicándole que es en esa posición de la lengua en que la mayoría de la gente degluta, entonces le pedimos que degluta.

Se enseña al paciente a mantener la lengua en contacto bilateral con los dientes superiores durante la deglución. Este ejercicio debe empezarse con agua, después líquidos y posteriormente sólidos.

Otra actividad es produciendo sonidos de atrás de la boca y succionando y sosteniendo la lengua contra la bóveda palatina.

La actividad que trabaje mejor en cada paciente para llevar a cabo la posición correcta de la lengua, es la que se debe usar, pues la posición de la lengua es la conducta más importante y difícil de completar.

2.- Ya que se han aprendido los reflejos conscientemente es necesario reforzarlo inconcientemente colocando pastillas redondas de un sabor cítrico como el limón y que el paciente la coloque atrás de la lengua y la mantenga contra el paladar en la posición correcta hasta que se disuelva el dulce.

Al principio el individuo podrá en segundos colocar en posición correcta la punta de la lengua, pero gradualmente irá ---

aprendiendo. Mientras, él está deglutiendo inconscientemente -- pues se olvida de la deglución al tener el diente.

### 3.- Aparatos recordatorios.

a).- Aparato de acrílico que tiene grabada una inicial o una muesca en donde debe colocarse la lengua durante la deglución; la muesca se ensancha y profundiza dos veces al mes, en la tercera cita se hace un hoyo elíptico a través del aparato para que el paciente se recuerde donde debe colocar la punta de la lengua.

b).- Arco Lingual Palatino.- Son unas prolongaciones (espines) muy cortas de 2 mm. redondeadas y colocadas de manera que la lengua sea alejada de la posición anormal.

c).- Se pueden colocar bandas en los dientes superiores anteriores, con superficie lingual áspera.

### TRATAMIENTO DE POSTURA DE LENGUA.

Referir al paciente al otorrinolaringólogo para la corrección de sus problemas nasorespiratorios antes o durante la terapia ortodóncica.

Mientras haya problemas en la garganta, la lengua va a estar en mal posición. La postura alargada adquirida generalmente es corregible después de eliminar los problemas nasofaríngeos.

j). - Aparatología.

Un aparato debe atender dos causas:

a).- Eliminar la fuerte presión anterior y la acción de --  
bombeo durante la deglución.

b).- Reeducar la posición de la lengua para que su dorso se aproxime a la bóveda palatina y la punta de la lengua haga - contacto con las arrugas del paladar durante la deglución, en lugar de meterse al espacio incisal, para éste fin el aparato más utilizado es el arco palatino con espolones. (Figura 7)

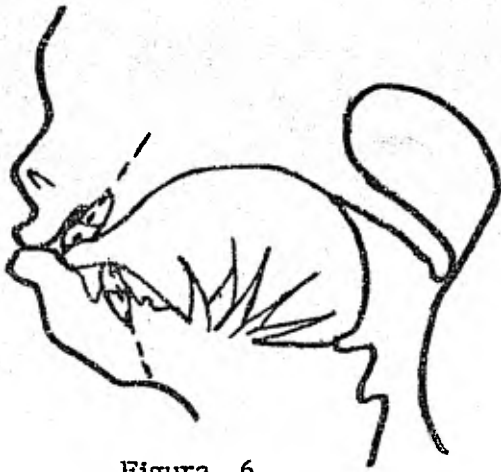


Figura 6

Hábito de deglución anormal y empuje lingual.

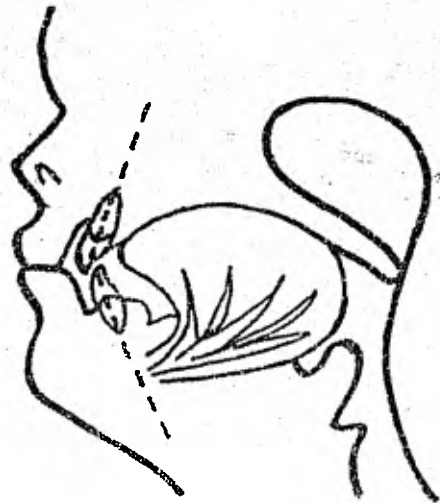


Figura 5

Deglución normal.

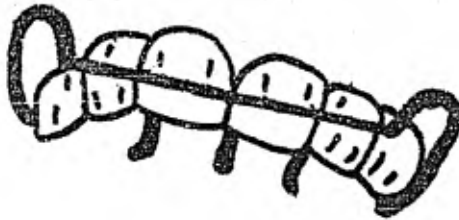


Figura 7

Trampa de rastrillo removible para interceptar empuje lingual.

## CAPITULO IV RESPIRACION POR LA BOCA

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

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

1).- Los que respiran por la boca por obstrucción son -- aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción -- completa del 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.

2).- El niño que respira continuamente por la boca lo ha-- ce por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que -- lo obligaba a hacerlo.

3).- El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar -- por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del -- de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un la-

bio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

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

a).- Causas de la Resistencia a Respirar por la Nariz.

1).- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2).- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3).- Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente -- hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por estas causas.

Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural -- causa la contracción del tejido adenoidal.

b). - Métodos para comprobar que el niño respira por la boca o Narfz.

Massier 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 aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la narfz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rinólogo para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. (Figura 8)

Si el niño respira sin dificultad al pedfzselo, incluso -- despues de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, entonces deberá ser corri-- gida con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas --- anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras -- los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dando un maxilar superior en forma de "V" y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca.

c).- Tratamiento.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca.

#### PROTECTOR BUCAL.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal, que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y exhalación del aire



a través de orificios nasales. (Fig. 9)

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno de asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

**EL PROTECTOR BUCAL.** - Descansa contra los pliegues bucales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. El portector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. 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.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores.

#### MATERIALES PARA FABRICAR EL PROTECTOR.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

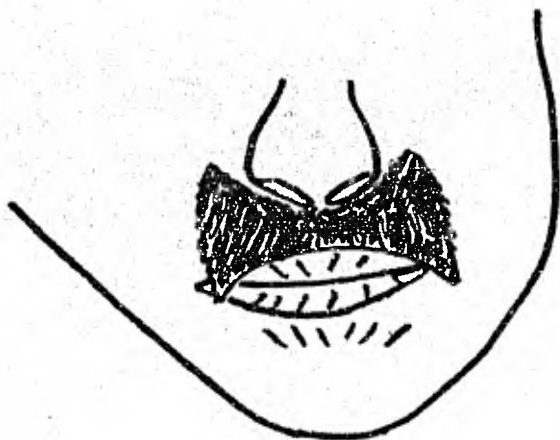


Figura 8

Uso de algodón en forma de mariposa para el diagnóstico en la respiración nasal.



Figura 9

Pantalla vestibular.

## CAPITULO V

### BRUXISMO.

El bruxismo es considerado dentro de los hábitos orales infantiles uno de los que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y tejidos adyacentes, ha sido nombrado de -- distintas maneras, tales como bruxomania, parafunción, neurología traumática, y más recientemente bruxismo y bruxomanía pero el más común de los nombres es bruxismo.

Por bruxismo podemos definir a los movimientos de trituración, desgaste y rechinar de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconciente y es controlada de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen la existencia de este hábito a menos de que alguien se los haya hecho notar, por consiguiente nuestro diagnóstico debe basarse con mayor énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar los probables signos y síntomas típicos del bruxismo, de los cuales se hablará más adelante, y del interrogatorio a los padres o acompañantes del niño.

El desconocimiento de la existencia del bruxismo fué -- comprobado por Bundgaard-Jorgensen en un estudio de 496 pacien

tes de los cuales el 88% padecía el hábito.

A su vez Reding indicó que un 15% de los sujetos observados por él en un estudio presentaban bruxismo.

La práctica del bruxismo se presenta con mayor frecuencia e intensidad durante la noche, pero no se debe de descartar la existencia de personas que la realizan durante el día al encontrarse bajo una tensión y lograr con el hábito una vía de escape.

#### ETIOLOGIA.

La etiología del bruxismo los estudios más recientes indican que las principales causas del bruxismo son la sobrecarga psíquica ó emocional, y las causas locales ó bucales en los que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado de el aumento del tono muscular, dicho aumento es causado por las interferencias oclusales, la tensión nerviosa ó emocional, por dolor ó por molestias.

Debemos de considerar que cualquier factor al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifestación en el bruxismo o en bruxismo o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, tensiones emocionales, etc.

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos:

1.- Las interferencias oclusales. - Que pueden ser debidas a cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, etc.

2.- Hiperplasia gingival ó cualquier enfermedad parodontal colgajos gingivales de terceros molares, irregularidades linguales, labiales, o en los carrillos, dolor en la articulación --- temporomandibular y musculos masticatorios y molestias.

Existen ocasiones en que una tensión nerviosa aguda no - específica como una sobrecarga emocional, o bien una tensión -- física sumamente pronunciada como es el ejercicio físico ó los - trabajos difíciles, pueden producir un apretar de maxilares y -- dientes, pero esto no debe ser considerado como bruxismo.

Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedadades del sistema nervioso como son: la meningitis, epilepsia, - corea, parálisis cerebral, deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo.

Durante las horas de sueño las pesadillas pueden también- provocar rechinar de dientes.

#### MALFORMACIONES

El número y la gravedad de las malformaciones produci-- das por el bruxismo variará según la intensidad y el tiempo en

el que este hábito se ha venido realizando, esto es debido a que la actividad muscular que se efectúa durante las horas de sueño es sumamente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada una, pudiéndose producir hasta 250 contracciones en un tiempo normal de sueño.

Los daños que con mayor frecuencia son observados a causa del bruxismo se encuentran en las coronas de los dientes los que presentan una reducción que va en aumento en su longitud, y la cual es debida al desgaste causado por el frotamiento de unas contra otras y que no coincide con el desgaste normal masticatorio ó de deglución. (Figura 10)

Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes del esmalte afiladas e irritantes, --astillamiento de las coronas, e inclusive fracturas de estas y de las raíces.

En la pulpa también se presentan alteraciones como son la hiperemia pulpar, hipersensibilidad principalmente al frío y en casos avanzados, necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto, en la articulación temporomandibular y en los músculos masticadores, puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefalea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hipertrofia de los músculos masticadores, la cual puede ser unilateral o bilateral.

Esta hipertrofia muscular puede influir en el desarrollo de la mandíbula y provocar una asimetría facial. La hipertonicidad muscular puede provocar que el paciente se muerda la lengua, los carrillos o los labios. Existe frecuentemente un dolor muscular como lo indica Forsberg que de 157 pacientes examinados con bruxismo el 76% presentaba molestias musculares.

### TRATAMIENTO

Debido a que el bruxismo es causado principalmente por factores psíquicos así como factores oclusales, el tratamiento a seguir se basará en la eliminación de ambos factores.

Se le deberá de proporcionar al paciente psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional o psíquica productora de la tensión muscular. El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá. Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

Es necesario también eliminar las interferencias oclusales por medio de un ajuste para evitar la producción de una tensión muscular.

Se puede utilizar también una placa mordida o una férula-oclusal. Una placa debe de lograr los siguientes objetivos:

- 1).- La eliminación de las interferencias oclusales con el mínimo de abertura de la mordida.
- 2).- Mantener a los dientes dentro de una posición estable mientras el aparato es utilizado.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales que han sido sugeridas como tratamiento para el bruxismo.

Dentro de las placas oclusales, que son las que utilizan los ganchos Hawley a diferencia de las férulas oclusales que mantienen unidos y sujetan varios dientes, la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor el área de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una proyección plana por detrás de los dientes anteriores donde hacen contacto los incisivos inferiores, el acrílico se extiende hasta el borde incisal de los anteriores superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien fijada y estabilizada sobre los dientes evitando así el vaivén de estos. (Figura 11)

Las férulas oclusales que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida para el tratamiento del bruxismo abarcan no solo el borde incisal de los dientes anteriores sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores, es-



ta férula deberá de tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

Estos dos dispositivos eliminarán o disminuirán grandemente el bruxismo y evitarán el desgaste oclusal e incisal, además de que proporcionará un relajamiento muscular.

El uso de la placa debe de realizarse únicamente durante la noche.

En los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves -- aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, -- las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo. Una dosis de 25 mg. de clorhidrato de hidroxizina (Atarax), -- una hora antes de dormir, a dado por resultado la interrupción del hábito. No se pueden esperar cambios notables en unas pocas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso observado.

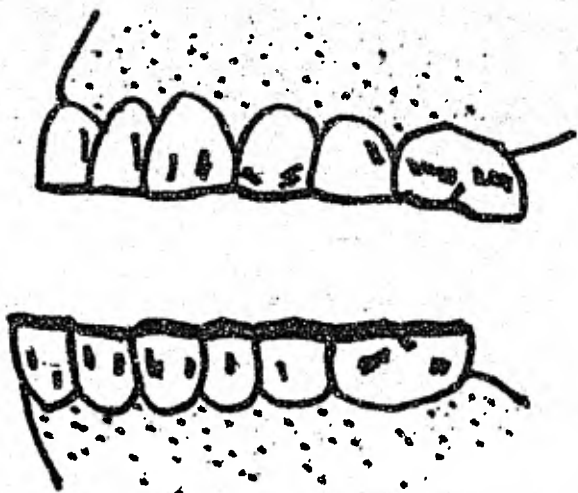


Figura 10

Observese el desgaste de las cúspides de los dientes.

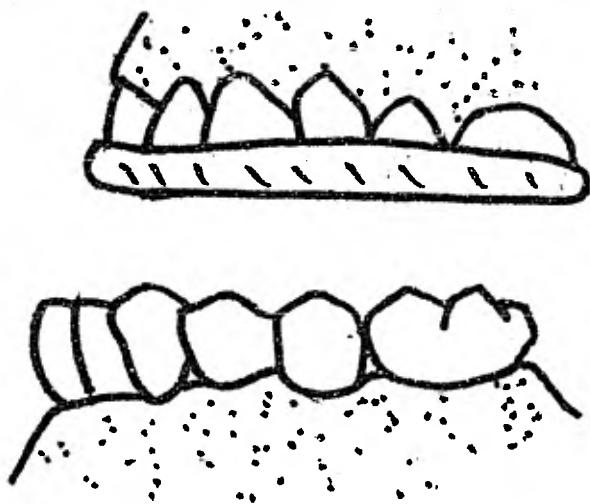


Figura 11

Placa oclusal para eliminar interferencias oclusales.

## CAPITULO VI

## FRENILLO

Frecuentemente, en los niños se observarán frenillos del labio superior anormalmente grandes, lo que se asocia con un diastema entre el incisivo central primario o los centrales permanentes brotados o en proceso de erupción. (Figura 12)

Es común y normal el espacio entre los centrales primarios superiores, debido al crecimiento del segmento anterior del maxilar superior y no deberá ser causa de preocupación. Adicionalmente, la separación de centrales permanentes brotados o en erupción puede ser absolutamente normal en el momento que precede a la erupción de los incisivos laterales y los caninos.

En el recién nacido, el frenillo se liga a la cresta del borde alveolar, y a medida que el proceso alveolar crece hacia abajo y brotan las piezas permanentes, la inserción del frenillo se mueve hacia arriba, pero en algunos casos puede permanecer estacionaria, de manera que lo que es un frenillo anormal a la edad de 4 años puede ser normal a los 8 años.

La presión en los laterales permanentes y canino en erupción generalmente resulta en cierre del espacio sin necesidad de interferencia ortodóntica o quirúrgica.

Con frecuencia, los incisivos centrales superiores hacen erupción con 2 ó 3 mm de separación, invadiendo el espacio necesario para los incisivos laterales superiores. Si esto persiste, es posible que se presente maloclusión.

Debido a la falta de espacio, los incisivos laterales superiores hacen erupción en el aspecto lingual. Con frecuencia en mordida cruzada. Los caninos en erupción tienden a desplazarse masialmente y adoptan posiciones en sentido labial a los ápices de los incisivos laterales.

DIAGNOSTICO.- El frenillo labial agrandado o en mal posición puede diagnosticarse por observación levantando el labio y si observamos un blanqueamiento cuando se desplaza el labio (Diastema), sera uno de los indicios de la acción del frenillo. - El diagnóstico final debe basarse en la radiografía para comprobar que ese diastema no lo provoca alguna otra anomalía que pueda tener parecida sintomatología.

#### TRATAMIENTO

Se elimina el frenillo labial (frenectomía), se lleva bajo anestesia local, infiltrando el frenillo en la superficie labial del proceso alveolar y después en la papila interdental. Después de dos o tres minutos, deberá hacerse una incisión triangular, con su base anterior a la papila incisiva y el ápice en el espacio interproximal entre dos incisivos centrales, deberá llevarse la-

incisión hasta el hueso, y deberá empezarse la elevación del tejido con la ayuda de un elevador de perlostio, deberá ser llevado hacia delante hasta alcanzar la superficie anterior de la cresta del borde alveolar. Ahora se lleva el labio hacia delante y hacia arriba, para tensar el frenillo, se continua la incisión hacia el labio en el pliegue mucobucal. Ahora se aplica un hemostato al frenillo restante en la superficie interior del labio, y la parte por el hemostato se corta con escalpelo afilado. (Figura 13)

Solo son necesarios algunos puntos de sutura de seda 3-0-6 o catgut sencillo, especialmente en el labio. Las secciones expuestas en el paladar duro y el espacio interdental pueden cubrirse con un apósito quirúrgico.

Posteriormente el cierre del espacio se puede realizar con aparatos fijos o removibles, un aparato fijo es colocar bandas sobre los incisivos centrales, soldandose tubos horizontales sobre la superficie labial, y colocarse ligas en cada uno de los dientes centrales para que se obtenga una fuerza recíproca y los dientes tomen su posición normal.

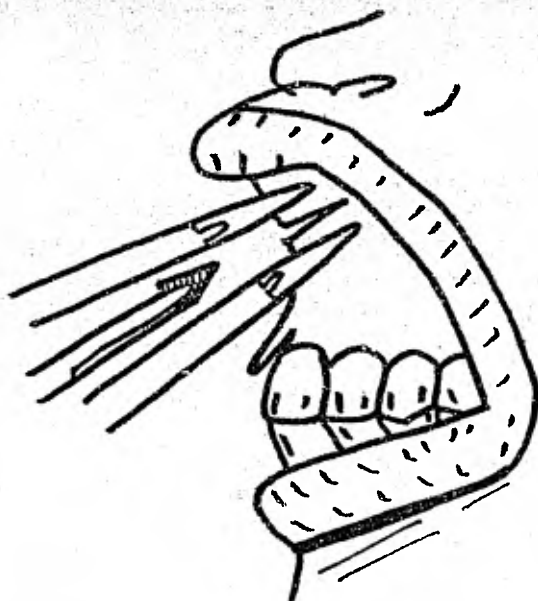


Figura 12

Corte de frenillo labial.

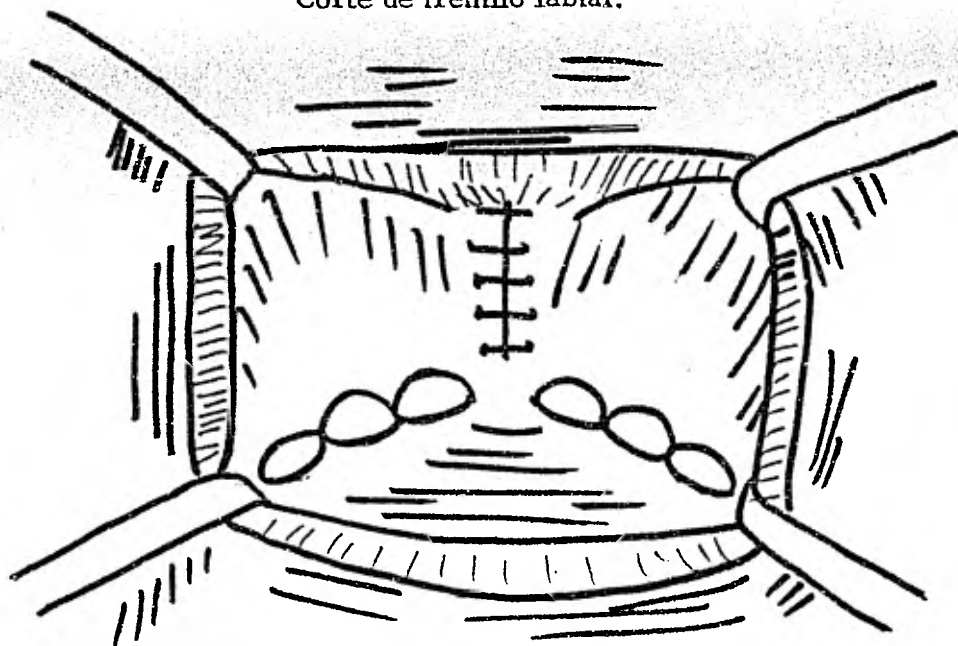


Figura 13

Frenectomia.

## CAPITULO VII

### DIENTES SUPERNUMERARIOS

Están clasificados dentro de las condiciones congénitas.

Los dientes supernumerarios se encuentran más frecuentemente en la región incisal especialmente en el maxilar superior; pero también se pueden encontrar más incisivos de lo normal en la mandíbula.

Los dientes supernumerarios comúnmente están mal formados, siendo unos conocidos, otros en forma de pico. (Figura 14) Estéticamente son objetables. Un diente supernumerario que erupcione por lingual o labial puede no tener efecto en lo que a la oclusión normal de los dientes permanentes se refiere, pero si este diente extra lo hace en el arco normal, ocupa el espacio del diente permanente que debe de erupcionar en esa posición, resulta una mala oclusión del diente desplazado. Por lo tanto los dientes supernumerarios pueden ser clasificados como causa de la maloclusión.

No existe un tiempo definido en que comienzan a desarrollarse los dientes supernumerarios.

Pueden desarrollarse antes del nacimiento ó hasta los 10 ó 12 años de edad.

## TRATAMIENTO

Se aconseja extraer los dientes supernumerarios tan -- pronto como convenga después de la erupción de los dientes permanentes vecinos.

Cuanto más pronto se quiten esos dientes, tanto mayor será la probabilidad de un alineamiento espontáneo de los dientes sin recurrir al tratamiento. Si se tarda en intervenir, con frecuencia se requiere la colocación de aparatos para lograr el alineamiento adecuado de los dientes desplazados. Los dientes retenidos por esa causa tienden a erupcionar en el lugar adecuado.

A veces, por razones de edad y estética, se aconseja acelerar esa erupción. Todo lo que se requiere es eliminar la mucosa y la capa ósea que recubre la corona del diente para que erupcione a corto plazo (Figura 15). No obstante, para acelerar todavía más ese proceso en pacientes de mayor edad, en el momento de la exposición quirúrgica, se colocan bandas sobre los dientes y se les lleva hacia su posición por medio de la tracción producida por resortes unidos a un aparato fijo.

En el caso de un incisivo central aislado, se adopta una banda sobre el diente vecino.





Figura 14

Clásica forma de dientes supernumerarios,  
forma conoide ó de pico.

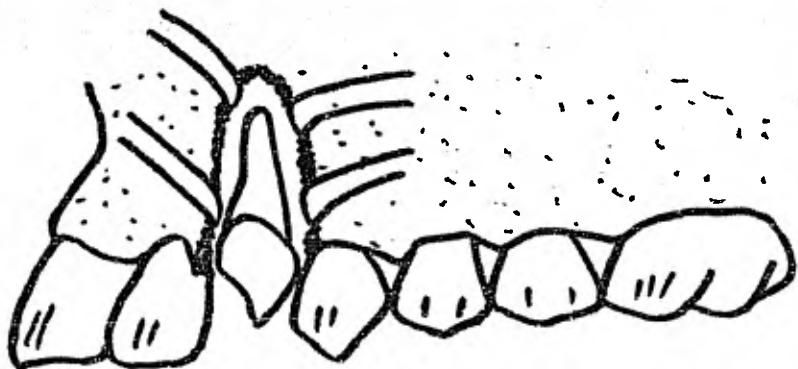


Figura 15

Extracción de diente supernumerario.

## CAPITULO VIII

### SUCCION DE CARRILLOS

**CAUSA.** - No se sabe las causas exactas que producen la -- succión de carrillos, se cree que este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital.

Puede deberse a un impulso para satisfacer una necesidad oral ó alimenticia la cual no fué debidamente satisfecha.

Un factor que puede dar origen a la succión de carrillos es una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito. Esto no quiere decir que este hábito solo se presentará -- cuando ya existe una mordida abierta posterior, ya que en muchos casos el hábito va a ser el que produzca esta mordida abierta y creará un circulo vicioso, que mientras más dure y se incremente el hábito -- mayor será la deformidad, y mientras mayor sea la mordida abierta -- aumentará más el hábito.

### TRATAMIENTO

Para este hábito podemos colocar una placa bucal como la -- utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa -- abarque la zona de la mordida abierta este tipo de aparato tiene el inconveniente que puede ser utilizado únicamente por la noche. El aparato más adecuado para la corrección de este hábito es el que está -- formado por un alambre que va adaptado y se sostiene por bucal y lin

gual de los dicntes en los que se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de los molares y los premolares y en la parte bucal lleva una masa de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo, permite a la vez que los dientes continuen su erupción para cerrar la mordida abierta. (Figura 16).

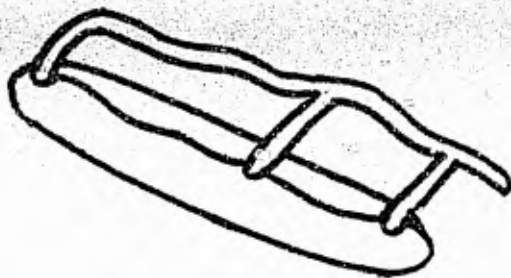


Figura 16

Aparato utilizado para la eliminación de la succión de carrillos.

## CAPITULO IX

### HISTORIA CLINICA.

#### ETAPAS PSICOLOGICAS POR EDADES.

1.- A la edad de 4 años se llega a la cumbre de los temores.

2.- De 4 a 6 años disminuyen gradualmente los temores, porque aprende a evaluar situaciones que producen miedo. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

De 4 a 6 años período de conflictos y de inestabilidad emocional, desarrolla una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea.

3.- A los 7 años, el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente.

El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando.

4.- De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables se ajusta a situaciones fácilmente. Desarrolla considerable control emocional.

Los adolescentes. - Empezan a preocuparse por su aspecto, están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego.

Los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

#### EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES

PROTECCION EXCESIVA. - El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño, el niño no tiene iniciativa propia ó tomar decisiones por sí mismo. Se ven restringidos por miedo o daño físico a enfermedades ó adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, de licados o sumisos. Son pacientes ideales, sin embargo a causa de su timidez, el dentista tiene que romper la barrera de la timi dez. Los padres que son demasiado indulgentes ó que dan demasiado lujo a sus hijos. Los niños se vuelven egoistas y tiránicos. Tratan de imponer sus deseos al dentista.

RECHAZO. - Puede haber rechazo a causa de trabajo u otros intereses, hasta por problemas emocionales.

El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sien ten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos, sin amar ni inter sarse por nada o nadie.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención.

### HISTORIA CLINICA.

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Ocupación del padre \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre \_\_\_\_\_

Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

Médico actual del niño? \_\_\_\_\_

Qué le hizo traer el niño al dentista? \_\_\_\_\_

### HISTORIA PRENATAL.

1.- Ha tenido usted alguna enfermedad durante el embarazo?

\_\_\_\_\_

- 2.- Tomo antibióticos durante el embarazo? \_\_\_\_\_
- a) Enumere que medicamentos \_\_\_\_\_
- b) Cuánto tiempo y con que frecuencia \_\_\_\_\_

#### HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA.

- 1.- Tuvo convulsiones durante la lactancia? \_\_\_\_\_
- 2.- Fué amamantado \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- 3.- Se le alimentó con biberón? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- 4.- Chupo chupetes de azúcar? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

#### ENFERMEDADES DEL NIÑO.

- 1.- Sufrió fiebre reumática? \_\_\_\_\_
- 2.- Dolores de crecimiento? \_\_\_\_\_
- 3.- Ha tenido amigdalitis de repetición? \_\_\_\_\_
- 4.- Ha tenido afecciones alérgicas \_\_\_\_\_  
(asma, comida, anestésicos locales, penicilina, etc.)
- 5.- Ha sufrido accidentes como fracturas, caídas, etc.? \_\_\_\_\_
- a) Cuándo fué? \_\_\_\_\_
- 6.- Fueron dañados algunos de sus dientes? \_\_\_\_\_
- 7.- Se chupa constantemente los dedos o el dedo? \_\_\_\_\_
- a) Cuales \_\_\_\_\_ Con que frecuencia? \_\_\_\_\_
- 8.- Tiene problemas para hacer amigos? \_\_\_\_\_
- 9.- Tiene problemas para hacer amigos? \_\_\_\_\_
- 10.- Teme al dentista \_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_



11.- Ha ido anteriormente al dentista ? \_\_\_\_\_

1.- Ha estado hospitalizado el paciente? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

2.- Cuál fue la causa de la hospitalización? \_\_\_\_\_

3.- Está el paciente bajo tratamiento médico especializado?  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Por qué razón \_\_\_\_\_

4.- Higiene bucal? buena \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ mala \_\_\_\_\_

## BOCA

## NARIZ

## GARGANTA

1.- Grado de caries? leve \_\_\_\_\_ mediana \_\_\_\_\_ grave \_\_\_\_\_

2.- Respira a través de ambos orificios nasales? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

En caso negativo. Por qué \_\_\_\_\_

3.- Sufre el paciente alguna alergia? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

En caso afirmativo. Indique la causa \_\_\_\_\_

4.- Sufre muchos resfriados? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

5.- Le extrajeron al paciente las amígdalas o las adenoides? si \_\_\_\_\_  
no \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

6.- Respiración por la boca? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ En caso afir-  
mativo. Todo el tiempo? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ En las noches-  
\_\_\_\_\_.

7.- Labio Superior

Normal si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Corto si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Funcional si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

No funcional si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Labio Inferior

Normal si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Corto si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Funcional si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

No funcional si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

8. - Deglución: Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_

9. - Etiología: Pulgar \_\_\_\_\_ Dedo \_\_\_\_\_

Lengua \_\_\_\_\_ Deglución \_\_\_\_\_ Dientes ausentes --

\_\_\_\_\_ Dientes supernumerarios \_\_\_\_\_

Dientes malformados \_\_\_\_\_ Espacio del Frenillo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pérdida prematura de dientes caducos \_\_\_\_\_

Erupción tardía de dientes caducos \_\_\_\_\_

Restauraciones dentales deficientes \_\_\_\_\_

Retención prolongada de dientes caducos \_\_\_\_\_

Restauraciones dentales defectuosas \_\_\_\_\_

Pérdida de dientes permanentes \_\_\_\_\_

Instrumento musical \_\_\_\_\_ Otros factores \_\_\_\_\_

10. - Línea media abierta:

Superior

Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

Inferior

Línea media abierta:

Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

11. - Clasificación.

Fecha	_____	_____	_____
Modelos	_____	_____	_____
Fotografías	_____	_____	_____
Intrabucales	_____	_____	_____
Cefalometrías	_____	_____	_____

## CONCLUSIONES

1. - Debe hacerse un diagnóstico diferencial, tomando en cuenta los diferentes factores que ocasionan el problema. No debemos descartar ningún factor o darle muy poca importancia, pues una misma anomalía puede implicar varios factores causales.
2. - Un empuje lingual frecuente hacia los incisivos superiores, -- hace que estos dientes presenten un aspecto de protrusión.
3. - No se podrá realizar ningún tratamiento exitoso de succión -- digital, si no hacemos conciente al niño de este problema u -- obtener su colaboración.
4. - El paciente que padezca de respiración bucal solo podrá tener un tratamiento correctivo después de que se tenga la certeza -- de que tiene sus vías respiratorias libres.
5. - Casi siempre el paciente con bruxismo, presenta un estado de stress emocional continuo que son consecuencia de problemas escolares, de trabajo, familiar o social.
6. - Tomar en cuenta las contracciones de los músculos labiales -- y faciales durante las degluciones en un diagnóstico diferen -- cial de succión labial.
7. - Otro factor causal es el frenillo por la posición que toma li -- gándose a la cresta del borde alveolar permaneciendo estacio

naria a la edad de erupción de los caninos permanentes.

8. - La aparición de dientes supernumerarios provoca malposición dentaria, se recomienda su extracción tan pronto como sea posible después de la erupción de los dientes permanentes veci--nos.
9. - Ningún aparato rompe-hábitos deberá ser retirado inmediatamente después de que desaparezca el hábito, sino que hay que de--jarlo un poco más de tiempo en la boca para evitar que el niño pueda recaer.
10. - El paciente debe acudir al dentista periódicamente para no llegar a tratamientos complicados, sino visitarlo a los primeros signos del problema.

## BIBLIOGRAFIA

ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA.  
José Mayoral y Guillermo Mayoral.  
Editorial "Labor" S. A.

ORTODONCIA PRINCIPIOS Y PRACTICA.  
Graber T. M.  
Editorial "Interamericana". México, 1974, 892 pág.

ORTODONCIA ACTUALIZADA.  
J. S. Beresford, L. M. Clinch.  
Editorial "Mundi". Buenos Aires, 1972. 524 Pág.

TEMAS DE ORTODONCIA, FASCICULO I y II.  
Guardo Antonio.  
Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, 1960.

ORTODONCIA PRACTICA.  
Anderson G. M.  
Editorial "Mundi". Buenos Aires, 1963. 590 página.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.  
Mc. Donald Ralph. E.  
Editorial "Mundi". Buenos Aires, 1975. 557 pág.

MANUAL DE ORTODONCIA.  
Moyer Robert E.  
Editorial "Mundi". Buenos Aires, 1976. 776 pág.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.  
Brauer, John Charles.  
Editorial "Mundi". Argentina, 1959'

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL  
Bijoy, Sidney W.  
Editorial "Trillas". México, 1971.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.  
Tr. C. Muñoz Seea.  
Editorial "Interamericana". México, 1976. 613 pág.

TRATADO DE ORTODONCIA.  
Moyers, Robert E.  
Editorial Interamericana S. A. México, 1960.