



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES INFANTILES
Y SUS EFECTOS EN EL
DESARROLLO

*Revisado por
C. Ochoa*

TESIS PROFESIONAL

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

PATRICIA GUADALUPE ARIAS MONTES

CIUDAD DE MEXICO

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

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

CAPITULO I. ASPECTOS BASICOS DEL DESARROLLO

- a) Crecimiento y desarrollo craneofacial.
- b) La formación de los dientes y los tejidos que lo constituyen.
- c) Crecimiento de la cara y arcos dentales.

CAPITULO II. DESARROLLO DE LA OCLUSION DENTAL INFANTIL

- a) Definición y examen oclusal.
- b) Grupos de maloclusión.
- c) Clasificación de la maloclusión.
- d) Relación de los hábitos bucales con la -
prevención de la maloclusión.

CAPITULO III. PSICOLOGIA INFANTIL.

- a) Enfoque psicológico a la odontología pediátrica.
- b) Psicopatología Infantil.

CAPITULO IV. REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION

- a) Reflejo de succión y la lactancia natural y artificial.
- b) La deglución normal y anormal.
- c) Elaboración de la Historia Clínica.

CAPITULO V. LOS HABITOS BUGALES INFANTILES.

- a) Origen y definición
- b) Actos bucales no compulsivos y hábitos bucales compulsivos.
- c) Succión del pulgar y sus efectos a nivel dentario.
- d) Respiración por la boca.
- e) La succión labial.
- f) El empuje lingual.
- g) Empuje del frenillo.
- h) Abertura de pasadores para el pelo.
- i) Mordedura de uñas.
- j) Bruxismo.

- k) Autoutilización.
- l) Hábitos de presión e inclinación.
- ll) Hábitos cervicocervicales auxiliares.

CAPITULO VI. METODOS DE ADIESTRAMIENTO.

- a) Métodos de adiestramiento pasivos "Ejercicios correctivos"
- b) Métodos de adiestramiento extrabucales
 - 1.- Procedimientos psicológicos.
 - 2.- Procedimientos con sustancias y aditamentos.
- c) Métodos de adiestramiento intrabucales
 - 1.- Los aparatos para eliminar los hábitos.
 - 2.- Construcción del aparato para el tratamiento del hábito de succionar el pulgar.
 - 3.- Construcción del aparato para el tratamiento de la proyección lingual.
 - 4.- Construcción del aparato para el tratamiento del hábito de chuparse y morderse los labios.
 - 5.- Aparato removible usado para el tratamiento de la respiración bucal.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

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

La práctica de los hábitos bucales se ha venido acentuando mucho en los últimos tiempos, y la forma de pensar con respecto a éste fenómeno es que son malas costumbres o mañas que el niño practica sin motivos reales o justificables.

Realmente la inquietud de hacer el presente trabajo fué para disipar las dudas e investigar las causas reales que en verdad motivan la práctica de los hábitos bucales. Esta serie de fenómenos se da con más frecuencia en los niños y sus efectos en la etapa infantil son muy grandes. Y al hablar de la gran incidencia en ellos, nos estamos refiriendo a esas generaciones que en un futuro nos reemplazarán y que para su máximo desenvolvimiento como unidad biopsicosocial, requieren de crecer y desarrollarse en óptimas condiciones.

Lo antes expuesto es muy importante, ya que ese equilibrio natural dependerá directamente de que el niño esté exento de alteración alguna y en el caso contrario, que lo haga perder este equilibrio, se le debe de guiar por el camino más indicado.

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 .

Las alteraciones de conducta, así como los hábitos que desarrolla el niño son la respuesta obligada ante un ambiente que se torna adverso para su desarrollo, es su sentir y malestar en contra de lo que le rodea. El origen real de éstos problemas está dado definitivamente por nuestros conflictos, desacuerdos, frustraciones, nuestras prisas y sobre todo por la falta de atención al niño; nuestro deseo de estar bien con todo y a la vez con nada.

Probablemente el punto de vista anterior se salga un poco de lo común, ya que nosotros mismos, los odontólogos estamos acostumbrados a tratar los problemas bucales sin que rebasen los límites de la cavidad oral.

Es decir, que los aislamos completamente del resto del complemento corporal y realmente considero que es uno de los errores en que vivimos educados y - que tenemos que ir superando en beneficio de nuestra profesión.

El presente trabajo establece una comparación entre lo normal y lo anormal, así mismo evidencia todas las causas que originan en un principio la aparición y más tarde el establecimiento permanente de toda la serie de hábitos que son practicados por el niño.

También se sugieren tratamientos pasivos para la corrección - de hábitos nocivos, como son entre otros: los ejercicios musculares rehabilitadores, los psicológicos, los que son a base de sustancia de sabor desagradable, por medio de aparatos obstructivos que se insertan en la mano, por medio de aparatos removibles y fijos intraorales, etc.

CAPITULO I.

ASPECTOS BASICOS DEL DESARROLLO.

a).- CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.

Para poder comprender totalmente la naturaleza de las malformaciones óseas y dentarias por efecto de la práctica de los hábitos bucales en -- sus distintas formas, se hace necesario el hecho de hacer un breve recordatorio sobre el origen y desarrollo craneofacial.

Una vez que se ha llevado a cabo la fecundación es decir, la penetración del espermatozoide en el óvulo, se empiezan a dar una serie com -- pleja de fenómenos que en conjunto reciben el nombre de herencia. Desde el punto de vista citológico la fecundación es la formación de una nueva célula completa, entonces a partir de la formación de ésta nueva célula, el óvulo -- va a ser capaz de nutrir a este huevo y así se empezarán a efectuar toda una serie de cambios metabólicos para el desarrollo normal del embrión.

Ya al final de la tercera semana después de la fecundación el em-- brión tiene una longitud de 3mm., al final del tercer mes mide 77 mm., de -- longitud cefálico-coccígeo.

El desarrollo de la cara principia con el establecimiento de la -- cavidad oral, la cual comienza a formarse a partir de la invaginación del ectodermo con la extremidad cefálica. El ectodermo se profundiza hasta en -- contrarse y unirse con el endodermo del tracto digestivo, es así que a la cavidad formada por la invaginación del ectodermo se le llama cavidad oral primitiva o estomatodeo.

Esta cavidad oral estará separada del tracto digestivo por la membrana bucofaríngea sólo hasta la 4a. semana de vida intrauterina, en que se rompe y establece así la comunicación entre la boca y el tracto digestivo.

Es significativo el hecho de que el desarrollo embriológico de la cara, tome como punto de partida la cavidad bucal. Es precisamente por arriba de la cavidad oral donde se localiza una prominencia llamada proceso fronto-nasal, y por abajo se localizan cinco pares de arcos branquiales.

La mayor parte de las estructuras de la cara derivan del proceso fronto-nasal y del primer arco branquial. Los arcos branquiales segundo y tercero se unen al primer arco para constituir la lengua.

Al primer arco branquial se le divide en dos procesos: el maxilar y el mandibular. Al segundo arco branquial se le conoce como arco hioideo. Y al tercer arco branquial se le conoce como arco tirohioideo.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO DE LA CARA. Después del establecimiento del estomatodeo empiezan a desarrollarse tanto el proceso fronto-nasal (arriba), como el primer arco branquial (por abajo).

La parte superior del primer arco branquial, está constituido por dos pequeñas yemas laterales llamadas procesos maxilares superiores, los cuales dan origen a las porciones laterales del labio superior, porción superior de las mejillas, paladar duro, paladar blando (excepto la premaxila), y la arcada maxilar superior.

La porción inferior del primer arco branquial está constituida por los procesos maxilares inferiores de donde derivan: el maxilar inferior, porción inferior de las paredes laterales de la cara, mentón y porción anterior de la lengua.

Ya formados estos dos procesos, el crecimiento de la región inferior de la cara se retarda y el proceso fronto-nasal principia a desarrollarse con rapidez. La parte superior del proceso fronto-nasal, da origen a la frente. Por debajo de la frente, aparecen dos invaginaciones llamadas agujeros olfatorios.

Por arriba y adentro de éstos agujeros olfatorios se forma un abultamiento llamado proceso nasal medio, que da origen a la porción media y punta de la nariz. Este proceso nasal medio originará al tabique nasal que separará las fosas nasales en derecha e izquierda. Los procesos nasales laterales que se encuentran a un lado del proceso nasal medio y por arriba de los agujeros olfatorios dan origen a las paredes laterales de la nariz.

Por debajo del proceso nasal medio, se originan dos pequeños mamelones globulares, los cuales crecerán hacia abajo de los agujeros olfatorios y se colocarán entre los procesos maxilares superiores, y son precisamente éstos mamelones los que dan origen a la porción central del labio superior, llamado "filtrum".

Es así que la fusión de éstos procesos globulares con los procesos maxilares superiores dan origen a todo el labio superior. Este proceso queda concluido al final del segundo mes de vida intrauterina.

Concluyendo lo anterior se puede decir que a partir de la cavidad precardiaca empiezan a originarse los tejidos histológicos que son: El mesodermo que da origen al tejido muscular, conectivo y epitelial. El ectodermo da origen al tejido nervioso y epitelial; y finalmente el endodermo da origen al tejido epitelial.

La porción cefálica da origen a dos porciones que son: El proceso cefálico y el proceso fronto-nasal. El proceso cefálico origina las - - estructuras de la cabeza en su parte lateral, superior y posterior con excepción de los músculos.

El proceso fronto-nasal se divide en : Frontal, que origina a las estructuras de la frente y parte superior de la órbita con excepción de los músculos y el proceso nasal se divide a su vez en lateral y medio. El lateral origina los cartílagos laterales y parte lateral de la mejilla superior a excepción de los músculos; el medio origina los procesos palatinos medios, parte media del labio superior y parte media de la nariz donde está el tabique, con excepción de los músculos.

El 1er. arco branquial origina el maxilar y la mandíbula, el maxilar origina el hueso maxilar y los dientes, parte superior de la mejilla, procesos palatinos laterales y partes laterales del labio superior. El proceso mandibular origina la mandíbula, mejilla superior, todo el labio inferior y el cuerpo de la lengua.

b).- LA FORMACION DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS QUE LO CONSTITUYEN.

Antes de la formación de las estructuras óseas de los maxilares, hacia la 6a. semana de desarrollo embrional, se empiezan a manifestar las primeras evidencias de las estructuras dentarias.

La capa basal de revestimiento epitelial de la cavidad bucal, empieza a originar una estructura en forma de banda; esto es la "lámina dental" que se localiza sobre la región de los maxilares tanto superior como inferior. Al mismo tiempo, en cada maxilar y en la posición que ocuparán - los futuros dientes, se producen diez tumefacciones redondeadas u ovoideas.

La proliferación de las células continúa, y como resultado de un crecimiento desigual de las distintas partes del germen se forma una etapa de copa. En la superficie del germen aparece una invaginación superficial, las células periféricas de la copa formarán más tarde el epitelio adamantino externo e interno.

Hay invaginación y profundización continuas del epitelio hasta - que el órgano del esmalte toma la forma de una campana. Es durante esta etapa en que se produce una diferenciación de las células de la papila dental en odontoblastos, y de las células del epitelio adamantino interno en ameloblastos.

También se produce morfodiferenciación durante la etapa avanzada de campana y se determina la forma de la futura corona.

La etapa de crecimiento del esmalte y la dentina está caracterizada por un depósito de capas de matriz extracelular. Esta matriz, la depositan las células a lo largo del contorno trazado por las células formativas al término de la morfodiferenciación.

Kraus y Jordan, comprobaron que la primer indicación macroscópica del desarrollo morfológico se produce aproximadamente a las once semanas - in-útero.

Las coronas de los centrales superiores e inferiores se asemejan a pequeñas estructuras hemisféricas.

Los incisivos laterales comienzan a desarrollar sus características morfológicas entre la décima tercera y décima cuarta semana. Hay evidencias de los caninos en desarrollo en la décima cuarta y décima sexta semana.

ESTRUCTURA DEL DIENTE. Los dientes están dispuestos en la arcada superior o inferior. Cada diente está formado por una porción que se proyecta fuera de la encía "corona", y una o más raíces dentro de la encía. Los dientes se encuentran insertados en cavidades llamadas -- "alveolos", al punto de transición entre la corona y la raíz se le llama "cuello".

A la primera dentición se le da el nombre de "decidua", en contraposición a la segunda denominada "permanente". En ambas denticiones los dientes tienen estructuras similares y están formados por una porción no calcificada que es la pulpa, y dos porciones calcificadas que son el esmalte y la dentina.

El diente tiene una cavidad central que es la cavidad pulpar, cuya forma es semejante a la del propio diente. Dentro de las raíces, esta cavidad es alargada y termina en un orificio llamado "foramen apical", por el cual pasan vasos y nervios. Alrededor de las raíces hay una estructura fibrosa llamada "ligamento periodontal", que tiene la función de fijar a la raíz en su alveolo.

DENTINA. Es un tejido calcificado semejante al hueso, pero con más dureza ya que posee mayor cantidad de sales de calcio. Su matriz contiene glucoproteínas y colágeno, además de cristales de hidroxapatita. La matriz orgánica de la dentina es sintetizada por los odontoblastos y revisten la superficie interna de la dentina, separándola de la cavidad pulpar. El odontoblasto es una célula polarizada que deposita matriz orgánica únicamente sobre la superficie de la dentina, cada célula tiene una prolongación citoplasmática que penetra perpendicularmente en la dentina formando las fibras de Tomes.

La dentina es sensible a estímulos diversos como el calor, frío, ácido y a los traumatismos. Como el número de fibras nerviosas que penetran en ella es muy reducido, hay quien admite la posibilidad de que las fibras de Tomes sirvan como receptores, pasando los impulsos recibidos a los nervios de la pulpa dentaria.

Al contrario del hueso, la dentina persiste calcificada por largo tiempo, aún después de la destrucción de los odontoblastos.

ESMALTE. Es la estructura más dura y más rica en calcio del cuerpo humano. Contiene 97% de sales de calcio y apenas 3% de materia orgánica. El esmalte es un derivado epitelial calcificado, mientras que las otras estructuras del diente derivan del mesodermo.

El principal componente del esmalte es un tipo de queratina con una configuración molecular especial. El esmalte está constituido por estructuras exagonales alargadas "prismas del esmalte", éstos están calcificados así como el material cementante que los une. Su trayecto dentro del esmalte es el siguiente: partiendo de la dentina, van primero en dirección perpendi

cular a la superficie del diente; en la región media se orientan en espiral y finalmente toman de nuevo la misma dirección perpendicular. En las porciones más laterales de la corona, los prismas del esmalte siguen un curso horizontal, es decir perpendicular al eje mayor del diente.

PULPA. Esta porción del diente ocupa la cavidad pulpar, estando formada en el adolescente por tejido conjuntivo de tipo mucoso y en el adulto por tejido conjuntivo laxo. Las células predominantes en la pulpa son fibroblastos de forma estrallada.

La pulpa es un tejido muy innervado y vascularizado, vasos y nervios mielínicos penetran por un orificio en el ápice de la raíz y se ramifican profusamente. Circundando a la pulpa y separándola de la dentina, se observan grandes células columnares que son los odontoblastos.

Las estructuras responsables de la fijación de los dientes en los huesos maxilar y mandibular corresponden al cemento, membrana periodontal y hueso alveolar.

CEMENTO. Es una capa ósea que cubre a la dentina de la raíz y tiene estructura semejante a la del hueso.

El cemento tiene mayor espesor en la región apical de la raíz, presentando en éste punto células con aspecto de osteocitos "cementocitos".

Como el cemento no tiene canales vasculares, la nutrición de las células se hace a través de los canalículos que comunican a los cementocitos entre sí. El cemento es un tejido que reacciona con mucha facilidad, siendo reabsorbido cuando ocurren alteraciones en la membrana periodontal.

En la extremidad de la raíz la producción de cemento es continua para compensar la erupción normal que el diente experimenta. Aunque la erupción sea muy lenta, la formación del cemento es importante para mantener el tamaño de la raíz y garantizar la fijación del diente.

LIGAMENTO PERIODONTAL. Está formado por tejido conjuntivo denso con características especiales, que une el cemento dentario con el hueso alveolar, permitiendo no obstante, leves movimientos del diente dentro de los alveolos.

Las fibras colágenas de la membrana periodontal están orientadas de modo que transformen las presiones ejercidas durante la masticación en tracciones. Esta orientación de las fibras es importante, puesto que evitan que se ejerzan fuertes presiones directamente sobre el tejido óseo, lo que provocaría su resorción.

HUESO ALVEOLAR. Es la porción de hueso que está en contacto inmediato con el ligamento periodontal. Está formado por tejido óseo de tipo inmaduro. Varias fibras colágenas del ligamento periodontal forman haces que penetran en el hueso y en el cemento, insertándose en estas estructuras.

c).-CRECIMIENTO DE LA CARA Y ARCOS DENTALES.

Para la obtención del éxito en el diagnóstico, plan de tratamiento y procedimientos clínicos en el consultorio, nos exige el conocimiento básico sobre el crecimiento y desarrollo del paciente. Para poder aplicar -- las medidas preventivas, interceptivas y correctivas en el área de las de-

formidades dentofaciales, se requiere también de la comprensión lógica del crecimiento y desarrollo, en relación directa con las bases genéticas y - las influencias ambientales del paciente.

CRECIMIENTO OSEO. El término crecimiento se entiende como el desarrollo progresivo del cuerpo, esto es todo cambio de forma o tamaño de una célula, tejido u organismo durante un periodo mensurable.

El crecimiento de la cara se produce en tres planos del espacio que son: ancho, profundidad y altura.

El mayor crecimiento potencial de la cara corresponde al ancho, le sigue la profundidad y por último es la altura.

Con una radiografía lateral es posible analizar el crecimiento mediante la medición de cada hueso, su relación con los huesos adyacentes en esa placa, el registro de las mediciones con huesos o zonas similares de otras placas seriadas del mismo paciente.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR. La silla turca, la fosa craneana media y los huesos frontales se mueven en direcciones -- opuestas; hacia arriba y adelante para la sutura fronto-nasal, hacia arriba y atrás para la silla turca, el paladar o piso de las fosas más hacia - adelante que atrás con la dentición erupcionando hacia abajo y ligeramente hacia atrás.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR. Este crecimiento corresponde a una reabsorción anterior en la rama ascendente y depósito en la posterior. Este crecimiento y reabsorción ayuda a mantener la forma

relativa de la rama ascendente mientras eficazmente la mueve hacia atrás - en el espacio.

La región de la sínfisis en el hombre presenta ligeras modificaciones oposicionales por pequeños incrementos depositados a lo largo de -- años, en especial durante el periodo del crecimiento prepuberal. Está demostrado que el mentón del varón muestra hasta el doble de crecimiento por depósito que le mentón de la mujer.

Los cóndilos son zonas de activa proliferación celular, que da como resultado grandes cantidades de crecimiento. La cara crece y se desarrolla en razón de sus funciones inherentes. Este crecimiento debe de ser entonces directamente proporcional al grado de función de una parte; por ejemplo: la masticación constante de una dieta fibrosa genera una musculatura facial más fuerte y un depósito más abundante de hueso en el cuerpo y la rama ascendente del maxilar inferior.

El tamaño y forma que asume un hueso, así como su ubicación espacial, son directamente proporcionales a los procesos de crecimiento de los tejidos blandos y su función.

TEORIAS DEL CRECIMIENTO FACIAL. Teoría sutural.-

Sicher dice que no existe el crecimiento intersticial del hueso. Sus conceptos a este respecto se fundamentan en la experimentación con animales y seres humanos, los cuales demostraron que tanto los huesos largos como los planos, incluidos tejidos conjuntivo, cartílago, fibras nerviosas y vasos son punto de crecimiento. Estos tejidos aumentan de tamaño y número, con lo cual se unen y causan el crecimiento de huesos adyacentes.

TEORIA DE LA MATRIZ FUNCIONAL. Esta teoría de -- Moss, propone que la cavidad bucal constituye un tubo hueco con cierta potencia que es requisito previo para su función normal y por consiguiente para el crecimiento del hueso. Es conocido que el hueso llamado alveolar depende por completo de la existencia de erupción dental; si no hay diente, no hay hueso alveolar.

TEORIA NASOCAPSULAR. (de King y Scott). El crecimiento del tabique y del cartílago nasal ha sido atribuido al incremento total de la altura facial. Las caras largas y finas rara vez muestran tabiques desviados o anormales, los que son bastante frecuentes en los pacientes cuya altura facial está acortada.

El crecimiento del reborde alveolar de ambos maxilares compensa la dimensión vertical incrementada entre el maxilar superior y el inferior, por crecimiento del tabique nasal y del cóndilo. Según Scott éste crecimiento vertical de la cara se produce hasta el rededor del séptimo año.

TEORIA DE LA REUBICACION DE LA ZONA. Los huesos no crecen de una manera caprichosa, existirá un factor genético determinante del tamaño y forma de todo hueso dentro del marco de la cara. Un análisis morfogenético del crecimiento facial, llevado a término gráficamente por Enlow, muestra que la cara crece por "reubicación zonal". La cara experimenta un progresivo agrandamiento post-natal; sin embargo sus diversas -- proporciones cambian notoriamente con los años.

Para una mejor descripción, la cara puede ser dividida en regiones: frontal, orbitaria, maxilar y mandibular.

La frente crece en general por aposición en la superficie externa de las glabelas y por reabsorción interna, esto produce una migración frontal anterior y ligeramente superior.

La mitad central del techo de la órbita y la mayor parte del piso, recibe nuevos depósitos de hueso en las superficies externas. Las superficies laterales de las órbitas experimentan una reabsorción, esto permite el movimiento lateral de las paredes orbitarias.

El maxilar superior crece progresivamente hacia abajo y ligeramente hacia adelante, por depósito de hueso en las superficies posteriores del cuerpo del maxilar, así como incrementos de altura por el crecimiento de las apófisis alveolares .

Las alteraciones en el ancho se producen por la erupción de los dientes y por el cambio de la dentición de temporal a permanente.

Está demostrado que el maxilar inferior crece por aposición en el cuerpo así como reabsorción del borde anterior de la rama ascendente. El cóndilo crece en dirección cráneo posterior por un proceso de formación ósea endocraneal. Al mismo tiempo, el borde posterior de la rama ascendente crece hacia atrás por progresivos agregados periósticos de hueso. Como el cóndilo se mueve hacia arriba y atrás, la distancia total recorrida por el cóndilo excede la recorrida por el borde posterior en movimiento de la rama ascendente.

La apófisis coronoides se mueve en una dirección superior al mismo tiempo, pero algo hacia adelante en relación con el cuerpo de la mandíbula. Exámenes histológicos revelan a todo lo largo de las láminas corticales externas, un acúmulo de hueso perióstico compacto que brinda soporte a los arcos dentales.

La prominencia del mentón se produce por la reabsorción del soporte alveolar, justo por encima de la protuberancia mentoniana. En el punto mentoniano se produce cierto depósito de hueso perióstico.

El crecimiento craneofacial ha sido comparado con el crecimiento esquelético general y existe una clara relación entre las funciones corporales totales y el crecimiento craneofacial. Existen dos métodos mediante los cuales se determina la maduración y cambio de tamaño, y consisten en la determinación del nivel estrogénico y el análisis óseo de la muñeca.

EFECTO DEL SISTEMA ENDOCRINO EN EL CRECIMIENTO.

Tanner demostró que el sistema endócrino gobierna en gran medida el crecimiento óseo incremental. Los estrógenos administrados a varones y niños producen aumentos notorios en el crecimiento incremental óseo total. Por esta razón, el brote de crecimiento puberal se ve asociado a menudo en los dos sexos, a un aumento en el nivel de estrógeno excretado en la orina y parece estar directamente asociado a las tendencias de crecimiento acelerado en el complejo craneofacial.

ANÁLISIS DE LA MUÑECA. El análisis de los huesos de la muñeca ha servido durante mucho tiempo para determinar la edad ósea, pero en la práctica general odontológica no es ventajoso el diagnós

tico por el nivel de estrógenos ni por el análisis de los huesos de la muñeca.

Resumiendo se puede decir, que el crecimiento craneofacial es un complejo mecanismo de cambios tanto en tamaño, forma y posición como incrementos al paso del tiempo. Es un proceso dinámico, no estático, que debe ser examinado y medido por parámetros de interés individual.

C A P I T U L O II

DESARROLLO DE LA OCLUSION DENTAL INFANTIL .

a).- DEFINICION : EXAMEN OCLUSAL.

La posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de oclusión son determinados por procesos del desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas durante los períodos de formación, crecimiento y modificación posnatal.

La oclusión dentaria va a variar entre las personas, y va directamente relacionado según el tamaño y forma de los dientes, posición de los -- mismos, el tiempo y orden de erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial.

El estudio de la oclusión comprende también la naturaleza de las variaciones de los componentes del sistema masticatorio, así como los efectos de los cambios por la edad, variaciones funcionales y patológicas. La razón u origen de las variaciones en la dentición es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que repercuten tanto en el desarrollo prenatal como a la modificación posnatal.

Es difícil el poder definir lo que es una oclusión normal, ya que dentro de la definición de normal hay una infinidad de oclusiones variadas. Algo que es muy importante es el hecho de saber y estar conscientes que lo anormal en una edad, puede ser normal en otra, algunos ejemplos de las relaciones entre tiempo y normalidad, son las maloclusiones transitorias como lo es el apiñamiento durante la erupción.

de los incisivos, proyección anterior de los incisivos laterales superiores, la tendencia de los primeros molares a ocupar una posición de clase II antes de la pérdida de los segundos molares deciduos y la inclinación lingual de los segundos molares inferiores en erupción; antes de que la lengua haya podido influir en éstos dientes en erupción.

Es fundamental que el odontólogo reconozca éstas condiciones transitorias tal como son, que no interfiera en los intentos de la naturaleza para lograr lo que después será un patrón normal y una disposición normal de los dientes. Sin embargo es frecuente el hecho de que ortodoncistas y odontólogos de práctica general, sean los culpables de introducir aparatos ortodónticos inoportunamente, interviniendo en lo que en realidad es un patrón normal de desarrollo. Desgraciadamente la frecuencia de éstos errores da como resultado la afección de dientes y tejidos circundantes, provocando así finalmente una maloclusión "yatrogénica".

EXAMEN OCLUSAL. La zona anterior deberá mostrar coincidencia de las líneas medias de los incisivos centrales. Se debe observar si hay alguna desviación ya sea a la derecha o izquierda, registrando a la vez su magnitud en milímetros. Se deberá encontrar la causa real de la desviación (extracción prematura, interferencia cuspídea, cavidades malrestauradas o problemas funcionales).

Después se observará la relación labio-lingual y se anotarán las características del entrecruzamiento y del resaltante. En sentido gingivo incisal se observará si existe mordida abierta o cerrada. Un análisis cuidadoso del sector anterior nos orientará hacia encontrar posibles hábitos bucales que con presiones fuertes provocarán anomalías en esta zona.

Con respecto a la zona canina, se considera en relación correcta cuando la distancia entre las caras distales de los caninos superior e inferior se mantiene en 2.5mm., con una tolerancia de 0.5mm. Se anotará también su relación labio-lingual y gingivo-incisal. Son frecuentes los entrecruzamientos y las hiperoclusiones de caninos, con una forma obligada de mordida que se expresa en desviaciones de la línea media.

En la zona molar, se observará si las caras distales de los segundos molares coinciden en un plano o si hay escalón mesial. Ambas situaciones se aceptan como normales, aunque la segunda permitirá que al erupcionar los primeros molares permanentes se produzca el engranaje cuspídeo en neutro, o normo-oclusión. Si hay un plano recto en que coinciden las caras distales de los segundos molares, la relación de los primeros permanentes será cúspide a cúspide durante un tiempo más o menos prolongado, mientras se producen los ajustes que llevan a la neutro-oclusión, en base al diferente ancho mesiodistal de los molares primarios y premolares.

Los dientes primarios se disponen en arcos que Baume ha caracterizado como de patrones primitivos o modernos, según presenten espacios entre los dientes o estrecho contacto.

En el primer caso, se destacan los espacios primates (precaninos en el maxilar superior y poscaninos en el inferior)

Desde el punto de vista de la evolución hacia la dentadura permanente, es más favorable el arco con espacios que el arco "cerrado". Es importante señalar que en ambos tipos, no se alteran mayormente las dimensiones hasta que erupcionan los dientes permanentes.

En la zona molar en la cara vestibulo-lingual, se observará si los molares superiores cubren a los inferiores (todo el arco superior debe contener el inferior), o si existe entrecruzamientos (mordidas cruzadas) de uno o más dientes.

En sentido gingivo-oclusal, veremos si los molares llegan al plano de oclusión (que en la dentadura primaria es recto), no lo alcanzan, hipo ó infraoclusión (como en el caso de molares anquilosados), o lo sobrepasan, híper ó supraoclusión (como puede suceder en casos de espacios antagónistas desdentados o con dientes muy destruidos).

b)-GRUPOS DE MALOCLUSION.

La maloclusión puede afectar a cuatro sistemas tisulares que son:

- | | |
|-----------|------------|
| - Dientes | - Músculos |
| - Huesos | - Nervios |

En algunas ocasiones sólo los dientes son irregulares, la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural normal. En otras ocasiones los dientes pueden estar bien alineados, pero puede existir una relación maxilar anormal, esto es que los dientes no hagan contacto correcto durante la función.

Por último la maloclusión puede afectar a los cuatro sistemas con mal posiciones individuales de los dientes, relación anormal de los maxilares (o hueso) y funciones musculares y neurales anormales.

SOBRE MORDIDA VERTICAL. El término sobre mordida vertical "overbite", se aplica a la distancia en la que el margen incisal superior sobrepasa el margen incisal inferior, cuando los dientes son llevados a la oclusión habitual o céntrica.

SOBRE MORDIDA HORIZONTAL. La sobre mordida horizontal "overjet", es una mordida horizontal que se refiere a la distancia entre la cara lingual de los incisivos superiores y la cara labial de los incisivos inferiores cuando los dientes son llevados a oclusión céntrica o habitual.

MORDIDA ABIERTA. Se refiere a la situación en la que existe un espacio entre las superficies oclusales e incisales de los dientes superiores e inferiores de los segmentos vestibulares o anteriores cuando el maxilar inferior se lleva a la posición oclusal céntrica habitual.

MORDIDA CERRADA O PROFUNDA. Se refiere a un estado de sobremordida vertical excesiva, en la que la dimensión vertical entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva al llevar el maxilar inferior a su posición habitual u oclusión céntrica.

MORDIDA CRUZADA. Se refiere al caso en que uno o más dientes ocupan posiciones anormales en sentido vestibular, lingual o labial con respecto a los dientes antagonistas.

MORDIDA EN TIJERA. Se le da este nombre cuando existe mordida cruzada total del maxilar inferior, en sentido vestibular o del maxilar inferior en sentido lingual, cuando la dentición inferior está

contenido en su totalidad dentro de la dentición superior en oclusión habi
tual.

c).-CLASIFICACION DE LA MALOCLUSION .

Se han formulado varios sistemas de clasificación, pero solo han encontrado aplicación limitada debido a la gran variedad de anomalías buca
les y oclusales lo que hace tal descripción difícil, complicada y poco fle
xible.

Quizá la clasificación más utilizada es la que presentó Edward
H. Angle en 1899. La base de la clasificación de Angle, fué su hipótesis
de que el primer molar era la "clave de la oclusión" .

Angle dividió la maloclusión en tres clases amplias que son:

A).- CLASE I Neutroclusión.

B).- CLASE II Distoclusión

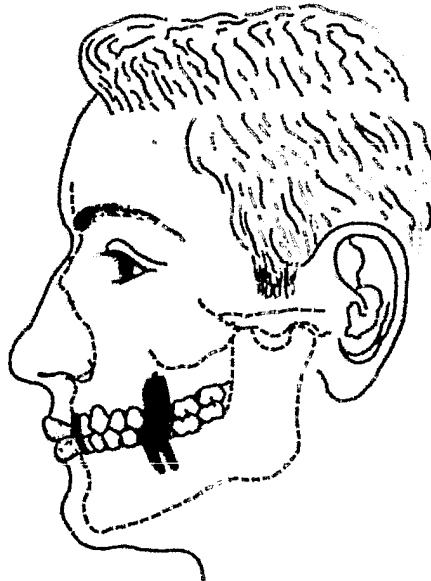
C).- CLASE III mesioclusión

Lo que hizo Angle fué caracterizar la maloclusión por síndromes,
creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloc
clusión en cada clase.

Es obvio que existe falta de homogeneidad en éstas característi
cas; sin embargo, la misma falta de homogeneidad existe para lo que se ha
denominado como normal. Así entonces la maloclusión como la oclusión nor
mal, presenta una variación amplia, no siendo un concepto absoluto.

"CLASE I" .-La consideración más importante en ésta clase es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Como Angle pensó que el primer molar superior ocupaba una posición esencialmente normal, esto significa que la arcada dentaria inferior representada por el primer molar inferior, se encuentra en relación anteroposterior normal con la arcada dentaria superior. De ésto se deduce que las bases óseas de soporte superior e inferior, se encuentren en relación normal.



CLASE I

Dentro de ésta clasificación se agrupan las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes. Generalmente suele existir función muscular normal en este tipo de maloclusión. La mayor parte de la población padece más este tipo de maloclusión.

En ocasiones, la relación mesiodistal de los primeros molares superiores e inferiores es normal, así como la interdigitación de los segmentos bucales, esto es; sin malposición franca de los dientes, pero toda la dentición se encuentra desplazada en sentido anterior con respecto al perfil. El ortodoncista llama a esto protrusión bimaxilar, con una relación anteroposterior normal de los maxilares, los dientes se encuentran desplazados hacia adelante sobre sus bases respectivas. Las protrusiones bimaxilares generalmente caen dentro de la categoría de clase I.

Puede existir maloclusión en presencia de función muscular peribucal anormal, con relación mesiodistal normal de los primeros molares, pero con los dientes en posición anterior a los primeros molares completamente fuera de contacto, incluso durante la oclusión habitual. Esto se llama "mordida abierta", y las condiciones que prevalecen en la mordida abierta generalmente se observan en la parte anterior de la boca, pero pueden también ocurrir en los segmentos posteriores. Con frecuencia, la relación de los primeros molares es de clase II o clase III.

"CLASE II" .- En este tipo de maloclusión, la arcada inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior, situación que es manifestada por la relación de

los primeros molares permanentes.

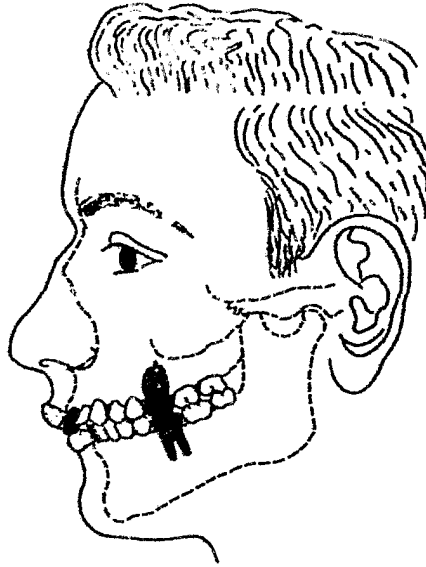
El surco meslovestibular del primer molar inferior ya no recibe a la cúspide mesiovestibular en el primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

La interdigitación de los dientes restantes refleja esta relación posterior, de modo que es correcto decir que la dentición inferior se encuentra distal a la dentición superior.

Existen dos divisiones de la maloclusión de clase II que son: la CLASE II, división 1 y la CLASE II, división 2. Enseguida se describirán cada una de ellas:

"CLASE II, División 1".- En esta clase de maloclusión, la relación de los molares es igual a la descrita anteriormente (distoclusión), y existen además otras características relacionadas. La dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada.

Con frecuencia, el segmento anterior inferior suele exhibir sobreerupción de los dientes incisivos, así como tendencia al "aplanamiento" y algunas otras irregularidades. La forma de la arcada de la dentición superior pocas veces es normal, en lugar de la forma habitual en "U", toma una forma que se asemeja a la de una "V". Esto se debe a un estrechamiento demostrable en la región de los premolares y canino, junto con protrusión o labioversión de los incisivos superiores.



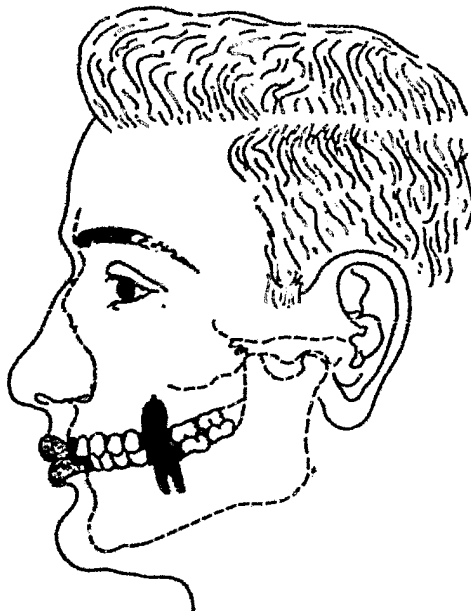
CLASE II, DIVISION 1

Una diferencia significativa, comparando la clase II división 1, con las maloclusiones de clase I (neutroclusión), es la función muscular anormal asociada. En lugar de que la musculatura sirva como férula estabilizadora, se convierte en una fuerza deformante. Con el aumento de la sobremordida horizontal (protrusión horizontal del segmento incisal superior), el labio inferior amortigua la cara lingual de los dientes.

La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. La lengua no se aproxima al paladar durante el descanso, durante la deglución la actividad muscular anormal de los músculos del mentón y buccinador, junto con la función compensadora de la lengua y cambio en la posición de la misma, tienden a acentuar el estrechamiento de la arcada superior, la protrusión, inclinación labial y separación de los incisivos superiores, la curva de Spee y el aplastamiento del segmento anterior inferior. La relación distal del molar inferior y la arcada inferior puede ser unilateral o bilateral.

"CLASE II, división 2" .-Al igual que la clase II, división 1, y ésta división 2 crea una imagen mental de las relaciones de los dientes y la cara.

Como la división 1 los molares inferiores y la arcada inferior suelen ocupar una posición posterior con respecto al primer molar permanente superior y a la arcada superior, pero aquí cambia la imagen; el mismo arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales, pero generalmente presenta una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior suele ser más irregular, con supravversión de los incisivos inferiores. Con frecuencia los tejidos gingivales labiales inferiores están traumatizados. La arcada superior pocas veces es angosta, siendo por lo general más amplia que lo normal en la zona intercanina.



CLASE II, DIVISION 2

Una característica relativamente constante en la inclinación lingual excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinación labial excesiva de los incisivos laterales superiores. La sobre mordida vertical

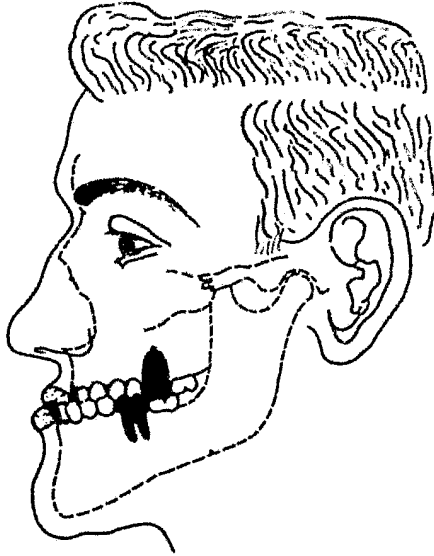
es excesiva (mordida cerrada) tanto los incisivos centrales como los laterales pueden estar inclinados en sentido labial. Tal oclusión es traumática y puede ser dañina para los tejidos de soporte del segmento incisal inferior. Al contrario que la división I, la función muscular peribucal generalmente se encuentra dentro de los límites normales, tal como las maloclusiones de clase I.

Debido a la mordida cerrada y a la excesiva distancia interoclusal, -- ciertos problemas funcionales que afectan a los músculos temporales, maseteros y pterigoideos laterales son frecuentes. Al igual que la división I, la relación molar distal de la arcada inferior puede ser bilateral o unilateral.

"CLASE III" .- En ésta clasificación, en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior. La interdigitación de los dientes restantes generalmente refleja esta mala relación anteroposterior.

Al contrario de la clase II, división I, en la que la sobremordida horizontal es excesiva, los incisivos inferiores suelen encontrarse en mordida cruzada total, en sentido labial a los incisivos superiores. En la mayor parte de las maloclusiones de clase III, los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia la porción lingual, a pesar de la mordida cruzada. Las irregularidades individuales de los dientes son frecuentes. El espacio destinado a la lengua parece ser mayor, y ésta se encuentra adosada al piso de la boca la mayor parte del tiempo. La arcada superior

se estrecha, la lengua no se aproxima al paladar como suele hacerlo normalmente, la longitud de la arcada con frecuencia es deficiente y las irregularidades individuales de los dientes son abundantes.



CLASE III

Al igual que en la maloclusión de clase II, la relación de los molares puede ser unilateral o bilateral. Los incisivos superiores generalmente se encuentran más inclinados en sentido lingual que en las maloclusiones de clase I o de clase II, división I. En algunos casos, ésto conduce a la maloclusión "Seudoclase III", lo que provoca que al cerrar el maxilar inferior, éste sea desplazado en sentido anterior, al deslizarse los incisivos superiores inclinados en sentido lingual por las superficies linguales de los incisivos inferiores. Estos problemas reaccionan ostensiblemente a los tratamiento ortodónticos correctivos sencillos y no deben confundirse con la maloclusión de clase III verdadera. La frecuencia de la maloclusión de seudoclase III es baja.

41.-RELACION DE LOS HABITOS BUCALES CON LA PREVEN - CION DE LA MALOCCLUSION.

La prevención de los hábitos bucales debe comenzar con la lactancia adecuada y la elección de un chupón artificial fisiológicamente diseñado, así como un chupón para mejorar las funciones normales y obtener la maduración del mecanismo de deglución. La adecuada gratificación neuromuscular puede impedir que se presenten posteriormente hábitos anormales de dedo, labio y lengua con sus respectivas acciones deformantes.

También es importante observar que los tejidos blandos circundantes conserven un desarrollo y función normales, al igual que observar el desarrollo normal de los dientes y huesos.

En el caso de un diente flojo, una restauración alta o un diente perdido inoportunamente, pueden iniciar un "tic" muscular anormal o un hábito que a su vez puede causar maloclusión. La protrusión constante de la lengua hacia una zona desdentada puede proveer mordida abierta que persiste en la dentición permanente.

Una afección bucal que molesta frecuentemente, estimula al niño para que se coloque los dedos dentro de la boca, lo que a su vez puede conducir al hábito de chuparse los dedos o morderse las uñas, y que hace peligrar el desarrollo normal de la oclusión.

Muchos hábitos de cecceo están íntimamente ligados al hábito de proyección de lengua, que también impide la erupción normal de los dientes anteriores.

El hábito de morderse las uñas no crea maloclusión, pero en combinación con otros factores predeterminados puede contribuir.

CAPÍTULO III

PSICOLOGÍA INFANTIL

a).- ENFOQUE PSICOLÓGICO A LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Si aceptamos que la salud es "un proceso activo del ser humano en virtud del cual éste trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y sociocultural en que cada persona transcurre" y que debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño, no solo como "la adecuada evolución de su anatomía y fisiología", estamos obligados a ver en nuestro paciente niño algo más que sus dientes.

Se afirma completamente que el centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado, porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente, en el odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental) y lo que es muy importante, siente sobre lo que le sucede o le puede suceder (aspecto emocional).

Lo fundamental es cómo solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al llegar al consultorio. Entre las causas que generan el miedo al dentista son: miedo al dolor, a lo desconocido, las malas experiencias odontológicas previas, los comentarios negativos en el ambiente familiar o escolar, el haber sido testigo presencial durante alguna visita odontológica, las amenazas, la influencia de la televisión etc., y que finalmente todas estas causas tienen en común denominador, que es el considerar al odontólogo como un personaje siniestro; incluyendo también el ambiente del

consultorio y la personalidad del profesional.

Es muy importante el papel que asumen la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos, como causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos.

No es difícil aceptar esa prioridad y singularidad de la boca, si pensamos que sólo por ella el ser humano puede superar la tremenda conoción psicobiológica del nacimiento. El niño viene ya dotado de un mecanismo de succión que le permitirá con todas las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado.

Si sus tensiones internas (hambre) son calmadas prontamente, la imagen de la madre buena, gratificadora, representante del mundo nuevo, se-rá introyectada junto con el alimento. Si su madre continúa brindando desde afuera la comodidad y bienestar consistente y, por lo tanto predecible, ella se convierte en una certeza psicológica, una fuente constante de reaseguro de que sus necesidades serán resueltas por su nuevo medio ambiente. Es precisamente de éste reaseguro que los bebés desarrollan lo que Erikson llama "Confianza básica". Pero si su tensión aumenta porque sus necesidades no son satisfechas, el bebé aceptará eventualmente la leche, pero incorporará también la imagen de su madre con la carga de rechazo que él proyectó mientras el llanto expresaba su incomodidad y tensión. Esto es, que el niño tiene "sentimientos internos de comodidad e incomodidad que se repiten en ciclos bastante regulares a los que se familiariza y que son el origen de su identidad primitiva".

La aparición de los dientes plantéa una nueva separación de la madre. Erikson ha detallado muy bien aspectos de la etapa oral y considera cinco estadios dentro de éste período que son los siguientes:

- A) Incorporativo 1 (en que domina la succión)
- B) Incorporativo 2 (caracterizado por la erupción de los dientes y con ello el placer de morder objetos resistentes)
- C) Retentivo.
- D) Eliminatorio o expulsivo
- E) Intrusivo.

Es interesante y a la vez resulta imposible saber, qué es lo que el infante siente a medida que sus dientes perforan desde adentro, en la misma cavidad oral que hasta ese momento constituía fundamentalmente el centro -- del placer. Además, sería interesante saber qué tipo de dilema masoquista -- puede originarse, por la tensión y el dolor que causan las erupciones dentarias, "saboteadores" internos, que sólo se les puede controlar mordiéndolo -- lo más fuerte que se pueda.

Erikson insiste en considerar a la boca como el centro de un primer enfoque general de la vida: El enfoque incorporativo.

"La crisis del estadio oral secundario es difícil de verificar" debido a la coincidencia en el tiempo de varias circunstancias de desarrollo: La incomodidad que crea la erupción dentaria y otros cambios en la "maquinaria oral" por una parte, a lo que debe agregarse su conciencia --

(la del infante) como persona diferente y el alejamiento gradual de la madre, de manera que el odontólogo está trabajando en una zona tremendamente cargada de afectividad, con amplias y hondas connotaciones conscientes e inconscientes.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno; tiene que dejar una huella profunda y no es de extrañarse que la proyección en el odontólogo (justamente el explorador de esa zona) de esos sentimientos, constituya el origen de muchas tensiones y ansiedades " inexplicables" en el sillón dental.

Todo lo anteriormente dicho no significa que para atender niños, el odontólogo deje de serlo y convertirse en psicólogo o psicoanalista. El odontólogo desde luego, no debe hacer otra cosa que odontología, y no deberá siquiera invocar a la psicología para fundamentar su actitud frente al niño, ya que la madre podría exigir que acreditará la competencia respectiva, de manera que la psicología profunda viene a reforzar el sentido común; no a reemplazarlo.

Todo este conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no tan superficiales.

En el consultorio estamos nosotros, que actuamos en función de -- nuestra personalidad y necesitamos ejercer la profesión con madurez psíquica, lo que sólo será posible en la medida que los conflictos con nuestro "propio niño", el que llevamos dentro, se hayan solucionado y no contribuyan a potenciar los cuadros que los niños y los padres nos presentan.

la forma más adecuada de tratar al niño, es aparecer frente a él como personas capaces de hacernos cargo de esa ansiedad y de tolerar las manifestaciones a veces explosivas, que se generan en él. Cuando adquirimos la capacidad de comprenderlas - aceptarlas sin sentirnos agredidos, involucrados, sin vivir la actitud del niño o de sus padres como un ataque; sin ponernos en el papel de críticos rígidos, lo que sería muy probable expresión de nuestra propia inseguridad.

Las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odontológica con el niño y sus padres dependerá para bien o para mal, de la resolución de los conflictos subyacentes individuales, que nos pondrán frente a ellos como adultos significativos, respetados y estimados.

LA ANSIEDAD MATERNA. Es cierto que las ansiedades maternas se expresan en los niños, Baldwin y Johnson concluyen que la "ansiedad materna parece ser el factor principal que afecta la conducta de los niños pequeños en la situación dental", al margen de la naturaleza del proceso a realizar, aún en el caso de un exámen de rutina.

Definitivamente no corresponde a la competencia y responsabilidad del dentista explorar actitudes o hacer interpretaciones, y que es muy importante no introducirse en la vida personal del padre o interferir en la relación con el niño.

A la madre se le debe de informar claramente sobre el tratamiento de su hijo (porqué, cómo, cuándo, con qué) y retirar el contacto antes de cualquier situación traumática intensa. También tenemos que hacernos cargo un poco de la responsabilidad y culpa de esa madre, a quien suele recultar

le imposible que su hijo se independice... ella está y quiere estar. Entonces hay que hacerle conocido lo desconocido y explicarle su importante papel para favorecer el tratamiento de su hijo. Escuchar y mucho, pero no dar consejos sobre cosas que no tienen que ver con la situación odontológica.

Regularmente el niño no llega solo al consultorio, lo acompañan sus padres, habitualmente es la mamá. Cuando la relación madre-hijo es correcta, las cosas suelen ir bien. Si el niño se siente seguro y querido en su hogar, no le será difícil superar las lógicas inquietudes que originen el acercarse a esta nueva experiencia, respaldado por la tranquilidad de su madre y la confianza que muestra al profesional. Pero si los sentimientos de los padres respecto a la odontología no son positivos, y ésto es lo más frecuente; si ellos expresan abiertamente sus temores y ansiedades, o los mal disimulan; si han presentado al odontólogo como figura castigadora, las cosas no serán tan fáciles.

Todo niño con un problema de conducta, no hace sino reflejar situaciones de su hogar, aunque los padres puedan no ser totalmente responsables. Braner sostiene que " ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza, sólo puede concluir en un fracaso total"

b) PSICOPATOLOGIA INFANTIL.

La comprensión de los problemas psicopatológicos del niño requiere del conocimiento de las situaciones ambientales adversas a su desarrollo. Puesto que en la primera época de la vida son los padres quienes más efectivamente ejercen influjos favorables o desfavorables sobre la personalidad,

la investigación de cualquier problema del niño y su manejo psicoterapéutico incluye a los padres y a otros miembros de su núcleo familiar.

Los síntomas y las alteraciones de la conducta que un niño eventualmente desarrollará, no solo dependen de las influencias morboógenas que interfieren con su desarrollo y la expansión productiva de sus potencialidades, sino también de ciertas propensiones inherentes a su dotación genética. Como resultado de ambos factores, un niño reacciona preferentemente con conducta caprichosa y antisocial, otros más con anorexia o con tartamudéz.

La angustia puede en ciertos niños asumir gran intensidad y persistencia, ya sea experimentada como sentimientos de aprehensión e inseguridad o bien en la forma de fobias y miedos específicos. El niño angustiado suele perder el apetito, llorar frecuentemente, vomitar los alimentos, etc... Tiene dificultad para dormirse, se sobresalta fácilmente etc. En otros casos (fobias), su temor se circunscribe a ciertas situaciones u objetos y la angustia sólo se manifiesta cuando se encuentra en contacto con esos estímulos.

La fobia a la obscuridad, a la soledad, a la gente extraña, a -- ciertos animales a ser abandonados por sus padres, puede ser una manifestación pasajera y discreta inherente al desarrollo o bien puede alcanzar suficiente intensidad como para constituir un problema grave.

A partir de los cuatro años de edad, rara vez antes, algunos niños manifiestan tendencias obsesivas. Estos niños, generalmente poseedores ya de una incipiente personalidad rígida y perfeccionista, pueden ser atormentados por escrúpulos religiosos o bien por compulsiones a contar las --

baldosas del piso, las ventanas de los edificios o golpear con el pie los objetos que encuentran a su paso etc. Hay que señalar que algunos de los juegos infantiles más populares hacen uso de ciertos rituales obsesivos y que a cierto grado de obsesividad es común en ciertas épocas del desarrollo.

Las obsesiones representan defensas que el niño pone en juego para neutralizar los conflictos que inevitablemente se suscitan en su relación con sus padres y sirven para atenuar su hostilidad. Pueden ser transitorias o bien las primeras manifestaciones de una neurosis obsesivo compulsiva.

Otras manifestaciones psicopatológicas frecuentes en los niños son los espasmos de la glotis, los berrinches, los terrores nocturnos y el sonambulismo. Los primeros consisten en que el niño generalmente de dos a cinco años de edad, sufre espasmos pasajeros de la glotis, que se desencadenan por el llanto y que le impiden la entrada de aire a los pulmones durante medio minuto o más; el tiempo suficiente para que se produzca cianosis y excepcionalmente pérdida momentánea de la conciencia. Son niños de temperamento emotivo quienes con mayor frecuencia presentan estos síntomas, que a menos que sean exageradamente frecuentes, deben verse como trastornos benignos y pasajeros.

Los berrinches son expresiones turbulentas de cólera suscitadas en el niño cuando sus deseos son contrariados. Cualquier niño normal puede hacer berrinches ocasionalmente, es su frecuencia e intensidad lo que puede convertirlos en un problema serio. Mediante el berrinche, el niño intenta imponer caprichosamente su voluntad y no pocas veces logra sus propósitos. Esta forma de reacción infantil puede persistir después de la adolescencia sin grandes variaciones.

los terrores nocturnos son otra manifestación psicopatológica frecuente en la infancia. Típicamente, el niño se incorpora en la cama a la mitad de la noche, manifestando terror y con la mirada fija en una dirección, las pupilas dilatadas, la cara cubierta de sudor y gritando aterrizado. Generalmente se requieren algunos esfuerzos para hacer salir al niño de ese estado ya que es difícil el poder despertarlo.

El sonambulismo es una modalidad de disociación frecuente en la infancia. Los niños que lo sufren son generalmente emotivos, imaginativos y egoístas. El síntoma se manifiesta en forma verbal o bien por automatismos más complicados. Al día siguiente no recuerda lo que hizo durante el trance, que es considerado como una manifestación precóz de la histeria y que puede presentarse durante el resto de la vida.

TARTAMUDEZ. La tartamudez es el más frecuente de los trastornos del lenguaje. Consiste esencialmente en un bloqueo espasmódico que dificulta la emisión de ciertos sonidos. La dificultad puede ser para la correcta articulación de las sílabas iniciales de algunas palabras o bien llegar hasta la total imposibilidad de hablar.

El problema consiste en la compulsión a repetir la sílaba inicial de una palabra o frase, especialmente cuando se trata de sonidos que requieren un mayor esfuerzo, como los que inician con la letra B, D, S y T. La dificultad para articular se acompaña generalmente de gestos, sacudidos de la cabeza y movimientos corporales.

La tartamudez se manifiesta más severamente cuando el sujeto se encuentra en situaciones que le suscitan angustia, humillación o sentimientos

tos de inferioridad. Es más frecuente en los varones y en el 90% de los casos se inicia antes de los 6 años. Hay estudios muy evidentes que demuestran que hay relación de este trastorno con un factor de predisposición constitucional. Los psicoanalistas freudianos interpretan el síntoma como una fijación del instinto a nivel oral y suponen que al tartamudear el niño y el adulto satisfacen una necesidad oral.

Es considerado el tartamudeo como un síntoma resultante de un conflicto entre el miedo a hablar y el deseo de hacerlo. Es importante señalar que la mayor parte de los tartamudos muestran además otras alteraciones emocionales como angustiability, timidez y miedo a las situaciones sociales.

Es un hecho que cualquier persona puede experimentar bloqueos -- del pensamiento, sudoración excesiva, temblor e incoordinación motora y -- tartamudez en situaciones que implican peligro de humillación, ridículo, -- fracaso, etc.. La diferencia consiste en que para otros, cualquier circunstancia de la vida diaria puede adquirir connotaciones peligrosas.

Puede ocurrir que un niño, que está en proceso de desarrollar -- las difíciles coordinaciones inherentes al lenguaje, esté simultáneamente viviendo situaciones familiares generadoras de miedo e inseguridad. En este caso, el defecto del lenguaje puede ser el resultado final de perturbaciones en la dinámica familiar que actúan en un sujeto constitucionalmente predispuesto.

Aproximadamente un 10% de niños tartamudos superan la dificultad espontáneamente. Para el tanto por ciento restante la tartamudez constituye un obstáculo importante para el rendimiento escolar y la participación

social, de tal manera que el desarrollo total de la personalidad puede verse afectado.

El tratamiento consiste en la práctica de ejercicios de articulación y de fonación para interrumpir el hábito, unido a una psicoterapia en caminata a fortalecer la estructura del ego del paciente y a mejorar su confianza en sí mismo.

ANOREXIA. La anorexia psicógena en los niños es un problema frecuente y no pocas veces de difícil solución. El problema consiste en el rechazamiento de cualquier alimento, el de algunos alimentos - importantes en forma específica, o bien en que el niño por saciarse rápidamente come menos de lo necesario. La falta de apetito se acompaña frecuentemente de otros síntomas y trastornos de la conducta que también expresan desajustes emocionales.

Para entender el problema es necesario tener en cuenta que las necesidades nutritivas y la capacidad para experimentar apetito dependen, de factores genotípicos en relación con los cuales las diferencias de un niño a otro son notables. Por otra parte no hay que olvidar que en nuestra cultura, el comer es un ritual complicado sujeto a múltiples limitaciones y regulaciones.

En su ya de por sí penoso proceso de socialización, el niño ha de aprender cuándo, cómo, dónde, cuánto y qué comer; y este aprendizaje puede verse influido por situaciones familiares y más específicamente por las actitudes de los padres hacia la situación alimenticia. Hay algunas

situaciones que se encuentran en relación con los problemas alimenticios de los niños, como lo son: el énfasis exagerado de las madres en la gordura del niño como índice de salud y de buena atención, actitudes hipocondriacas y remilgosas de los padres, costumbre de corregir a los niños a la hora de las comidas por su mala conducta.

En cuanto a los niños, no es raro encontrar que han aprendido a utilizar el rechazo de la comida como una forma de autoafirmación y de rebeldía. Otro factor importante en la anorexia depende del hecho de que una gran variedad de conflictos generan ansiedad, la cuál sobre todo; cuando es persistente es capaz de inhibir el apetito. En cada caso en particular, el médico debe estudiar la situación del niño en su medio familiar y escolar.

TICS. Los tics son contracciones o espasmos intermitentes de grupos musculares limitados. El término se aplica a diversos movimientos involuntarios, tales como parpadeos, contracciones de la boca, contracciones faciales, sonidos producidos con la lengua o la nariz. El paciente puede ser consciente o no de sus tics. Este tipo de problema se da más frecuentemente entre los seis y catorce años de edad, ocasionalmente antes; en conexión con desajustes de la personalidad y otros síntomas. Sin embargo, el tic puede constituir el síntoma único o el más importante. En algunos casos, la base orgánica como factor constitucional o bien como se cuela de un proceso encefalítico es innegable. Sin embargo, tanto en la iniciación del síntoma como su persistencia, lo psicológico puede ser lo más importante.

El tic representa fundamentalmente el intento de reducir una tensión interior, de tal modo que muchos individuos normales presentan ocasionalmente tics en situaciones generadoras de tensión exagerada. Lo que ocurre es que en ciertos niños el mecanismo es más accesible y es usado preferentemente, para dar salida a las tensiones relacionadas con sus conflictos internos.

Los tics suelen presentarse en algunos niños angustiados e inseguros, únicamente en aquellas temporadas en que aumentan sus tensiones hostiles o sexuales. Ocasionalmente los tics se inician en la juventud o en la edad adulta, la terapéutica a seguir consiste en la corrección de los conflictos subyacentes. Ocasionalmente la hipnosis afecta curas sintomáticas.

CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA INFANCIA. Algunos niños muestran desde muy pequeños una conducta rebelde, inmanejable. Es frecuente el que peleen, roben y mientan resultando un gran problema de disciplina tanto en la casa como en la escuela. Se trata de niños egoístas, demandantes, desconsiderados cuya hostilidad es fácilmente estimulada por pequeñas frustraciones, es precisamente por todos los motivos anteriores que tienen dificultades para relacionarse con otros niños, ya que siempre intentan ejercer sobre ellos un dominio abusivo.

Es inútil el querer corregirlos por la experiencia o por el castigo, y de hecho este último empeora las cosas. No siempre el ambiente familiar exhibe grandes desajustes dinámicos que redunden en falta de amor, falta de autoridad y castigo excesivo para el niño.

En ocasiones el problema no parece estar directamente relacionado con la situación en el hogar. La modificación de estas pautas antisociales requieren cambios radicales en el ambiente y la ayuda y firmeza de una figura parental que compense la falta de afecto y que permita al niño identificarse con él.

La conducta agresiva del niño estimula el rechazo por parte de las personas ofendidas, y en esta forma se crea un círculo vicioso que le confirma al sujeto a cada paso que no es querido. El resentimiento en esto genera o estimula en él la comisión de nuevos actos antisociales. Algunos de estos casos evolucionan inexorablemente hacia la personalidad psicopática.

C A P I T U L O IV

REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION

a).-EL REFLEJO DE SUCCION Y LA LACTANCIA NATURAL Y ARTIFICIAL.

Engel afirmaba, hay en el niño una organización primordialmente - bucal y de tacto en su primer año de vida. Cuando el niño nace tiene ya desarrollado un reflejo de funciones neuromusculares "reflejo de succión " , e incluso intrauterinamente se han observado fluoroscópicamente contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Es así como esta temprana organización nerviosa le hace alimentarse de su madre y asirse a ella, como lo muestran los reflejos de succión y de asimiento, así como el reflejo de morro que se encuentran presentes al nacimiento.

El patrón de succión corresponde a una necesidad, así como el agarrarse y aunque éstos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico ; el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión , hace que este reflejo sea el más predominante.

Conforme se va desarrollando la vista y oído del niño, éste tratará de alcanzar y llevar a su boca todo aquello que haya visto y oído a -- distancia , haciéndose manifiesto también la mala coordinación de sus movimientos manuales; pero a pesar de esto no desiste hasta haber logrado lamer todos los objetos que están a su alcance para finalmente examinarlos por medio de sus sensaciones bucales. Si alguno de éstos objetos fuera o resulta

ra agradable a su paladar podrá tratar de comérselo, si sucede lo contrario es decir, que le provoque una sensación desagradable, lo escupirá y mostrará su desagrado volviendo la cabeza en sentido opuesto al objeto.

Estos dos tipos de reacción se les denomina en el caso de llevarse un objeto agradable a la boca "introyección" , el rechazo de un objeto desagradable se llamará "proyección".

Es así como los objetos introducidos en la boca que estén calientes y blandos, traerán una asociación de alimentos y bienestar pasados; lo que hará que utilizando esta experiencia satisfactoria, se dará a sí mismo una cierta satisfacción secundaria o similar, para poder aliviar sus angustias de hambre o de otro tipo al introducirse su dedo pulgar en la boca. El seguir practicando este hábito hará que el lactante substituya a su madre con su alimento tibio, por la succión del pulgar.

El hecho de satisfacer su necesidad de tener algo en la boca y el agarrarse a algo, es considerado como un síntoma para empezar el desarrollo de su independencia maternal. Estudios realizados han revelado la existencia del hábito de succionar desde el nacimiento, hasta la edad promedio de cuatro años; en un porcentaje menor se observa la permanencia del hábito hasta la edad de 12 a 15 años. Este factor de abandono o permanencia con el hábito, es el origen primordial de una de las consecuencias del mismo, la maloclusión; que generalmente es de segundo grado y que tendrá posibilidad de corregirse si se abandona el hábito.

Hay muchas interrogantes con respecto a la controversia existente entre la lactancia natural y la artificial, pero es claro que esta últi

ma no da suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural.

Al producir sólo un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de los biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante. El maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada.

El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca.

La tetilla o chupón artificial común y corriente, sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. Falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo materno, esto es que la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño del chupón, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador y todo el mecanismo anteriormente descrito acerca de la fisiología de la succión natural, es muy reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar grandes esfuerzos.

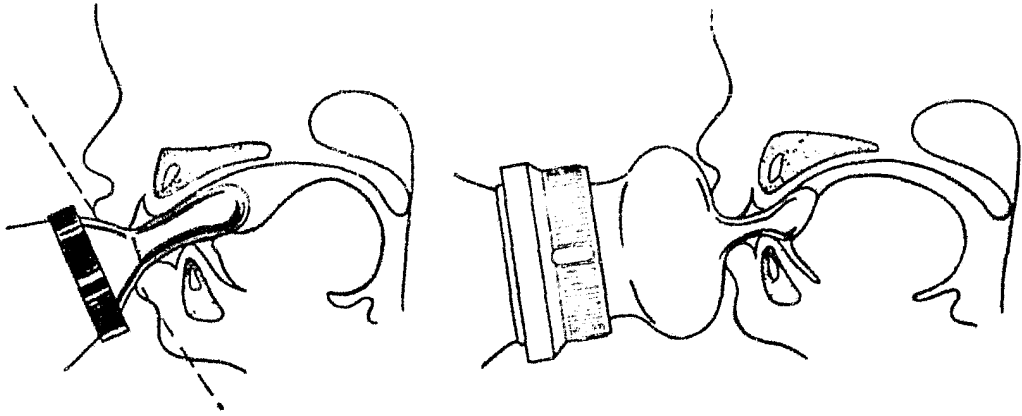
Para efectuar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando

permite a la madre acelerar el flujo de líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia . Está plenamente comprobado que los niños amamantados en forma natural, están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucuales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

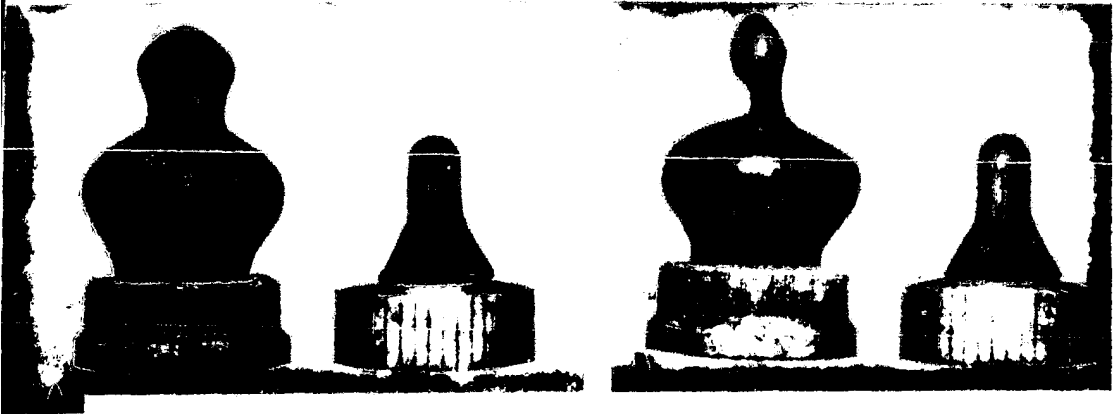
Se ha concluido también que las tetillas de goma artificiales -- mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial, causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos.

La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe, no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño por lo tanto, deberá ser "eructado" con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla que provoca la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente, elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.



La ilustración del lado izquierdo nos muestra la forma en que se lleva a cabo la lactancia no fisiológica con un biberón artificial de caucho, así mismo la ilustración de la derecha nos muestra la acción del biberón "Nuk Sauger" que sí imita la lactancia natural.



Las figuras A y B nos hacen una comparación entre los biberones corrientes y "Nuk Sauger". Se observa la mayor longitud del biberón normal y la rondana de bakelita plana, comparado con el "Nuk Sauger" que es más corto y con una base de caucho amplia -- que se adapta a los contornos labiales.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el "ejercitador" o "pacificador". Con ésto se espera que tanto la tetilla anatómica, como el ejercitador usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deso del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo o pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo para amamantar al niño, normalmente se recomienda un mínimo de media hora por intervalo.

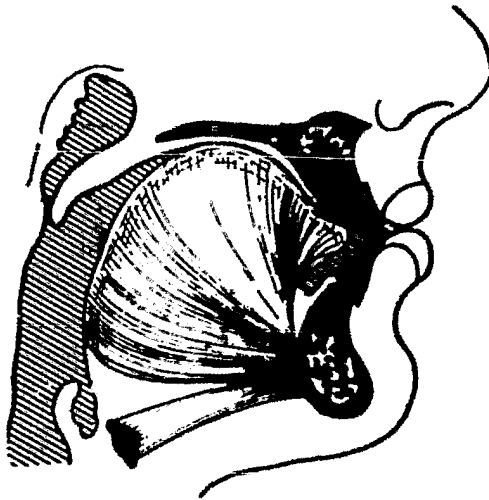
El destete deberá hacerse hasta el primer año de vida, si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales de labio y lengua, serán también reducidos considerablemente . Es posible que el bruxismo frecuente en niños y adultos, pueda ser reducido al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación.

Se recomienda el uso del chupón fisiológicamente diseñado , para todos los niños durante la época de erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia.

Es importante el volver a recordar que la mayoría de los hábitos de chuparse los dedos y lengua, se consideran como normales durante el primer año de vida y desaparecerán espontáneamente al final del segundo año de vida, si se presta atención debida a la lactancia.

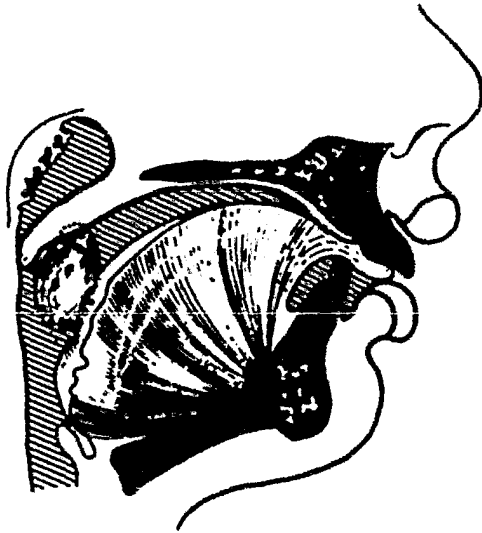
b).-LA DEGLUCION NORMAL Y ANORMAL.

Straub define como un acto normal de deglución aquél en el cuál, los músculos de la masticación se emplean para llevar a un estrecho contacto los dientes y maxilares y mantenerlos así, durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor, cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales, es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios. Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.



El corte normal de esta figura nos muestra la posición correcta de la lengua, los dientes y los labios durante el acto de la deglución.

En el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros casos además de la punta, interponen los lados de la lengua; esta posición provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares, así como en la zona anterior.



El corte normal de esta figura nos muestra la posición incorrecta que adoptan la lengua, los dientes y los labios durante la deglución.

El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos, en las horas de sueño dependiendo la frecuencia del flujo salival.

Para ver si un paciente utiliza correctamente sus músculos en el acto de deglución, se procede a ponerse frente a él y 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. Si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

La posición anormal de la lengua está con frecuencia asociada a la maloclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción anormal. Straub cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de clase tres.

La deglución visceral infantil descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pauta refleja congénita.

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

Una demora en este cambio puede generarse por las siguientes posibilidades:

1).- Por el uso prolongado del chupón. 2).- Por agujeros demasiado grandes en el chupón, mismos que ocasionan mayor flujo de alimento. 3).- Por la demora en la incorporación de alimentos sólidos.

Los pacientes que conservan un patrón anormal de deglución pueden tener solo los dientes posteriores en oclusión, el pronóstico en estos pacientes aún con corrección ortodóncica de la mordida abierta es pobre.

La mordida anterior localizada a menudo con oclusión posterior normal, es típica del tipo simple de hábito de proyección lingual. Esta proyección lingual cuando es simple, puede ser tratada con mucho éxito, obteniéndose resultados notables en la oclusión anterior.

Debe de tenerse en cuenta la posibilidad de aplicar una terapéutica funcional como tratamiento para la proyección lingual, antes de fabricar y poner algún aparato.

Andrews recomienda el instruir al paciente para que practique la deglución correcta. Tan pronto como el paciente haya logrado adiestrar su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante la deglución, se puede proceder a construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una varilla para que el paciente recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

c)-ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA.

El examen clínico que se practicará al niño, es de suma importancia, ya que por medio de éste se obtendrá un conocimiento claro del grado de enfermedad o salud que presenta nuestro paciente.

La historia clínica en sí, constituye una relación ordenada y detallada de todos los datos relativos a nuestro paciente. Hay muchos tipos

y formas variadas de historias clínicas según el órgano o aparato a examinar. En este caso en concreto, se hace necesario un modelo o forma de historia clínica para hacer referencia específica hacia el problema central.

Para el estudio completo y analítico de los hábitos bucales, se requiere de la recopilación de una serie de datos bien específicos, para así poder hacer un análisis y valoración de las causas y los efectos, para posteriormente poder brindar alguna alternativa en beneficio del paciente.

Desde la primera visita del paciente al consultorio dental, se recomienda que la actitud del odontólogo hacia el niño sea la de buscar un acercamiento amistoso, para que este corresponda con su confianza. Otro aspecto importante será el de tener cuidado y procurar utilizar el mínimo número de instrumentos al estar examinando al niño, ya que si sucede lo contrario se alarmará.

Todo lo anteriormente dicho, si se hace correctamente dará como resultado la aceptación del niño hacia el odontólogo, lo cual nos facilitará en mucho el tratamiento posterior.

A continuación se muestra un tipo de historia clínica, la cuál puede figurar como modelo para ilustrar más claramente el tipo de datos que deberán obtenerse para poder estudiar el hábito practicado por el niño.

HISTORIA CLINICA

Nombre del paciente: _____

Dirección : _____ Teléfono: _____

Remitido por: Dentista () Médico ()
 otro () Especificar: _____

Edad: años () meses () Prematuro () Peso al nacer () Kg.

Sexo: masculino () femenino ()

Anomalías congénitas () Especificar: _____

CASA

Hermanos: Número de hermanos () edades de los hermanos: _____

Número de hermanas () Edades de las hermanas : _____

El niño vive con : Madre () Padre () otro () Especificar: _____

Otros en el hogar: _____

PADRES:

Madre: Calmada ()	Padre: Calmado ()
Enérgica ()	Enérgico ()
Tensa ()	Tenso ()

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

SUEÑO

Día: Regular () Noche: Número de horas ()
 Irregular () profundamente ()
 Rara vez () Frecuente interrupción ()

W.C.

Hábitos : Anormales () Comentarios: _____
 Normales () _____

Edad de aprendizaje: Defecación () años () meses.

Completamente aprendió: () años () meses.

HABITOS BUCALES

Chupar el dedo () Frecuente ()
 Chuparse y morderse los labios () Ocasionalmente ()
 Respiración bucal () Rara vez ()
 Empuje lingual ()
 Bruxismo. ()

Edad comienzo del hábito : () años () meses.

Edad en que lo abandonó: () años () meses.

Aún continúa: () Día () Noche () Escuela () Mirando T.V.

HABITOS AUXILIARES

Jalarse los cabellos ()
 Tirarse de la oreja ()
 Hurgarse la nariz ()
 Morder o acariciar trapo ()
 Otro () Especificar: _____

Métodos utilizados para

controlar el hábito: Ninguno ()
 Dental ()
 Otro () Especificar _____

Conocimiento del hábito

por el niño:

Niño consciente ()

Reñido por hermanos ()

Reñido por la madre ()

Reñido por el padre ()

Otro () Especificar: _____

Otros con hábito similar:

Ninguno() Padre ()

Hermano() Madre ()

Otro () Especificar: _____

TRATAMIENTODeseo del niño de
cesar el hábito:

Sí : con tratamiento

no le importa

Sin tratamiento

ningún deseo.

Actitud de los padres:

Madre: sin tratamiento ()

Padre: Ningún tratamiento ()

Tratamiento : Aparato ()

Tratamiento: aparato ()

Ningún aparato ()

ningún aparato: ()

Comentarios adicionales: _____

En caso de que se requiera un diagnóstico más acertado o confiable, se procederá a hacer un examen radiográfico; para tener una visión más amplia de las estructuras del diente, así como para observar el soporte óseo que existe etc.. Los modelos de estudio serán también indispensables y de

suma importancia.

Y finalmente va con la recopilación amplia de todos los datos -- que nos interesan, se tendrá de hecho la capacidad de dar un diagnóstico y así mismo trazar un plan de tratamiento, no olvidándonos de que es muy importante que los padres estén de acuerdo con lo que se va a hacer y sobre todo el niño mismo tiene que quedar conforme con el tratamiento a realizar.

C A P I T U L O V

LOS HABITOS BUCALES INFANTILES.

a).- ORIGEN Y DEFINICION.

Durante mucho tiempo el odontólogo ha tenido oportunidad de observar y atender todas las alteraciones que a nivel estructural y anatómica 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 el hecho de 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 con 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 e intrínseco que tendrán su efecto sobre el y así de esta manera, serán una serie de hábitos saludables. No obstante algunos de éstos 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 nacer 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.

Quando el niño presenta hábitos esporádicos, no debe de alarmarnos 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 empezar a tratar este tipo de problemas es entre los cuatro y cinco años. Generalmente también a ésta 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.

Veeder 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 de un desajuste emocional .

Desde el momento en 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 ali-

mento para obtener energía. En poco tiempo se le fijará este tipo de reacción y si no se le satisface con el pecho, encontrara su sustitutivo en el dedo de la mano o en el pie, esto es lo que se le conoce como reflejo condicionado.

El niño debe de tener algún objeto para satisfacer su instinto, este objeto hace que se inicie el reflejo que da principio al acto de succión 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 de 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.

El autor divide estos casos en dos grupos que son:

1. Hábitos musculares o hábitos concurrentes, 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 manipulaciones 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 éstos 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.

b).- ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

En el desarrollo del niño van dándose experiencias nuevas y continuas modificaciones de conducta, que le permitirán el 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, no se da como resultado generalmente reacciones anormales, es así como el niño está siendo preparado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, de un patrón de conducta totalmente nuevo y consistente, como con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS...Se le dá 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 alrededor. Es muy singular el hecho de que la ansiedad y angustia aumenten demasiado, cuando se 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 tensión en el momento de la alimentación, también se ha culpado al sistema de alimentación por hiberón. Se acepta también como causa probable la inseguridad del niño, la falta de amor y ternura maternales que son de vital importancia en la mayoría de los casos.

c).- SUCCION 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 familias donde no se le 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 la necesidad 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 una sin el otro. Un ejemplo

sencillo es el de un niño que al chuparse el dedo su movimiento accesorio es el de asir un objeto, y cuando se retira ese objeto el dedo succinado sale de la boca. Hay casos también en que basta que el observador imite 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 hacerles caso hasta que se compruebe que causa algún daño. En caso contrario los psiquiatras no saben qué proponer.

Otro aspecto importante que contempla este hábito, es cuando se practica con una abstracción lo suficientemente fuerte para que el niño pierda 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 éste 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 enenen--

tran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia 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 II, división 1.

EFFECTOS 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), y que causaría problemas oclusales así como deformaciones 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 ejerza 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 que 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 sobremordida horizontal y abre la mordida; y 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 maxila - res 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 sellar (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 protrusión 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 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 1 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. Deberan considerarse cuidadosamente los factores de herencia, así como la observación minuciosa de las oclusiones de los padres, porque éstas nos podran revelar factores importantes a este respecto.

d).- RESPIRACION POR LA BOCA.

Realmente es poco frecuente el que los niños respiren continuamente por la boca. En los niños que se presenta 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 adenoide 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 adenoideo.

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 si

tuación la intervención del odontólogo sera para elaborar un aparato tal -- que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto se logrará con la cons-- trucción de un protector bucal (escudo bucal), su función será la de obs -- truir 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 con-- ducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto y libre, para permitir el intercambio de aire.

Para poder comprobar lo anteriormente dicho, Massler y Zwemer su-- gieren el uso de un pedazo de algodón aplicado frente a los orificios nasa-- les. Se le pedirá al niño cerrar los ojos así como la boca para que la res-- piración sea normal y no forzada.

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

Pero si al contrario el niño respira sin dificultad 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 supe-- riores hacen protrusión 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 area de caninos y los primeros mola-- res por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos

bucales 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.

e).- LA SUCCION LABIAL.

Generalmente en los hábitos de succión no sólo se emplea el pulgar o algún otro dedo en las posiciones común y corrientes o no, 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 substituyen 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 del labio, puede llevar a el niño a sufrir los mismos desplazamientos dentarios que los de la succión del pulgar. Este tipo de hábito 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 moverán

labialmente, estableciendo con ello una apertura de la mordida.

f).- EL EMPUJE LINGUAL.

En los niños que se presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión, es frecuente observar hábitos de empuje lingual. No obstante no ha sido comprobado si ésta 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 sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior no es afectado.

Así como la succión del pulgar produce protrusión, el empuje lingual tiene efectos similares, mas 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 pronunciada y ceceo.

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, pueden tener causa directa en la mordida abierta así como la protrusión de las piezas anteriores.

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

g).- EMPUJE DEL FRENILLO.

Este tipo de hábito es realmente raro el observarlo, si los incisivos permanentes superiores están espaciados 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.

h).- ABERTURA DE PASADORES PARA EL PELO.

Este se constituye 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 ponérselos 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 práctica, solamente hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos que se derivan del mismo.

i).- 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 reve ló que el 80% de los individuos sobre los que se hizo esta observación se

habían mordido o se mordían las uñas, este hábito no es considerado pernicioso, así mismo no causa maloclusiones ya que las fuerzas aplicadas al mover las uñas son comparables con las del proceso de masticación, sin embargo en algunos individuos llega a producirse cierto grado de atrición 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 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 substituyan a sus dedos, como el hecho de utilizar goma de mascar, cigarros, puros, lapices, gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua. Es así como se van encontrando substitutos a diferente edad como tranquilizante para las tensiones nerviosas.

j).- BRUXISMO.

Se considera como un hábito bucal en los niños y 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 atrición 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. Así mismo, estos niños pueden estar practicando otro tipo de hábito como la succión del pulgar o la mordedura de uñas.

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

Ramfjord 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 para poder así eliminar las interferencias. 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 ponerla por las noches sobre los dientes. El caucho blando no forma una superficie dura y resiste el frotamiento, de ésta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

k) AUTOMUTILACION.

Sobre este tipo de hábito no es muy frecuente el encontrar referencias sobre él, esto no 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 generalmente a admitir la práctica del hábito, a menos que sea sorprendido haciéndolo.

Este tipo de problema le corresponde también al odontólogo y debe de tener la capacidad suficiente para descubrir la causa. Si se descubre que la causa de la mutilación es por factores dentales locales, se puede corregir en poco tiempo; pero generalmente la presencia de éste 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, así mismo la ten

sión y conflictos familiares son causa del hábito.

I.)- HABITOS DE PRESION E INCLINACION.

Los hábitos de presión e 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 rostro y por otras posturas peculiares, son factores etiológicos de ciertas formas de maloclusión.

Es evidente que si éstos 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.

LL.)- HABITOS 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 haber una transferencia de la atención a otro objeto o actividad más interesante para interrumpir el hábito.

C A P I T U L O VI

METODOS DE ADIESTRAMIENTO.

a).- METODOS DE ADIESTRAMIENTO PASIVOS.

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; así mismo él llama aparatos ortodónticos vivos a los músculos de la boca. A continuación se describirán varios tipos de ejercicios musculares correctivos:

1.- LA GUIA 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 guía con la que puede ayudarse al niño, para que aprenda a dormir en otras posturas. La guía 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 guía se hará sobre medida para cada paciente. Cada cordón tiene una unión abcia el centro y otra hacia el exterior 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 guía como si fuera una chaqueta, cuando se tiende 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 guía deslizando ambos brazos por las gazaras, éstas lo sujetan por debajo de las axilas y por encima de los hom--bros.

2.- EJERCICIOS DEL MUSCULO MASETERO Y TEMPORAL.

En muchos niños que respiran por la boca, generalmente los mús-culos 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, so-bre el músculo masetero cercas del ángulo de la mandíbula, para que el pa-ciente 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 niño 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. Este ejercicio fortalecerá los músculos de la masticación y estimulará el buen funcionamiento de las estructuras óseas.

3.- EJERCICIO DEL MUSCULO 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 la posición de la mandíbula.

4.- EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MUSCULOS 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 ésta 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 el aire y que lo deje escapar lentamente.

E) Se repetirán los mismos movimientos en el lado opuesto. Cuando se llega a hacer de diez a cien 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 ésta 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 SUCCION 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 a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

7.- EJERCICIO PASIVO DE STRAG PARA LA DEGLUSION. Este ejercicio sirve para ejercitar a los músculos que actúan en la deglución, a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones perversas; 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) En seguida 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) En seguida 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 y 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 anormalidad después del tratamiento ortodóntico.

8.- EJERCICIO TONICO GENERAL. El propósito de éste -- 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.

b).- METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

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

Generalmente lo que se hace primero para resolver este tipo de problemas de hábitos es acudir con el odontólogo al percatarse de los re-

sultados primarios que se dan a nivel bucal, como lo son la distorción 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 examinar 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 o pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, tan solo 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 lograndose con esto que la niña perdiera los desos de chuparse el pulgar y terminar así con el hábito.

Existen también otro tipo 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 ésta cooperación se vera que es mínima la evolución hacia el adiestramiento del niño.

Cuando el hábito se practica por problemas emocionales, el tratamiento a seguir según los psiquiatra, 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 apropiada 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 lograr el 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 SUBSTANCIAS 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 rodcar o envolver con tela adhesiva el dedo afectado, otro método es el adherir un guante a la mano afectada.

Otra de las técnicas que se adoptan para tratar éste 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 mas 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 camisa de dormir para que las manos no se puedan llevar a la boca.

El principio de cómo funcionan estos métodos, es en la 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).- METODOS 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. Así mismo 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 usa 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 HABITOS.

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 casos 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

tanto 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 construidos 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 no 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 la sensación en el niño 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.- CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HABITO 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 visita 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 separadores 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 ortodencia 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 cuál se contorneará si es necesario, se ajustará también a nivel gingival y sobre el labrado en el modelo.

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

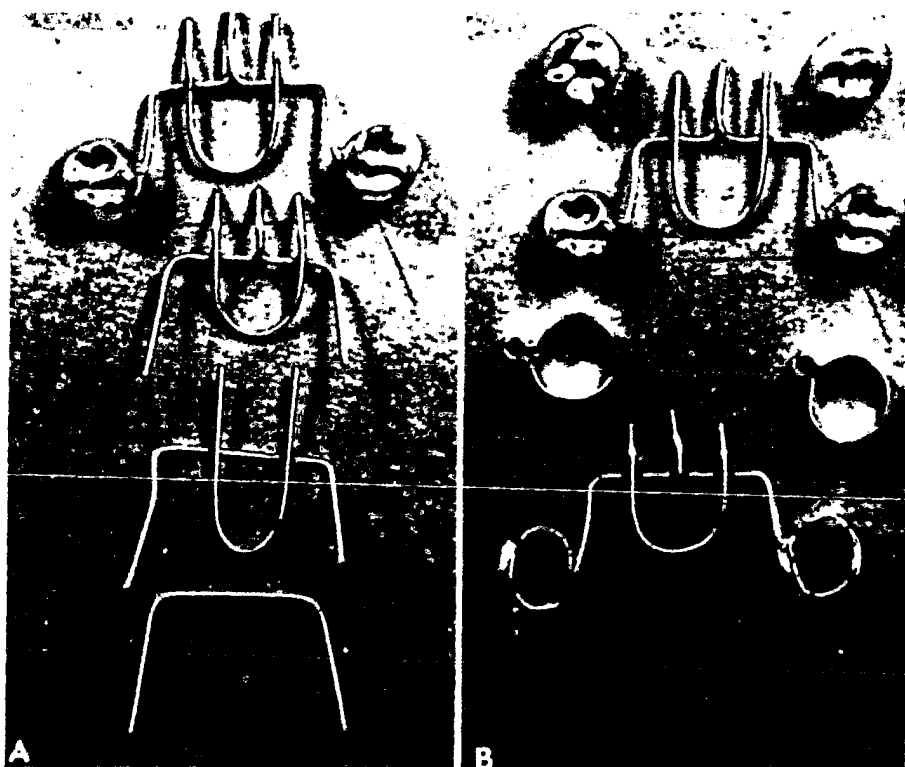
El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040 . El alambre de base en forma de "U" , se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar decíduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar decíduo 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 decíduo y canino opuesto, se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo, 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 no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos.

Las dos patas de ésta asa central se continúan mas allá de la misma barra, y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de fluor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar, se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal 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.



En la figura A se observan las partes que constituyen el aparato para el hábito de succionar el pulgar; de abajo hacia arriba: barra base, barra base y asa, barra base, asa y espolones doblados, aparato central soldado a las coronas de acero. En la figura B se -- muestran dos tipos de aparatos ya terminados para el mismo hábito: uno con bandas para molar y el otro con coronas de acero.

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 automática - mente hasta obtener la circunferencia deseada, 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 pa - ciente.

Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central, si existe contacto éstos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte de aislan, se limpian y se secan, el aparato se seca perfecta - mente 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 abriarán 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 inferior - res.

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

Si llegara a existir tendencia a una mordida cruzada lingual en la zona de los molares decíduos, 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 período 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 recidiba.

Después de éste intervalo de tres meses se retiran primero los espolones, tres semanas después, si no hay problemas de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiba, es con

veniente 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.- CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROYECCION 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 accentuación de la mordida abierta o la protrusión 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 interiores 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 apladar, como lo haría en condiciones normales; un aparato para el

hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas 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 aparato, 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 o de acero inoxidable, de 0.040 pulgada 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, la oclusión no nos concierne en ese momento. Posteriormente, al reducirse la mordida abierta, el odontólogo deberá asegurarse de que la por - ción 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 és-ta 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 cingulos de los incisivos inferiores, cuando los mode-los se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de éstos 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 pas-ta para soldar a base de flúor y se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata.

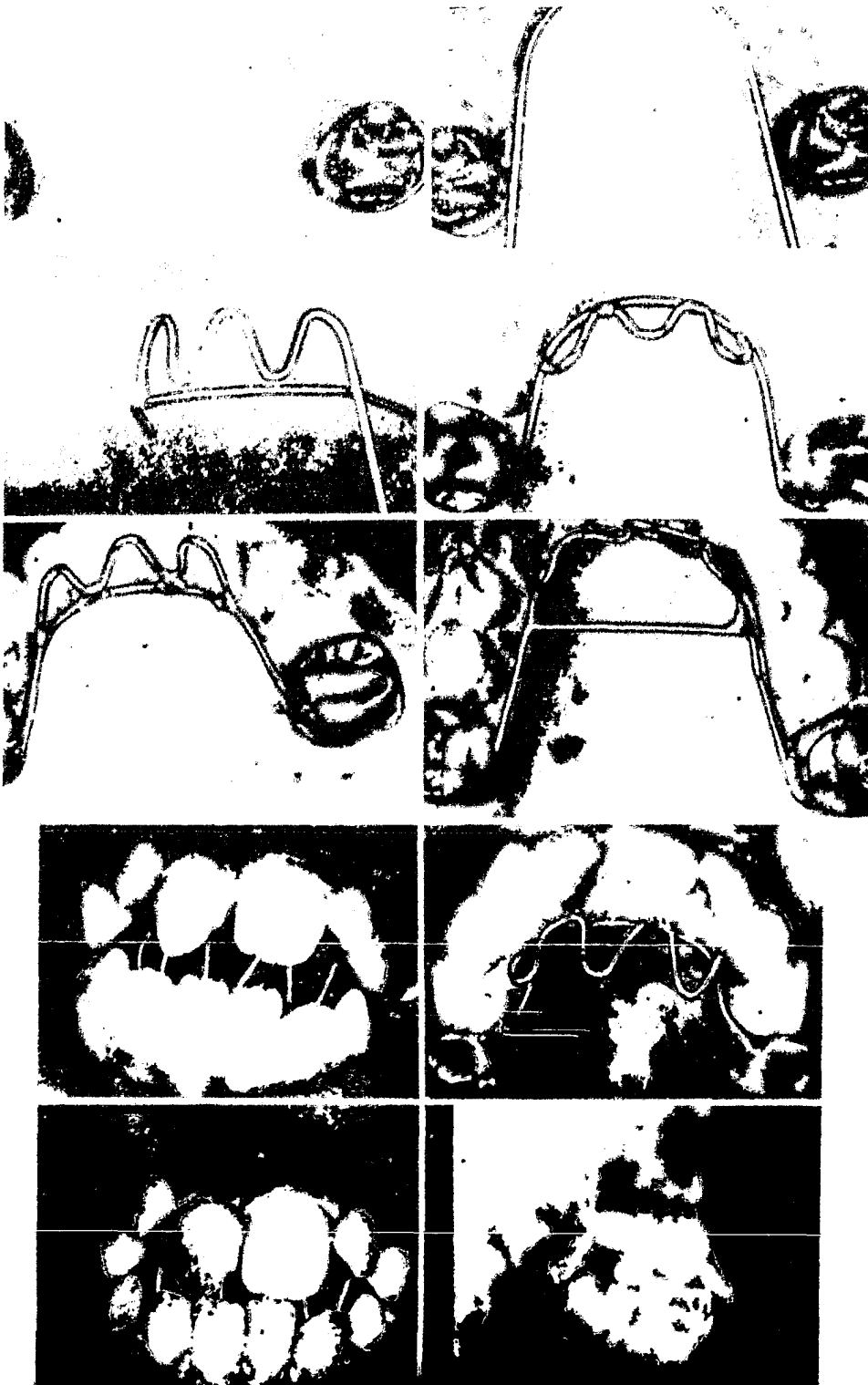
El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, está listo

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 suelda 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 describe que la posición más comoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas.

En la página siguiente se ve una criba lingual para el tratamiento de la deglución infantil o viceral y la proyección lingual, así también como para el estímulo de la función y postura lingual madura. Como se observa, se utilizan coronas de acero y una criba lisa.



Criba lingual para el tratamiento de la deglución infantil

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 a 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 un 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 proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores, puede existir mordida abierta posterior.

Aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse provocando infraclusión 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).- CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HABITO 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 ésto, 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 el 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 de tenerse mucho cuidado en establecer un diagnóstico 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, ésto generalmente exige los servicios de un especialista en ortodoncia, porque la simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma unicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal.

Quando 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

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 alinea 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.

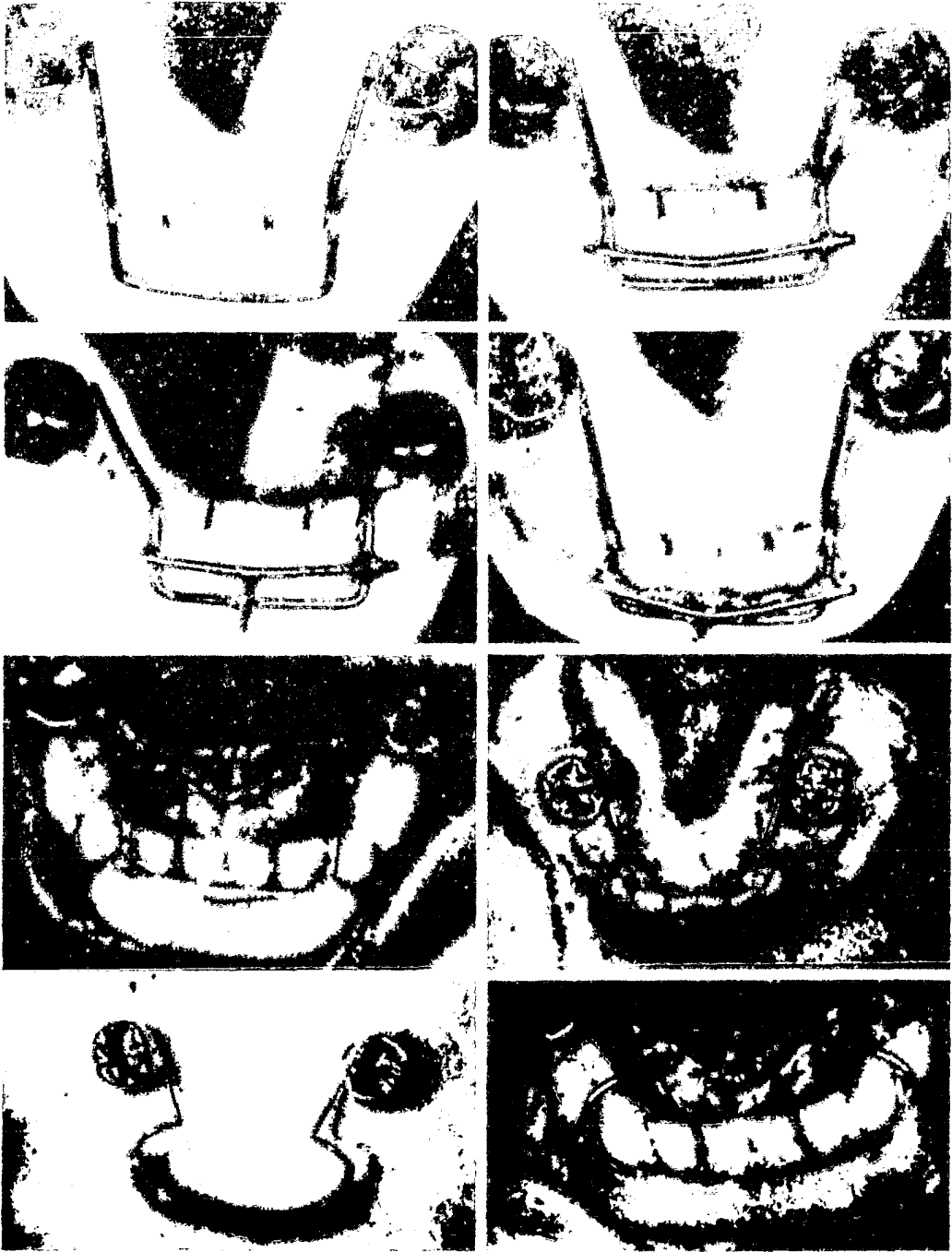
El procedimiento para la fabricación del aparato para el hábito del labio es el siguiente: se toman impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren en yeso. Para mayor facilidad en su manejo se pueden montar en un articulador de bisagra o de línea recta. Se procede a recortar los primeros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

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

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y el incisivo lateral. Cualquier area 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 labiolingual 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 éstos se desplacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente seis u ocho 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 se suelda el alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a tres milímetros de los tejidos gingivales. Posteriormente se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posibles interferencias oclusales o incisales.



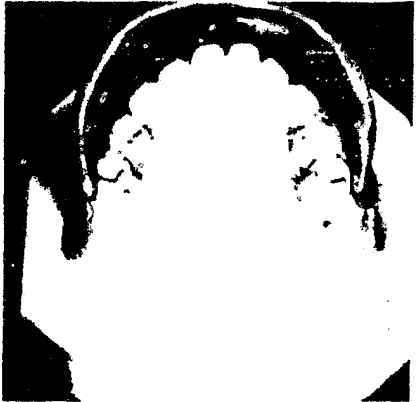
Aparato para el hábito del labio, con coronas de acero. La barra puede cruzar de labial a lingual, ya sea en mesial o distal del canino. Se debe asegurar que la barra lingual no se adhiera a la cara labial de los incisivos inferiores.

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 ocho o
nueve meses, así mismo deberá retirarse gradualmente, esto es que los alam
bres auxiliares se retirarán primero y el resto del aparato varias semanas
después. Realmente no debe de haber prisa por retirar el aparato, princi
palmente en los casos en que ha habido apiñamiento 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 so
bremordida.

En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcio
nal, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberran
te del hábito, la colocación de un aparato para labio permite que los inci
sivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mis
mo.

5).- APARATO REMOVIBLE USADO PARA EL TRATAMIENTO DE
LA RESPIRACION BUCAL. Un método eficaz para controlar los hábitos muscula
res anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la co
rrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vesti
bular.

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 inserta en la boca y va a descansar sobre los pliegues labiales, evi
tando 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.



Pantalla bucal o vestibular en la que se observan dos pequeños orificios para la respiración. Su objetivo principal es evitar la respiración bucal; también se utiliza para controlar el hábito de succión digital y proyección lingual.

Su uso será exclusivamente por las noches y se le inserta al niño antes de que se acueste a dormir, para que así durante 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 así mismo se recomienda como un tratamiento que debería ser más frecuentemente usado.

CONCLUSIONES .

Dentro de todos los aspectos importantes que se plantearon en el presente trabajo se concluye que los más importantes son los siguientes:

1.- El compromiso más importante del odontólogo ante este tipo de problemas bucales, es el tener los conocimientos necesarios para poder diferenciar lo normal de lo anormal y así poder brindar el tipo de tratamiento más adecuado según el caso a tratar. En el caso de que no esté a nuestro alcance el proporcionar el tratamiento indicado, deberemos remitir al paciente con el especialista más adecuado.

Así mismo deberemos saber buscar las evidencias más claras que nos revelen las causas del hábito, y esto será posible a través de la elaboración de una buena historia clínica.

2.- La succión del pulgar así como la práctica de otros hábitos, no se deben de considerar como hechos aislados, ya que muy frecuentemente estos hábitos están relacionados con problemas de tipo conflictivo, inestabilidad emocional, inseguridad y desadaptación por vivencias pasadas o presentes.

3.- La causa más generalizada y real de este tipo de problemas son las desadaptaciones sociales del niño, y en ésto juegan un papel muy importante los padres, ya que son ellos los que de una manera primaria ejercen influencias favorables o desfavorables sobre la personalidad del niño.

4.- Se deberá establecer una confianza mutua entre el niño y el odontólogo, para propiciar que el niño piense que el tratamiento no es algún tipo de castigo, sino de recompensa.

5.- El papel que juegan los padres en la superación del hábito es muy importante, ya que se deberá contar con su total cooperación para el tratamiento que se va a efectuar y que entiendan completamente en que consiste. Se les explicará de la forma más adecuada las consecuencias que se derivan si se prolonga por mucho tiempo la práctica de algún hábito.

6.- Los hábitos bucales se practican más frecuentemente entre los dos y cuatro años, y será precisamente por esta razón que deberá tratarse con mayor paciencia y cuidado al niño.

7.- El empleo de aparatos correctores, debe de llevar de antemano la convicción por parte del niño de la necesidad de usarlo.

8.- El aparato no debe causar dolor, así como no deberá interferir en la oclusión, y su función estricta será la de funcionar como recordador únicamente.

9.- El uso no controlado de aparatos en la corrección del hábito cuando éste es resultado de problemas emocionales, llega a provocar una serie de problemas muy desagradables como lo son los terrenos nocturnos, descontrol esfinteriano, trastornos del habla y rechazo a los alimentos.

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

- DE LA FUENTE MUÑIZ, RAMON " Psicología Médica", Fondo de Cultura Económica, México 1971.
- FINN SIDNEY B. "Odontología Pediátrica ", Editorial Interamericana, Cuarta Edición, México 1980.
- GRABER T.M. " Ortodoncia Teoría y Práctica", Editorial Interamericana, Tercera edición. México 1981.
- HOGEBOM FLOYDE EDDY, et.al. " Odontología Infantil e Higiene Odontológica" Editorial Hispano Americana, México 1958.
- JUNQUEIRA L.C., CARNEIRO J. "Histología Básica" Editorial Salvat, Barcelona 1979.
- LAW DAVID B. et. al "Un Atlas de Odontopediatría". Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina 1972.
- LEYT SAMUEL. "Odontología Pediátrica". Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina 1972.
- Mc. DONALD RALPH E. "Odontología para el niño y el Adolescente". Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina. 1971.
- APUNTES:
- APUNTES DE EMBRIOLOGIA.