



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n

JUAN CARLOS PLATAS OLVERA
MIGUEL ANGEL MARTINEZ RAMIREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

- I INTRODUCCION
- II DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO
- III HISTOLOGIA, DESARROLLO Y CRONOLOGIA DE LA DENTICION
- IV TIPOS Y CONSECUENCIAS DE HABITOS BUCALES
- V DIAGNOSTICO
- VI TRATAMIENTO
- VII CONCLUSION

I. INTRODUCCION

En los últimos años se ha prestado especial interés a la odontología infantil, ya que en ella se basa el futuro odontológico del paciente. Se ha estudiado tanto la morfología de las piezas dentales infantiles, como la operatoria, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento infantil, así como factores hereditarios y nutricionales que influyen en el desarrollo normal del niño.

Realmente la inquietud de hacer el presente trabajo fue para disipar las dudas e investigar las causas reales que motivan la práctica de los hábitos bucales.

Previamente analizaremos en forma somera la histología, desarrollo y cronología de erupción del diente, así como el desarrollo psicológico del niño para que aunado todo esto, se pueda llevar a cabo un correcto diagnóstico odontológico infantil.

Es muy interesante el poder penetrar en los orígenes reales de los hábitos bucales, pero a la vez es desconcertante el darse cuenta que los causantes más directos somos nosotros, quienes rodeamos al niño y que teóricamente le brindamos apoyo, cariño, consejos y bienestar.

II. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Para entender al niño hay que tratar de conocer los diferentes periodos por los que pasan y tratar de comprenderlos.

Tienen una serie complicada de manifestaciones que se presentan exteriormente como un patrón de conducta, también se refieren a la adquisición por parte del niño, de destrezas, habilidades e intereses emocionales.

El odontólogo que sabe guiar con éxito a un niño, se dará cuenta, que un niño normal pasa por crecimiento normal, pasa por crecimiento mental además de físico, comprenderá también que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Es por eso que nunca va a ser igual su comportamiento en todas las visitas, un día va a ser de un modo y otro no.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, ésta en verdad no tiene importancia para el dentista.

Pero en el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planificación del tratamiento, deben considerarse ambas edades, Fisiológica y Psicológica; "Yarrow" afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje.

Tenemos que el primer periodo de destreza cronológi-

ca empieza del nacimiento a los dos años:

Cuando se va a atender a un niño de dos años, tenemos que ver que el niño se esté desarrollando según su norma, pues a esta edad difiere mucho en su capacidad de comunicación, sobre todo porque todavía no sabe hablar muy bien, tienen un vocabulario limitado y la comunicación será difícil en algunos, en otros, su cooperación es limitada, en algunos niños de dos años se dice que están en etapa precooperativa, prefieren jugar solos pues todavía no juegan con otros niños.

Con estos niños nos sirven de poco las palabras pues con ellos tenemos además de hablar, enseñarles los objetos y que huelan los medicamentos. Además nunca nos van a responder a lo que les preguntemos como si no oyeran, pues en esta edad su mundo está alrededor de su madre y siempre debe de ir acompañado de ésta.

El siguiente período es de los dos a los cuatro años. A esta edad hay que tratar de separarlo poco a poco de la madre, pues estos niños cuando están en situaciones de stress, o se les lastima, o están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre, por eso debe permanecer la madre, hasta que tenga confianza el niño con el dentista.

El niño de tres años, tiene gran deseo de conservar y disfruta contanto historias al dentista, en esta etapa puede haber un acercamiento positivo. Aunque en cualquier edad es conveniente señalar los factores positivos antes que los negativos.

El siguiente período va de los cuatro a los seis

años, el niño de cuatro años va a poner interés en las explicaciones del dentista y responderá bien a las preguntas que se le hagan.

A esta edad el niño va a utilizar mucho la fantasía y a exagerar sus narraciones, ya que es una etapa de conflictos emocionales. Algunas veces a esta edad son desafiantes y pueden recurrir al empleo de malas palabras. Pero si los niños de esta edad han vivido una vida familiar feliz con una educación normal y buena disciplina será un buen paciente odontológico.

El niño de cinco años ya va a estar listo para aceptar las actividades en grupo, a esta edad la relación personal y social están muy definidas y el niño ya no tiene temor de dejar a sus padres y entrar solo al consultorio.

Si este niño a sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las de ir a un jardín de niños, al consultorio del médico o dentista, los niños a esta edad cronológica se sienten orgullosos de sus pertenencias, de sus juguetes y ropa y responden bien a los comentarios de sus aspectos personales.

El siguiente período o etapa cronológica de los seis a nueve años.

A esta edad se separan de los lazos estrechos de la familia, pues es la etapa de socialización, porque los niños de esta edad ya van a la escuela, ya tienen amiguitos y entre ellos acostumbran contarse sus pequeñas experiencias, también

ya tienen conocimiento de que existen cosas buenas y malas. Hay niños que a esta edad tienen temores que han sido infundados por otros niños, con estos niños hay que tratar de que razonen con nosotros explicándoles que no hay porque temer, que lo que les vamos a hacer es por su bien, además existen muchos niños que temen a los perros y a traumatismos en sus cuerpos, pues con cualquier rasguño que tengan con sangre puede ser causa para que el niño se espante.

Algunos niños de esta edad gritan o hacen violentas rabietas y acostumbran patalear a los padres, pero si este niño está preparado por sus padres responderá satisfactoriamente. Con estos niños es bueno demostrar la empatía, o sea no demostrar una franca simpatía ni tampoco antipatía sino siempre término medio.

Etapa de nueve a doce años.

A esta edad los niños se muestran más tranquilos pues ya han experimentado lo que es el dolor.

Pero es mejor que antes de que se sienten en el sillón dental mostrarles todo lo que hay en ellos y explicarles para qué sirven cada uno de los instrumentos.

También es bueno, cuando estemos trabajando con ellos, darles un espejo para que observen lo que se les está haciendo, pues son muy curiosos, las niñas a esta edad empiezan a preocuparse por su aspecto personal, por eso es bueno decirles que si se arreglan sus dientes se van a ver más bonitas.

Así conociendo todas las etapas por donde pasan cada uno de los niños será más fácil para nosotros comprenderlos y darles una mejor atención tanto en el aspecto psicológico como odontológico.

Otro punto importante es que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño a menos que aquel se lo pida ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada. No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa al niño o le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo

al consultorio dental sin aprehensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar a que le duelan los dientes para traerlo al consultorio. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia; si se informa a los padres de ciertas formas y reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La gufa a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta gufa a gran escala por varios medios o individualmente.

1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, que es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales se les puede explicar con anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas; no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el

alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3.- Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4.- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores del niño y los de sus padres.

5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas de su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico el peor momento para traer a un niño al consultorio dental es cuando sufre un dolor de dientes.

7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. Este no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limite lo que puede hacer al niño. Tampoco deberá prometer que el odontólogo no le va a hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas mostrando al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12.- Los padres deberán encomendar el niño a los cu
dados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán en-
trar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo
expecifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento deberán
actuar tan sólo como espectadores.

III. HISTOLOGIA, DESARROLLO Y CRONOLOGIA DE LA DENTICION

Todos los dientes, primarios y permanentes, al llegar a la madurez morfológica y funcional evolucionan en un ciclo de vida característico y bien definido compuesto de varias etapas. Estas etapas progresivas no deberán considerarse como fases de desarrollo, sino más bien como puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución, en el cual los cambios histológicos y bioquímicos están ocurriendo progresiva y simultáneamente. Estas etapas del desarrollo son:

- 1) crecimiento
- 2) calcificación
- 3) erupción
- 4) atricción
- 5) resorción y exfoliación (piezas primarias)

Las etapas de crecimiento pueden seguir dividiéndose en:

- a) iniciación
- b) proliferación
- c) diferenciación histológica
- d) diferenciación morfológica
- e) aposición

Los dientes consisten y se derivan de células de origen ectodermal y mesodermal altamente especializadas. Las células ectodermales realizan funciones tales como formación del esmalte, estimulación odontoblastica y determinación de la for

ma de corona y raíz. En condiciones normales, estas células desaparecen después de realizar sus funciones. Las células mesodermales o mesenquimales persisten con el diente y forman dentina, tejido pulpar, cemento, membrana periodontal y hueso alveolar.

La primera etapa de crecimiento es evidente durante la sexta semana de vida embrionaria. El brote del diente empieza con la proliferación de células en la capa basal del epitelio bucal desde lo que será el arco dental. Estas células continúan proliferando y por crecimiento diferencial se extiende hacia abajo en el mesenquima, adquiriendo aspecto envainado con los dobleces dirigidos en dirección opuesta al epitelio bucal.

Al llegar a la décima semana de vida embrionaria, la rápida proliferación ha continuado profundizando el órgano del esmalte dándole aspecto de copa. Diez brotes en total emergen de la lámina dental de cada arco para convertirse en el futuro en dientes primarios. En esta etapa el órgano del esmalte envainado consta de dos capas: un epitelio de esmalte exterior, que corresponde a la cubierta, y uno de esmalte interior, que corresponde al recubrimiento de la copa. Empieza a formarse una separación entre estas dos capas con aumento de líquido intercelular, en el que hay células en forma de estrella o estrelladas que llevan procesos que hacen anastomosis con células similares, formando una red o retículo (retículo estrellados) que servirá más tarde como cojín para las células de formación de esmalte que están en desarrollo. En esta etapa y dentro de los confines de la invaginación en el órgano del esmalte, las células mesenquimatosas están proliferando y condensán

dose en una concentración visible de células, la papila dental, que en el futuro formará la pulpa dental y la dentina.

También ocurren cambios en concentraciones celulares en el tejido mesenquimatoso que envuelve el órgano de esmalte y la papila, lo que resulta en un tejido más denso y más fibroso -el saco dental- que terminará siendo cemento, membrana periodontal y hueso alveolar. Este principio y crecimiento constituye las etapas de iniciación y de proliferación.

A medida que el número de las células del órgano del esmalte aumenta y el órgano crece progresivamente con invaginación en aumento, se diferencian varias capas de células bajas y escamosas entre el retículo estrellado y el epitelio de esmalte interior, para formar el estrato intermedio cuya presencia es necesaria para la formación de esmalte (diferenciación histológica).

En esta etapa se forman brotes en la lámina dental, lingual al diente primario en desarrollo, para formar el brote del diente permanente. En posición distal al molar primario se desarrollan los emplazamientos para que se desarrollen los molares permanentes.

Durante la siguiente etapa (diferenciación morfológica), las células de los dientes en desarrollo se independizan de la lámina dental por la invasión de células mesenquimatosas en la porción central de este tejido. Las células del epitelio interior de esmalte adquieren aspecto alargado y en forma de columna con sus bases orientadas en dirección opuesta a la porción central de los odontoblastos en desarrollo.

Funcionan ahora como ameloblastos y son capaces de formar esmalte. Las células periféricas de la papila dental cerca de la membrana base, que separa los ameloblastos de los odontoblastos, se diferencian en células altas y en forma de columna, los odontoblastos, que junto con las fibras de Korff, son capaces de formar dentina.

El contorno de la raíz se designa por la extensión del epitelio de esmalte unido, denominado vaina de Hertwig, dentro del tejido mesenquimatoso que rodea a la papila dental.

Durante la época de aposición los ameloblastos se mueven periféricamente desde su base, y depositan durante su viaje matriz de esmalte que está calcificada tan solo veinticinco a treinta por cien. Este material se deposita en la misma forma que los ameloblastos y se denomina prismas del esmalte. La matriz de esmalte se deposita en capas en aumento paralelas a la unión de esmalte y dentina. Sin embargo, la deposición de matriz de esmalte no puede ocurrir sin formación de dentina. Los ameloblastos se mueven hacia adentro en dirección opuesta a la unión de esmalte y dentina, dejando extensiones protoplasmáticas, las fibras de Tomes. Los odontoblastos y las fibras de Korff forman un material no calcificado y colagenoso denominado predentina.

Este material también se deposita en capas crecientes.

En la predentina, la calcificación ocurre por coalescencia de glóbulos de material inorgánico creado por la deposición de cristales de apatita en la matriz colagenosa. La calcificación de los dientes en desarrollo siempre va precedi-

da de una capa de predentina.

La maduración del esmalte empieza con la deposición de cristales de apatita dentro de la matriz de esmalte en existencia. Aunque hay diferencia de opiniones sobre la forma en que progresa la maduración, en estudios realizados con ayuda de isótopos radioactivos indica que comienza de la unión de esmalte y dentina periféricamente, progresando de las cúspides en progresión cervical.

Los dientes hacen erupción en la cavidad bucal y están sujetos a fuerza de desgaste.

Durante las etapas de desarrollo del ciclo de vida de los dientes, ocurren varios defectos y aberraciones. La naturaleza del defecto se ve gobernada por la capa de gérmenes afectada y la etapa de desarrollo en la que se produce.

Kraus da el siguiente orden del principio de calcificación de los dientes primarios:

- 1.- Incisivos centrales (superiores antes que inferiores)
- 2.- Primeros molares (superiores antes que inferiores)
- 3.- Incisivos laterales (superiores antes que inferiores)
- 4.- Caninos (los inferiores pueden ser ligeramente anteriores).
- 5.- Segundos molares (simultáneamente)

Entre los 95 fetos humanos estudiados existían considerables variaciones sobre el momento en que empezó la calcificación. Es de interés el que Kraus observara que los incisivos centrales primarios se desarrollaban de un lóbulos único y no de tres centros como se creía anteriormente.

La exfoliación y resorción de las piezas primarias está en relación con su desarrollo fisiológico. La resorción de la raíz empieza generalmente un año después de su erupción.

Existe una relación directa de tiempo entre la pérdida de una pieza primaria y la erupción de su sucesora permanente. Este intervalo de tiempo puede verse alterado por extracciones previas que resultan en erupciones prematuras.

Existen diferencias en los momentos de erupción según el sexo.

Existe una gran variación en tiempo desde el momento en que un diente atraviesa el tejido gingival hasta que llega a oclusión. El período también varía notablemente en duración entre los varios tipos de piezas. Parece que los caninos llegan a oclusión con más lentitud que los demás, mientras que los primeros molares llegan a oclusión en el período más corto de tiempo.

Si se aprende la secuencia de erupción será fácil estimar las otras etapas de formación. Debería ser fácil recordar que las piezas primarias empiezan a calcificarse entre el cuarto y sexto mes en el útero y hacen erupción entre los seis y veinticuatro meses de edad. Las raíces completan su formación

aproximadamente un año después que hacen erupción los dientes. Los dientes caen entre los seis y once años de edad. La edad de erupción de las piezas sucedáneas es en promedio unos seis meses después de la edad de exfoliación de las piezas primarias. La calcificación de las piezas permanentes se realiza entre el nacimiento y los tres años de edad (omitiendo los terceros molares), aunque se han observado calcificaciones posteriores en los segundos premolares mandibulares.

La erupción ocurre entre los seis y doce años, y el esmalte se forma completamente aproximadamente tres años antes de la erupción. Las raíces están completamente formadas aproximadamente tres años después de la erupción.

IV. TIPOS Y CONSECUENCIAS DE HABITOS BUCALES

Durante mucho tiempo el odontólogo ha tenido oportunidad de observar y atender todas las alteraciones que a nivel estructural y anatómico son producidas por toda la serie de hábitos bucales que practica el niño en determinadas edades. Básicamente se observa la presión que se ejerce sobre los bordes alveolares que ante su inmadurez y maleabilidad óseas, serán modificados en su anatomía normal.

Es importante también, la serie de cambios en la posición normal de las piezas dentarias y su consiguiente maloclusión. En este tipo de problemas de hábitos bucales intervienen también varios especialistas como lo son: el pediatra, psiquiatra, psicólogo y el patólogo (especialista en problemas de lenguaje). La función del odontólogo y el patólogo será conjunta hacia los cambios bucales estructurales que resultan de los hábitos prolongados.

El pediatra, psiquiatra y psicólogo darán mayor importancia a los problemas de tipo conducta, que son los causantes de los hábitos bucales que serán solo un síntoma. El papel de los padres será en el plano social de inaceptabilidad ante el hijo que muestra algún hábito bucal.

Es fundamental que el odontólogo pueda formular un diagnóstico completo sobre los cambios estructurales bucales que resultan de los hábitos. Pero también tiene mucha importancia el hecho de escuchar a otros especialistas que tienen que ver de alguna manera en el problema.

Una de las deficiencias de los odontólogos es la de diagnosticar o examinar al niño, después del firme y prolongado establecimiento del hábito.

Durante los años de crecimiento y desarrollo del hombre, van a existir numerosas fuerzas de tipo extrínseco o intrínseco que tendrán su efecto sobre él y así, de esta manera, serán una serie de hábitos saludables. No obstante, algunos de estos hábitos tomarán un rumbo equivocado y se tornarán nocivos para el crecimiento y desarrollo óptimos de los maxilares y la faz.

El instinto y el hábito están compuestos por los mismos reflejos elementales. En el instinto el orden y modo de las reacciones son heredados, no así en el hábito, el cual se adquiere durante la vida. El hábito se podría definir como un complejo sistema de reacciones o reflejos y que funcionará en un orden adecuado cuando el niño reciba el estímulo apropiado.

Otra definición nos plantea al hábito como la forma metódica en que actúa el cuerpo y la mente, como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos. Algunas propensiones son instintivas, es decir, se inician en el nacimiento o después de él, por ejemplo: el mamar al hacer es un instinto, pero si el niño no lo practica o deja de hacerlo lo perderá parcial o totalmente en poco tiempo, en tanto la inmediata ejecución del mismo servirá para fijarlo.

Cuando el niño presenta hábitos esporádicos no debe de alarmarlos mucho este hecho, ya que si se produce alguna deformidad, ésta se corregirá si desaparece el hábito antes de

que broten los dientes permanentes. La edad óptima según el psicólogo para tratar este tipo de problemas es entre los cuatro y cinco años. Generalmente, también a esta edad es cuando los daños causados por los hábitos son muy grandes. En conclusión, debe de atenderse este problema lo más pronto posible por cualquiera de los especialistas antes mencionados.

VEENDER analiza el problema y resume: Debe de haber una conciencia plena de parte de los especialistas, con respecto a la importancia del hábito y su tratamiento correcto. Nos dice también que la mayoría de los especialistas consideran al hábito de succión pulgar, como normal durante los dos primeros años de vida y que no debe de impedirse, si persiste después de los tres o cuatro años, es probable pensar en él como resultado en un desajuste emocional.

Desde el momento que nace el niño, se encontrará la mayoría del tiempo en continuo movimiento de sus miembros (brazos, piernas, manos, pies y ojos). Al paso del tiempo va descubriendo que algunos movimientos le producen estímulos agradables y desagradables; estos le pueden provocar dolor o placer. En especial los labios del niño se encuentran muy desarrollados en su sensibilidad al tacto. Las yemas de los dedos son sumamente sensibles, de modo que si éstas se llevan a los labios se producirá una respuesta inmediata a ellos; por lo que se moverán en su intento por succionar los dedos. El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le proporcionará satisfacción, así como alimento para obtener energía. En poco tiempo se le fijará este tipo de reacción y si no se le satisface con el pecho encontrará su sustituto en el dedo de la mano o del pie, esto es lo que se le co-

noce como reflejo condicionado.

El niño debe tener algún objeto para satisfacer su instinto, este objeto hace que se inicie el reflejo que da principio al acto de succionar y finalmente el reflejo condicionado se convierte en un hábito fijo. Algunos autores piensan que los hábitos son medios para agotar la energía nerviosa sobrante que se acumula como resultado de la vida sedentaria que llevan.

Estos hábitos inquietan sobremanera a los padres y son inaceptables desde el punto de vista social. Se requiere de una discusión y comprender que solo él podrá suprimir el hábito. Es importante que los padres lo entiendan así y que no exageren la importancia de un hábito insignificante.

Swinehart llama la atención sobre la estrecha relación que existe entre los fenómenos anormales nerviosos y psicológicos con el hábito de succión pulgar. Los niños que se succionan el pulgar suelen ser considerados como niños difíciles, las historias clínicas demuestran con frecuencia que los fenómenos anormales nerviosos y psíquicos son numerosos y de naturaleza diversa.

Swinehart divide estos casos en dos grupos que son:

1.- Tics musculares o hábitos concomitantes que acompañan a la succión del pulgar.

2.- Anormalidades generales nerviosas y psicológicas, por ejemplo el retorcerse el pelo, tirarse de la oreja, rascarse la piel, jugar con las ropas de la cama y otra serie de mani

pulaciones del cuerpo o de otros objetos.

Invariablemente se ha encontrado que los síntomas son más numerosos y graves cuando los hábitos habían sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad. Frecuentemente se observa que el sueño es inquieto y que el apetito se ha pervertido y es deficiente. Estos casos requieren de la intervención de un psicólogo para lograr que estos pacientes tengan una relación más normal con los niños de su edad y para ayudarlos a ajustarse a la vida cotidiana normal de juego y de trabajo.

Actos bucales no compulsivos.- En el desarrollo del niño van dándose experiencias nuevas y continuas modificaciones de conducta, que le permitirán ir desechando hábitos indeseables y formar hábitos nuevos que sean aceptables socialmente.

El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se podrán lograr cambios por medio de alabanzas y halagos, así como en otros casos se amenazará con algún tipo de castigo por parte de los padres.

La conducta a seguir por el niño en la madurez irá definiéndose por las presiones externas del medio, como lo son los padres, compañeros de juegos y clase. Los hábitos que se adopten o abandonen fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se denominan "no compulsivos".

De este tipo de actitudes o situaciones, generalmente no se da como resultado reacciones anormales; es así como el niño está siendo preparado para cambiar de un hábito perso-

nal antes aceptable, de un patrón de conducta totalmente nuevo y consistente, como con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Actos bucales compulsivos.- Se le da el nombre de hábito bucal compulsivo cuando éste ha adquirido una fijación en el niño, de manera tal que él acudirá a la práctica del hábito cuando sienta que su seguridad se vea amenazada por los acontecimientos ocurridos en su rededor. Es muy singular el hecho de que la ansiedad y angustia aumenten demasiado cuando intenta o trata de corregir el hábito. Este tipo de hábitos compulsivos es el resultado de una necesidad emocional profundamente arraigada. El practicar un hábito es una especie de barrera que se interpone entre él y la sociedad que lo rodea, es una especie de escape o válvula que le ayuda a liberar la presión emocional tan fuerte que sufre.

El asignar etiologías específicas a los hábitos compulsivos es difícil, no obstante algunos autores piensan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido muy rápidos, o bien, que el niño recibía poco alimento en cada toma. Así también pudo haberse producido demasiada atención en el momento de la alimentación, también se ha culpado al sistema de alimentación por biberón. Se acepta como causa probable la inseguridad del niño, la falta de amor y ternura maternas que son de vital importancia en la mayoría de los casos.

Succión del pulgar y sus efectos a nivel dentario.- Este hábito es uno de los más comunes y se puede adquirir al nacimiento o más tarde. Es indudable que proporciona algún tipo de placer o satisfacción al niño y que al paso del tiempo, se convertirá en un hábito demasiado arraigado.

Levy dice: Las observaciones previas y los estudios clínicos han demostrado que la causa principal del hábito de chuparse el dedo, es la insuficiencia en el chupar el pezón o el biberón. Lo anteriormente dicho se afirma por el estudio hecho a diferentes sistemas de alimentación, en familias donde los niños tienen el hábito de chuparse el dedo y en familia donde no se lo chupan. Lo que llevó a la conclusión de que los primeros tuvieron menos actividad lactante que los segundos. Se ha demostrado también que cuando el hábito se inicia después de las primeras semanas de vida, se debe concretamente a la escasez en el tiempo de succión natural.

Freud reconoció la diferencia entre las necesidades de succión con fines nutritivos y la succión como causa de placer. Tomó de base esta observación para lograr la distinción entre la fase placentera y nutritiva del acto de alimentarse, para poder desarrollar su teoría acerca de las zonas erógenas, las cuales son áreas o sitios de tensión del cuerpo dotadas de sensación placentera.

En el acto de chuparse el dedo, existe con frecuencia un movimiento accesorio, dicho movimiento puede llegar a formar parte integral del acto de succión; esto es, que no puede efectuarse uno sin el otro. Un ejemplo sencillo es el de un niño que al chuparse el dedo, su movimiento accesorio sería el de asir un objeto, y cuando se retira ese objeto el dedo succionado sale de la boca. Hay casos también en que hasta que el observador inicie en el niño los movimientos accesorios para que éstos sean seguidos por la succión del dedo. En general la opinión de los psiquiatras ante este problema es la de no ha-

cerles caso hasta que se compruebe que causa algún daño. En caso contrario los psiquiatras no saben que proponer.

Otro aspecto importante que contempla este hábito, es cuando se practica con una abstracción lo suficientemente fuerte para que el niño niegue el interés normal respecto a otras actividades y en ocasiones el aprendizaje normal.

En el terreno odontológico los daños producidos por la excesiva succión son a nivel de la deformación de los maxilares, dando como secuela la sobremordida y separación de los incisivos superiores por la presión ejercida del pulgar hacia ellos.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal, (el primer año de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia.

El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito, o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. "Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación", esta observación es aplicable a niños de todas las edades. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito, esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran mas allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado con otros mecanismos infantiles.

Durante los tres primeros años de edad, la experien-

cia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior, daño que será temporal siempre y cuando el niño principie con oclusión normal.

La morfología original es muy importante porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar. Los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria de clase dos, división I.

Efectos dentales.- Hay diferentes opiniones y conceptos respecto a la succión de los dedos, pero en general se coincide en que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes no habrá riesgo de alineamiento ni de oclusión de los mismos. No así cuando persiste el hábito en el periodo de la dentadura mixta (de los seis a los doce años), que causaría problemas oclusales así como deformaciones faciales óseas.

Es importante establecer el hecho de que la gravedad del desplazamiento de las piezas dentarias tendrá relación directa con la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión. Hay que reafirmar que el desplazamiento de las piezas dentarias, así como la inhibición de su erupción normal puede ser causada por dos cosas:

- 1.- De la posición del dedo en la boca.
- 2.- De la acción de palanca que ejerce el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera, si además de succionar presiona contra las piezas dentarias.

Se puede saber por el contorno de la mordida abierta,

cuál de las dos manos es la que está utilizando el niño para succionar el dedo. Así también se sabe qué mano utiliza porque será la más limpia que tenga, o también la mano que en uno de sus dedos tenga la callosidad hecha por la succión.

El mal alineamiento de las piezas por lo general produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores.

Esto a su vez aumentará la sobre mordida horizontal y abre la mordida; según la acción de palanca producida puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores. Algunos autores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción de las piezas posteriores aumentando por consiguiente la mordida abierta. Hay duda con respecto a que el succionamiento del pulgar provoque estrechamiento de la sección palatina.

La prominencia que resulta de la sobreerupción de los incisivos permanentes superiores dirigidos labialmente, los vuelve altamente riesgosos a sufrir fracturas accidentales. La mordida abierta da como resultado además, problemas de empuje lingual y por consiguiente dificultades en el lenguaje.

El labio superior puede deslizarse hacia arriba y se-

llar (al deglutir) en lingual a los dientes anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción de los músculos al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores, con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de la deglución.

Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatura peribucal, puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de la succión. Sin embargo debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales.

El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, división I y casualmente también succione su pulgar, no justifica la conclusión de que el succionar el dedo por sí solo, produjo la maloclusión de segunda clase. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, así como la observación minuciosa de las oclusiones de los padres, porque éstas nos podrán revelar factores importantes a este respecto.

Respiración por la boca.- Realmente es poco frecuente el que los niños respiren continuamente por la boca. En los niños que se presente este hecho, se puede deber a tres causas principalmente:

1.- Por obstrucción

2.- Por hábito

3.- Por anatomía

En el caso de los niños que respiran por la boca por obstrucción, son los que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Esto es, que hay dificultad para inhalar y exhalar el aire por la nariz, y es cuando el niño se ve obligado a respirar por la boca para satisfacer sus requerimientos de oxígeno.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la causa que lo provocaba. El respirador bucal por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo su boca.

Con la clasificación anteriormente mencionada el odontólogo debe ser capaz de identificar en el niño el tipo de categoría que le corresponde. También se debe distinguir del segundo tipo, del de un niño que respira por la nariz, pero que por tener el labio superior corto mantiene los labios separados.

La respiración por la boca de tipo obstructivo se presenta también en los niños actomórficos, que son de cara estrecha y larga, con espacios nasofaríngeos estrechos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por los siguientes defectos:

1).- Por la hipertrofia de los turbinados (que tiene

la figura de trompo o cono invertido) de la membrana mucosa que recubre los conductos nasales, provocada por alergias e infecciones crónicas; así como también la rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

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

3).- Adenoides agrandadas, esto es que el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia; no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca debido a esta causa. Este inconveniente se podrá corregir por sí solo cuando crezca el niño, es decir, cuando el proceso fisiológico normal cause la contracción del tejido adenoidal.

Es un hecho que aunque la causa se elimine, el efecto puede persistir, como lo es en el caso de la obstrucción nasofaríngea; y que aunque se intervenga quirúrgicamente para eliminar la obstrucción, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Esta situación se hace evidente cuando el niño está en posición reclinada o durmiendo. Ante esta situación la intervención del odontólogo será para elaborar un aparato tal que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto se logrará con la construcción de un protector bucal (escudo bucal), su función será la de obstruir el paso del aire por la boca y forzar la inhalación y exhalación del aire por los orificios nasales. Antes de probar el protector bucal y forzar la entrada del aire por la nariz, deberá estarse bien seguro de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto y libre para permitir el intercambio de aire.

Para poder comprobar lo anteriormente dicho, Massler y Zwemer sugieren el uso de un pedazo de algodón aplicado frente a los orificios nasales. Se le pedirá al niño cerrar los ojos, así como la boca para que la respiración sea normal y no forzada.

Si a pesar de este aparato le resulta imposible el poder respirar por la nariz o lo hace con gran dificultad, entonces deberá canalizarse con un rinólogo, para que formule su diagnóstico y corrija la situación.

Pero si al contrario el niño respira con dificultad o usando el protector, hay muchas posibilidades de que se corrija el hábito con el uso del mismo. El aspecto típico de las personas que respiran por la boca es de "facies adenoidea", la cara es estrecha, los dientes anteriores superiores hacen proyección labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como va a existir falta de estimulación muscular normal en la lengua y presiones mayores sobre el área de caninos y los primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos del maxilar superior se caen; dando como resultado un maxilar superior en forma de "v" y una bóveda palatina elevada.

No se ha comprobado realmente que la respiración bucal sea la causa de maloclusión, aunque se han observado casos de maloclusiones en niños con respiración bucal. Se afirma que los mismos factores genéticos que contribuyen a generar maloclusiones de segunda clase, también provocan respiración bucal.

La succión labial.- Generalmente en los hábitos de succión no sólo se emplea el pulgar o algún otro dedo en las posiciones común y corrientes o nó, sino también intervienen otros tejidos como lo son las mejillas, los labios o la lengua; y son estos tejidos los que en un momento dado sustituyen al pulgar o cualquier otro dedo con el fin de seguir practicando el hábito.

Es importante hacer notar que los hábitos bucales más frecuentes son característicos de la clase social económicamente alta.

La succión o mordida de labio, puede llevar al niño a sufrir los mismos desplazamientos dentarios que los de la succión del pulgar. Este tipo de hábitos se presenta en la edad escolar y puede ser abandonado por el niño, si se logra convencerlo y obtener su cooperación.

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara. Si se practica de una manera constante los dientes anteriores del maxilar se morderán labialmente, estableciendo con ello una apertura de la mordida.

Empuje lingual.- En los niños que presentan mordidas abiertas o incisivos superiores en protusión, es frecuente observar hábitos de empuje lingual. No obstante ha sido comprobado si esta presión lingual sea la que produce la mordida abierta, o si la mordida abierta es la que provoca que el niño empuje la lengua hacia adelante, entre el espacio que dejan los incisivos superiores e inferiores. Como este empuje afecta

Solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior no es afectado.

Así como la succión del pulgar produce protusión, el empuje lingual tiene efectos similares, más la inclinación labial de los incisivos maxilares aunque este tipo de hábito lingual puede presentarse con una depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta bien pronunciado y ceseo.

Importante es el hecho de no confundirnos respecto al diagnóstico que se da a los padres del niño, ya que generalmente se asocia la mordida abierta con la succión del pulgar; siendo que en ocasiones un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada puede tener causa directa en la mordida abierta así como la protusión de las piezas anteriores.

El tratamiento para este tipo de hábito consiste en instruir al niño para que mantenga la lengua en una posición adecuada durante el acto de deglutir.

Empuje del frenillo.- Este tipo de hábito es realmente raro observarlo si los incisivos permanentes superiores están espadados entre sí, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. En un principio este hábito se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede tornarse en un hábito que provoque el desplazamiento de las piezas dentarias.

El efecto sobre los dientes en este tipo de hábito es similar al efecto que produce un frenillo anormal.

ABERTURA DE LOS PASADORES PARA EL PELO.- Este se cons

tituye como otro hábito nocivo y es muy frecuente en las mujeres adolescentes, y consiste en abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores para posteriormente ponerselos en la cabeza. En las personas que lo practican se observan los incisivos aserrados y piezas dentarias parcialmente sin esmalte labial.

Realmente por la edad en que se practica, solamente hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos que se derivan del mismo.

MORDEDURA DE UÑAS.- Este hábito se desarrolla generalmente pasada la edad de la succión y es considerado como normal en las personas. Un estudio hecho reveló que el 80 % de los individuos sobre los que se hizo esta observación habían mordido o se mordían las uñas, este hábito no es considerado pernicioso, asimismo no causa maloclusiones ya que las fuerzas aplicadas al morder las uñas son comparables con las del proceso de masticación, sin embargo en algunos individuos llega a producirse cierto grado de atricción en los dientes anteriores inferiores por su marcada insistencia en quitar impurezas que guardan las uñas. En otros casos el hecho de morderse las uñas es una forma de aliviar la tensión nerviosa.

Un hábito como cualquier conducta general no se puede considerar malo; a menos que el practicarlo perjudique realmente en forma física o moral, así como al niño mismo o a las personas que lo rodean.

Concretamente el hecho de morderse las uñas no es perjudicial, cuando el niño crezca y sea adulto serán otros

los objetos que sustituyan a sus dedos, como el hecho de utilizar goma de mascar, cigarros, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua. Es así como se van encontrando sustitutos a diferente edad como tranquilizante para las tensiones nerviosas.

Bruxismo.- Se considera como un hábito bucal en los niños que consiste en el frotamiento de los dientes de características no funcionales, dando como resultado el desgaste de los dientes.

Este hábito se practica con más frecuencia por las noches y si la práctica del mismo se prolonga por algún tiempo, se producirá una atricción o desgaste considerable en las piezas dentarias tanto temporales como permanentes, e incluso se provocan molestias matutinas de la articulación temporomandibular.

Las causas exactas de este hábito no son muy claras aún, pero se considera que tenga una base de tipo emocional ya que se presenta en niños nerviosos e irritables y que lo practican de una manera consciente e inconsciente por un tiempo indefinido. Asimismo, estos niños pueden estar practicando otro tipo de hábito como la succión del pulgar o la mordedura de uñas.

En general estos niños duermen intranquilos y sufren ansiedades. El bruxismo se ha observado también en enfermedades orgánicas como la epilepsia y trastornos gastrointestinales.

Ranfjord menciona como causa probable, el hecho de que exista interferencia oclusal y que la presencia de ésta,

desencadene el bruxismo y aún más la presencia de una tensión nerviosa. En caso de que lo anteriormente dicho se presentara, el tipo de tratamiento a seguir es el ajuste oclusal. El tratamiento en general tendrá que ser dado desde el punto de vista del médico familiar, del psiquiatra y del odontopediatra.

La actitud a seguir por el odontólogo para romper el hábito será mediante la construcción de una férula de caucho blando, para ponerse por las noches sobre los dientes. El caucho blando no forma una superficie dura y resiste el frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

Automutilación.- Sobre este tipo de hábito no es muy frecuente el encontrar referencias sobre de él, esto quiere decir que la automutilación no se practique muy frecuentemente; sino que es difícil en cierta medida diagnosticarla, además de que el niño no está dispuesto a admitir la práctica del hábito a menos de que sea sorprendido haciéndolo.

Este tipo de problema le corresponde también al odontólogo y debe tener la capacidad suficiente para descubrir la causa. Si se descubre la causa de la mutilación es por factores dentales locales, se puede corregir en poco tiempo, pero generalmente la presencia de este hábito es por causas de tipo emocional, siendo lo más indicado el canalizar a la familia hacia un servicio más competente.

El hábito en sí consiste en la movilización de las piezas dentarias a consecuencia de la falta de soporte óseo y de la encía, esto es que el niño con sus uñas empieza a traumatizarse los tejidos gingivales libres y adherentes a tal

grado que llega a destruir el hueso alveolar y finalmente, se autoextrae la pieza dentaria al ir eliminando los tejidos básicos de sostén.

Algunas veces para practicar este hábito no solo se usan las uñas sino que se acude a una serie de objetos que logren satisfacer sus necesidades mutilatorias.

Este tipo de problema es causado también la mayoría de las veces, por la no adaptación del niño a su hogar o escuela, asimismo la tensión y conflictos familiares son causas del hábito.

Hábitos de presión o inclinación.- Los hábitos de presión en inclinación que se forman por la costumbre escolar de apoyarse en el mentón, por las posiciones que se adoptan al dormir con el brazo bajo el otro y por otras posturas peculiares, son factores etiológicos de ciertas formas de maloclusión.

Es evidente que si estos hábitos se interrumpen a una edad temprana, los huesos de la cara y la posición de los dientes tenderán a continuar su desarrollo normal.

Si por el contrario el hábito no se interrumpe antes de que el niño llegue a la edad transicional, puede dañarse el hueso de manera permanente e iniciarse un tipo progresivo de maloclusión. En muchos de estos casos será necesario acudir a los ejercicios correctivos.

Hábitos nerviosos auxiliares.- Es frecuente el observar hábitos nerviosos auxiliares asociados con el hábito

de chuparse el dedo. A la vez que el niño practica este hábito igualmente empezará a tirarse del pelo o incluso a arrancarse mechones, otro ejemplo lo es cuando utilizan una manta de lana con la otra mano, una muñeca o un juguete y acariciarlos mientras se chupa el dedo. Debe de haber una transferencia de la atención a otro objeto o actividad más interesante para interrumpir el hábito.

V. DIAGNOSTICO

Para hacer un correcto diagnóstico, deben estudiarse presiones, dirección, intensidad, tiempo y fundamentalmente la constitución genética antes de afirmar una relación de causa a efecto.

En el caso de succión digital debe investigarse: ¿ Cuándo comenzó a chuparse el dedo ?, ¿ Cómo se desarrolló ese hábito ?, ¿ Si la succión es constante ?, ¿ Cómo reacciona al ambiente ?, etc. En general preguntar todo lo que se relaciona con este hábito.

Quando se trata de hábitos linguales y de deglución es relativamente fácil si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución.

Estando frente al paciente se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae; en cambio, si no se ponen los dientes en oclusión como deberían durante el acto normal, el músculo no se contraerá.

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

En la respiración bucal, para comprobar si el conduc-

to nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, se sugiere el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicar el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente normal y no forzada como cuando se instruye al niño. Si el niño no puede respirar por la nariz o lo hace con gran dificultad, deberá enviarse a un rinólogo para que éste formule y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser protegida con la ayuda de un protector bucal.

El bruxismo puede diagnosticarse por una atricción considerable en las piezas y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

En el hábito de mutilación o hábitos masoquistas generalmente los niños no están dispuestos a admitir el acto, y por lo mismo el diagnóstico puede ser incorrecto, teniendo el dentista que ser muy cuidadoso al hacer las preguntas e inspección.

En todos los casos deben efectuarse cinco preguntas básicas y un cuestionario recomendado por el Dr. Graber, el cual ha sido invaluable en el desarrollo de un patrón de los hechos conducentes a la formación del hábito:

1.- Comprensión del niño. ¿ comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento ?. ¿ quiere el niño que lo ayuden ?

- 2.- Cooperación paterna.- ¿ comprenden ambos padres lo que se está tratando de hacer y prometen cooperación total ?
- 3.- Relación amistosa.- ¿ ha establecido una relación amistosa con el niño, de manera que en su mente exista una situación de recompensa en vez de un castigo ?
- 4.- Definición de la meta.- ¿ han elegido tanto los padres como el odontólogo una meta definida en términos de "tiempo" y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?
- 5.- Madurez.- ¿ ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedad a corto plazo ?

Si el odontólogo no está seguro de la voluntad y cooperación principalmente del niño y de los padres, el uso de un instrumento no va a ser inútil solamente, sino que va a provocar secuelas psicológicas.

El problema no es sencillo, porque no es cuestión de dedos o de dientes; estamos frente a un síntoma de algo en que está comprometido el niño.

Se requiere el diagnóstico de la situación de fondo y, en lo posible, su solución antes de colocar cualquier aparato corrector, si es necesario. Las amenazas, el ridículo, la promesa, la comparación, el castigo, etc., son inútiles y negativos, pues solo servirán para fijar el hábito y acrecentar la agresividad del niño.

VI. TRATAMIENTO

Después de analizar los hábitos viciosos, se requiere de ejercicios musculares correctivos como alternativa, para convertir un hábito vicioso en otro útil.

Alfred P. Rogers ha estudiado e investigado mucho acerca del funcionamiento defectuoso de los músculos de la boca, y ha sido de esta forma como ha dado a la profesión dental una base para el tratamiento de la maloclusión; asimismo, él llama aparatos ortodónticos vivos a los músculos de la boca. A continuación se describirán varios tipos de ejercicios musculares correctivos:

1.- La Gufa de Linn. La presión externa es una de las causas de las deformaciones dentofaciales, y es necesario el corregirla para el total éxito del tratamiento de la maloclusión. El hábito de dormir apoyando el rostro en la almohada es una de las costumbres difíciles de corregir, pues las posturas que se adoptan durante el sueño resisten el cambio.

Jess A. Linn ideó una gufa con la que puede ayudarse al niño para que aprenda a dormir en otras posturas. La gufa de Linn consiste en una cinta ancha de tela para toalla que tiene dos cordones en sus extremos para sujetar los brazos del paciente, estos cordones permiten que el niño se tienda sobre cualquiera de los costados; pero evita que lo haga sobre su vientre.

La gufa se hará sobre medida para cada paciente. Cada cordón tiene una unión hacia el centro y otra hacia el ex-

terior de la banda. Las uniones del centro se encuentran entre los omóplatos y evitan que los cordones se corran durante el sueño. Las uniones del exterior se encuentran lo suficientemente separadas para permitir que el niño se ponga la gafa como si fuera una chaqueta, cuando se extiende en la cama o cuando va a acostarse.

Los extremos de la banda se sujetan a las barras laterales de la cama o debajo del colchón si es necesario, y la banda se extiende sobre la sábana inferior. Si el niño se pone la gafa deslizado ambos brazos por las gasas, éstas lo sujetan por debajo de las axilas y por encima de los hombros.

2.- Ejercicios del Músculo Masetero y Temporal.- En muchos niños que respiran por la boca, generalmente los músculos de la masticación son débiles e hipotónicos, flojos y les falta fuerza y tono. Si el niño puede colocar los dientes en la oclusión correcta es aconsejable recurrir al siguiente ejercicio:

a) Poner la punta del dedo índice del paciente sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que el paciente pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento.

b) Ocluir los dientes.

c) A continuación se debe contraer y aflojar el grupo de músculos masetero-temporal, se debe asegurar que la mandíbula permanezca inmóvil.

d) Mantener los músculos contraídos hasta que el ni-

ño cuente hasta diez mentalmente; enseguida se aflojarán los músculos.

e) Se repetirá cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.

f) Unos días después deberá aumentarse gradualmente la cuenta de diez hasta llegar a veinte; el esfuerzo muscular no debe ser excesivo.

g) Este ejercicio deberá realizarse con regularidad unas tres veces al día; fortalecerá los músculos de la masticación y estimulará el buen funcionamiento de las estructuras óseas.

3.- Ejercicios del Músculo Pterigoideo.- Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos, que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula, pueden corregir en muchos casos esa condición mediante el ejercicio pterigoideo. Puede ser necesario también emplear cierta forma de aparato ortodóntico, especialmente cuando existen puntos de interferencia que indican que la mandíbula puede ser llevada hacia adelante, a la posición de ventaja mecánica :

a) Se llevará la mandíbula tan adelante como sea posible y después hay que dejarla que se retraiga, hasta que los dientes tomen su relación normal.

b) Se le indicará al paciente que apriete los dientes y que contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal contando hasta diez lentamente, como se indicó en el ejercicio anterior.

c) Se dejará descansar la mandíbula por un momento y después se llevará otra vez hacia adelante, repitiendo lo que se dijo en el ejercicio anterior.

d) Este ejercicio deberá continuarse hasta que se haya fijado el hábito fisiológico normal, en relación con posición de la mandíbula.

4.- Ejercicio de Wilson para los músculos faciales.

En un artículo publicado por Wilson, aconseja un ejercicio que mantendrá en reposo los músculos ya desarrollados y estimulará el desarrollo de los músculos atrofiados total o parcialmente.

Las indicaciones para el paciente serán las siguientes:

a) Primero se le indicará que lleve los molares del maxilar y de la mandíbula a la posición de oclusión y que los mantenga en ella.

b) Deberá contraer todos los músculos de un carrillo, con lo que el ángulo de la boca se contrae en línea recta y hacia atrás.

c) Conservando esta posición, deberá empujar (con la mano si es necesario) todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.

d) Mientras se conservan tensos estos músculos, se le indicará que aspire profundamente y que lo deje escapar lentamente.

e) Se repetirán los mismos movimientos en el lado

opuesto. Cuando se llega a hacer de 10 a 100 veces este ejercicio, según las condiciones físicas y capacidad del paciente; fortalece el orbicular de los labios y los músculos asociados de la boca y los carrillos.

5.- Ejercicio de la lengua. Es un tanto difícil el corregir los hábitos viciosos de la lengua, y es precisamente este tipo de hábito el causante de las maloclusiones de mordida abierta.

Lloyd S. Lourie ideó el siguiente ejercicio: se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo, se coloca exactamente detrás de los incisivos superiores, donde es sostenido por la punta de la lengua. Se enseña cuidadosamente esta posición al paciente, y cuando se realiza cada acto de deglución, la punta de la lengua se mantiene en la posición inicial.

6.- Ejercicio para la succión labial. Este tipo de ejercicio es muy recomendable para el problema de succión labial. El ejercicio consistirá en la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y sobreponer con fuerza el labio inferior. El tocar instrumentos musicales bucales es de mucha ayuda para lograr enderezar los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas superiores anteriores.

7.- Ejercicio pasivo de Strag para la deglución. Este ejercicio sirve para ejercitar a los músculos que actúan en la deglución a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones pervertidas; especialmente en lo que se refiere a la contracción exagerada durante la succión y al espasmo de la

lengua.

La manera de llevarse a cabo el ejercicio es la siguiente:

a) Se tendrá a la mano un espejo (de tocador) y un vaso de agua.

b) Enseguida se procede a tomar un pequeño sorbo de agua, la suficiente como para humedecer la boca.

c) Se observará cuidadosamente la boca en el espejo.

d) Sin dejar de observarse, se juntarán los dientes y se mantendrán en esta posición durante todo el ejercicio.

e) Enseguida se cierran suavemente los labios y se tragará el agua, recordando tres cosas: mantener unidos los labios, mantener los labios absolutamente inmóviles y finalmente mantener la lengua en la boca sin que haga presión contra los dientes anteriores.

f) Se repetirá lentamente la deglución, tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo.

g) La duración del ejercicio será de dos minutos, y cuando menos se practicará tres veces al día. Después de pasada una semana se aumentará la duración del ejercicio a tres minutos.

Este ejercicio, según Strag, es uno de los más útiles e importantes si el paciente lo domina y recurre a él en forma rutinaria, eliminará así una de las causas más frecuentes de la maloclusión; así como la causa principal de que en muchos casos reaparezca la anomalía después del tratamiento

ortodóntico.

8.- Ejercicio tónico general. El propósito de este ejercicio es el de promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes, aunque también es valioso para todos los músculos de la cara.

El ejercicio consiste en tomar un sorbo abundante de agua tibia, en la que se haya disuelto bicarbonato de sodio o sal, se mantendrán los dientes firmemente en oclusión y se hará pasar el agua por los espacios interproximales y regresarla al espacio lingual. Se repetirá el ejercicio hasta que los músculos muestren una ligera fatiga. Esta rutina deberá repetirse de cinco a seis veces por la mañana y por la noche.

Métodos de Adiestramiento Extrabucal.

Es claro que los problemas de personalidad entran en el terreno del psicólogo, siendo este especialista el único que podrá preparar al niño psicológicamente para que pueda ser consciente de su problema y se convenza de querer romper o abandonar el hábito.

Generalmente, lo primero que se hace para resolver este tipo de problemas de hábitos es acudir con el odontólogo al percatarse de los resultados primarios que se dan a nivel bucal, como son la distorsión del hueso alveolar y la malposición de las piezas dentarias.

Varios ortodoncistas manifiestan su convicción de que antes de hacer cualquier tipo de intervención habrá que exami-

nar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño.

Esta afirmación nos lleva a pensar que es iluso de nuestra parte el pensar que la eliminación de un hábito como lo es el de succionar el dedo pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado única y exclusivamente por el odontólogo y los padres del pequeño.

1).- Procedimientos psicológicos. Los niños suelen combinar hábitos bucales primarios, como lo es la succión del pulgar, con hábitos secundarios como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Es frecuente el poder romper el hábito primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

Lo anteriormente dicho se puede demostrar con el caso de una niña de diez años que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo de un solo lado de la cabeza, terminando por dejar sin pelo al lado afectado; se procedió a rapar la cabeza de la niña lográndose con esto que perdiera los deseos de chuparse el pulgar y terminar así con el hábito.

Existen también otros tipos de métodos que son menos drásticos e igualmente efectivos. Se puede estimular al niño alabándolo y haciéndolo sentirse más responsable.

El procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo con cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa, esto es:

a) Se debe establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).

b) No se debe criticar al niño si el hábito continúa.

c) Ofrecer una recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación se verá que es mínima la evolución hacia el adiestramiento del niño.

Cuando el hábito se practica por problemas emocionales, el tratamiento a seguir según los psiquiatras, es dejar pasar el tiempo y dar oportunidad a que se resuelvan las dificultades emocionales del niño.

Por otra parte se acude a explicar a el niño los problemas que le puede causar el hábito que practica, siempre y cuando tenga la edad propicia para entender o comprender lo que se le trata de explicar y así de esta manera estimular su "yo", realmente bajo este procedimiento o técnica se tiene la experiencia de pocos éxitos.

Existe también el llamado "método del espejo de Lewis" y que consiste en romper el hábito logrando que el niño sea consciente de él. Consiste en apartar al niño de sus juegos dos veces al día y hacer que se chupe el dedo frente al espejo en un tiempo de diez minutos, hasta que abandone el hábito.

Se ha observado también que en niños de más de cinco años, el hecho de chuparse el dedo y asociarlo con un hecho vergonzoso produce en la mente del niño la resolución de abandonar el hábito.

Los regaños y castigos serán inútiles para poder lo-

gran suprimir el hábito. Concretamente se deberá convencer al niño y hacerlo consciente de la necesidad de que lo abandone y sus repercusiones posteriores.

2.- Procedimientos con sustancias y aditamentos.

Existen varios métodos por medio de los cuales se ha obtenido éxito para eliminar el hábito de succionar el dedo. Este tipo de métodos no es precisamente la aplicación de algún aparato dentro de la boca del niño.

Uno de ellos consiste en llenar o recubrir el dedo del niño con ciertas sustancias que están hechas especialmente para este efecto, siendo su característica el tener un sabor desagradable.

Otro método consiste en rodear o envolver con tela adhesiva el dedo afectado, otro es el adherir un guante a la mano afectada.

Otra de las técnicas que se adoptan para tratar este problema, son los dispositivos antiguos que funcionan como impedimento mecánico.

Existen varios aditamentos que son utilizados para tratar este hábito, pero generalmente no dan resultado y son negativos en el sentido de que acentuarán más el problema, se hace mención a ellos sólo como información más no como recomendación.

Hay dedaleras y mitones de diferente forma: Defensa para dedos, mitones de aluminio, protectores de alambre, etc. Para los niños de edad pequeña se emplea una especie de cami-

sa de dormir para que las manos no se puedan llevar a la boca.

El principio de cómo funcionan estos métodos es en base de que el niño aceptará romper el hábito, pero conlleva el riesgo de que al desaparecer éste pueda surgir otro nuevo hábito más nocivo.

Es importante mencionar que el papel del odontólogo es fundamental para proporcionar a los padres el conocimiento de los diversos métodos y alternativas a que se puede acudir, así como especificar sus ventajas y desventajas.

c) Métodos de adiestramiento intrabucales. La mayor parte de los instrumentos o aparatos que elabora el odontólogo para su colocación en la boca del niño, son considerados por los mismos como un elemento de castigo. Asimismo, al tener en este concepto por parte del niño al tratamiento puede provocar serios trastornos emocionales que económicamente resultarán más costosos para su tratamiento que el mismo hábito.

Generalmente en los niños que se usan aparatos para suprimir el hábito se forma una especie de complejo de culpabilidad asociado con el hábito mismo; lo que puede dar como resultado la supresión del mismo, pero provocar también un cambio en el carácter del niño.

Lo antes expuesto es muy claro para comprender que no basta el hecho de introducir aparatos en la boca del niño sin tener en cuenta los riesgos y algunos aspectos importantes que el odontólogo, más que nadie, debe saber y ser consciente de los mismos.

1.- Los aparatos para eliminar los hábitos.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato, no todos los hábitos causan daño. Estos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente. En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

Pero en otras ocasiones la discusión y posible comprensión del problema por parte del niño no se puede dar, porque su edad no se lo permite o porque simplemente no acceda a hacerlo. Sin embargo, teniendo en cuenta lo poco recomendable que son los aparatos para corregir los hábitos, por sus diversos efectos tanto emocionales como afectivos en el niño, con frecuencia resulta un buen procedimiento interceptivo el colocar un aparato diseñado para reducir y eliminar la actividad deformante, siempre y cuando los padres y, principalmente el niño entienda la necesidad de hacerlo y esté de acuerdo en usar el tiempo necesario el aparato.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre la edad de tres y medio a cuatro y medio años, preferentemente durante la primavera o el verano, que es cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables; y los deseos de chupar pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

Hay varios tipos de instrumentos para interceptar

los hábitos bucales y pueden ser contruidos por el odontólogo.

Su clasificación se maneja en instrumentos fijos y removibles. Cuando el niño muestra deseos de ser ayudado, el odontólogo tiene que elegir el tipo más apropiado de instrumento tomando en cuenta la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. En los niños de menos de seis años de edad, en los cuales sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño.

En la edad de la dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. Sin embargo el instrumento fijo puede causar en el niño la sensación de estar siendo castigado, mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en periodos críticos como en la noche.

Es claro que los instrumentos de tipo removible son más fácil de elaborarse y ajustarse para el odontólogo que los de tipo fijo. Pero la mayor desventaja de los removibles es que el niño lo usará solo cuando él quiera.

2.- Construcción del aparato para el tratamiento del hábito de succionar el pulgar. El siguiente aparato que se describirá se prescribe para la succión de los dedos. La prescripción ortodóntica para la reeducación de los hábitos adopta diversas formas. Una de las más eficaces es una criba fija, y su elaboración es la siguiente:

Se toma una impresión en alginato en la primera visi

ta y se vacían moldes de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar los alambres de bronce separados en esta visita. Los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas (en diversos tamaños) son preferibles a las bandas de ortodoncia tradicionales.

La porción mesial del primer molar permanente si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo, un milímetro o dos es más que suficiente.

El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre la superficie vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contorneará si es necesario, se ajustará también a nivel gingival y sobre el labrado en el modelo.

El error más común es recortar demasiado las porciones proximales de la corona, reduciendo así la dimensión gingivo-oclusal. A continuación se corta una ranura en la corona, a nivel de la superficie mesiobucal o disto bucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base es forma de "U" se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar deciduo hasta

el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción de la sensación neuromuscular.

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

El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba en un ángulo de cuarenta y cinco grados aproximadamente respecto al plano oclusal. El asa deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos.

Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de fluor y soldadura de plata se solda el asa a la barra principal. Esta y el aparato soldado, son en seguida soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos.

Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

Ya en la segunda visita del paciente, el aparato se

retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular.

Se colocará el aparato sobre los segundos molares deciduos y se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abrirán automáticamente hasta obtener la circunferencia adecuada, posteriormente podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Todo el margen de la corona deberá de ajustar perfectamente y encontrarse debajo del margen gingival, pero sin que mutile la encía o produzca molestias al paciente.

Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central, si existe contacto estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, el aparato se seca perfectamente bien y se fija con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. Después de limpiar el cemento sobrante se observará que las coronas abrirán un poco la oclusión y constituirán los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación ya que los dientes superiores restantes harán erupción en poco tiempo y se pondrán en contacto con los dientes antagonistas inferiores.

Como ya se mencionó es sumamente importante el decirle al niño que el aparato es sólo para enderezar sus dientes, en ningún momento se mencionará que se intenta hacer desaparecer el hábito. A los padres y hermanos se les informa lo mismo.

Si llegara a existen tendencia a una mordida cruzada

lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato.

Finalmente se le explicará al niño que tardará unos días en acostumbrarse al aparato, que tendrá un poco de dificultad para limpiar sus dientes, que deberá hablar con cuidado y lentamente debido a la barra que se encuentra en su boca.

Igualmente, al padre se le informará que será poca la molestia y que el impedimento del habla residual durará al menos una semana.

Ciertamente los problemas del habla podrán persistir durante todo el tratamiento, la dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta deglutir. Después de un periodo de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deberán hacerse visitas para su revisión en intervalos de tres a cuatro semanas.

El aparato para el hábito se lleva o usa de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un período de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo, es un buen seguro en contra de la recidiva.

Después de este intervalo de tres meses se retiran primero los espolones; tres semanas después, si no hay problema de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

Por último la recomendación final es la de no colocar espolones afilados. La estructura de este aparato está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

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

3) Construcción del Aparato Para el Tratamiento de la Proyección Lingual. Generalmente este hábito de proyección lingual suele presentarse sin la combinación con el hábito del dedo.

Es impresionante la cantidad de veces diarias que la lengua se proyecta hacia adelante (de 500 a 1000 veces) ?, provocando con esto la acentuación de la mordida abierta o la protusión de los incisivos superiores.

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

Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva a una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condicion

nes normales, un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer varias cosas:

1.- Eliminar la proyección anterior y que su efecto sea a manera de émbolo durante la deglución.

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

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, ésta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparatos, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición. Para realizar estos propósitos, cuando el hábito de chuparse el dedo no constituye un factor, es mejor eliminar la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba restrictiva.

Los soportes del aparato intervienen los segundos molares deciduos. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho suficiente erupción, son preferibles. El procedimiento para elaborar este aparato es el siguiente:

Se toman unas buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias (muy aparte de las que se hicieron para los modelos de estudio), y se procede a correrlas en yeso. Se recomienda montar los modelos de trabajo sobre un articulador de bisagra o anatómico. Los molares que harán de soporte (primeros molares permanentes o deciduos), se recortarán en la forma ya mencionada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo.

Se seleccionarán coronas de metal de un tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los molares de soporte, también se hará el mismo corte en la parte vestibular de la corona.

La barra lingual en forma de "U", de aleación de níquel y cromo y de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas, se empieza a adaptar comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes, de los segundos y primeros molares deciduos. Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior.

El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por la parte lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto.

A continuación se dobla la barra y se lleva hasta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las

superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Cuando el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, el odontólogo deberá asegurarse de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieren en la incisión. Este es el motivo por el que se construye la barra base en sentido lingual, respecto al margen incisal inferior.

Una vez que se haya fabricado cuidadosamente la barra base y ésta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba (se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base). Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino, utilizando la pinza número 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de "V", de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores, cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá hacer contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes.

Una vez que cada proyección en forma de "V" haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se soldan al alambre base con suficiente soldadura de plata.

El mismo alambre base se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se solda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, está listo el aparato para probarlo en la boca

del paciente y establecer así la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte.

Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior puede limpiarse el alambre lingual. El corte vestibular se solda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimina en una semana, el paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso es proyectado contra el paladar, y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión. No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

Si el odontólogo ha procedido con cuidado en la elección del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente, con hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total y basal, y si coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar.

Con frecuencia es necesario colocar un refuerzo extrabucal; esta situación puede ser solucionada colocando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas. Posteriormente, si

está indicado puede emplearse un arco de alambre o un arco labial.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

No todos los hábitos de la proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores, puede existir mordida abierta posterior.

Aunque no son frecuente, estos hábitos pueden presentarse provocando infraoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y problemas del habla. Estos hábitos se presentan con mayor frecuencia en las maloclusiones de clase II, división 2; lo que apoya la hipótesis de que la función lingual es un factor en la creación, o al menos en la perpetuación, de la falta de erupción observada en los segmentos posteriores en aquellos pacientes con este tipo de maloclusión. Puede emplearse una criba para hábito modificada, para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes afectados.

4) Construcción del Aparato para el Tratamiento del Hábito de Chuparse y Morderse los Labios. Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden deberse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa directa en los hábitos de morderse y chuparse los labios.

En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es

una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Resulta fácil para el niño colocar los labios sobre la cara lingual de los incisivos superiores. Para poder lograr esto se vale del músculo borla de la barba, que extiende el labio inferior hacia arriba.

Para observar la actividad normal del músculo borla de la barba, se observa la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. La práctica de este hábito puede también deformar las arcadas dentarias; cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplanamiento marcado así como apiñamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva.

En los casos graves, el labio mismo muestra los efectos del hábito. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso; en algunos casos aparece herpes crónico con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados fácilmente por el odontólogo, aunque el padre no esté consciente del hábito. También es fácil observar el hábito de deglución anormal, así como la hiperactividad del músculo borla de la barba. Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que la prueba funcional es tan importante como la relación oclusal habitual.

Debe tenerse mucho cuidado en establecer un diagnós-

tico diferencial antes de intentar desterrar el hábito del labio.

Si existe maloclusión de clase II, división 1, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. El querer cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es ir hacia el fracaso. La manera de proceder en primera instancia en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal; esto generalmente exige los servicios de un especialista en ortodoncia, porque la simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal.

Cuando la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio. Realmente es poco frecuente que se coloquen aparatos para labio, porque generalmente la actividad labial anormal, casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II división 1, y problemas de mordida abierta; y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En el caso en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito del labio puede ser eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no se requiere del uso de aparatos para mover los dientes.

Es realmente interesante el observar como la lengua

alínea los incisivos inferiores, mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

El procedimiento para la fabricación del aparato para el hábito del labio es el siguiente: se toman impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren en yeso. Para mayor facilidad en su manejo se pueden montar en un articulador de bisagra o de línea recta. Se procede a recortar los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma ya descrita anteriormente para el aparato del succionador del pulgar.

Debemos asegurarnos de hacer el corte lo suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Si este aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen posibilidad de resistir los esfuerzos oclusales.

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corta en sentido anterior desde el diente soporte, pasando los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta la porción labial, dependiendo del espacio existente que se determina por el análisis de modelos articulados.

Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolin-

gual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto, el alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hacia el aditamento sobre el diente de soporte; haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

Se debe verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre (labial), no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si esto sucede el alambre base debe ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores dos o tres milímetros para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 o 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 milímetros, después este alambre se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos inferiores paralelo al alambre base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y solda el alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 milímetros de los tejidos gingivales. Posteriormente se solda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posibles interferencias oclusales o incisales.

Después de limpiarlo y pulirlo, podrá ser cementado sobre los dientes pilares. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar, esto tiende a reducir la irritación de la mucosa del labio inferior. La duración del tratamiento es de 8 o 9 meses, asimismo deberá retirarse gradualmente, esto es que los alambres auxilia-

nes se retirarán primero y el resto del aparato varias semanas después. Realmente no debe de haber prisa por retirar el aparato, principalmente en los casos en que ha habido apiñonamiento y retroposición de los incisivos inferiores. Es muy claro que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. De hecho esto no solo mejora su inclinación axial sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del hábito, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

5.- Aparato removible usado para el tratamiento de la respiración bucal. Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vestibular.

El uso de pantallas bucales se aconseja para la corrección de la respiración anormal por la boca, esta pantalla es una especie de escudo que se incarta en la boca y va a descansar sobre los pliegues labiales, evitando de esta manera la respiración bucal y favoreciendo así la respiración nasal. El material con que se fabrica esta pantalla es a base de acrílico o con cualquier otro material compatible con los tejidos bucales.

Su uso será exclusivamente por las noches y se le incarta al niño antes de que se acueste a dormir, para que así du-

dante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

Esta pantalla bucal se puede usar también en los casos de problemas de mordedura de labios, en las proyecciones linguales y en la succión del pulgar.

Es así como esta pantalla bucal puede servir para varios objetivos de carácter correctivo y asimismo se recomienda como un tratamiento que debería ser más frecuentemente usado.

VII CONCLUSION

Los hábitos influyen directamente en la creación de la maloclusión viniendo a tener ésta su origen en el medio ambiente. A menudo son múltiples las causas de una deformación, por lo que se hace indispensable determinar cómo suceden o cómo influyen factores hereditarios, congénitos o adquiridos, dependiendo también de la región afectada (sea ésta local o general). Es importante hacer notar que la época en que se presentan los hábitos, favorecen las anomalías, ya que es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúa sobre el hueso o tejido, que en esta época se encuentra en plena formación.

Los malos hábitos son ocasionados por succión, presión intrabucal, interposición muscular o presión exterior.

Debe tenerse en cuenta el elemento empleado para la aparición del mal hábito, ya sea éste extraño o del propio organismo, o en forma indirecta en los trastornos fisiológicos, fonéticos y estéticos.

No se debe comenzar un tratamiento ortodóntico de una mala posición producida por un hábito, si éste no ha desaparecido. El uso de aparatos para eliminar los diversos hábitos orales practicados por el niño solamente deben prescribirse cuando el pequeño está plenamente convencido y quiere romper el hábito, no pudiendo hacerlo por sí mismo, y en particular cuando el hábito es una costumbre y no una regresión compulsiva.

El criterio actual del odontopediatra, pediatra y psiquiatra reprueban de una manera rotunda el uso de medios agresivos para eliminar cualquier hábito oral.

