

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

129
85



IMPORTANCIA CLINICA DE LOS PRINCIPALES
HABITOS ORALES DELETEREOS, DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO EN ODONTOLOGIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN

CAMELIA AUREOLES SAAVEDRA
MA. DEL CARMEN HERNANDEZ MORENO

MEXICO, D. F.

1979.

14469



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.

IMPORTANCIA CLINICA DE LOS PRINCIPALES
HABITOS ORALES DELETEREOS, DIAG
NOSTICO Y TRATAMIENTO EN
ODONTOPEDIATRIA.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	2
I.- DEFINICION Y DESARROLLO DE LOS HABITOS.	5
II.- EMBRIOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS ORALES - AFECTADAS POR LOS HABITOS.....	11
III.- TIPOS DE HABITOS ORALES DELETEREOS.....	25
IV.- TRATAMIENTO.....	60
V.- CAUSAS DE REINCIDENCIA DE HABITO.....	75
VI.- CONCLUSIONES.....	77
VII.- BIBLIOGRAFIA.....	79

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

Para la conducta de la vida los hábitos tienen mayor trascendencia que las máximas, por cuanto el hábito es una máxima viva convertida en instinto y carne. La vida no es más que un tejido de hábitos.

F. AMIEL. Fragments du Journal Intime I, 12.

Paulatinamente los hábitos tanto positivos como nocivos, van adquiriendo reelevante importancia en la práctica del cirujano dentista, tomando en cuenta los objetivos hacia los cuales, están encaminados; principalmente prevención y corrección de malformaciones por malos hábitos orales, nuestro tema a tratar.

Los malos hábitos son ciertas costumbres que los niños adquieren muchas veces desde muy temprana edad; y los cuales, continúan realizando por meses e inclusive por años, y que desarrollan consecuentemente en enfermedades o malformaciones bucales, que posteriormente requerirán de un tratamiento más profundo por parte del cirujano dentista.

En numerosas ocasiones, por diversas circunstancias, el cirujano dentista no realiza una historia clínica completa del paciente, pasando por alto signos o síntomas de malformaciones insípidas o en estado de evolución, cuya etiología son malos hábitos orales, y al no eliminar la causa, estas malformaciones, seguirán en aumento repercutiendo en el paciente en males -

mayores.

Cuando nuestro tipo de pacientes sean niños, a parte de la historia clínica normal, en la que nos valamos de una buena observación y palpación, y nos auxiliemos de un estudio radiológico que incluirá el tipo de radiografías que consideremos necesarias, esto es -periapicales, de aleta mordible, oclusales, cefalométricas, etc., deberemos realizar un interrogatorio a los padres o acompañantes del niño para saber las costumbres y probables malos hábitos bucales que el niño pueda tener.

Es de suma importancia esta buena relación y entendimiento entre dentista, paciente y padres, ya que para el buen éxito del tratamiento de un hábito oral, forzosamente se requiere la ayuda y colaboración de estas tres partes, y si por alguna circunstancia llega a fallar alguna de ellas, el tratamiento sufrirá un retraso innecesario; o bien, no tendrá buen logro.

En nuestro tratamiento, la paciencia será un factor determinante en todo momento, ya que deberemos de considerar que si intentamos interrumpir bruscamente un hábito que ha estado activo por varios años tendrá una gran repercusión psicológica sobre el niño.

Según Thompson (1927), un hábito es una práctica fija, resultante de la constante repetición de un acto. Mientras estas repeticiones se van haciendo más constantes dicho acto se hace menos consciente y, si la repetición es lo suficientemente frecuente, este acto puede ser relegado por completo al inconsciente, mecanismo que en forma regresiva o contraria, nos ayudará

a eliminar la causa del problema según sea el caso.

De esta manera por lo anteriormente expuesto, -- la finalidad de esta tesis es poder mostrar la gran importancia que tiene el hecho de que el cirujano dentista especifique y diagnostique los malos hábitos en niños, en igual medida las malformaciones o repercucio--nes que tales hábitos han causado en la salud bucal y general del niño, y a la vez el tratamiento adecuado - para dichos hábitos.

C A P I T U L O I

DEFINICION Y DESARROLLO
DE LOS
HABITOS

DEFINICION:

Costumbre adquirida por la repetición de los actos de la misma especie. Facilidad que se adquiere por larga y constante práctica en un mismo ejercicio.

Algunos autores distinguen entre hábitos motrices, como escribir a máquina, nadar, etc., y hábitos superiores o intelectuales, que serían ciertas disposiciones, no para ejecutar los mismos actos, sino para efectuar con mayor facilidad habilidades del mismo género. Tales serían los hábitos de razonamiento de orden, de trabajo, etc. Bergson, entre otros, considera el hábito como un automatismo montado en el cuerpo de una vez por todas y desenvolviéndose siempre de manera uniforme. Si no fuera más que eso, representaría un empobrecimiento de la capacidad de iniciativa individual. Más bien puede considerarse el hábito como una función general de la vida del cuerpo y del psiquismo, que presenta una parte automática, de rutina, y una parte viva, de creación, fondo de reacciones que posibilita un desarrollo más profundo de la vida mental.

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños.

Los dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que

pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma.

En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados.

DESARROLLO:

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida, revela que su organización es esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos refle

jos 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 este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y 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 medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación producida 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 introyección. El rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección. En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas" bucales, evidentemente no sólo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introdu-

cirse 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 la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran ésto como -- uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Los niños experimentan contínuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente.

El moldeado de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad -- corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfac-

ción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida -- por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

Es casi acciomático considerar que la elimina--- ción de un hábito, como succionar el pulgar, podrá -- hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el -- odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está -- psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

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

Deberá advertirse siempre a los padres que la -- eliminación de este hábito puede dar lugar al surgi-- miento de otro, aún más nocivo. El niño no pasará di-- rectamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. 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 mismo o a quienes le rodean.

Después de haber desarrollado un enfoque técni-

camente muy hábil con respecto del problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos "con exceso y demasiado temprano". Klein ofrece un enfoque más precavido con su sugerencia de diferenciar el hábito de succión "significativo" del hábito de succión "vacío". Describe el hábito significativo como aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento acertado de este tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión vacío es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar. En estos casos, la corrección del hábito se realiza mejor por medios odontológicos; es decir, por la aplicación de un instrumento recordatorio. Klein afirma que el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito, antes de que el odontólogo le aplique el aparato.

C A P I T U L O II

EMBRIOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS ORALES
AFECTADAS POR MALOS HABITOS

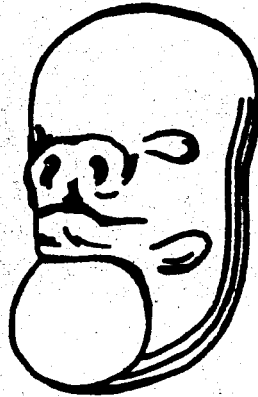
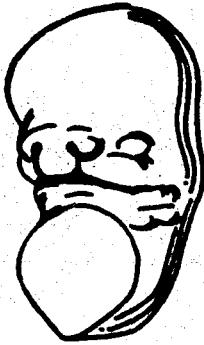
La diferenciación de la cara humana se produce temprano en la vida prenatal, específicamente entre la quinta y séptima semana después de la fertilidad. Durante este breve período, ocurren una cantidad de sucesos importantes que determinan la formación de la cara humana.

Es importante destacar el desarrollo de las estructuras bucales que intervienen directamente, al mismo tiempo que se notan seriamente afectadas, en el mecanismo de los hábitos que van a dar origen a las malformaciones en la oclusión.

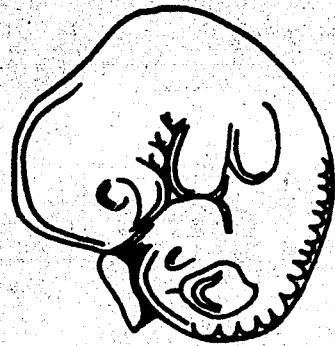
Así es como en la cuarta semana después de la concepción, la futura cara y región del cuello, ubicadas debajo del prosencéfalo del embrión humano, se segmenta. Se forman cinco arcos braquiales, que aparecen como agrandamientos tubulares redondeados y están ligados por hendiduras y surcos que ayudan a definir cada arco. Se enumeran comenzando por adelante. Las regiones media e inferior de la cara se desarrollan; en parte, de los primeros dos, llamados arcos mandibular e hioideo. El tercero también contribuye a la base de la lengua. Dentro de cada uno de estos arcos branquiales aparecen elementos esqueléticos, musculares, vasculares, tejido conectivo, epitelial y neural, que se desarrollan en sistemas que abastecen la cara y el cuello. La mayoría de las estructuras de la cara adulta se desarrollan a partir del primero y segundo arcos bran-

quiales y de los tejidos que rodean al proscencéfalo. En el período temprano de desarrollo, la cuarta semana, es difícil diferenciar los rasgos craneofaciales primarios del embrión humano del de los otros mamíferos.

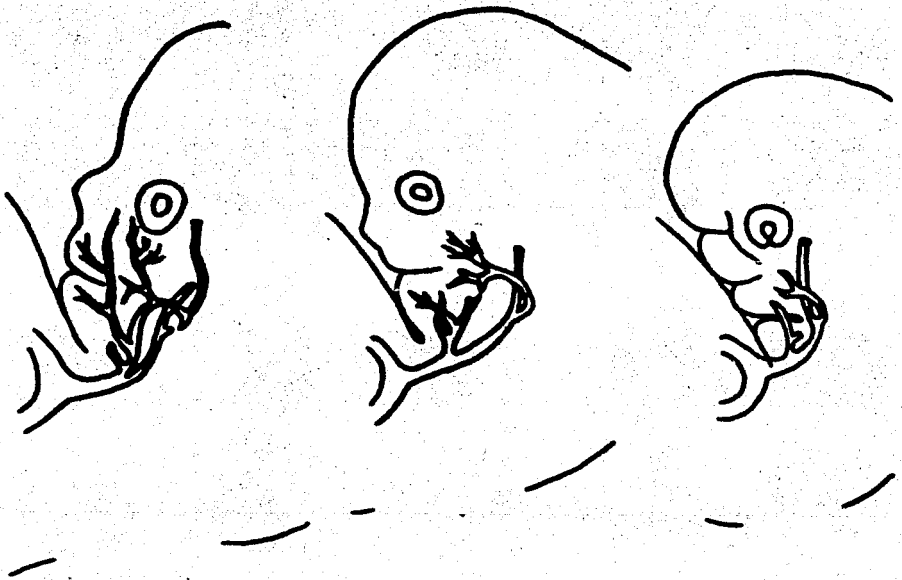
La cara humana se caracteriza primeramente por una invaginación u hoyuelo en la capa ectodérmica superficial que aparece justo debajo del proscencéfalo. A medida que esta fosa se profundiza, el contorno de la cavidad bucal, se termina de formar. Las masas de tejido que rodean inmediatamente esta fosa bucal, formarán la cara humana. En la cuarta semana, el límite posterior de la fosa bucal se pone en contacto con el intestino anterior en desarrollo. A medida que la lámina bucal ectodérmica encuentra el revestimiento endodérmico del intestino, las membranas se desintegran, y se logra por primera vez la continuidad entre cavidad bucal y tracto gastrointestinal. A las 5 semanas, la "cara" parece apretada entre el proscencéfalo que está creciendo rápidamente y por el corazón, que ocupa mucho de la cavidad torácica en este estadio. Los pulmones en desarrollo, que no funcionan, son todavía bastante pequeños, compuestos principalmente de bronquios conductores, hasta que los bronquiolos respiratorios comienzan a formarse en el cuarto mes. Como los pulmones no funcionan en la respiración hasta después del nacimiento, las necesidades de oxígeno son provistas por la placenta a través de las venas umbilicales al corazón. El corazón sin embargo, debe funcionar a una edad muy temprana. Se hace notable por su tamaño en la tercera semana e inicia un latido en la cuarta semana de vida embrionaria. Durante el período prenatal, el -



Vista anterior de la cara en desarrollo desde la cuarta a la octava semana prenatal. El resto del cuerpo fue - eliminado para mostrar la cara. A las 4 semanas (A), la futura cara está indicada por el prosencéfalo abultado y el primer arco branquial inmediatamente por debajo. Para las 6 semanas (B), se nota la ranura bucal con las fosas nasales sobre ella. Los ojos aparecen a los costados de la cabeza. El arco mandibular limita la ranura bucal abajo. A las 6 1/2 semanas (C), los ojos están más cerca del frente de la cara. La nariz está definida y las orejas en desarrollo aparecen en las comisuras bucales. A las 8 semanas (D), las masas que comprenden la cara se han fusionado para limitar la cavidad bucal y el prosencéfalo ha comenzado su crecimiento hacia adelante, dejando las orejas atrás.



Embriones humanos a las 5 semanas (A) y a las 7 semanas (B). Este es el aspecto morfológico de la cara humana - durante el período de 2 semanas en el que se desarrolla la cara.



Tres estadios del cambio en la irrigación de la carótida interna a la externa. A las 6 semanas (A), el aporte sanguíneo a la cara es de la rama estapedia de la carótida interna. A las 6 y media semanas (B), la estapedia se ha expandido en las divisiones maxilar y mandibular. A las 7 semanas (C), la estapedia se separa de la carótida interna y sus ramas terminales se unen a la arteria maxilar de la carótida externa. El cambio se produce durante los estadios vitales de desarrollo de la cara y paladar.

corazón no sólo bombea sangre por todo el cuerpo del embrión, sino que también conduce sangre, por y desde el sistema placentario de vuelta a este corazón. El corazón es proporcionalmente más grande en esta época de lo que será en el cuerpo adulto y, por lo tanto, requiere mucho espacio para su desarrollo correcto. El crecimiento del corazón afecta el desarrollo de la cara, no solamente por la importancia del aporte sanguíneo a su desarrollo, sino también porque la cara durante este período temprano de rápido crecimiento y organización está apretada entre el proscencéfalo que se agranda y el corazón pulsante. Aún en este estadio temprano, el patrón de crecimiento de la cara es hacia -- abajo y adelante a medida que se separa de entre estos dos órganos. Sucesos importantes relacionados son las flexiones que se producen durante la cuarta semana en la región del futuro cuello. El cerebro se flexiona -- ventralmente, luego dorsalmente y, como resultado, la cabeza se hace más erecta.

1.- DESARROLLO DE LA REGION PERIBUCAL.

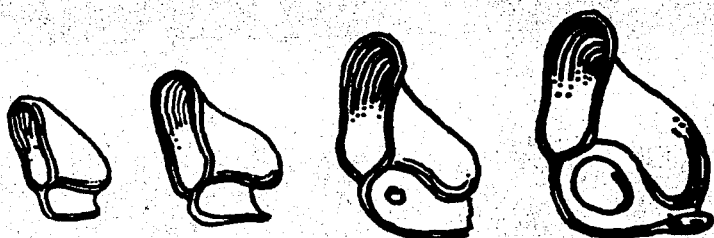
La "cara" en la quinta semana tiene aproximadamente el espesor de una hoja de papel, y toda la cara tiene más o menos sólo 1.5 mm. de ancho. En esta época, la fosa bucal está limitada arriba por la zona frontal y abajo por el arco mandibular, que aparece en forma de pala. Se nota un surco en la línea media, que desaparece durante la sexta semana. En esta época, aparecen dos pequeñas zonas elevadas ovales, justo por encima de las partes laterales de la futura boca. En las 48 horas siguientes, los centros de estas zonas eleva-

das se convierten en depresiones a medida que los tejidos que las rodean continúan creciendo hacia adelante. Las depresiones se profundizan en fosas que serán las futuras ventanas de la nariz y las masas que las rodean -el puente y los lados de la nariz externa. El tejido entre las fosas nasales se denomina proceso nasal medio y los que están al costado de las fosas son llamados procesos nasales laterales. Estos tejidos se originan a partir de los tejidos conectivo y epitelial superficial de la zona frontal a medida que todos crecen hacia abajo y adelante. Los bordes anteriores elevados de estas fosas tienen la forma de herraduras diminutas, con los lados abiertos abajo. A medida que crecen --- hacia adelante, los extremos inferiores de las herraduras se ponen en contacto. La distancia entre estas dos fosas nasales no aumenta durante este importante período del desarrollo, aunque las fosas mismas aumentan en altura y longitud.

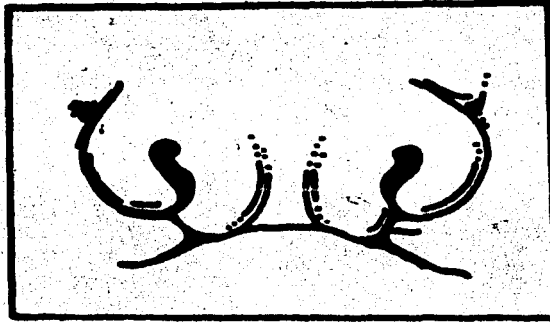
Como el tejido subyacente a cada ventana de la nariz representa la primera separación de la cavidad nasal de la cavidad bucal, ha sido designado por algunos autores como el paladar primario. El modo de formación de estas fosas es importante, porque una falla en cualquiera de los pasos en su desarrollo puede resultar en un labio hendido. El primer paso puede definirse como el contacto entre el borde mediano del proceso maxilar y el borde lateral del proceso nasal medio. Los procesos cubiertos de epitelio juntos forman una lámina denominada la "aleta nasal". Tan pronto se produce el contacto y adhesión de las dos hojas epiteliales, se fusionan en una sola hoja y entonces ocurre la degeneración de esta hoja, resultando en la penetración

de tejido conectivo a través de la hoja. Esta zona de penetración se expande rápidamente y la aleta nasal es eliminada excepto en sus límites anteriores y posteriores. En esta forma, el labio se unifica y se impide la separación del piso de las fosas en forma de una hendidura. El tejido subyacente a la fosa nasal se denomina paladar primario. En los límites posteriores de la aleta epitelial las mismas dos hojas epiteliales se separan, produciendo una abertura entre las fosas nasales y el techo de la cavidad bucal. Esta abertura posterior de la fosa nasal se denomina narina interna y es el límite posterior del paladar primario. Más tarde, las cavidades nasales se ensanchan atrás para formar un espacio que cubre toda la cavidad bucal. Las cavidades bucal y nasal son entonces separadas por las prolongaciones palatinas secundarias. Una falla en la secuencia - en que ocurren cualesquiera de estos pasos de desarrollo bastante complejos, al igual que en el intervalo - de tiempo aproximado, puede ser, en parte, la razón de porqué estos defectos congénitos son algunos de los más comunes en la actualidad. Uno de cada 800 nacimientos resulta en labio hendido, paladar hendido, o el defecto combinado.

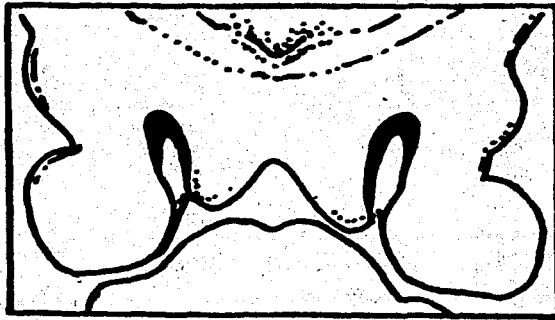
En resumen, el desarrollo del labio es un proceso en tres estadios, siendo el primero el contacto de las dos hojas epiteliales que cubre los procesos adyacentes, el segundo, la fusión del epitelio en una hoja sola y, finalmente, una penetración de esta hoja por tejido conectivo del labio que crece a través de ella. Los párpados en desarrollo son un ejemplo de dos láminas epiteliales que entran en estrecho contacto pero no se fusionan o sufren la penetración de tejido conec



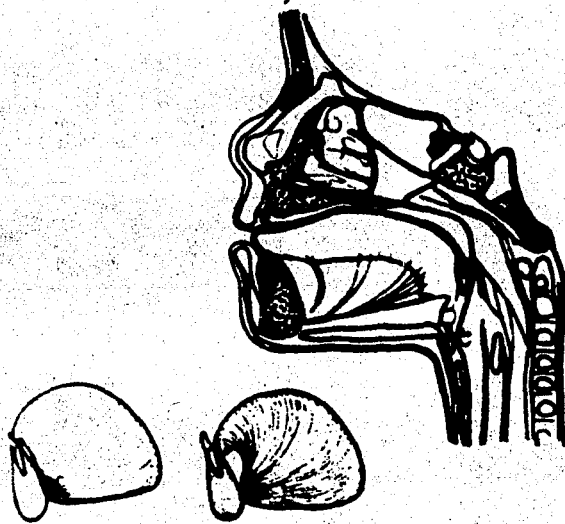
El desarrollo del piso de la ventana nasal y la aleta nasal por debajo. A y B, a medida que se elonga la ventana nasal, el epitelio de los procesos maxilar y nasal medio se fusionan y aparece una abertura por la que crece tejido conectivo del labio. C, a medida que el tejido del labio se unifica, forma el paladar primario, que es una masa pequeña de tejido limitada por la cavidad bucal abajo y la ventana nasal arriba. D, en la parte posterior, la fosa nasal se abre en el techo de la cavidad bucal separando las dos hojas de epitelio.



El desarrollo del labio superior. Los procesos maxilares (MP) se fusionan con los procesos nasales medios (MN) para formar el piso de la ventana nasal. Los procesos nasales laterales (LN) se agrandan para formar los costados de la nariz. La ranura por debajo de las ventanas es la aleta nasal (NF) y es el sitio de la potencial hendidura labial. La mandíbula (MU) está por debajo de la fosa bucal. NP- fosa nasal.



Corte frontal de la cara superior mostrando las fosas nasales (NP) y la formación de las aletas nasales (NF). -- LN- procesos nasales laterales; MN- procesos nasales medios; MP- procesos maxilares; MU- mandíbula.



A, postura de la lengua en el neonato. Adviértase que en tanto la mandíbula está en su posición postural, la lengua está colocada adelante y toca -- los labios mientras las almohadillas gingivales -- se encuentran ligeramepte separadas. B, variaciones de la postura lingual adulta.

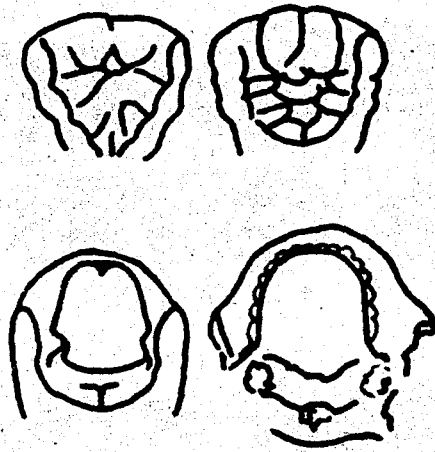
tivo. Simplemente permanecen cerrados, con sus superficies unidas, hasta el séptimo mes prenatal, momento - en que se abren, exponiendo los ojos.

En la sexta semana, la parte superior de la cara aparece plana y amplia, con las fosas nasales ubicadas en las esquinas laterales de la cara. La distancia entre las fosas nasales representa aproximadamente el 90% del ancho de la cara. Al costado de esta región están los procesos maxilares, que aparecen en este estado - como masas triangulares o en forma de cuña ubicadas en las partes laterales superiores de la cavidad bucal. En la línea media, puede verse todavía una leve constricción, y lateralmente la aurícula de la oreja surgirá de seis pequeñas elevaciones de tejido que parecen circunscribir la hendidura branquial ubicada entre los arcos mandibular e hioideo. Tres de las elevaciones -- surgen del arco mandibular y las tres por debajo de la hendidura surgen del arco hioideo. La primera ranura - branquial será más tarde el conducto auditivo externo.

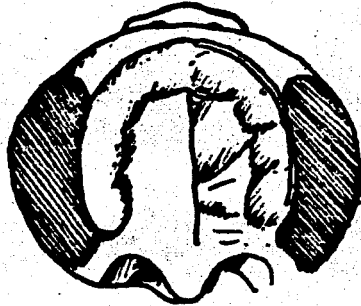
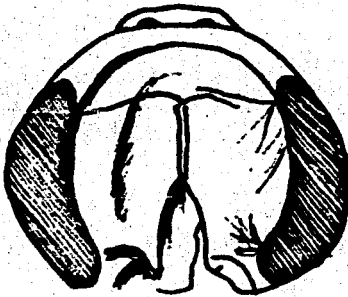
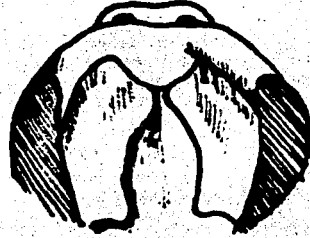
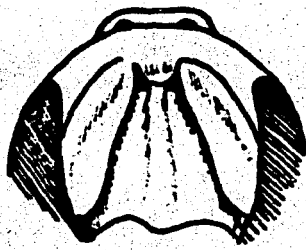
En cuanto a los cambios en las proporciones faciales, son en los comienzos de la séptima semana, en que la cara aparece reconociblemente humana como resultado de la ubicación frontal de los ojos, diferenciación y agrandamiento de la mandíbula. Los pliegues que separan las zonas mandibular, maxilar y nasal, son menos marcados. La oreja se diferenciará bien hacia la - décimo sexta semana prenatal.

2.- DESARROLLO DE LA LENGUA.

La lengua se desarrolla en el piso de la cavidad



La lengua se desarrolla en el piso de la cavidad bucal. A las 4 semanas (A), la lengua está compuesta de pequeñas protuberancias. Los números se refieren a los cuatro arcos branquiales. A las 5 semanas (B), el cuerpo y la base de la lengua aumentan de tamaño. A las 6 y media semanas (C), el cuerpo está metido en una sola masa y la base se desarrolla desde la cúpula. La lengua postnatal (D) aparece ancha y chata, con especializaciones superficiales de papilas sobre el cuerpo y nódulos linfáticos en la base.



Vista del techo de la boca mostrando el cierre y fusión del paladar. El desarrollo óseo se muestra en el lado derecho del paladar. A las 8 semanas (A), las prolongaciones son horizontales y crecen hacia la línea media. A las 9 semanas (B), las prolongaciones están casi en contacto y aparecen los centros de osificación premaxilar y maxilar. A las 10 semanas (C), el paladar se ha fusionado y los centros de osificación de la premaxila y maxilar crecen hacia la línea media. A las 14 semanas (D), el hueso premaxilar soporta los caninos y primeros molares y el hueso palatino soporta los segundos molares.

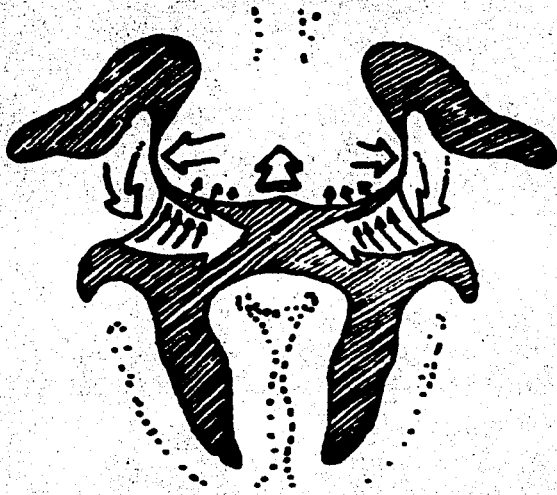
bucal. A medida que crece continúa su inervación e irrigación a regiones más posteriores, dando origen a dos partes, una bucal (el cuerpo) y otra faríngea (la base). El cuerpo tiene lugar en el primer arco branquial, mientras que la base surge del segundo, tercer y cuarto arcos branquiales. Esta última a partir de la quinta semana está indicada por la cópula que es una especie de elevación de tamaño regular. El cuerpo de la lengua se indica por las protuberancias laterales linguales y un tubérculo impar ubicado en el centro. Entre la cópula y el tubérculo impar tiene lugar una fosita, denominada agujero ciego, que da origen al tejido de la glándula tiroideas. Durante la sexta y séptima semana, las protuberancias linguales laterales aumentan de tamaño, lo que provoca una reducción relativa de las estructuras del tubérculo impar. Al mismo tiempo surge un pliegue que bordea los lados de la lengua, lo que dará oportunidad de separarla del reborde alveolar en desarrollo. Las dos protuberancias linguales laterales se unen entonces y el cuerpo de la lengua adquiere una apariencia más estructurada y unificada. La lengua crece con tal rapidez que empuja en la cavidad nasal arriba y entre las dos prolongaciones palatinas, y para las ocho semanas y media o nueve, los músculos de la lengua aparecen claramente diferenciados. Las cavidades bucal y nasal se originan así de una sola cavidad estomodea y se separan a medida que se elevan crecen entre ellas las prolongaciones palatinas.

3.- DESARROLLO DEL PALADAR.

Durante el crecimiento de la lengua, ésta empuja

dorsalmente en la cavidad nasal, las prolongaciones -- palatinas menos diferenciadas, debido al limitado espacio, siendo presionadas hacia abajo al piso de la boca a cada lado de la lengua. Las prolongaciones palatinas sufren un cambio de posición vertical junto a la lengua a una horizontal sobre la misma. Esto último origina movimiento tanto de la lengua como de las prolongaciones palatinas. En tanto que las prolongaciones giran sobre la lengua en sentido póstero anterior, la lengua puede deslizarse hacia adelante para ofrecer menos oposición al movimiento de la prolongación. El cierre de las prolongaciones palatinas, sobre la lengua separa las cavidades bucal y nasal. La lengua puede presionar hacia arriba contra las prolongaciones palatinas lo que facilitará su contacto en la línea media. Este movimiento de cierre es sumamente rápido, proceso que ocurre en la octava y novena semana de vida intrauterina, tiempo en que las estructuras para-bucales responden a la estimulación. Posiblemente la inervación de la lengua y carrillos tenga el suficiente desarrollo para proporcionar alguna guía neuro muscular a esta intrincada función.

Respecto a la fusión de las prolongaciones palatinas, a partir de las 8 y media semanas prenatales, éstas se notan sobre la lengua y en íntimo contacto y empieza la fusión. Por principio, las cubiertas epiteliales de las prolongaciones se unen para formar una sola capa de células. Posteriormente se produce la degeneración a medida que el tejido conectivo de las prolongaciones penetra esta barrera epitelial de la línea media y se entremezcla en la zona. Raramente se ha mencionado que las dos prolongaciones palatinas se sepa--



Este esquema indica los movimientos de las prolongaciones palatinas y de la lengua durante el cierre del paladar. La lengua se mueve hacia adelante (C), deprimiéndose hacia abajo (D) y lateralmente (E) a medida que las prolongaciones palatinas se deslizan de B a A sobre la lengua.

ran después de su fusión inicial, con bandas de tejido conectivo cubiertas por epitelio que se estiran a través del paladar, la zona a lo largo de la línea media - en el sentido anteroposterior se convertirá en una sutura donde se produce un crecimiento expansivo importante del paladar. Todo el paladar no contacta y se fusiona al mismo tiempo. El contacto inicial ocurre en la región central del paladar secundario y el cierre continúa a partir de este punto hacia adelante y hacia atrás. Una vez que se han realizado el contacto y fusión inicial, continúa el cierre por un proceso de "unión" que elimina el espacio medio entre los dos procesos. El agujero palatino anterior y una sutura entre la premaxila y los procesos palatinos quedan en el período posnatal como evidencia de la temprana existencia del paladar primario y secundario.

4.- DESARROLLO DENTARIO.

En el transcurso de la séptima semana, la lámina labial epitelial se hace aparente a lo largo del perímetro de los procesos maxilar y mandibular. De esta forma las células epiteliales penetran al tejido conectivo subyacente para separar el tejido de lo que más adelante será el reborde alveolar del labio. Mientras esto ocurre, aparece una segunda lámina por lingual de la lámina labial y crece en el reborde alveolar. Esta es la lámina dental, que a intervalos regulares, dará origen a los órganos epiteliales del esmalte. Al igual que estos órganos, las papilas dentales adyacentes de origen conectivo, se diferencian rápidamente para formar el esmalte y la dentina de los dientes. Una vez que las

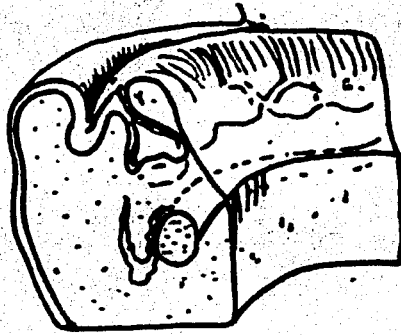
coronas se desarrollan, aumentan de tamaño al mismo -- tiempo que las raíces se alargan, mientras que los maxilares aumentan su dimensión anterior y lateral, lo -- mismo que su altura, para dar espacio a los dientes y procesos alveolares en crecimiento.

5.- DESARROLLO DEL PALADAR OSEO.

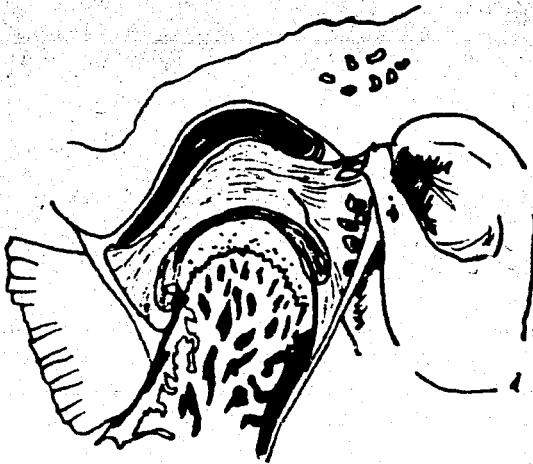
Los huesos que forman el paladar tiene su origen en algunos centros de osificación. Durante la octava -- semana, centros óseos localizados bilateralmente en el paladar anterior dan origen a la premaxila y al maxi-- lar; inicialmente su origen es común, pero posterior-- mente se desarrollan en forma independiente. El hueso premaxilar soporta los incisivos superiores, mientras que el hueso maxilar soporta los caninos y molares. -- Ubicadas atrás, las láminas palatinas horizontales cre-- cen hacia el medio desde centros de osificación bilate-- rales aislados. En el transcurso de la décimo cuarta -- semana, el paladar óseo se encuentra bien establecido con una sutura en la línea media que se desliza entre los huesos premaxilar, maxilar y palatino. Aparece tam-- bién una sutura bilateral entre las partes palatinas -- de la premaxila y el maxilar.

6.- MANDIBULA Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

La cara en su parte inferior, se encuentra sos-- tenida por una barra en forma de varilla, que es el -- cartílago de Meckel. Este cartílago se continúa desde cerca de la línea media del arco mandibular hacia --- atrás hasta la cápsula ótica, donde más tarde se forma



Lado derecho en desarrollo del arco mandibular, ilustrando la división del tejido del labio y maxilar por la lámina labial en desarrollo. Se muestran la lámina dental, gérmenes dentarios y cartilago de Meckel.



Esquema de la articulación temporomandibular posnatal, ilustrando el disco articular fibroso denso con los espacios articulares superior e inferior adyacentes. - Por debajo de la cubierta fibrosa del cóndilo hay una banda de cartilago hialino, debajo de la cual, está el hueso en desarrollo del cóndilo.

rán el martillo y el yunque del oído medio. Hay alguna evidencia en el ser humano en el sentido que el martillo y el yunque funcionan para dar una articulación móvil hasta que se desarrolla el cóndilo mandibular en relación con la fosa glenoidea del hueso temporal. De esta manera de la octava a la décimo octava semana, esta articulación puede funcionar en el movimiento maxilar hasta que se produce un corrimiento anterior en la articulación temporomandibular. Entonces, esos dos cartílagos se osifican y funcionan como huesos del oído medio. La mandíbula ósea se desarrolla lateralmente al cartílago de Meckel como una barra delgada, plana, rectangular, excepto en una pequeña región cerca de su extremidad anterior, donde el cartílago se osifica y se fusiona a la mandíbula. Como el cuerpo de la mandíbula se encuentra unido al cartílago de Meckel, podría funcionar y ser llevado hacia adelante en el crecimiento hasta la regresión de este cartílago, en cuya época el cóndilo se hace funcional. El cóndilo inicialmente un cartílago independiente, y es encerrado por el hueso en desarrollo de la parte posterior de la mandíbula. La osificación del cartílago condilar es sumamente rápida, excepto en su parte proximal, donde forma una articulación con el hueso temporal en la fosa glenoidea. Esta cabeza cartilaginosa del cóndilo, encerrada en una cubierta fibrosa que se continúa con la cápsula articular, persiste y funciona como un centro de crecimiento hasta más o menos los veinticinco años de vida. El cartílago más alejado de la cabeza condilar es separada del hueso temporal por un disco delgado de tejido conectivo, que aparece como resultado de dos hendiduras en el tejido fibroso que forma los compartimientos superiores e inferiores de la cavidad articular. En forma gradual este

disco se hace más grueso, como el hueso que forma la cavidad articular, hasta que se termina de desarrollar la articulación.

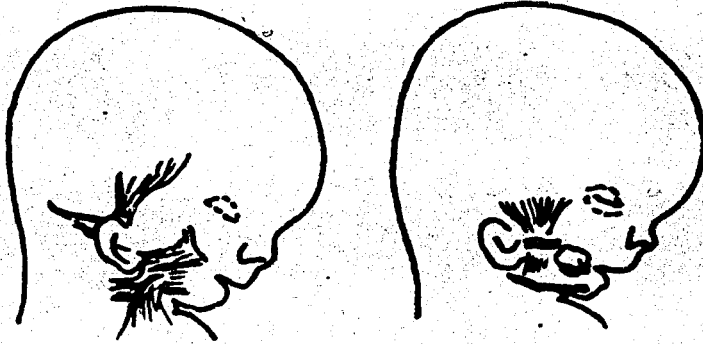
El hueso se forma rápidamente a lo largo de la superficie superior del cuerpo de la mandíbula entre los dientes en desarrollo. Mientras que la mandíbula ósea crece, el tejido conectivo fibroso y el cartilago sinfusal, unen las dos mitades de la mandíbula y sirven como un sitio de crecimiento hasta el primer año después del nacimiento, época para la que estará calcificado. El ángulo de la mandíbula al nacimiento tiene más o menos 130 grados respecto al cóndilo, casi en una línea con el cuerpo, en tanto que el proceso coronoides se proyecta por encima de la cabeza del cóndilo.

7.- MUSCULOS DE LA MASTICACION.

Durante la quinta a novena semanas, los músculos de la cara humana se diferencian y se hacen funcionales en cierta medida, ya que el estímulo de la región peribucal en este período tardío puede producir respuestas reflexógenas, como la reflexión del cuello y el volteo de la cabeza. Las fibras superficiales forman la expansión del músculo cutáneo del cuello sobre la mandíbula al carrillo, frente y región temporal. Entre la séptima y novena semanas, se diferencian rápidamente los músculos superficiales y profundos. El esfínter del cuello también forma el orbicular, los labiales superiores incisivo y canino, a medida que las fibras de los haces más superficiales del cutáneo del cuello se adhieren a la mandíbula. Entre la octava y novena semanas aparece el buccinador desde las fibras más profun-



A, esquema ilustrando el esqueleto cartilaginoso de la cara a las 9 semanas. La cápsula nasal representa el esqueleto maxilar y el cartílago de Meckel representa el esqueleto mandibular a esta edad. B, esquema de la mandíbula a las 16 semanas, ilustrando el cuerpo de la mandíbula y el cóndilo en desarrollo. El cartílago de Meckel todavía persiste. C, esquema de la mandíbula a las 24 semanas. El proceso coronoides es evidente, como también la aparición de la articulación temporomandibular. D, esquema del esqueleto de la cara a las 30 semanas. Los huesos membranosos del complejo nasomaxilar se desarrollan externamente a los huesos endocraneales, reemplazando los cartílagos del centro de la cara.



(izquierda) Esquema de los músculos faciales en desarrollo a las 9 semanas. Esta hoja de músculo crece cranealmente desde el arco hioideo y se separa en la oreja en las partes articulares anterior y posterior. De esta masa surgen músculos faciales profundos y superficiales.

(derecha) - Esquema de los músculos masticatorios en desarrollo a las 9 semanas. Estos músculos se desarrollan en el arco mandibular antes que los elementos esqueléticos en los que se insertan.

das del esfínter del cuello, mientras el triangular y cutáneo del cuello surgen de los haces superficiales. Sobre el músculo buccinador, se desarrolla la alhadi--lla adiposa bucal. Se agranda significativamente duran--te la vida prenatal, extendiéndose en profundidad en--tre el masetero y temporal. Funciona en la succión y --hace que el carrillo parezca rollizo en el recién naci--do.

Los músculos de la masticación se desarrollan en el mesénquima del arco mandibular. Estos músculos se --diferencian a partir de la séptima semana y fibras ner--viosas aparecen en ellos en la octava semana. Los mús--culos de la masticación al principio se desarrollan en íntima relación con el cartílago de Meckel y los car--tílagos de la base craneana, son independientes y sólo más tarde se adhieren al esqueleto óseo. El músculo --temporal inicia su desarrollo lateralmente hacia la oc--tava semana ocupando el espacio por delante de la cáps--ula ótica. Al osificarse el hueso temporal, en la dé--cimo tercera semana, el músculo se adhiere a lo largo de un frente amplio. Aproximadamente en esta época el músculo masetero comienza a insertarse al arco cigomá--tico en tanto se produce el crecimiento lateral, que --brindará espacio para el desarrollo del músculo. Los --músculos pterigoideos se diferencian en la séptima se--mana y pronto se relacionan con los cartílagos de la base craneana y el cóndilo. Posteriormente, al apare--cer el cráneo óseo y aumentar en ancho y longitud, ---estos músculos se expanden rápidamente. La estructura histológica fetal de los músculos de la masticación --aparece hacia la vigésimo segunda semana.

Radiográficamente en el inicio del período fetal,

la mandíbula tiene el aspecto de un hueso ligeramente curvado, pero para la décimo quinta semana, se hacen evidentes el cóndilo, el proceso coronoides y el ángulo. De la misma manera, los incisivos inferiores hacen su aparición en el quinto mes y las criptas de los molares se ven en el sexto mes. En el período fetal, la mandíbula aumenta en longitud cinco veces, en tanto que el ancho intercondilar aumenta seis veces. Aunque se aprecia un crecimiento total de la cara, el maxilar inferior parece retrognático al nacer. El paladar aumenta en longitud cuatro veces y la región maxilar cinco. Respecto a las suturas en esta región, las dos mitades de la mandíbula están separadas por la sutura sínfisal, que desaparecerá después del nacimiento. La sutura palatina media, en cambio, no se cierra hasta el sexto o séptimo año, aunque puede ser ortopédicamente activada hasta bien entrada la pubertad.

De esta manera, hemos tratado brevemente el desarrollo y crecimiento embriológico de aquellas estructuras, estrechamente relacionadas con el problema fundamental de la maloclusión, causada frecuentemente por malos hábitos orales.

Salud General:

Salud Buena Bajo Tratamiento Ref. Series

Actual: Regular Comentarios _____

Febre _____

Gripes y Frecuentemente Epoca Invierno

dolencias Ocasionalmente del Primavera

menores: Raramente año: Verano

Otoño

Respuesta Hostilmente Comentarios _____

ante la Docilmente _____

Tensión Defensivamente _____

Alimentación:

Pecho Durante meses Edad de destete meses

Botella Durante meses Edad de suspensión meses

Chupón Durante meses Edad de suspensión meses

Alimentación Buena Comentarios _____

actual: Excelente _____

Indiferente _____

Febre _____

Dormir:

Durante Regularmente Durante No. de horas

el día: Irregularmente la noche: Profundamente

Raramente Interrupciones

Frecuentes

Librería de escritores:

Hábitos: Anormales

Comentarios _____

Normales

Edad completamente educado años meses

Hbito Oral:

Succión Frecuentemente

Succión Frecuentemente

Pulgar: Ocasionalmente

otros Ocasionalmente

Raramente

dedos: Raramente

Edad en que el hábito comenzó años meses

Edad en que el hábito terminó años meses

Continúa: Durante el día Durante la noche

En la escuela Viendo televisión

Hábitos secundarios: Enrollarse el pelo Acariciar un colche

Jalarse la oreja Chuparse los labios

Secudriarse la nariz Otros

Especifique _____

Métodos usados Ninguno

Especifique _____

para parar el - Dental

Hábitos: Otros

Conocimiento del hábito: El niño está consciente Otro

Requisado por conocidos Especifique _____

Requisado por la madre _____

Requisado por el padre _____

Otros con el mismo hábito: Ninguno Padre Otros

Hermanos Madre Especifique _____

Tarjetas

El niño desea comuni-	Si: Con Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Indiferente	<input type="checkbox"/>
car con el niño:	sin Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Indeciso	<input type="checkbox"/>

Comentarios Generales:

Fecha _____

C A P I T U L O I I I

T I P O S D E H A B I T O S O R A L E S

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular, de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal del labio y la masticación correcta. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento vacila, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son parte de la función osofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión.

Los patrones habituales deletéreos, de conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos. Por lo tanto, no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse de los hábitos.

Los bebés alimentados con biberón, muestran frecuentemente hábitos de succión indeseables, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarle e inducir al sueño. Después que un niño así es destetado, aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir. Muchas madres dirán que su hijo nunca se chupa el pulgar "excepto cuando va a la cama". Otros niños aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención es chupar sus dedos. Más tarde el -

odontólogo no debe olvidar que el cese repentino de un hábito activo varios años, puede tener un impacto psicológico tremendo en el niño.

El forzar a un niño a romper un hábito por medio del castigo es malo. Pero si el niño o la niña desea interrumpirlo porque comprende que es dañino para la disposición de sus dientes, puede hacerse algo para ayudarlo. Podría colocársele un "recordatorio" que le informe cuando está por recaer en su hábito. Estos recordatorios suelen consistir en proyecciones de alambre que salen o de un aparato removible o de un arco lingual unido a unas bandas. El éxito suele ocurrir en unos casos pero no en todos. El fracaso irrita a los niños y los puede inducir a otro hábito que sea menos aceptable socialmente. Cuando los resultados son satisfactorios la disposición dentaria mejora notablemente, interviniendo en algunos casos la ayuda profesional psicológica.

En 1929, Olson realizó estudios muy valiosos sobre los hábitos en los niños normales. Los sujetos de estudio fueron 225 varones y 242 niñas de 10. a 60. grado escolar. En los resultados se observaron todos los posibles hábitos nerviosos en niños, como son los bucales, nasales, genitales, auriculares, pilosos y oculares. Se notó que los hábitos que más frecuentemente se presentaban eran los bucales, seguidos por los nasales y los pilosos, siendo los últimos los genitales.

Se tuvo oportunidad también de comprobar que con excepción de los hábitos auriculares y genitales, en todos los demás hábitos y principalmente la onicofagia

y la succión del pulgar revelan una incidencia evidentemente más alta en las niñas.

Considerando los malos hábitos orales que más -- afectan y preocupan al Cirujano Dentista, presentamos la siguiente clasificación:

- A) Hábito de succión
 - a) Succión digital
 - b) Succión de chupetes y mamilas
 - c) Succión labial
 - d) Succión de carrillos
- B) Hábitos linguales
 - a) Lengua proctáctil
- C) Respiración bucal
- D) Bruxismo
- E) Mordedores de objetos diversos

HABITO DE SUCCION

En experimentos realizados en fetos, Bolaffio y Artom encontraron que, desde el tercer mes de vida intrauterina, la succión es teóricamente posible. Una de las primeras zonas del organismo donde se desarrolla -- una función muscular coordinada es alrededor de la boca. Al nacer el niño está dotado de la habilidad de -- succionar. Aún antes del nacimiento han sido observa-- das fluoroscópicamente contracciones orales del feto. La capacidad de succionar sirve de medio de autoconser-- vación, pues sin la posibilidad de tomar los alimentos en forma sólida, el niño sucumbiría por inanición. --- Puesto que el bebé no puede masticar ni digerir los --

alimentos sólidos, la succión de los líquidos es fundamental para su existencia. La propiedad de succionar - la posee ya, antes de haber desarrollado otros controles musculares, pero es hasta el sexto mes en el -- que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de succión. Se observó también - que en fetos de mayor edad, con la simple estimulación de los labios se producen movimientos de succión; los - cuales, casualmente acompañan a un movimiento protusivo de la lengua.

Por el contrario Gessell (1945) indicó que es - aproximadamente hasta el séptimo mes de vida intrauterina, en que aparece la succión, y hasta el nacimiento cuando este reflejo se presenta en una buena forma.

Desde el momento del nacimiento la gran mayoría de los niños desarrollan una actividad oral que va más allá de lo que corresponde a tomar el alimento, ya sea de pecho o del biberón, o de cómo se hablará más adelante, según algunas teorías, de una especie de esfuerzo para lograr un placer sensual. Obviamente hay una - tendencia innata o adquirida precozmente a utilizar la succión y los mecanismos bucales para otros propósitos distintos a los de tomar los alimentos o satisfacerse sexualmente. Estos movimientos del niño con la lengua, los labios y a veces con los dientes adquieren un papel muy importante en sus primeras aventuras en la vida. Es la boca el vehículo con que el niño se comunica y explora el mundo que lo rodea y en el cual vive, y - es precisamente en esta etapa en que los labios y la lengua realizan casi la misma función que los ojos y los oídos. La mayoría de los primeros contactos acti--

vos del niño con su medio se efectúan por medio de la boca y de los labios, aún después de tener conciencia de lo que logra ver y oír, no es sino hasta mucho tiempo después que sigue usando constantemente la boca para explorar el ambiente en el que se desenvuelve. Al alcanzar el niño la coordinación en sus movimientos y adquirir la capacidad de llevarse con las manos, objetos a la boca, lo que sucederá en el transcurso de alguna época de su infancia. Lo que quiere decir que para el niño la boca es una vía sensorial. Al acercarse los objetos a la boca, éste siente la textura del objeto, su dureza o blandura, el contorno de las superficies, la temperatura y explora el sabor de las cosas. De esta manera, es como el niño se mete en la boca restos de alimentos, pedazos de tierra, juguetes y todo aquello que encuentra a su paso.

Respecto al mecanismo de succión, Kokhaus advierte que puede tomar varias formas, como es la succión del dedo pulgar u otros dedos, labios o cualquier objeto que sea introducido dentro de la boca, o bien que el objeto succionado sea también mordido, proceso muy parecido al del amamantamiento, que son períodos de gran actividad siendo estos alternados con intervalos de reposo.

El hecho de que todos los niños al nacer, y en la primera época de su vida toman por costumbre llevarse a la boca todo lo que encuentran a su paso, no significa que sea anormal, pero si esta costumbre persiste a través de un tiempo razonablemente largo, es cuando cae dentro de los hábitos considerados fuera de lo normal.

MALFORMACIONES

Los efectos de la succión suelen ser muy variados dependiendo de algunos factores como el tipo de objeto succionado, la frecuencia, dirección, intensidad de la fuerza ejercida y la duración del hábito. También hay que tomar en cuenta las malformaciones producidas dependiendo de la tendencia a la transformación que los tejidos bucales y faciales presentan ante los objetos extraños en la boca.

Las malformaciones causadas por la succión y presiones inadecuadas, se captan en las malposiciones dentarias, crecimiento anormal o retardado del hueso, respiración defectuosa, alteraciones faciales, dificultades para hablar e innumerables problemas psicológicos.

Evidentemente que la mayoría de los hábitos de succión no presentan una malformación aparente, pero hay que aceptar que pueden producir, en la mayoría de los casos una maloclusión sumamente grave.

Ahora bien, tomando en cuenta que la succión está considerada uno de los hábitos infantiles más comunes y de más graves consecuencias, tanto profesionales de Odontología, Pediatría y Psicología lo han dividido para estudiar cada una de sus manifestaciones por separado. Habitualmente, cuando la succión es un mal hábito puede presentarse en una o varias de las siguientes formas:

- a) Succión digital
- b) Succión de chupetes y mamilas
- c) Succión labial

d) Succión de carrillos

Para profundizar más el estudio de estos aspectos de la succión se analizarán por separado en las siguientes partes de este capítulo.

SUCCION DIGITAL

La succión digital es uno de los hábitos infantiles más nocivos, que han preocupado e interesado a padres, psicólogos, pediatras y dentistas. Desde el punto de vista paterno, la succión digital es un hábito que no es aceptado socialmente; el psicólogo se interesa por éste, ya que puede ser la manifestación o repercusión de otro problema mayor; el pediatra teme a las deformaciones de los dedos, o bien a una alimentación deficiente del niño y al igual que el cirujano dentista a las malformaciones bucales que el niño puede sufrir por este hábito.

Es probable que todos los niños se succionan los puños, los dedos o los pulgares en un momento u otro durante la infancia y el comienzo de la niñez.

Existen ciertas condiciones obvias, que estimulan al niño a succionarse el pulgar, ya que éste es el dedo que puede chuparse más cómodamente; además lo acompaña siempre y éste es el medio más útil para poner a trabajar un mecanismo que se encuentra preparado para funcionar desde el momento del nacimiento; y el cual, desde una temprana edad constituye una característica de lo que una experiencia satisfactoria debe ser.

A pesar de que existe una diferencia en cuanto al

momento en que comienzan a chuparse el dedo, ya sea en los primeros días de vida o en las semanas siguientes, muchos niños, o probablemente todos, succionan uno o más dedos en mayor o menor grado. En 1937 Gesell e Ilg expusieron el caso de un niño, el cual se había succionado el dedo pulgar antes del nacimiento, el dedo del recién nacido estaba hinchado al producirse el parto, y se indicó que poco después del primer llanto la criatura se llevó el dedo hinchado a la boca.

Varias teorías, y muchas de ellas contradictorias entre sí, han sido expuestas para explicar las causas de la succión del dedo pulgar. Según Lewis, las condiciones de debilidad como son la fatiga, el hambre, -- una tensión emocional, enfermedades, después de un resaca, etc., pueden ser factores preponderantes en la -- estimulación de la succión digital. Existen otros autores que indican que este hábito puede ser debido a un destete prematuro, causando al niño una experiencia -- desagradable y frustradora, la cual puede tener una conexión importante con el desarrollo emocional del niño.

Levy (1928), vió que la succión digital es in-- cremento siempre que se privaba al niño del número ordinario de mamadas que hasta ese momento había tenido, como cuando se suprimía del plan diario de alimenta-- ción del niño un biberón.

Concretamente se pueden agrupar todas las distin-- tas ideas en tres teorías:

A) La succión como una respuesta a un impulso -- oral.

Según algunas opiniones el niño succiona el pulgar o los otros dedos, ya que la necesidad de ejerci--

tar el mecanismo de succión no queda satisfecha durante el proceso para obtener su alimento. Levy (1937) ratificó estas ideas diciendo que según su teoría es más probable que un niño el cual está siendo alimentado -- con biberón siga haciendo succión si la abertura de la tetina es grande y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño provocando un mayor esfuerzo durante un tiempo mayor, obteniendo la misma cantidad de leche. Otro ejemplo que también señala Levy, es el de un niño que presentaba succión del dedo pulgar cuando no se le daba su alimento en su horario cotidiano, pero dejaba de hacerlo cuando se le volvía a dar el alimento.

B) La actividad oral como auxiliar del deseo de alimentarse.

Otra teoría relacionada hasta cierto punto con la anterior es la que dice que la succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer que se encuentra asociado con la obtención del alimento, inclusive cuando éste existe.

Una de las primeras y más profundas satisfacciones en la vida del niño es el alivio del hambre, siendo éste el motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad la obtención del alimento en la cual la parte más activa es la desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador; éste siente que dentro de él algo le está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento, y de la succión por consiguiente, esta molestia desaparece encontrándose más descansado, la acción de succionar viene acompañada de un bienestar y

satisfacción. Es por lo que, no debe de extrañar que el niño trate de descubrir los medios para poder restablecer aunque sea en parte esta sensación de bienestar y satisfacción, los cuales logra por medio de la succión, y es por lo que esta teoría dice que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañada de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener esta satisfacción, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria que es la de succionar.

C) La succión como una actividad sexual.

Esta teoría que es la que apoya Freud, nos dice que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producido por la acción de succionar es una especie de estimulación erótica, que proporciona un placer sensual del mismo tipo que las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales. Descritas de esta forma, las satisfacciones producidas por la estimulación oral representan lo que podríamos llamar la actividad sexual en este período de la vida. Dice esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral. Se ha llamado fase o etapa oral al período de la presencia de estas actividades, y es considerada como una de las etapas anal, uretral y genital, por las que también pasa el niño.

Muchas veces los niños pueden dejar de succionar durante un tiempo prolongado y luego volver a hacerlo con más vigor que antes, pudiendo muchos conservar durante años el hábito de succionarse el pulgar o cualquier otro dedo.

Starr indica que la succión del pulgar se presenta con mayor frecuencia cuando existe una falta de armonía en la relación materno infantil. Divide Starr el problema de la succión digital según su aspecto clínico en tres fases del desarrollo:

Fase I.- En esta fase, considerada de igual forma por Gesell e Ilg, es en la que se puede tomar a la succión como normal y de una significación subclínica; esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar u otro dedo, en especial al dejar de mamar. Pero cuando el niño ya presenta una tendencia específica al chupeteo con mayor vigor hay que tomar una actitud correctiva para evitar futuros problemas bucales. Sobre este punto indica Klackenberg -- que en esta etapa es preferible el uso del chupón de hule sobre la succión vigorosa del pulgar ya que en -- estudios realizados por él, el chupón es menos perjudicial.

Traisman corroboró lo dicho por Starr al indicar que en esta fase en la que el chupeteo se incrementa; en un estudio realizado por ellos con 2650 sujetos -- desde el nacimiento hasta los 16 años; observaron que casi la mitad se succionó el dedo pulgar an algún momento durante el período de observación, y de estos un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el otro 25% comenzó antes de cumplir un año.

Fase II.- En esta segunda fase la succión ya presenta una significación clínica, más o menos de los dedos a los cuatro años de edad. Esta fase requiere de -

una mayor atención, ya que a esta edad el chupeteo -- nos muestra una ansiedad, y principalmente, desde el -- punto de vista del odontólogo, el final de esta segun- da fase está ya cerca de poder producir sus efectos no civos sobre la dentición permanente y otros tejidos bu cales.

Sobre esto Traisman advirtió, que en el mismo -- estudio mencionado con anterioridad, la edad promedio en la que se interrumpió la succión digital fue a los tres años ocho meses, pero que también varios de los -- niños continuaron con el hábito y algunos lo abandona- ron hasta los 12 ó 15 años.

Fase III.- Al persistir el hábito en el niño des pués de los cuatro años, representa para el odontólogo un problema mayor, ya que a esta edad el hábito puede presentar también una patología psicológica o emocio- nal, la cual influirá grandemente en la persistencia -- del hábito.

Michaels y Goodman en 1934 suministraron datos -- sobre perturbaciones y hábitos en 255 varones y 220 ni ñas de 6 a 16 años, los cuales asistieron a un campa- -- mento de verano. La información que se obtuvo de este estudio fue en parte de los padres y en parte de los -- sujetos por medio de la observación y preguntas. Se -- llegó a observar varios hábitos y de distintos tipos, pero dentro de los bucales se notó la succión del dedo pulgar, presentándose en el 17.6% de los varones y en el 34.1% de las niñas, mostrándonos que el hábito de -- la succión digital aún se encuentra cuando el sujeto -- presenta ya una dentición permanente o bien una denti- ción mixta, que de cualquier manera se verá seriamente



Maloclusión por succión digital.

afectada por dicho hábito.

Anteriormente, en 1929 Olson había indicado, al igual que Michaels y Goodman, que no nada más la succión del dedo pulgar sino que la mayoría de los hábitos se ven más frecuentemente en niñas que en varones.

En la mayoría de las ocasiones la succión del pulgar se ve acompañada de otros hábitos secundarios. Algunos niños no podrán dormirse si no se chupan el pulgar o cualquier otro dedo y a la vez se acuestan con algún juguete o algún trapo o cobija de su agrado; o bien, algunas veces se acarician o escudriñan la nariz con el dedo índice, o se estiran un mechón de pelo o dan de tirones al lóbulo de la oreja, siendo estos algunos de los hábitos secundarios típicos.

En cuanto a las malformaciones producidas por la succión digital sobre el maxilar superior e inferior, los tejidos blandos y los arcos dentales incluyendo la oclusión, van a depender de varios factores. Entre los principales está el de la duración del hábito, la frecuencia con que se practique, tanto durante el día como en la noche, ya que el niño que se chupa el dedo eventualmente sólo cuando va a dormir tiene menos posibilidades de malformaciones que uno que tiene su dedo constantemente en la boca, la posición del pulgar dentro de la boca, el cual por lo general se encuentra con la yema apoyada contra el paladar, mientras que la uña o el dorso va en contacto con la lengua o el maxilar inferior, la posición de la mandíbula, el desarrollo óseo, el estado de salud del niño, las contracciones musculares de los carrillos acompañantes a la succión y otros tantos factores también de importancia.

Rákosi, realizó un estudio con 413 niños los cuales presentaban distintos casos de maloclusión, en este estudio se indicó que el 85% de los niños presentó la succión del pulgar por más de cuatro años; como conclusión se obtuvo que la succión del dedo pulgar o cualquier otro era de las principales causas en la aparición de maloclusiones. A su vez, Kjellgren en un estudio de 167 succionadores del dedo pulgar, encontró el 87% con maloclusión; también Popovitch reportó que un 52% de los 689 niños que estudió, cuyas edades variaban de los 3 a los 12 años, presentaban maloclusiones que probablemente eran provocadas por malos hábitos orales.

La malformación que con más frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar, es la mordida abierta anterior.

Durante el mecanismo de succión, la mandíbula se retráe, pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retrucción y los incisivos inferiores se lingualizan. Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de cambio articular, y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, al producirse la liguvversión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar en dirección lateral, resultando un arco dental estre-

Rákosi, realizó un estudio con 413 niños los cuales presentaban distintos casos de maloclusión, en este estudio se indicó que el 85% de los niños presentó la succión del pulgar por más de cuatro años; como conclusión se obtuvo que la succión del dedo pulgar o cualquier otro era de las principales causas en la aparición de maloclusiones. A su vez, Kjellgren en un estudio de 167 succionadores del dedo pulgar, encontró el 87% con maloclusión; también Popovitch reportó que un 52% de los 689 niños que estudió, cuyas edades variaban de los 3 a los 12 años, presentaban maloclusiones que probablemente eran provocadas por malos hábitos orales.

La malformación que con más frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar, es la mordida abierta anterior.

Durante el mecanismo de succión, la mandíbula se retrae, pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retrucción y los incisivos inferiores se lingualizan. Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de cambio articular, y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, al producirse la ligovisión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar en dirección lateral, resultando un arco dental estre-

Rákosi, realizó un estudio con 413 niños los cuales presentaban distintos casos de maloclusión, en este estudio se indicó que el 85% de los niños presentó la succión del pulgar por más de cuatro años; como conclusión se obtuvo que la succión del dedo pulgar o cualquier otro era de las principales causas en la aparición de maloclusiones. A su vez, Kjellgren en un estudio de 167 succionadores del dedo pulgar, encontró el 87% con maloclusión; también Popovitch reportó que un 52% de los 689 niños que estudió, cuyas edades variaban de los 3 a los 12 años, presentaban maloclusiones que probablemente eran provocadas por malos hábitos orales.

La malformación que con más frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar, es la mordida abierta anterior.

Durante el mecanismo de succión, la mandíbula se retráe, pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retrucción y los incisivos inferiores se lingualizan. Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de cambio articular, y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, al producirse la ligoverción de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar en dirección lateral, resultando un arco dental estre-



Esquema que muestra la posición del pulgar dentro de la boca, el que -- ejerce presión sobre los incisivos superiores labialisándolos, sobre el paladar impidiendo su desarrollo y afectando a la lengua y otros tejidos.

cho elevándose la bóveda palatina con lo que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a la posición normal; se presenta una protrusión de los --- dientes anteriores superiores, una sobremordida vertical profunda (overbite), una protusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores.

Al producirse la protusión del maxilar superior y la retrusión de la mandíbula, provocando consigo una mordida abierta, se va a producir una distalia, o sea un trastorno de la articulación de los fonemas, como cuando se deja escapar involuntariamente parte del aire que se encuentra en la cavidad bucal o bien la lengua no puede hacer un buen contacto con los incisivos superiores, ya que están protruidos, o con el paladar el cual se encuentra sumamente elevado.

Cuando la succión es muy intensa y prolongada, las alteraciones no son nada más bucales, sino que se pueden observar también en el dedo, con el espesamiento de la piel, callosidades o cicatrices.

La succión digital al provocar la protrusión de los incisivos superiores puede dar origen a otros hábitos bucales, como son la lengua protractil y la succión del labio inferior.

CHUPETES Y MAMILAS

La alimentación es sin duda uno de los actos más importantes en la vida humana, en la infancia adquiere una gran importancia. Una correcta alimentación representa un factor predisponente en el favorable desarrollo del niño.

Se han suscitado numerosas polémicas respecto -- a cómo se debe alimentar al niño, con pecho o con biberón, y en casi todas no se ha tomado en cuenta la gratificación sensorial que va asociada con la alimenta--ción de pecho, y la cual es de suma importancia. Los - fabricantes de mamilas, al concentrarse básicamente en la obtención del alimento han olvidado la fisiología - elemental del amamantamiento. En la alimentación de pecho, la lengua es traída hacia adelante poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula rítmica--mente hacia arriba y abajo y hacia adelante y atrás, - provocando de esta manera el movimiento de succión. El calor del pecho lo siente el niño no nada más en los - tejidos que están en contacto directo con el pezón, -- sino que también dentro de un área que se extiende por fuera de la boca. El calor y el amor materno dan sin - duda una sensación de alegría y bienestar que unidas - al alimento van a lograr una completa satisfacción del niño.

Las mamilas convencionales carecen de estas ca--racterísticas, por lo que la fisiología del amamanta--miento no es duplicada.

Debido al mal diseño de las mamilas, la boca se encuentra más abierta y se requiere de una demanda -- anormal por parte del mecanismo de succión. Los movi--mientos rítmicos hacia adelante y atrás por parte de - la mandíbula, la elevación y declinación de la lengua se ven reducidos, y esta reducción se incrementa aún más cuando el agujero de la mamila se ve agrandado, y la leche o el líquido alimenticio prácticamente son -- chorreados dentro de la garganta del niño, disminuyen-

do así el ejercicio que debería de hacer el niño durante su amamantamiento y que es el que favorece al crecimiento de la mandíbula.

En recientes estudios realizados, se encontró -- que la alimentación a pecho es más recomendable que la efectuada con biberón. Anna Freud y Borlingham (1944), lo expresaron de la siguiente manera: "los niños criados con pecho, naturalmente, están en mejores condiciones que los criados con biberón".

De acuerdo con Harwick (1930), los niños criados con biberón se encuentran expuestos frecuentemente a sofocaciones y a sufrimientos de ansiedad como consecuencia.

Anderson realizó un estudio comparativo entre la alimentación por medio del pecho, del biberón y mixta, llegando a las conclusiones de que los niños alimentados con pecho se encontraban mejor ajustados y presentaban menor número de hábitos orales, mientras que los niños alimentados con botella mostraban frecuentemente hábitos de succión, los cuales se veían incrementados cuando el biberón había sido usado como un medio para aquietarlos e inducirlos al sueño.

Una alimentación incompleta, o sea que no se termina de alimentar al niño hasta que esté completamente satisfecho, puede provocar que el niño enfoque esta -- hambre hacia hábitos de lengua, labios y succión digital. No es posible especificar cuánto tiempo se debe de tomar la madre en alimentar al niño, ya que algunos niños requieren de mayor atención y tiempo, pero no es necesario tratar de evitar que el niño se quede con -- hambre.

A parte de una alimentación incompleta, existen otros factores, los cuales son predisponentes en la presencia de problemas pediátricos y dentales, como mamilas mal diseñadas y técnicas deficientes de alimentación con botella.

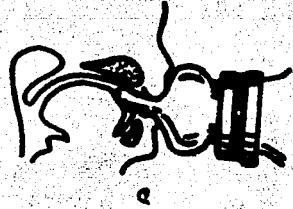
La mamila convencional requiere del niño solamente que succione, no tiene que trabajar y ejercitar su mandíbula para que se desarrolle. Con este tipo de mamila, y debido a su nariz redonda, la boca se encuentra abierta indebidamente más de lo normal y los labios sellan difícilmente propiciando una entrada mayor de aire, y una presión anormal de los músculos efectuada como una respuesta compensatoria a los excesivos movimientos de apertura.

Tratando de duplicar al máximo el pecho materno la casa Rocky Mountain fabricó una mamila la cual incita al niño a realizar la misma actividad funcional que durante la alimentación a pecho. Esta mamila consta de un chupón de mayor tamaño de lo normal, que entra en contacto no solamente con los labios, sino con una mayor área alrededor de la boca; su nariz es más larga y se encuentra diseñada de tal forma que permite un mejor sellado entre la lengua y el paladar durante la alimentación.

Se ha discutido mucho sobre el uso de los chupetes. Algunos padres los utilizan como "tranquilizadores" o bien para inducirle sueño al niño. En muchas ocasiones el niño logra satisfacer su hambre más no su deseo de succión, y es cuando busca algo en que desahogar su deseo. La pregunta que tanto padre como pediatras y dentistas se han venido haciendo es: "¿Es acon



Alimentación con una mamila convencional. Nótese que la boca -- está abierta indebidamente más -- de lo normal y los labios cie-- rran con dificultad. Fig. (A)



Alimentación con una mamila fi-- siológica. Toda el área perioral entra en contacto con la mamila que le proporciona un valor pare-- cido al materno y que por ser -- flexible los labios se adaptan -- fácilmente a ella.



Chupete fisiológico que permite la estimulación para el creci-- miento del arco dental, debido a su buen contacto paladar.

sejable el uso de chupetes en niños? ". Consideramos - que es preferible que no sea usado, pero si nos encontramos con niños que tienen un gran deseo de succión y no canalizamos este deseo hacia un chupete diseñado -- apropiadamente, ellos lo harán pero hacia otros hábi-- tos como es la succión digital, la cual con el tiempo - causará más problemas y nos costará más trabajo desterrrar.

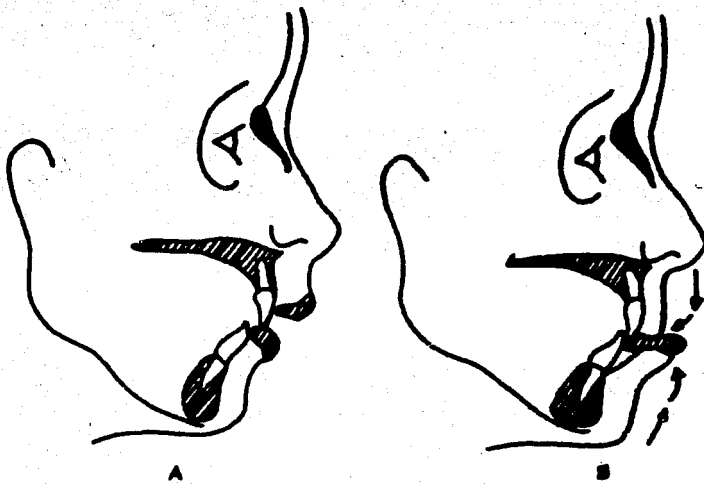
De la misma manera que la mamila, el diseño del chupete es de gran importancia para prevenir probables maloclusiones.

La casa Rocky Mountain fabrica dos tipos de chupetes para niños. El primero, que es un ejercitador, - está diseñado de tal manera que estimula y provoca los movimientos del amamantamiento, dándole así al niño -- una agradable satisfacción. El otro chupete que es mayor y se utiliza para niños mayores de un año tiene un contacto palatartal que permite toda posible estimula-- ción para el crecimiento del arco dental.

Como es natural el uso del biberón anatómico jun-- to con el chupete fisiológico usados correctamente reducirán de gran manera la necesidad y el deseo del ni-- ño para ejercicios suplementarios entre comidas y du-- rante las horas de sueño como son la succión digital - y los hábitos de lengua.

SUCCION LABIAL

La succión labial o queilofagia es una actividad normal que aparece en muchas ocasiones como resultado de una succión digital, pudiéndose presentar simplemen



A.- Postura Normal

B.- Realizando los ejercicios



Maloclusión originada por la succión del labio. Nótese la labioversión de los -- dientes anteriores superiores y la mordi da abierta anterior.

te como una mordida al labio, o bien como una succión labial con mayor fuerza.

Al presentar un niño la succión digital por un tiempo prolongado, sufrirá éste una serie de malformaciones bucales las cuales propician la aparición de -- actividades musculares compensatorias y que a su vez -- incrementan dichas deformidades.

Cuando se presenta el caso de una sobremordida horizontal, le es más difícil al niño lograr un cierre normal de los labios para poder efectuar la deglución, y es por lo que coloca su labio inferior pegado a la cara palatina de los incisivos superiores, ejerciendo así una presión negativa sobre los dientes anteriores al intentar cerrar la boca.

En numerosas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital se dan cuenta que al succionarse el labio inferior o simplemente mordiéndoselo, -- logran obtener la misma satisfacción que obtenían al -- chuparse el dedo, y así poco a poco irán desplazando a la succión digital para dedicarse por completo a su -- nuevo hábito que les parecerá más cómodo y conveniente.

Referente a las malformaciones producidas por -- succión labial ésta va a causar una sobremordida horizontal amplia. Es cierto que cuando ya existe una sobremordida ésta va a ser una de las causas para que -- aparezca la succión labial, pero al aumentar esta succión va a provocar que la sobremordida sea mayor, efectuándose así un círculo vicioso.

Al colocar el niño el labio inferior sobre la cara palatina de los incisivos superiores y deglutir --

con una actividad anormal de los músculos, va a ejercer una sobrepresión sobre estos dientes labiolizándolos, y los incisivos inferiores por la misma sobrepresión van a tender a lingualizarse.

El labio superior no va a poder hacer contacto con el inferior como sería lo usual en la deglución normal, y tiende a volverse hipotónico; además que al dejar de funcionar se retráe o se vuelve corto. A su vez el labio inferior en casos severos muestra por sí solo los efectos del hábito, ya que su borde se encuentra abultado y se vuelve hipertrófico; en algunos casos aparecen herpes crónicos acompañados de áreas de irritación.

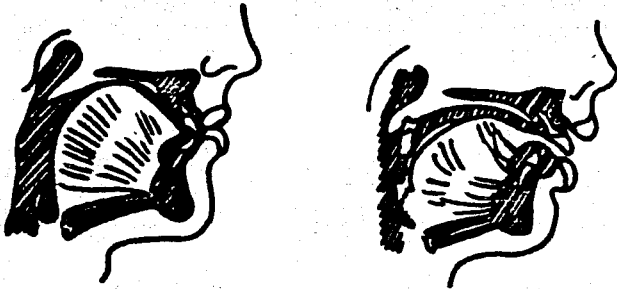
LENGUA PROTRACTIL

El hábito de lengua protractil es el acto en el cual, el niño interpone o adelanta su lengua durante el acto de la deglución.

La lengua protractil se observa frecuentemente en niños que presentan una mordida abierta anterior y una protusión de los incisivos superiores, pero las preguntas que normalmente se efectúan dentistas e investigadores son ¿es el hábito la causa de estas malformaciones?, ¿únicamente está relacionado?, o bien ¿es el resultado de la mordida abierta?. Una respuesta concreta a esta serie de preguntas sería imposible, ya que ésta variará de un sujeto a otro y lo que en algunos podría ser la causa, en otros sería el resultado.

Respecto a la etiología varios son los autores, entre ellos Anderson, Graber y Moyers que afirman que el hábito de lengua protractil es el resultado de un -

Deglución normal



**Deglución anormal, debida a
amigdalas hipertróficas.**



Una mordida abierta circunscrita, debida a empuje lingüal simple.



Fotografía de un empuje lingüal complejo antes del tratamiento.



A y B, el uso de señales táctiles a la --
lengua para enseñar la posición correcta
durante la deglución. C y D, el uso de se
ñales visuales para enseñar la posición -
correcta de la lengua durante la deglu---
ción. Estas fotografías muestran un par -
de modelos cortados en dos y una esponja
plástica blanda de color rojo, que puede
usarse para simular las posiciones lingua
les.

hábito de succión digital, ya que después de ésta ha creado una mordida abierta anterior, la lengua se proyecta hacia este espacio ocupándolo, aumentándolo, e impidiendo que éste se cierre.

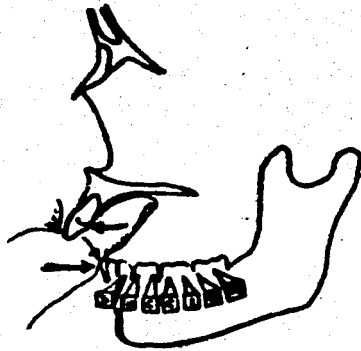
En un estudio realizado por Anderson, notó que el 54.2% de los sujetos observados con hábito de lengua protráctil habían presentado succión digital, y que de los sujetos que no presentaban lengua protráctil, únicamente el 25% había tenido succión digital.

Cuando existen amígdalas hipertróficas e hipersensitivas, provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de ésta se desplace hacia adelante creando así el hábito de lengua protráctil.

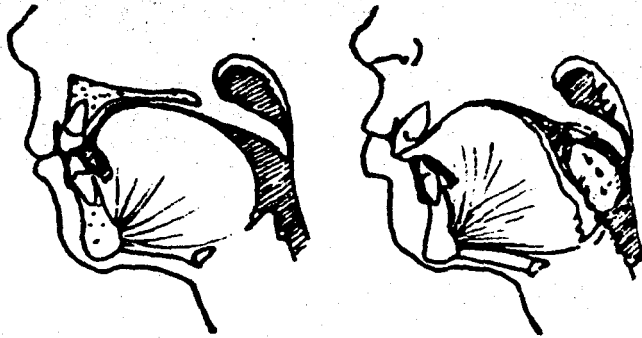
Otras de las causas que pueden dar origen a este mal hábito lingual es el haber alimentado al niño con mamila por demasiado tiempo, y haber demorado en sustituirla por alimentos más sólidos.

Anderson, en el estudio mencionado con anterioridad, observó que un mayor número de niños con lengua protráctil habían recibido una alimentación con botella. En un estudio el 83% de los sujetos en observación fueron alimentados con botella, mientras que con pecho únicamente el 17%, pero el 91.7% de los alimentados con botella presentaban lengua protráctil, y de los alimentados con pecho únicamente el 8.3%.

La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan lengua protráctil. Al no poder mantener el niño dentro de su boca la lengua por ser demasiado grande, comenzará a protuirla, y si esto no es corregido dará origen a este hábito lingual.



Dirección de la aplicación de la fuerza a la dentición durante la succión del pulgar. Los incisivos superiores son empujados labialmente; los incisivos inferiores lingüalmente, mientras los músculos bucales ejercen presión hacia lingüal contra los dientes en los segmentos laterales del arco dentario.



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. La punta de la lengua puede ser mantenida como se muestra, o ligeramente en contacto con las caras linguales de los incisivos inferiores. B, deglución anormal, debida a amígdalas hipertróficas. Cuando la lengua se retrae, toca las amígdalas inflamadas e hinchadas. El dolor provoca la caída de la mandíbula, de modo que la lengua puede adelantarse alejándose de la región faríngea. Con la mandíbula descendida, los labios deben cerrarse forzosamente para mantener la lengua en la cavidad bucal. Por lo tanto, hay una fuerte contracción del músculo mentoniano con todos los empujes linguales durante la deglución.

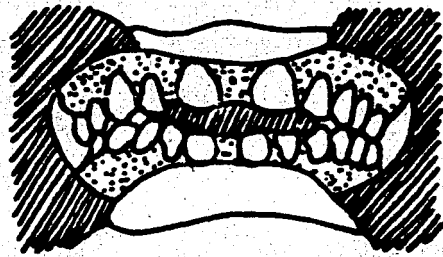
El acto de proyectar la lengua hacia adelante se realiza principalmente durante la deglución, y se provoca así un acto de deglución anormal.

Durante la deglución normal los músculos de la masticación actúan para poner en oclusión los dientes y mantenerlos así durante todo el acto, la punta de la lengua hace contacto con la papila incisal del maxilar y con las caras linguales de los incisivos superiores, el dorso y los lados de la lengua se acercan al paladar haciendo presión sobre éste y los labios se encuentran cerrados suavemente.

En la deglución anormal los músculos de la masticación no trabajan para ocluir los dientes y realizar así el "sellado bucal", sino que la lengua es protuida por entre los dientes superiores e inferiores realizando de esta manera la deglución.

De acuerdo con varios autores, una de las causas de la deglución anormal es la persistencia de la deglución visceral o infantil aún después de que han hecho erupción los dientes. En la deglución infantil el niño deglute con los rebordes gingivales separados, los cuales aún se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos primarios, forman éstos una separación o barrera entre los labios y la lengua, y normalmente la forma de la deglución cambia, entrando en función los músculos de la masticación, pero en ocasiones no sucede así y la deglución visceral persiste.

El hábito de la lengua protráctil, como ya se dijo, puede ser causado en algunos casos por la mordida abierta anterior, pero casi siempre el hábito es la causa y no el resultado.



Protrusión lingual

Los distintos efectos, ya sean causados por el tamaño, la postura o la forma de la lengua o del acto de deglutir, van a repercutir enormemente en la estructura y constitución de los tejidos bucales.

La macroglosia es una de las causas que mayormente afectan a los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior, diastemas, y en casos severos, incrementar el crecimiento de la mandíbula.

Durante la deglución la lengua ejerce una presión desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta presión es compensada por la fuerza que ejercen los labios y carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, y ya que es profunda en cada deglución y como deglutimos por lo menos 1000 veces al día como resultado la labialización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida abierta anterior y por consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario de ceceo así como probablemente del lenguaje.

RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal es un hábito oral nocivo que pueden presentar frecuentemente los niños, y el cual muchas veces pasa desapercibido ante los padres y los cercanos al niño.

Para el niño su manera de respiración parecerá normal, ya que por falta de conocimientos, y a pesar de

presentar una obstrucción nasal o alguna otra causa -- que predisponga la respiración bucal, va a pensar que todas las personas respiran igual que él.

La respiración bucal puede deberse a varias causas las cuales se pueden clasificar arbitrariamente -- dentro de tres grupos:

- A) Por problemas nasales
- B) Por problemas bucales
- C) Por costumbre.

Los problemas nasales que causan una obstrucción en las vías respiratorias, son los que con más frecuencia dan origen a la respiración bucal.

Los niños que padecen de una obstrucción nasal -- presentan una ventilación entorpecida; esta obstrucción puede ser total o parcial pero indudablemente va a dificultar la inspiración y expiración provocando -- que el niño respire por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que más frecuentemente presentan los niños y pueden dar origen a la respiración bucal, tenemos las amígdalas y las adenoides hipertróficas; cornetes demasiado grandes o inflamados; sinusitis crónica; rinitis medicamentosa, -- la cual, es causada por ciertas drogas que congestionan la mucosa nasal obstruyendo los conductos nasales, esto desaparece al suspender el medicamento; rinitis vasomotora, que es más bien un término bajo el cual varias enfermedades nasales sin un diagnóstico específico son clasificadas; alergias que afectan a la mucosa nasal; y el tabique nasal desviado.

Ciertas maloclusiones dentales tales como incisivos superiores labializados, o mordida abierta anterior, impiden que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones es el mismo labio que al encontrarse corto no logra realizar el sellado bucal, favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

En algunas ocasiones cuando la causa aparente de la respiración bucal ha sido eliminada, ya sea nasal o bucal, y el niño sigue respirando por la boca, presenta éste una respiración bucal por hábito o costumbre.

Un aspecto típico que casi siempre presentan todos los respiradores bucales es el que se conoce como "faciales adenoidea", que se caracteriza por amplia distancia interpupilar, boca entre abierta, los dientes superiores anteriores se encuentran labializados, existe apiñamiento de los dientes anteriores inferiores, hipotonía del labio superior e hipertrofia y agrietamiento del inferior, frecuentemente sobremordida, desarrollo pobre del piso de la nariz, y falta de crecimiento de la mandíbula.

En estudios realizados en otorrinolaringólogos, comprobaron que las personas que presentan respiración bucal padecen con mayor frecuencia molestias en el aparato respiratorio.

En un examen clínico de un paciente con respiración bucal podremos observar abundancia de cálculos dentales, la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que provoca la respiración anormal, las encías están crecidas en la zona labial de los incisivos superiores, si el labio supe--

rior cubre parte de la mucosa gingival, es posible notar una clara diferencia en el límite del tejido que se encuentra protegido y del no protegido. La intensidad de la irritación variará según la porción expuesta al aire así como el grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente. Por lo general, la zona más afectada es la anterior del maxilar superior, ya que la porción posterior del maxilar superior y toda la mandíbula se encuentran más protegidas del aire por los carrillos y la lengua, pero en casos extremos la afección se puede extender en toda la boca, provocando una inflamación crónica y la degeneración progresiva de los tejidos gingivales, si no son sometidos a tratamiento.

Durante la respiración bucal, la mandíbula se encuentra abatida y la lengua es colocada sobre los incisivos inferiores con el fin de dejar un libre paso al aire, dando como consecuencia una ligera mordida abierta.

Debido a que la respiración se encuentra relacionada íntimamente con el habla, los pacientes que presentan respiración bucal así como las malformaciones resultantes de esta anomalía, padecerán de alteraciones en el habla.

BRUXISMO

El bruxismo es uno de los hábitos orales infantiles que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y tejidos adyacentes, ha sido nombrado de distintas maneras, tales como bruxomanía, parafunción, neurología traumática, y más recientemente briquismo y bricomanía.

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 subconsciente y es controlado 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 deberá de 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 por parte del paciente fue comprobado por Bundgaard-Jorgensen en un estudio de 496 pacientes, de los cuales el 88% padecía el hábito. A su vez Reding indicó que el 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 lo realizan durante el día al encontrarse bajo una tensión y lograr con el hábito una vía de escape.

La etiología del bruxismo es un tema, el cual hasta la fecha sigue siendo punto de discusión, sin embargo los estudios más recientes indican que las principales causas del bruxismo son la sobrecarga psíquica o emocional, las causas locales o bucales en las que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado del



**Esquema de la placa para mordida en
anteriores y de una férula oclusal
en anteriores y posteriores.**

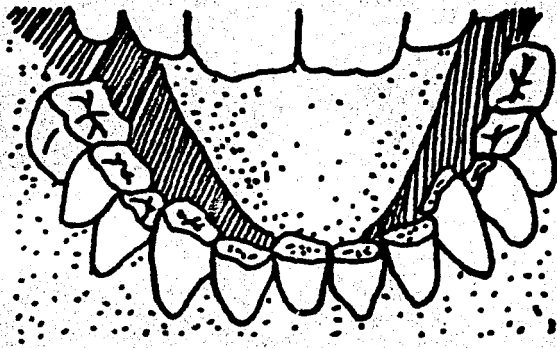
aumento del tono muscular, dicho aumento es causado -- por las interferencias oclusales, la tensión nerviosa o emocional, por dolor o por molestias.

Debemos de considerar que cualquier factor irritante al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifestación en el 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.

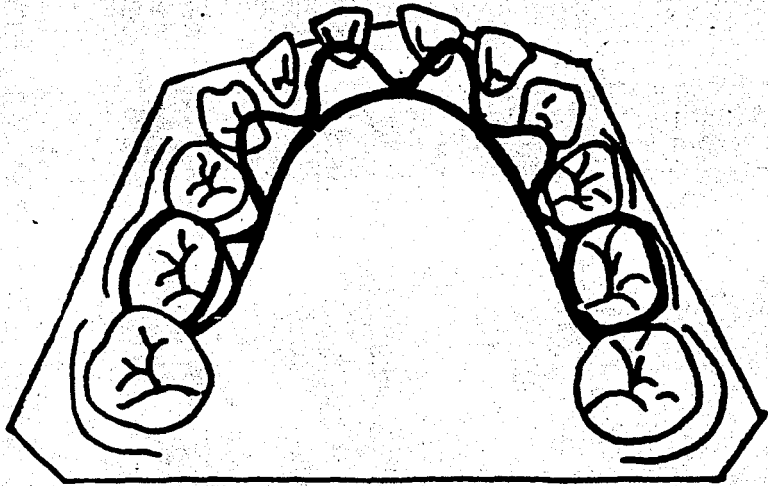
Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos: las interferencias oclusales, que pueden ser debidas a cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, etc.; hiperplasia gingival o cualquier enfermedad parodontal; colgajos gingivales de terceros molares; irregularidades linguales, labiales, o en los carrillos; dolor en la articulación temporomandibular y músculos 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 o los trabajos difíciles, pueden producir un apretar de maxilares y dientes, pero esto no debe de ser considerado como bruxismo.

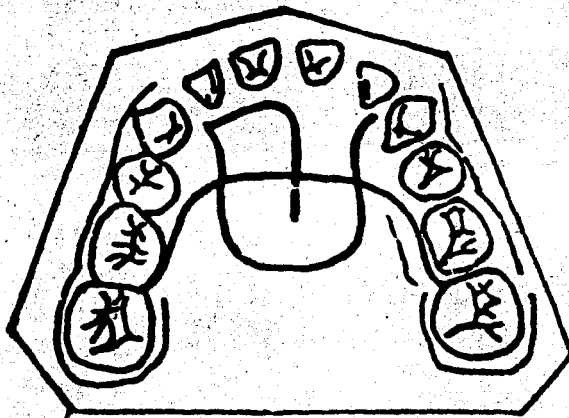
Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedades del sistema nervioso como son la meningitis, epilepsia, corea, parálisis cerebral y deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo. Durante las horas de sueño las pesadillas pueden también provocar rechinar de dientes.



**Desgaste y astillamientos en
las coronas, debido al bruxismo.**



Aparato para corrección de succión digital.



Otro tipo de aparato utilizado para la corrección de hábito de succión digital o bien lengua proctáctil.

El número y la gravedad de las malformaciones -- producidas 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 las 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 o de deglución. Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes del esmalte afilados e irritantes, astillamiento de las coronas, e inclusive fracturas de éstas y de las raíces.

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

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

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

fia muscular puede influenciar 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 Fors---berg que de 157 pacientes examinados con bruxismo el 76% presentaba molestias musculares.

SUCCION DE CARRILLOS

Las causas precisas que ocasionan la succión de ---carrillos, aún se desconocen. Existen autores que indican que tal vez este hábito tiene los mismos orígenes ---que la succión labial y digital; es decir, que puede de---berse a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia la cual no fue 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 de---cir que este hábito sólo 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 círculo vicioso, que mientras más dure y se incremente el hábito, mayor será la deformidad. Y mien---tras mayor sea la mordida abierta aumentará más el hábi---to.

HABITO DE CECEO

El hábito de ceceo que correctamente es llamado ---sigmatismo, es un defecto en la articulación del fonema "s". En inglés se le conoce como lips, en alemán lis---peln, en francés zozotement, en catalán papissot y en ---vasco sisipasa.

Los sigmatismos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, a deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de -- habilidad motora, imitación, etc. Muy frecuentemente -- aparece en los niños que han perdido prematuramente -- los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio o próte-- sis. Pueden presentarse también por malformaciones den-- tarias y fisuras palatinas--.

Para un estudio más completo de los sigmatismos, estos se han dividido según su causa, y así tenemos:

1) Sigmatismo linguolabial.- En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.

2) Sigmatismo labiodental.- Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "f".

3) Sigmatismo interdental.- Este es uno de los más frecuentes, y es debido a una protusión lingual la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.

4) Sigmatismo dental.- En este tipo la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debería ser sino contra los superiores, debido a anomalías dentarias como apiñamiento inferior, giroversiones, -- linguoversiones, etc.

5) Sigmatismo palatal.- Este defecto se presenta al retroceder la punta de la lengua y producir el soni

do entre ésta y el paladar. Este hábito puede ser debido a prognatismo o por una mordida abierta anterior, en la que la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El ceceo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protuída puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse hacia los lados, o bien provocar un paladar ojival al hacer presión sobre éste.

O N I C O F A G I A

Los niños que presentan una tensión psíquica y emocional a menudo adquieren el hábito de morderse las uñas ya que encuentran así una vía de escape para esta tensión.

Este hábito por lo general, no aparece antes de los tres o cuatro años de edad y su duración es aproximadamente hasta los dieciocho años, pudiendo terminarse antes o después.

En estudios realizados en los últimos años, se ha visto que un gran número de niños presenta o ha presentado este hábito. Michaels y Goodman vieron que de 475 niños y niñas observados, el 45.7% de los niños y el 57.1% de las niñas presentaban onicofagia. En una encuesta en la marina de los Estados Unidos se vió que el 80% del personal había practicado la onicofagia. Wechsler observó a 3000 niños neoyorquinos de los

3 a los 18 años de edad, los cuales se morderían las uñas.

La onicofagia raramente causará alguna maloclusión, en casos extremos podrá causar una atricción en los dientes inferiores, pero por lo general este hábito desaparecerá o será substituído por otros hábitos como morder lápices o fumar al ser mayores.

HABITOS DE POSICION

Existen investigadores que indican que las posiciones deficientes así como las prolongadas durante las horas de sueño, pueden producir malformaciones bucales así como faciales y craneales.

Se ha mencionado que niños que duermen sobre su brazo pueden causarse una retrusión mandibular o una mordida abierta, o niños pequeños que por dormir en una misma posición pueden moldear la cabeza produciendo una asimetría facial.

Sobre este respecto se ha exagerado y poco ha sido comprobado lo que sí puede suceder es que una maloclusión ya existente pueda ser acentuada pero no originada por esta causa.

MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS

Este hábito generalmente se ve en niños ya mayores y en personas adultas.

Se considera que este hábito es un modo de escape de una tensión emocional que pueda presentar un niño o adulto. Según varios autores es la continuación -

de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupetes, la onicofagia y otros.

El niño puede meterse cualquier objeto y mantenerlo en la boca mordiéndolo, así veremos niños en edad escolar que morderán lápices o plumas, o niñas que abrirán pasadores para el pelo con la boca, etc.

Las malformaciones que pueda producir este hábito dependerán del objeto que sea introducido en la boca, así como la duración y la intensidad con que se practique.

C A P I T U L O I V

T R A T A M I E N T O

Para efectuar cualquier tratamiento en los casos de hábitos orales deletéreos, requeriremos siempre de una historia clínica completa, y en el caso de la succión digital se recomienda independientemente de la historia que utilizamos normalmente, el empleo de una historia clínica especial sobre hábitos que complementará a la otra y la cual deberá ser obtenida preferentemente con el niño fuera del cuarto. Una buena historia clínica sobre succión digital es la combinación de las historias clínicas propuestas por Mc. Donald y Graber.

Muchos y muy variados han sido los tratamientos que se han empleado para tratar los hábitos de succión digital. Algunos de ellos han sido efectivos y han logrado vencer el hábito, pero otros no nada más no lo han vencido, sino que han provocado que éste se prolongue causando problemas mayores, tanto bucales como psicológicos.

Algunos padres han tratado por sí mismos de romper el hábito de la succión digital por medio del castigo o la fuerza y debemos de recordar que todo lo que atrae la atención del niño y absorbe sus energías en el grado en que con frecuencia lo hacen las actividades orales, debe de considerarse de suma importancia dentro de la economía de su vida, y cuando empleamos el castigo u otras medidas duras contra esta actividad, castigamos algo que existe dentro del niño y hasta cierto punto lo rechazamos, e inhibimos una nece

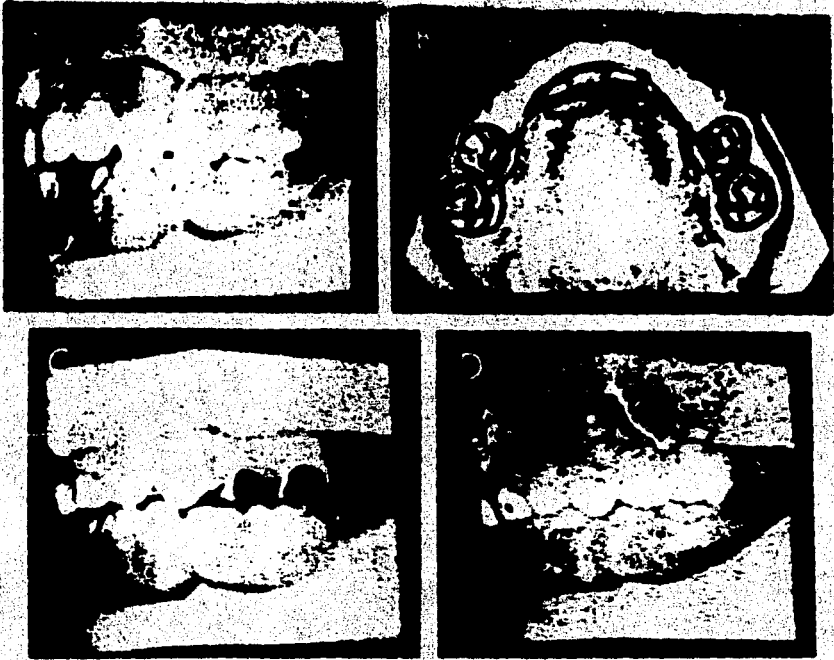


**La técnica de distracción para corregir
la deglución inconsciente.**

sidad emocional que se encuentra latente en el niño, -- logrando únicamente con esta actitud que el niño se -- arraigue más dentro del niño, ya que en la mayoría de los malos hábitos persistentes, hay una historia clara de declaraciones prematuras de disgusto e intentos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando así el hábito tiempo después de que en él normalmente sería desterrado. El niño continuará con la succión ya que este será un medio para llamar la atención y el -- cual según Palermo, evitará que la succión digital, -- que es una reacción prosiva a un estímulo de recompensa, desaparezca espontáneamente, o bien el niño lo -- hará con mayor fuerza y en lugar de hacerlo a la vista de todos, buscará la soledad provocándose así un mayor sentimiento de culpa el cual se agregará a su estado emocional. Se ha demostrado que al tratar de suprimir un hábito por la fuerza se pueden provocar otros como tics y conductas irregulares los cuales pueden llegar a ser más perjudiciales que el de la succión digital.

Algunas de las medidas incorrectas que por lo general los padres o personas mal informadas toman para inhibir el hábito son el de poner protectores en los -- dedos, sustancias irritantes como el chile o sabor -- amargo (Stop-zit o Thum de fabricación Norteamericana), o bien colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros objetos para impedir que pueda doblar el brazo. Todas estas medidas no dan resultado, y en las ocasiones que lo logran, provocan otros hábitos, o bien en -- el momento de suspender el tratamiento, la succión digital aparece de nuevo.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará resultado si no hacemos consciente al niño del proble-



Corrección de la succión del pulgar con un aparato. A, maloclusión antes del tratamiento. B, aparato en el modelo. Está hecho de alambre de acero inoxidable, soldado a cuatro coronas de acero para dientes primarios. Las puntas son agudas, cortas y estratégicamente colocadas. C, aparato localizado y con los dientes en oclusión. D, maloclusión corregida; tiempo requerido 4 meses. El aparato trató el hábito, no corrigió la maloclusión. La vuelta de la función normal del labio y la lengua cerró la mordida abierta y alineó los incisivos.

ma y logramos contar con su ayuda; es decir, que mientras el niño no esté convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, ya que tarde o temprano el niño regresará al hábito.

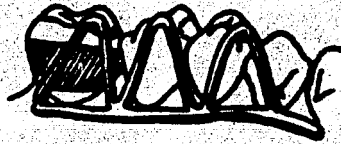
Para lograr esta colaboración tendremos una plática con el niño, la cual deberá de ser sin la presencia de los padres, trataremos de ganarnos su confianza y le mostraremos modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido el hábito de la succión, también se le mostrará el resultado para que pueda apreciar lo que va a lograr con la ayuda del dentista.

Le indicaremos que trate de hacer conciencia del hábito y procure dominarlo por si mismo, y que si no lo logra después de un determinado tiempo nosotros le colocaremos un aparato que le sirva de ayuda para recordar que no debe de chuparse el dedo.

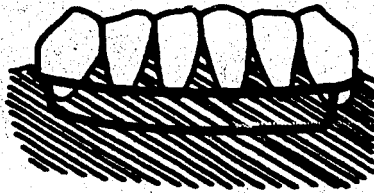
Durante esta etapa en la que el niño trata de dominar por sí solo el hábito se deberá hablar con los padres para que éstos le den su cooperación al no mencionar el problema al niño, se les indica que vigilen que no sean otros familiares o amigos los que comenten sobre el hábito, ya que son el niño y el dentista quienes se encargarán de resolverlo.

Cuando el niño a pesar de que quiere terminar con su problema y no lo logra, se le colocará un aparato, pero hay que recordar que el aparato para que sea efectivo, es indispensable una colaboración íntegra por parte del niño.

El aparato que llegemos a colocar nos servirá para:



Aparato rompehábitos en forma de "S" contínuas para la succión digital. Puede ser utilizado - también para el hábito de lengua protractil,-- dándole un mayor tamaño a las "S".



Aparato normalmente usado para romper el hábito de succión digital.

A) Para romper el hábito de succión, ya que a pesar de que el niño puede meterse el dedo a la boca, no recibirá una verdadera satisfacción.

B) Para evitar la sobrefuerza que recibe el segmento anterior, ya que debido a su construcción, el aparato previene la presión del dedo que desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y los labios.

C) Para distribuir también la presión existente sobre los dientes posteriores, ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza a la lengua hacia atrás, cambiando su forma de una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar superior, contrarestando así el estrechamiento del arco dental del maxilar debido al hábito de succión.

D) Para recordar al paciente que está recayendo en su hábito.

E) Para que su hábito en vez de placentero le resulte molesto.

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión digital sería aquel que reuniera las siguientes características:

I) Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular normal.

II) Que no requiera de ningún recordatorio para su uso.

III) Que su uso no provoque vergüenza al niño.

IV) Que no requiera del recordatorio paterno.

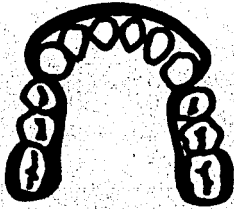
La mejor edad para la colocación del aparato es entre los tres y cinco años de edad, y es recomendable que sea durante la primavera o el verano cuando la salud del niño es óptima y el deseo de succión puede ser inhibido durante juegos al aire libre y actividades sociales.

Si los pacientes son normales, niños saludables raramente aparecerán efectos desfavorables, excepto un ceceo temporal que generalmente desaparece con el uso del aparato o inmediatamente después de retirado éste.

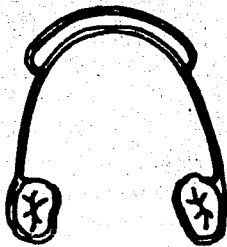
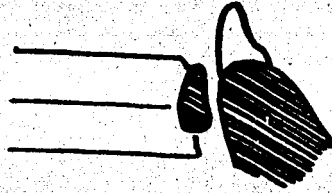
Varios son los diseños de aparatos fabricados para suprimir la succión digital, algunos de ellos removibles y otros fijos. Los removibles no son recomendables ya que a pesar de que el niño quiere resolver su problema, no tiene la suficiente madurez para conservar el aparato todo el tiempo dentro de la boca, y así lo prestará a algún amigo lo cambiará por algún otro objeto o lo perderá.

El aparato que tal vez sea el más utilizado es el que se construye de la siguiente manera:

Se toma una impresión con alginato o cualquier otro material de impresión y se obtiene un modelo de trabajo. Se podrán utilizar bandas o coronas de acero las que se adaptarán a los segundos molares primarios superiores. Después con alambre de ortodoncia del número 0.040 se procederá a hacer el cuerpo central del aparato, el alambre va a ir desde el segundo molar primario hasta el punto de unión entre el primer molar primario y el canino primario en donde se hará un doblez al alambre hacia el canino del lado opuesto donde se hace otro doblez hacia el segundo molar primario de



**Aparato rompedibitos
para succión labial.**



**Aparato para succión labial
por medio de un arco bucal.**

este mismo lado, dándole así al alambre la forma de -- una letra "U", el alambre deberá de ir al nivel del -- margen gingival. Después con alambre del mismo número se hace un dobléz en forma de curva (loop), el cual se extiende hacia atrás hasta el tercio mesial del segundo molar primario superior y hacia adelante en donde quedan como espolones, 2 milímetros por detrás de los incisivos inferiores; se solda al cuerpo del aparato a 45° del plano oclusal. Se coloca un tercer alambre en medio de los otros dos que es el tercer espolón y se solda. Luego se procede a soldar todo el cuerpo a las bandas o coronas según sea el caso. Se cortan y pulen los bordes sobrantes, y ya está lista para llevarse a la boca.

En la siguiente sesión se retira del modelo y se prueba dentro de la boca, si se utilizan coronas se revisan los puntos altos se comprueba que los incisivos inferiores no choquen con los espolones; en cuyo caso se recortarán hasta que queden 2mm. por detrás de los anteriores inferiores y 3mm. por debajo del borde incisal de los superiores. Si todo está correcto se puede cementar.

Una vez cementado se le explica al niño que le tomará algunos días en acostumbrarse que tal vez en un principio le cueste un poco de trabajo limpiar la comida que se atore en el aparato, y que trate de -- hablar despacio y claro.

Otro aparato que también es usado con relativa frecuencia, y según algunos dentistas no tiene el problema de los espolones que según ellos pueden llegar a ser traumáticos, es el que también se sostiene por

medio de bandas o coronas sobre los segundos molares - primarios superiores se utiliza alambre del No. 0.040 la cual también va a ir en forma de "U", de un segundo molar al otro y en la zona de los dientes anteriores - forma una serie de "s" continuas las cuales suprimirán la satisfacción que el niño obtiene al succionarse el dedo. Este aparato se cementará y tiene también las -- mismas indicaciones que el anterior.

El aparato se usa normalmente de 4 a 6 meses pero esto varía, se dejará unas cuantas semanas después de desaparecido el hábito y se podrá retirar.

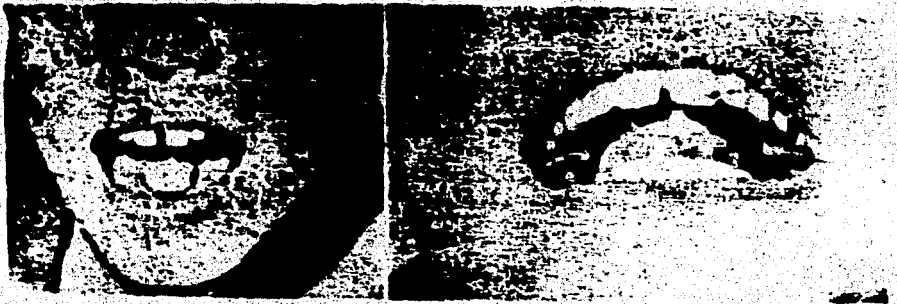
SUCCION LABIAL

Para poder realizar un tratamiento correcto en -- este tipo de hábito, requeriremos antes, de un buen -- diagnóstico, es decir que si por ejemplo existe una -- excesiva sobremordida horizontal la actividad anormal del labio puede ser únicamente una actividad compensatoria para poder deglutir más fácilmente. Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la --- oclusión, se puede asegurar que el paciente después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso, ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la -- mordida, lo único que hacemos es atacar un síntoma pero no el origen del problema. Es por lo que como primer -- paso del tratamiento deberemos de corregir la oclusión con ayuda de un ortodoncista, y en la mayoría de los casos desterraremos así el mal hábito sin necesidad de -- ningún aparato rompehábitos.

En aquellos casos en que nos encontramos con una conclusión que se puede considerar normal, o bien que -- ésta ya ha sido corregida y la succión labial persiste,

la solución al problema es la colocación de un aparato labial. El aparato nos será de gran utilidad en aquellas ocasiones en que el hábito sea primordialmente un tic neuromuscular.

Para la fabricación del aparato tomaremos primeramente dos impresiones con alginato, las que corriremos para obtener los modelos de trabajo y se montarán en un articulador sencillo para un mejor manejo. Se tomarán dependiendo de la edad del paciente, los primeros molares inferiores permanentes o los segundos molares primarios inferiores como pilares para el aparato, en éstos se colocarán coronas metálicas o bien bandas ortodónticas las que se ajustarán. Se toma un alambre de Ortodoncia del No. 0.040 el cual nos servirá como cuerpo del aparato y se ajustará lingualmente desde el primer molar inferior hasta el espacio interproximal comprendido por el primer molar primario inferior hasta el espacio interproximal comprendido por el primer molar primario inferior y el canino, en donde se pasa el alambre hacia labial y se lleva a la altura del tercio gingival de los incisivos hasta el lado opuesto para pasarlo también por el espacio interproximal del canino y primer molar primarios hacia lingual y llevarlo hasta el primer molar inferior. La porción labial del aparato deberá de quedar de 2 a 3 mm. aproximadamente separado de la cara labial de los incisivos, y además se deberá de revisar que el alambre no haga contacto con la cara palatina de los anteriores superiores, si esto sucede se doblará el alambre más hacia gingival. Se toman posteriormente otro alambre auxiliar del No. 0.036 ó 0.040 el cual se solda al alambre principal en el lugar en que éste pasa de lingual a labial, y -



**El uso de pastillas de menta o fruta
para ayudar en el tratamiento de co-
rrección de empuje lingual.**

se contornea paralelo al alambre principal de 6 a 8 - hacia gingival, llevándolo hacia el otro lado en el -- que se solda el extremo libre. Este alambre auxiliar - debe de ir separado del tejido gingival aproximadamente 3 mm. Se solda el alambre principal a las coronas y se prueba en el modelo para quitar las posibles interferen^uncias oclusales. Se limpia y se pule para poder ser ce-- mentado en la boca.

La porción labial puede ser modificada al agregar acrílico entre el alambre principal y el auxiliar, esto es con el fin de evitar la irritación del labio infe-- rior.

Otra variante de aparato radica en el alambre --- principal que va totalmente por bucal.

El aparato deberá permanecer al igual que el de - succión digital por varios meses en la boca y puede ser retirado por partes, se retira primero el alambre auxi-- liar y luego el resto del aparato.

Una vez retirado el aparato es conveniente reco-- mendar al paciente una serie de ejercicios con el fin - de evitar una reincidencia del hábito y para disminuir la hipotonicidad y flacidez del labio superior.

Estos ejercicios deberán de realizarse de 15 a 30 minutos diarios y consistirán en bajar lo más posible y con fuerza el labio superior hacia los incisivos infe-- riores y subir el labio inferior por encima del supe--- rior.

LENGUA PROCTACTIL

Para poder realizar el mejor tratamiento en este

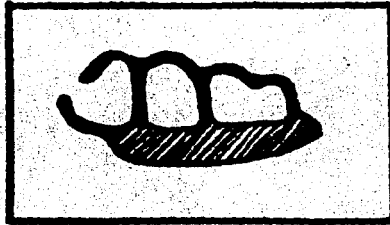
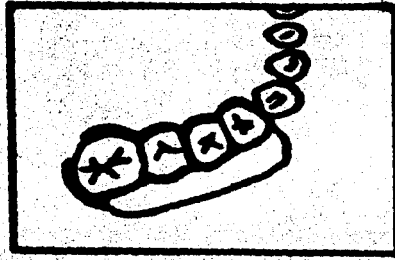
caso es necesario obtener un buen estudio del hábito - por medio de los signos y síntomas que manifiesta el - paciente.

En aquellos casos en que las malformaciones sean debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será una glosectomía parcial o cirugía correctiva de la lengua combinada con agentes esclerosantes.

Las amígdalas deben de ser revisadas para comprobar que no es esta la causa de la protusión lingual, ya que en los casos en que las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua las rozan produciendo un aumento del dolor, y por consiguiente un movimiento reflejo en el que la mandíbula desciende, separándose así los dientes, y la lengua se coloca entre ellos, originándose así un nuevo - reflejo de deglución.

Antes de colocar un aparato es recomendable instruir al paciente para deglutir correctamente. Se le indica que durante la deglución la punta de la lengua debe de estar colocada en la papila incisiva; se le -- hace que degluta varias veces para que localice perfectamente el lugar correcto; luego con una pastilla de - menta o limón sin azúcar, se le indica que la mantenga con la punta de la lengua contra el paladar el niño segregará saliva y se ve obligado a deglutir, acostumbrándose poco a poco a deglutir correctamente.

Mínima será la cantidad de niños que logre vencer tan fácilmente el hábito lingual, pero de esta manera tendrán conciencia del lugar en que debe de colocarse la lengua. En los casos en que no se venza el -- hábito por medio de ejercicios el tratamiento más ade-



Aparato utilizado para romper el -
hábito de succión de carrillos a -
base de alambre ortodóntico y acrí-
lico. (A) El aparato. (B) Colocado
en la boca.

cuando será la colocación de un aparato rompehábitos.

El aparato que se utiliza usualmente para corregir el hábito de lengua proctáctil es un arco lingual muy semejante al de succión digital pero con algunas variantes. El aparato lleva los mismos espolones aunque éstos se encuentran más curvados hacia abajo con el objeto de formar una barrera que dé mayor protección a los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, de la sobrefuerza que ejerce sobre ellos la lengua durante la deglución.

El aparato que se utilice para la corrección de este hábito lingual deberá de llenar dos objetivos, que son:

1) Desaparecer la fuerza que ejerce la lengua durante la deglución al ser proyectada ésta hacia adelante.

2) Reeducar a la lengua para que ésta tome una postura correcta durante la deglución y en reposo.

Otro aparato que también es usado, es el que consta al igual que el mencionado con anterioridad de un arco lingual, pero en la zona de los dientes anteriores tiene una serie de curvas en forma de "S" continuas, las cuales forman una barrera de protección contra la protusión lingual; el aparato debe de quedar por debajo del borde incisal de los incisivos inferiores para brindarles también protección. Este tipo de aparato tiene la ventaja de que cuando la lengua es proyectada también contra la zona de los premolares o molares primarios y molares permanentes produciendo una mordida abierta posterior, es utilizado, colocando

la zona de curvas en el lugar en donde la mordida --- abierta se presenta.

El tiempo de duración de este aparato o del ante^rior dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá variar de 4 a 9 meses. En la -- mayoría de las ocasiones las malformaciones son tan -- extensas que el aparato no puede resolver por sí solo la deformación y es cuando se requiere también un tra-
tamiento ortodóntico.

RESPIRACION BUCAL

El primer paso que se debe considerar para tra-- tar a un niño con respiración bucal es revizar que no presenta ninguna destrucción nasofaringea, si esta obs^rtrucción existe, es necesario remitirlo con un médico otorrinolaringólogo el cual realizará el tratamiento ade^cuado para el libre paso del aire a través de la nariz.

En ciertos casos cuando la respiración bucal es originada por alguna malformación dental, la elimina-- ción de la sobremordida horizontal excesiva y el esta-
blecimiento de una función normal de la musculatura -- perioral, logran reactivar al labio superior, permi--- tiendo de esta manera el cerrado labial y estimulando
la respiración nasal normal.

En ciertas ocasiones a pesar de que la corrección nasofaringea o la bucal cualquiera que sea la indicada, ha sido realizada, pero el niño continúa respirando por la boca, debido a la costumbre, y es en estos casos en que el cirujano dentista debe colocar una placa bucal o pantalla vestibular, que obliga al niño a respirar --

por la nariz.

Antes de colocar una placa bucal es de suma importancia comprobar y estar seguros de que el niño no presenta ninguna obstrucción nasal y puede respirar libremente por la nariz.

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que se fortalece la succión de los labios y evita la succión labial.

Para la construcción de la placa tomaremos impresiones tanto superiores como inferiores, las cuales se articularán y mantendrán en oclusión; posteriormente, con un lápiz se marca el contorno de lo que será el aparato, cuyo límite debe de ser el surco vestibular evitándose las inserciones musculares. Se toma una hoja de papel estaño la que se coloca sobre el molde y se recorta siguiendo la línea; luego esta hoja de estaño se coloca sobre una hoja de plexiglas la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estaño. Una vez recortado el plexiglas se calienta nuevamente y se adapta al modelo, se recorta y se pule. Finalmente, se coloca en la boca.

Esta placa se utilizará durante las noches y se mantendrá hasta que el hábito desaparezca.

B R U X I S M O

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 proporcionará al paciente psicoterapia dirigida a disminuir la tensión emocional o psíquica generadora 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 la disminución de la tensión muscular y consecuentemente 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 para la 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.

Existen diversos tipos de placa para la mordida y férulas oclusales que han sido dirigidas a corregir el hábito del bruxismo. Dentro de las placas bucales, que son las que utilizan los ganchos Hawley a diferencia de las férulas oclusales que mantienen unidos y su

jetan varios dientes, la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor en el área de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores en 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 éstos.

Las férulas oclusales que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida en el tratamiento del bruxismo abarcan no sólo el borde incisal de los dientes anteriores sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores. La férula se fabrica sobre modelos montados en un articulador, utilizando acrílico de fraguado en frío o en caliente indistintamente. Esta férula deberá de tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

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

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

C A P I T U L O V

CAUSAS DE REINSIDENCIA DE HABITOS

Los hábitos no son más que el reflejo de tensiones internas, que por medio de ellos se manifiestan y se alivian. Casi todas las personas tienen algún hábito cuya intensidad, así en los adultos como en los niños, varían de acuerdo con la necesidad de luchar contra las emociones reprimidas.

De igual modo, los niños que tratan de luchar -- contra sus resentimientos hacia un nuevo hermanito pueden volver a su hábito ya abandonado de chuparse el dedo. Los pequeños que se sienten inseguros en la aula -- de la escuela, pueden expresar su nerviosismo comiéndose las uñas. Cuando un chico no sabe si se le acogerá bien, o ignora si podrá salir airoso de alguna situación determinada, acaso manifieste también sus emociones mediante hábitos. Cuando el niño ha abandonado el hábito regular de chuparse el dedo, puede, sin embargo, volver a practicarlo esporádicamente si sufre tensiones.

Los pequeños no sólo adquieren estos hábitos sin razón aparente, sino que también los abandonan sin causa que lo explique. Todos estos hábitos son inconscientes, y mientras menos atención se les preste, más probabilidades hay de que desaparezcan. Casi todos los niños adquieren los hábitos cuando están aprendiendo a -- hacer frente a sus sentimientos y a las situaciones -- que los provocan. Ninguno de estos hábitos es más perjudicial que los que se observan en los adultos--

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

- 1.- El cirujano dentista debe brindar una gran importancia a los distintos tipos de hábitos, debido principalmente al enorme número de maloclusiones dentales producidas por éstos.
- 2.- Es elemental la elaboración de una excelente historia clínica con el objeto de lograr un diagnóstico acertado, para otorgar así mismo un tratamiento efectivo.
- 3.- No se alcanzará el éxito en ningún tratamiento para el hábito de succión digital si no hacemos que el niño comprenda su situación ante el problema y obtenemos su colaboración.
- 4.- Ante la sabiduría de la naturaleza, el pecho materno no podrá ser substituído por ningún biberón, prefiriéndose siempre el amamantamiento, y sólo recomendar el biberón anatómico en los casos en que esto no sea posible.
- 5.- Definitivamente queda prohibido el uso de chupetes, excepto en aquellos casos en que se substituya por la succión digital.
- 6.- En los casos de respiración bucal, el paciente sólo podrá ser sometido a tratamiento después de que se haya comprobado que tiene libres sus vías respiratorias.
- 7.- Debido a su doble etiología, el tratamiento del --

Se debe tener presente que al regañar a un chico para tratar de que abandone un hábito determinado, le hará más daño que provecho. Si se sermonea al pequeño, se le humilla en público o se le castiga, no se conseguirá otra cosa sino aumentar sus tensiones y su sentimiento de inseguridad, lo que tendrá el efecto de que se entregue con mayor vehemencia aún al hábito que sus padres querían desarraigar.

bruxismo deberá abarcar tanto el aspecto psicológico como el dental.

8.- Teniendo en cuenta que el hábito de ceceo es ocasionado por una incordinación lingual, siendo necesario que el paciente sea reeducado por un terapeuta del lenguaje al mismo tiempo que se encuentra en tratamiento dental.

9.- Por ningún motivo deberá ser retirado un aparato - rompehábitos, inmediatamente después de que desaparezca el hábito, hay que esperar un tiempo razonable para evitar que el niño pueda recaer.

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

BIJOU, SIGNEY W.

Psicología del Desarrollo Infantil
Editorial Trillas, 1977

BRAUER, JOHN CHARLES

Odontología para niños
Editorial Mundi
Argentina, 1970

CARMICHAEL, LEONARD

Manual de Psicología Infantil
El Ateneo
Barcelona, 1970

DAVIE & KING

Dentistry for the Pre-school child
Liumgstone, 1971

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO QUILLET

Editorial Grolier, 1971

FINN, SIDNEY B.

Clinical Pedodontics
W. B. Saunders Company
Philadelphia, U.S.A. 1977

GELLIS, KAGAN

Current Pediatric Therapy
W.B. Saunders Company
Philadelphia, U.S.A. 1973

GRABER, T.M.

Orthodontics, principles and practice

W.B. Saunders Company

Philadelphia, U.S.A. 1974

GREEN; HAGERTY

Ambulatory Pediatrics

W.B. Saunders Company

Philadelphia, U.S.A. 1971

HAUPL; GROSSMAN; CLARKSON

Ortopedia Funcional de los Maxilares

Editorial Mundi

Argentina, 1968

JERSILD, ARTHUR T.

Psicología del niño

Eudeba, 1975

Mc. DONALD, RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente

Editorial Mundi, 1971

MOYERS, ROBERT E.

Tratado de Ortodoncia

Editorial Mundi

Argentina, 1976.

NELSON, VAUGHAN Mc. Kay

Tratado de Pediatría

Editorial Salvat, 1971.

NELSON, WALDO E.
Texbook of Pediatrics
W.B. Saunders Company
Philadelphia, U.S.A. 1969

PERELLO, JORGE
Trastornos del Habla
Editorial Científico Médica
Barcelona 1970

SENN, MILTON J.F.
Trastornos de la Conducta y del Desarrollo del
niño
Editorial Pediátrica
Barcelona, 1971

VELAZQUEZ, TOMAS
Anatomía Patológica Dental y Bucal
La Prensa Médica Mexicana
México, 1969

WASSON, WILLIAM W.
The Lung and Paranasal Sinuses
Charles C. Thomas Publisher
Illinois, U.S.A. 1969.