



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

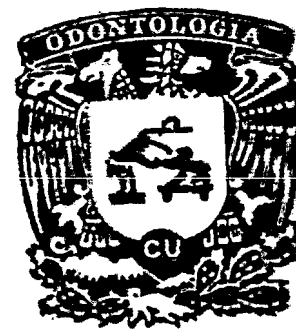
HABITO DE SUCCION DIGITAL

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

MARIA DE LAS NIEVES ARROYO MUÑOZ



México, D. F.

1983

*Revisado
por [Signature]
30-11-83*



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I Hábitos Bucales

I:1 Clasificación de los Hábitos Bucales

CAPITULO II Reflejo de Succión

II:1 Desarrollo del Reflejo de Succión

II:2 Introyección y Froyección

CAPITULO III Hábito de Succión Digital

III:1 Diferentes tipos de succión digital

III:2 La succión oral como hábito de presión

III:3 Desarrollo del Hábito

CAPITULO IV Etiología

IV:1 Teoría Psicoanalítica

IV:2 Teoría de la Férvida de la función

IV:3 Teoría de la Conducta adquirida

CAPITULO V Consecuencias del Hábito de Succión Digital

V:1 Duración del hábito

V:2 Frecuencia con que se practica

V:3 Intensidad

V:4 Posición del dedo

V:5 Tipo de patrón facial

VI:6 Efectos del Hábito de succión como presión inadecuada

CAPITULO VI Tratamiento

VI:1 Aclaraciones pertinentes antes de tratamiento

VI:2 Historia Clínica

VI:3 Los Hábitos anormales como Tics

VI:4 Historia Clínica para Hábitos Bucales

VI:5 Hábito de succión digital de recién nacido a los tres años de edad

VI:6 Hábito de succión digital de los tres a los cuatro años de edad

VI:7 Hábito de succión digital después de los cuatro años de edad

VI:8 Condiciones indispensables para un buen pronóstico

VI:9 Durante el tratamiento

VI:10 Selección del aparato

VI:11 La Placa Hawley

VI:12 Criba Fija

VI:13 Pantalla Bucal

VI:14 Pantalla Vestibular

VI:15 Diafragma de Caucho

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

Desde tiempo inmemorial, los hábitos anormales de la cavidad oral han sido tema controversial para un gran número de personas tales como: padres, pediatras, odontólogos, psiquiatras, psicólogos y foniatras.

El hábito de succión digital, es dentro de los hábitos orales uno de los más comunes, acerca del cual numerosos especialistas en diversas ramas han dado sus opiniones respecto a sus probables causas, efectos y tratamiento, y aunque éstas opiniones son a menudo contradictorias, revisando la literatura lo más detalladamente posible, podemos afirmar que: la succión del dedo es un hábito normal hasta cierta edad, cuando el hábito de succión es considerado como anormal, produce trastornos que afectan tanto a la estética como a la función y mentalidad del individuo, el grado de severidad es variable a nivel bucal, dependiendo de varios factores como son:

1.- Duración del Hábito, 2.- Frecuencia con que se practica, 3.- Intensidad, 4.- Posición del dedo --
5.- Tipo de patrón facial.

11

Existe un aspecto en el cual los que pretendemos corregir el problema debemos darle la suficiente atención; el origen del hábito, lo cual no es sencillo y requiere de un minucioso estudio integral del paciente pero sólo hasta estar seguros de la verdadera etiología del caso, podremos establecer el tratamiento adecuado.

A menudo recibimos pacientes en el consultorio con algún tipo de hábito bucal anormal, por lo tanto es responsabilidad del Cirujano Dentista el conocimiento de los Hábitos Bucales anormales y la valoración de sus efectos sobre los dientes, huesos y músculos de la boca.

El propósito de éste trabajo, es introducir al lector a los aspectos etiológicos y bucodentomaxilares-

de la succión oral de los dedos, lo cual incluye el estudio de las diferentes teorías acerca de su etiología- sus efectos y complicaciones, tratamientos y finalmente poder llegar a algunas conclusiones respecto al Hábito de Succión Digital.

CAPITULO I

Hábitos Bucales

Según Thompson (1927), un hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto, y a medida que éstas repeticiones se hacen más constantes, el acto se hace menos consciente, y si es repetido lo suficientemente a menudo puede ser relegado por completo al inconsciente.

Sabemos que el hombre tiene una gran cantidad de hábitos, y al analizar los correspondientes a la cavidad oral, observaremos que muchos son deseables y otros son perniciosos, de acuerdo a esto los podemos clasificar en: 1) útiles y 2) dañinos. Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios y chuparse los pulgares...

III Clasificación de los hábitos bucales

Dentro de los malos hábitos orales que mayor interés y preocupación causan al cirujano dentista tiene

13

ESS:

A) Hábitos de Succión

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

B) Hábitos Linguales

- a) Lengua protractil
- b) Hábito de cecao

C) Respiración bucal

- D) Eruxismo
- E) Onicofagia
- F) Hábitos de posición
- G) Mordedores de objetos diversos

A continuación se explicará brevemente en que consiste cada uno de los hábitos mencionados desde el inciso B al G, dejando el A por tratar con mayor detalle en el siguiente capítulo.

B) Hábitos Linguales

Como su nombre ya lo indica, son aquellos malos hábitos desarrollados por la lengua, tenemos:

a.- El hábito de lengua protractil: Es el acto durante el cual el paciente proyecta o adelanta su lengua en el transcurso de la deglución.

b.- El hábito de ceceo: También llamado sigmatismo, es un defecto en la articulación del fonema S - por diferentes razones; entre ellas: posición defectuosa de la lengua durante el habla, deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación, pérdida prematura de incisivos superiores de la primera dentición a los cuales no se les ha colocado un mantenedor de espacio, malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

C) Respiración bucal

Es un hábito oral nocivo, el cual muchas veces pasa desapercibido, debido a que el paciente cree que su manera de respirar es normal, incluso a pesar de presentar alguna obstrucción nasal suele pensar que todas las personas respiran igual que él, esto es la mayoría de las veces por falta de conocimientos, aunque en algunas ocasiones, hay verdaderas causas que predispongan a la respiración bucal.

D) Bruxismo

Se define como: movimientos de trituración, desgaste y rechinar de los dientes sin propósito funcional.

E) Onicofagia

Es el hábito de morderse las uñas, debido generalmente a tensiones psíquicas y emocionales en el que el paciente encuentra así una vía de escape a ésta tensión.

F) Hábitos de posición

Todas aquellas posiciones deficientes así como las prolongadas, durante las horas de sueño, pueden -- producir o acentuar malformaciones bucales así como faciales y craneales.

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

15

Sobre éste respecto poco ha sido comprobado, lo que sí puede suceder, es que una maloclusión ya existente pueda ser acentuada pero no originada por ésta causa.

G) Mordedores de objetos diversos

Se observa en niños ya mayores y en personas adultas. Se considera que éste hábito es un modo de escape de una tensión emocional que pueda presentar el paciente, según varios autores es la continuación de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupetes la onicofagia y otros.

A los hábitos bucales podemos dividirlos de acuerdo a su origen en:

A) Hábitos bucales no compulsivos

B) Hábitos bucales compulsivos

A) Hábitos Bucales no Compulsivos.- Los observaremos principalmente en niños que por lo regular experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten deshechar ciertos hábitos indeseables, y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. En ocasiones las motivaciones a éste nuevo hábito pueden ser reforzadas por el éxito inicial del hábito mismo, otras veces se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo por parte de los padres. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste se denominan no compulsivos. De éstas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito perasral antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más consistente con su nuevo nivel de madurez y reponsabilidad.

B) Hábitos Bucales Compulsivos.- Se llega a la conclusión de que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el paciente niño o adulto, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se vé amenazada por los acontecimientos ocurridos a su alrededor. 16

Debe aclararse que éstos hábitos compusivos, expresan una necesidad emocional profundamente arraigada por lo que tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir el hábito. Realizar el hábito es para el como un escudo contra la sociedad que lo rodea, cuando las presiones emocionales que ésta le ofrece se hacen muy difíciles de soportar, entonces se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca en el caso de la succión, o bien realizando cualquier otro hábito bucal puede lograr la satisfacción que ansía.

Con respecto a cómo se lleva a cabo el hábito, se puede dividir en: Primario y Secundario.

Hábito Primario: Es el que realiza el paciente de modo compulsivo, como por ejemplo: la succión digital.

Hábito Secundario: Lo realiza como si fuera un complemento del hábito primario, por ejemplo: fijarse -

del pelo, hurgarse la nariz, frotarse la cara con un trapo o cobija determinada, manipular su oreja y otros.

Resumiendo: Los importantes hábitos que deforman las dentaduras y la cara son: la anormal succión, -- mordisqueo y respiración bucal, postura incorrecta y anormal posición mandibular y de la lengua.

Analizando éstos actos parecen surgir de cinco fuentes principales que son:

- 1) Instinto
- 2) Insuficiente o incorrecta salida de energía
- 3) Dolor o incomodidad
- 4) Tamaño físico anormal de las partes
- 5) Imitación de o imposición de los padres y otros.

CAPITULO II

Reflejo de Succión

En información recopilada por Joseph M. Sim y Sidney B. Finn, encontramos que la observación directa de los niños en su primer año de vida, nos revela una organización esencialmente bucal y de tacto. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado Reflejo de Succión.

III:1 Desarrollo del Reflejo de Succión

Incluso antes del nacimiento, se han observado fluoroscópicamente en el niño contracciones musculares bucales y otras respuestas reflejas, así lo han podido comprobar Bolaffio y también Artom, en experimentos realizados en fetos y concluyen que desde el tercer mes de vida intrauterina, la succión es teóricamente posible, es decir que los mecanismos neuromusculares necesarios para producir ésta acción están ya constituidos, pero que es hasta el sexto mes en el que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de succión. Notaron también éstos investigadores que en fetos de mayor edad, con la simple estimulación de los labios se producían los movimientos de succión, los cuales podían eventualmente estar acompañados por un movimiento protrusivo de la lengua.

18

Por el contrario indica Gesell (1945), que es hasta el séptimo mes de vida intrauterina aproximadamente cuando aparece la succión, y hasta el nacimiento cuando éste reflejo se presenta en forma y con fuerza.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y afianzarse a ella como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento y el reflejo de Moro todos presentes al nacimiento, sin embargo el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que éste reflejo sea marcadamente predominante.

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

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

II:2 Introyección y Proyección

El intento de llevar a la boca un objeto bueno, se denomina introyección, el rechazo de un objeto malo se denomina proyección.

En éste comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal.

Estas pruebas bucales no solo sirven para aliviar la tensión del hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar con los sentidos disponibles lo que es bueno o malo.

Los objetos introducidos en la boca especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando éstas experiencias se dá a si mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar al introducirse su dedo en la boca. 19

Debido a que todos los niños al nacer y en la primera época de su vida acostumbran llevarse a la boca todo lo que encuentran en su camino, no podemos considerar ésto como algo anormal, pero si ésta costumbre persiste después de un tiempo bastante prolongado, es cuando se puede considerar éste hábito como fuera de lo normal.

CAPITULO III

Hábito de Succión Digital

La succión digital es un hábito común y mucho más la del pulgar, se presenta con mayor frecuencia en niños, en adolescentes menos y esporádicamente en adultos.

Por éste hábito se han preocupado e interesado: padres, pediatras, odontólogos, psiquiatras, psicólogos - foniatras y el mismo paciente.

Desde el punto de vista paterno, la succión es un hábito que no es aceptado socialmente. El psicólogo y el psiquiatra se interesan por los problemas de conducta profundamente arraigados de los que el hábito bucal pueda ser sólo un síntoma. El pediatra teme a las deformaciones de los dedos y la salud del niño en general así como a una alimentación deficiente y al igual que el cirujano dentista a las malformaciones bucales que el niño puede sufrir por éste hábito, el foniatra se preocupa porque las alteraciones bucales se relacionan directamente con el habla, finalmente el mismo paciente también se preocupa porque en muchas ocasiones a pesar de que el desee deshacerse del hábito puede no encontrar la comprensión y ayuda necesarias para ello. 20

III:1 Diferentes Tipos de Succión Digital

El hábito de succión digital consiste en una inserción total y profunda del dedo (pulgar u otro), en la cavidad oral muchas veces al día.

Cuando se trata del hábito de succión del pulgar, la yema del dedo se encuentra dirigida hacia la bóveda palatina y llega tan lejos atrás como lo permiten los reflejos y el largo del dedo mismo. Cuando se trata de los otros cuatro dedos, la yema del dedo se dirige la mayoría de las veces hacia abajo, descansando en el piso de la boca la punta del dedo, aunque en otras ocasiones pero menos frecuentemente, la superficie dorsal del dedo descansa sobre los incisivos inferiores pudiendo penetrar sólo parte del dedo o tanto como los reflejos lo permitan.

En ambos casos de succión, los labios están cerrados estrechamente alrededor del dedo y se emplea una --

potente acción de succión que realizan las mejillas. Muchas veces la succión digital se ve acompañada de otros hábitos secundarios. Algunos niños no podrán dormirse si no se chupan el pulgar o cualquier otro dedo - y a la vez se acuestan con algún juguete o algún trapo o cobija de su agrado, o bien, se acarician o escudriñan la nariz con el dedo índice, o se estiran un mechón de pelo o dan de tirones al lóbulo de la oreja, siendo éstos algunos de los hábitos secundarios típicos.

III:2 La succión oral como Hábito de Presión

La succión oral de los dedos es considerada como un hábito de presión, (Kleen 1952). Todos los hábitos de presión están separados en dos categorías: intencionales y no intencionales. El hábito de presión intencional puede ser clasificado como de ortodoncia, porque es planeado. El segundo tipo, el no intencional - es considerado como un hábito de presión no favorable.

Los hábitos de presión no intencionales pueden ser de tres clases: intrínsecos, o hábitos de presión de la boca, la segunda clase son los externos o presiones extrínsecas anormales en la boca y la tercera clase son las presiones funcionales.

21

La succión oral cae dentro de la categoría de presiones intrínsecas de la boca, categoría que incluye la mordida de los labios, la proyección de la lengua y la respiración por la boca.

Los hábitos de presión intrínsecos a una edad temprana son normales; pero la continuación de éstos hábitos después de la edad normal de erupción de la dentición permanente puede conducir a malas oclusiones.

Se ha mencionado ya, que debido al reflejo de succión, el niño en embrión es capaz de realizar movimientos de succión y deglución aún antes de nacer. Brenner en 1974, observó algunos niños recién nacidos con ínguitos edematosos, debido a succión uterina.

La succión es aquel mecanismo mediante el cual el recién nacido satisface casi todas sus necesidades - pero a medida que el niño madura, la comunicación con el medio ambiente a través de los labios únicamente no

es tan frecuente, porque se abren nuevas vías de comunicación tales como el pensamiento y el habla.

III:3 Desarrollo del Hábito

Los autores Gesell e Ilg, del Laboratorio de Desarrollo Infantil de Yale, sostienen que la succión oral de los dedos es normal durante una etapa de desarrollo del niño. La succión de dedos y de lengua son considerados normales durante el primer año y medio de la vida de un niño, Starr corrobora lo enunciado por Gesell e Ilg indicando que - los hábitos desaparecen espontáneamente al final del segundo año de vida, siempre que el niño reciba la atención debida-. Algunos niños aceptarán restricciones del hábito y adquirirán otras formas de satisfacción tomándolas del medio ambiente o evolucionando hacia formas de mayor madurez en la conducta.

Sin embargo, estudios realizados por Nelson(1975), nos refieren que no todos los niños descontinúan el hábito a la edad de dos años sino que muchos interrumpirán el hábito durante los años preescolares alrededor de los cuatro años, otros lo continuarán los años escolares y algunos lo mantendrán hasta que sean adultos.

22

Por lo que concierne a sexo y estrato socioeconómico y su relación con el hábito, Infante encontró que en las niñas prevalece por más tiempo el problema de chupar el dedo que en los niños. Michaels y Goodman en 1934, suministran datos sobre perturbaciones y hábitos en 255 varones y 220 niñas de 6 a 16 años, los cuales asistieron a un campamento de verano. La información que se obtuvo de éste estudio fué: que se llegaron a observar varios hábitos y de distintos tipos pero dentro de los bucales se vió la succión del dedo pulgar, presentándose en el 17.6% de los varones y en el 34.1% de las niñas, mostrándonos que el hábito de succión digital se presenta aún cuando existe dentición mixta, o bien en una permanente la cual se va a ver grandemente afectada por dicho hábito.

Ya con anterioridad, en 1929 Olson, había indicado al igual que Michaels y Goodman, que no nada más -

la succión del dedo pulgar sino que la mayoría de los hábitos se ven más frecuentemente en niñas que en varones.

El Dr. F. Aguila Ramos y colaboradores, llevaron a cabo en la ciudad de La Habana, Cuba; un importante estudio para denotar la prevalencia de los hábitos deformantes en ésta ciudad. Para ello se congregó un universo de 10599 niños entre 3 y 5 años de edad por medio de las instituciones médicas infantiles, y se llegó a las siguientes conclusiones: 1) la prevalencia de hábitos deformantes alcanza el 70.6%, 2) los hábitos decrecen con la edad, 3) se encontró además que el sexo femenino era el más afectado, 4) la deglución atípica es el hábito de mayor prevalencia y 5) el hábito de succión digital aparece en un 22.6% de los niños.

CAPITULO IV

Etiologia

Existen varias teorías y muchas de ellas contradictorias entre sí, para explicar el origen del hábito de succión digital, sin embargo no podemos aceptar alguna como única causa, ya que al estudiarlas nos daremos cuenta de que a pesar de que todas tienen fundamentos válidos, solo el estudio de cada una de las teorías -- nos dará un criterio lo suficientemente amplio para juzgar un caso clínico.

En una revisión bibliográfica realizada por Fletcher en 1975 acerca de las distintas ideas que se han dado respecto al origen del hábito, al final cita tres teorías que parecen agrupar a todo lo escrito. Estas teorías son:

IV:1 Teoría Psicoanalítica

Esta teoría llamada también Teoría Psicoanalítica de Freud, es descrita por Gale, Ayer y Von Der Leher, expone el punto de vista del psiquiatra Austríaco acerca de la succión, este autor dice que aquella es: - un síntoma neurótico de una perturbación emocional resultante de una fijación del estadio psicosexual oral-. 24

La misma teoría dice, que si hay una frustración o sobre indulgencia de necesidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño sufrirá algún deterioro.

En ésta teoría apoyada por Freud, se nos menciona que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producido por la acción de succionar es una especie de estimulación erótica que proporciona un placer sensual del mismo tipo que las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales.

Descritas de ésta forma, las satisfacciones producidas por estimulación oral, representan lo que podríamos llamar la actividad sexual en éste período de la vida. Dice ésta teoría que cuando el niño presenta éstas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral. Se ha llamado fase o etapa oral, al período de la presencia de éstas actividades, y es considerada como una de las etapas pregenitales del desarrollo.

llo sexual, al igual que las etapas anal, uretral y genital por las que también pasa el niño.

IV:2 Teoría de la Pérdida de la Función

Se basa, en que la succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida, contribuye a la formación del hábito.

Levy (1937), ratifica éstas ideas y llega a creer, que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón, son causa de la instalación del chupeteo, nos explica que es más probable que un niño el cual está siendo alimentado con biberón siga haciendo succión si la abertura de la tetina es grande, y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño, provocándole un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo obteniendo la misma cantidad de leche.

Otro ejemplo que también señala Levy, es el de un niño que presentaba succión del dedo pulgar cuando no se le daba su alimento en su horario cotidiano, pero dejaba de hacerlo cuando se le volvía a dar el alimento.

25

IV:3 Teoría de la Conducta Adquirida

Esta teoría sustentada por Sears y Wise, sugiere que el niño aprende a asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos. Los partidarios de ésta teoría, se basan en las leyes del aprendizaje en lo que Pavlov describe como el fundamento de los patrones de conducta.

Sale y Ayer, describen éstos patrones así: el niño aprende a asociar el chupeteo del dedo, con muchas situaciones; la ingestión de alimento, el calor y seguridad, atención de los padres y la renuncia de la agresión.

Cuando el efecto de ésta conducta asociada es gratificante la conducta seguirá. La generalización de la condición y el estímulo, pueden iniciar un hábito, el cual si se repite y refuerza llega a formar un patrón

de conducta adquirido.

Una de las primeras y más profundas satisfacciones en la vida del niño, es el alivio del hambre, siendo éste el motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad, la obtención del alimento en el cual la parte más activa es la desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador; éste siente que dentro de él algo le está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento, y de la succión por consiguiente, esta molestia desaparece encontrándose más descansado, la acción de succionar viene acompañada de una sensación de bienestar y satisfacción. Es por lo que no debe de extrañar que el niño trate de descubrir los medios para poder reestablecer aunque sea en parte ésta sensación, lo cual logra por medio de la succión. La teoría dice- que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañado de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener ésta satisfacción primaria, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria o sea la succión.

Cada especialista, psiquiatra pediatra, odontólogo etc., puede encontrar datos para apoyar su tesis favorita. Pero si para nosotros lo primero es descubrir el porqué del hábito, saber que le pasa al niño (lo que no significa en modo alguno que el odontólogo deba salir de su función específica), sino actuar con la suficiente capacidad, realizando un estudio a fondo del problema para determinar la causa y prever el efecto, no vacilando en los casos que consideremos necesario, en derivar al especialista en problemas emocionales de niños, para un enfoque conjunto que ayude a la solución.

CAPITULO V

Consecuencias del Hábito de Succión Digital

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos, varían ampliamente, aunque generalmente se concuerda en ciertos factores principales y determinantes, a saber son:

- 1.- Duración del Hábito
- 2.- Frecuencia con que se practica
- 3.- Intensidad
- 4.- Posición del dedo
- 5.- Tipo de patrón facial

Se considera muy importante tomar en cuenta cada uno de los factores mencionados, antes de elegir el tratamiento que se vá a seguir, ya que no todos los hábitos son de intensidad suficiente para poder producir anomalía y solo se consideran nocivos cuando interfieren con el desarrollo normal de los huesos, dientes y función muscular de aquí que; algunas veces sean hábitos adquiridos como lo sustenta la Teoría de la conducta adquirida de Sears y Wise, y lleguen a ser factores causales de maloclusiones, o bien sean signos de perturbaciones emocionales, o simplemente sean hábitos comunes a cierta edad o ligados al desarrollo normal del niño. 27

Por estas razones se resumirán en los factores siguientes, las ideas mas importantes escritas con respecto a ellos.

V:1 Duración del hábito.- Se ha llegado a la conclusión de que la succión digital se puede considerar normal hasta los cuatro años aunque algunos autores como el Dr. Aguilar Garcés fijan como límite los cuatro años imedio. Si la duración de este hábito vá mas allá de la de la primera infancia no es el único factor determinante de los problemas que acarrea, igualmente importantes seran; la frecuencia, la intensidad, la posición del dedo, el tipo de patrón facial y la edad del paciente.

V:2 Frecuencia con que se practica el hábito.- La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final es decir que; el niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir, cuasara menos daños que aquel continuamente tiene el dedo dentro de la boca.

V:3 Intensidad.- La intensidad del hábito es importante. En algunos casos la función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles y el ruido producido al succionar resulta obvio. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad muscular visible.

V:4 Posición del dedo.- Se ha comprobado que los hábitos de presión de la succión son causa directa de las peores formas de maloclusión, y concretamente la posición del dedo en la boca repercute en el desplazamiento de las piezas.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. Sarabia, indica que la succión del pulgar con la yema del dedo hacia arriba y en íntimo contacto con la parte anterior del paladar, apoyando el resto de la mano sobre la nariz, entorpece el desarrollo maxilar al no efectuarse normalmente la respiración nasal, causando elevación del paladar y protrusión de los incisivos superiores, al efectuar los movimientos de succión la mano obstaculiza los movimientos de la mandíbula originando presión hacia abajo y hacia atrás, inhibiendo de ésta manera el desarrollo mandibular y favoreciendo la distoclusión.

28

Cuando el dedo no se apoya sobre el paladar y solo es succionado permaneciendo entre los dientes, sin que el resto de la mano se apoye sobre la nariz o la mandíbula, las lesiones producidas son leves y en algunos casos solo determinan ligera oclusión anterior abierta.

Por el contrario, cuando en lugar del pulgar se succionan el dedo anular y medio con la palma de la mano hacia atrás y haciendo presión sobre la mandíbula, las protuberancias producidas en el maxilo son más importantes.

V:5 Tipo de oclusión facial.- Cuando hay la succión de un perfil recto de oclusión clase I firme, parece soportar mejor las fuerzas del chupeteo que un esquelético facial típico clase II. Siempre

hay que tener en cuenta el tipo de cara en la cual el hábito aparece. En algunas un hábito ligero es más perjudicial que uno grave en otras.

El problema clínico está determinado por la combinación de hábitos y el factor crecimiento de la cara por lo que la edad del paciente es seguramente lo primero que deberemos tomar en cuenta al analizar un hábito. Al respecto se han hecho estudios y Starr divide los aspectos clínicos del problema en tres distintas fases de desarrollo.

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

29

Traisman y Traisman, corroboran lo dicho por Starr al indicar que es en ésta en la que el chupeteo se incrementa. Un estudio realizado por ellos nos demuestra que con 2650 sujetos desde el nacimiento hasta los dieciséis años, se observa que casi la mitad se succionó el dedo pulgar en algún momento durante el período de observación, y de éstos un 75%, comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el otro 25% concluyó antes de cumplir un año.

Fase II.- Esta segunda fase es donde la succión puede presentar una significación clínica, va más o menos de los dos a los cuatro años de edad. Esta fase requiere de una mayor atención ya que a ésta, el chupeteo nos muestra una ansiedad, y principalmente desde el punto de vista del cirujano dentista - al final de ésta segunda fase está cerca de poder producir sus efectos nocivos sobre la dentición permanente

y otros tejidos bucales. Traisman y Traisman, en el mismo estudio mencionado con anterioridad dicen que la edad promedio en la que se interrumpió la succión digital fué a los tres años ocho meses, pero que también varios de los niños continuaron con el hábito y algunos lo abandonaron hasta los doce o quince años.

Fase III.- Cualquier hábito de succión digital que persiste después de los cuatro años, enfrenta al clínico con un problema difícil, porque según dice Starr, no existe una garantía patente de que la eliminación de la patología psicológica fundamental y de ansiedad acompañante, así como las influencias familiares-perjudiciales resultarán necesariamente en el abandono del síntoma por el niño. El hábito de succión digital que persista hasta la fase tres, puede constituir el síntoma de un problema más importante que el de la maloclusión resultante. La maloclusión puede ser secundaria a otros problemas durante la fase tres.

Vi6 Los efectos de una presión inadecuada como lo es el hábito de succión digital, pueden observarse en:

- Crecimiento anormal del hueso
- Malas posiciones dentarias
- Hábitos defectuosos de respiración
- Dificultades para hablar
- Alteraciones del equilibrio de la musculatura facial
- Complicaciones como: Infecciones, dermatitis y hemorragias
- Problemas psicológicos

Observaremos que éstos efectos, vendrán generalmente uno como consecuencia del otro, pudiendo o no, presentarse todos de acuerdo a la gravedad del caso.

- Crecimiento anormal del hueso.- El Hueso es un tejido "plástico" y duro, que aparentemente es inmune a pequeñas presiones que continuamente se ejercen sobre el, pero que reacciona a ellas por ser un órgano vivo que durante su vida está sujeto a cambios constantes, que es afectado por los músculos que lo rodean, -- por la nutrición, por la mala salud, por la dieta inadecuada, trastornos endócrinos etc.

Los efectos en hueso los observaremos tanto a nivel maxilar como mandibular, dependiendo principalmente; de la posición que tenga el dedo durante el hábito siendo también muy importantes: la duración, la frecuencia y la intensidad.

Acerca de los efectos que tiene en los huesos maxilar y mandibular, se habló con detalle en el factor correspondiente a la posición del dedo, y es conveniente recordar a grandes rasgos, como se lleva a cabo el desarrollo normal del maxilar superior e inferior, para poder reconocer cuando ha habido daño a éste nivel.

En un feto humano, al principio de su vida, probablemente estén formados todos sus huesos, aunque no aparece ningún signo de osificación.

31

Después, aparecen centros independientes de osificación, que no tienen nada de semejanza con huesos - que posteriormente van a formar. La deposición de sales minerales inorgánicas aparecen luego. La vitalidad y los elementos esenciales del hueso, residen en su parte orgánica, sus células, sus fibras y la sustancia intercelular.

Los huesos representan la estructura o el esqueleto de un tejido conectivo, que en otra época constituye un sistema proliferativo activo. El hueso es un órgano activo que constantemente está efectuando cambios, - para efectuar su crecimiento o evolución a la madurez, los huesos de un niño difieren de los de un adulto, no solo en tamaño o en volumen, sino también en su forma, por lo que un craneo de un niño es diferente del craneo de un adulto, se han efectuado en el; cambios que corresponden a sus edades y no a su tamaño pues muchas-

veces puede suceder que el esqueleto de la cabeza de un niño, sea de mayor tamaño que el de un adulto, sin embargo son inconfundibles por sus cambios evolutivos; también puede suceder que esta falta de desarrollo, se deba a trastornos endócrinos, que impidan el desarrollo hacia la madurez. En el esqueleto de la cabeza humana podemos considerar dos porciones: el craneo y la cara. Estas dos porciones se comportan de distinta manera en el curso de la vida, pues mientras que el craneo aumenta tres veces su volumen desde el nacimiento hasta la edad adulta; la cara aumenta doce veces su tamaño, lo que hace suponer la gran cantidad de tejido celular, fibras y sustancia intercelular, es decir, la porción orgánica que debe tener. Entre mayor material orgánico tengan los huesos, tienen mayor vitalidad. Las sales minerales transmiten a los huesos dureza.

Los huesos crecen de dos maneras, por aposición y por crecimiento proliferativo de sus células, en los cartílagos ó intersticial. En los maxilares tenemos las dos formas de crecimiento.

El maxilar superior crece hacia abajo, hacia adelante y lateralmente; el maxilar inferior crece hacia arriba, hacia adelante y lateralmente. El crecimiento del maxilar inferior hacia arriba lo efectúa por aposición en las apófisis alveolares y por el centro activo de crecimiento que está en el cuello del cóndilo y que permanece activo hasta los veinte años aproximadamente.

En lo que concierne acerca del crecimiento hacia adelante se efectúa por aposición en su parte labial y reabsorción en la parte lingual. Hay también un centro de crecimiento, entre el cuerpo de maxilar y la rama ascendente. El maxilar inferior crece lateralmente por aposición en la cara bucal del cuerpo del maxilar y reabsorción en la cara lingual del mismo.

Los cóndilos son llevados lateralmente, por el crecimiento de la base del craneo, ya que están colocados en la cavidad glenoides.

La erupción de los dientes puede estimular el crecimiento lateral de ambos maxilares.

El maxilar superior tiene tres centros o articulaciones de tejido conjuntivo, paralelas, que propician su crecimiento hacia abajo, hacia adelante y lateralmente, éstos son: los máxilo zigomática, la máxilo frontal y ptérigo maxilar. De estas la mas importante es ésta última por que tiene su principal centro de crecimiento en la tuberosidad del maxilar.

El crecimiento lateral o de ancho del maxilar superior se hace por aposición en la tabla externa y por absorción en la tabla interna del maxilar, las paredes laterales y las fosas nasales y del centro. El paladar aumenta de ancho por adición a la apófisis alveolar, entre el maxilar y la apófisis palatina.

La presión excesiva sobre los centros de crecimiento impide la actividad osteoblástica; en cambio aquellas presiones pequeñas, que no exceden en mucho la presión sanguínea, estimulan la actividad osteoblástica.

- Malas posiciones dentarias.- La mordida abierta, constituye en la región anterior de los arcos el -- problema clínico mas frecuente, la retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o el brazo la fuerzan continuamente a adoptar una posición en retracción. Cuando los incisivos son empujados labialmente el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar.

Algunos investigadores, consideran que la fuerzade los músculos de los carrillos que origina la succión, pueden hacer que los segmentos posteriores maxilares se vean forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco, y producirse una mordida cruzada posterior bilateral.

Al producirse éstas alteraciones en los maxilares a menudo se hace imposible que el piso nasal baje a la posición deseada. El labio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le vé aprisionado bajo los incisivos maxilares, y de este modo se establece la deformación.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas -

generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida.

Según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobreerupción, en las piezas posteriores aumentando por lo tanto la mordida abierta. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores desplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

Graber menciona que: la morfología inicial y el patrón dentofacial inherente, condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente clase II, división I los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

Normalmente existe una relación plana de los planos terminales de los primeros molares permanentes, con relación borde a borde de las cúspides, hasta la pérdida de los molares deciduos y la eliminación del espacio libre interoclusal. Esto es en realidad una tendencia transicional a la clase II, siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedos confirmados, tirando hacia adelante sobre la dentadura superior, puedan provocar la creación de maloclusión unilateral clase II en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo lengua y labio, sólo aumenta ésta posibilidad. El daño producido por el hábito durante los tres primeros años de vida, está confinado principalmente a la porción anterior de la dentición. Usualmente el daño producido es temporal siempre que el niño comience con oclusión normal.

Si el niño con oclusión normal cesa en su hábito, al final del tercer año reducirá su sobremordadura - los niños con oclusión pobre que continúan su rutina, aumentarán su sobremordadura y crearán espaciado de incisivos en el arco maxilar. La succión de dedos también puede producir una ligera aglomeración de los dientes anteriores inferiores generalmente hacia lingual.

-Hábitos defectuosos de respiración.- Los efectos nocivos que sobre la respiración normal tiene el hábito de succión de dedos, están directamente relacionados con la posición del dedo mismo durante el hábito. Si el niño continúa la práctica de succión del pulgar más allá de los cuatro años, puede aumentar las anomalías no sólo dentales, sino que a ésta edad si inserta el pulgar en la boca con un movimiento hacia arriba y hacia atrás apoyando el resto de la mano sobre la nariz, entorpece el desarrollo maxilar afectando el arco oral y la bóveda palatina produciendo deformación del arco es decir, protrusión de los incisivos inferiores y elevación de la bóveda palatina, ambas cosas a su vez repercuten en la respiración normal, la cual pasa a ser respiración bucal que además de ser un nuevo hábito nocivo promueve el subdesarrollo de la nariz y del labio superior.

El dedo colocado en forma de arco sobre la nariz mientras se realiza la succión, induce un efecto de montura sobre la nariz.

La respiración bucal, aunque de una manera lenta, llega a provocar serias deformaciones maxilofaciales de diversa intensidad, ya que el niño al mantener la boca abierta por falta de tono del orbicular de los labios, altera la fisiología buconasal y al respirar por la boca faltan las presiones normales que durante la inspiración se presentan, tanto en la cavidad bucal como en la nasal y que se compensan mutuamente en el paladar. Como en la respiración cambia la presión en las fosas nasales pero no en la cavidad bucal, se establecen fuerzas que contribuyen al descenso del paladar y por lo tanto a su aplanamiento pero, a ésta tendencia se opone la presión masticatoria y la presión que ejerce el dedo succionado contra el paladar predisponiendo la formación de un paladar alto y arcadas estrechas.

-Dificultades para hablar.- Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte, son fundamentales en la fisiología del habla. Por los cambios de posición de éstos tejidos duros y blandos, la co-

riente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales.

Son muchos los expertos que reconocen que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla. Se ha observado que en la mayor parte de los casos, la adaptación o compensación supera la tarea de la maloclusión, pero no siempre. Bloomer, afirma que los efectos sobre el habla pueden ser directos e indirectos; directos, por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla, indirectos, debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Un ejemplo de la influencia directa de la maloclusión en el habla lo tenemos en la maloclusión de clase II división I, con segmento premaxilar protrusivo lo cual dificulta la producción normal de las consonantes bilabiales.

Como los dientes, tejidos de soporte, lengua y labios se encuentran directamente relacionados en la producción de las consonantes que exigen control neumático para las características fricativas y explosivas y como modifican la columna de aire (ampliando, estrechando o alterando el paso del aire), la mayor parte de los sonidos pueden sufrir los efectos de la maloclusión. 36

Algunas de las maloclusiones más graves no provocan anomalías fonéticas perceptibles, debido al excelente mecanismo de ajuste. Pero ciertos tipos de maloclusión son más difíciles y más capaces de provocar anomalías del habla, éstos son: problemas de clase I con mordida abierta anterior o falta de dientes anteriores; problemas de clase II división I, caracterizados por sobremordida horizontal excesiva y vertical, así como función peribucal anormal y maloclusión de clase III, con falta total de contacto incisal, labio inferior redundante y función lingual pervertida.

Con una anomalía de mordida abierta, es más difícil producir sibilantes acústicamente aceptables; las-

consonantes bilabiales pueden ser afectadas debido a la separación habitual de los labios y el gran esfuerzo necesario para cerrarlos.

- Alteraciones del equilibrio de la musculatura facial.- Si existe una mala relación entre los maxilares, dificultando la función muscular normal, puede presentarse una adaptación de los músculos ya que se ha mencionado que la naturaleza siempre trata de funcionar con lo que tiene, de tal manera que se establece actividad funcional muscular de compensación para satisfacer las exigencias de la masticación, respiración deglución y habla.

Normalmente en la posición postural de descanso existe una especie de equilibrio de las fuerzas musculares intrabucales y extrabucales, con la musculatura bucal y peribucal pasivamente evitando el desplazamiento anterior de los dientes, aunque hay estudios que demuestran que las fuerzas por sí solas no se mantienen equilibradas, según Uloall y Winders las presiones linguales son mayores. Pero el efecto hidráulico, masa tisular, índice de elasticidad del carrillo y patrón morfogenético contribuyen a lograr el equilibrio total, (Weinstein).

37

Todos los músculos de la cara se encuentran íntimamente relacionados con los músculos posvertebrales, prevertebrales y cervicales, lo cual favorece el equilibrio muscular de la cara, pero consecuentemente un cambio en un músculo afectará las relaciones con los otros músculos.

Un ejemplo con respecto a éste problema lo tenemos en las maloclusiones clase II división 1, en que existe una mordida horizontal excesiva, es difícil cerrar los labios correctamente, los labios superior e inferior ya no sostienen la dentición, en consecuencia como parte del mecanismo de adaptación el labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores en descanso, y cada vez que se deglute, la contracción anormal del músculo toria de la barba y la función de compensación de los otros músculos peribucales desplazan los incisivos superiores en sentido labial.

El segmento anterior inferior se encuentra aplanado por la anomalía postural y funcional del labio inferior. Por lo tanto la maloclusión original puede ser resultado de un patrón hereditario, pero ha sido agravada por la malposición de compensación y mal funcionamiento de la musculatura asociada. Se forma entonces un círculo vicioso que se puede definir como: a mayor sobremordida horizontal, mayor interposición del labio inferior entre el aspecto labial de los incisivos inferiores y el aspecto lingual de los incisivos superiores.

En la maloclusión de clase II división I, el labio inferior continuamente desplaza el segmento premaxilar superior hacia arriba y hacia afuera contra un labio superior hipotónico, flácido y con poca función. Si existe una sobremordida negativa (mordida abierta), la lengua puede ayudar a crear realmente esta deformación. Esto no significa que la musculatura haya creado problemas de maloclusión, pero sí puede haber acentuado esta deformación en virtud de su actividad funcional de adaptación.

Se habló antes de que el hábito de succión digital, puede causar la formación de nuevos hábitos que tienen la característica de ser hábitos de adaptación- y, los principales que se adquieren como consecuencia del hábito de succión digital son: Hábito de labio, hábito de lengua, respiración bucal, dificultad para hablar (ceceo), y deglución atípica. En el transcurso de éste capítulo se ha mencionado cómo se van desarrollando todos éstos hábitos adquiridos y solo resta mencionar cómo afecta a la deglución normal el hábito de succión digital.

El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña al hábito de succión de dedos, dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior la deglución exige la creación de un vacío parcial. Como normalmente deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de deglución. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo.

El hábito de succión digital puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad, pero el hábito de lengua, durante la deglución, continúa adaptándose a la morfología, acentuándose entonces la deglución atípica o anormal.

El verdadero peligro por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son éstas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con el hábito de dedo, debidas a la readaptación que trata de buscar la oclusión.

- Complicaciones: (Infecciones, Dermatitis y Hemorragias).- Puesto que en un hábito oien por ciento establecido, podemos comprobar que el portador llevará a cabo el hábito sin importarle la higiene de sus manos, ni sus efectos si ésta es inadecuada, así como lesiones en la piel que pueden ser desde ligeros enrojecimientos hasta la formación de callosidades, propiciar dermatitis e incluso accidentes.

39

La mala higiene de sus manos, es posible que le cause problemas de tipo digestivo y respiratorio, en cuanto a las lesiones en la piel, dependerá en gran parte de la duración del hábito y la frecuencia con que lo practique. Así tenemos que los ligeros enrojecimientos en dedos corresponderán a hábitos con poca intensidad duración y frecuencia por ejemplo, el momento que precede al sueño. Cuando observamos dígito con callosidades ésto nos habla de una hábito de más constancia y duración.

De todas formas, el medio húmedo del dedo y la presencia de saliva alrededor de los labios, serán medios propicios para la formación de infecciones producidas por hongos y virus.

Por último, el ser succionador de dedo, puede ser factor que predisponga a accidentes graves, ya que éste es mejor candidato a la ingestión accidental de sustancias tóxicas que uno que no lo es, así lo demuestra un estudio realizado por los Dres. William J. Phelan y Gary H. Bachara del Departamento de Pediatría de la Clínica de Carolina en los Estados Unidos, en donde habiendo comprobado que los casos de envenenamiento acci -

dental eran la causa del mayor número de muertes en niños pequeños entre los doce meses y cinco años de edad.

Aislaron un número de 100 pacientes y analizaron varios puntos:

A) Edad y Sexo.- Se encontró que no había significación importante en el hecho de que fueran niñas o niños, así como tampoco se encontraron datos importantes en cuanto a la edad.

B) Destete temprano o tardío.- Este punto no reportó datos importantes.

C) Succionadores de dígitos.- Punto donde sí se observó un dato importante y fué que los succionadores de dedos son los más posibles candidatos a la ingestión accidental de sustancias tóxicas.

D) El estudio del carácter del paciente.- Reportó datos inciertos, sólo se comprobó que los niños de carácter pacífico eran menos susceptibles de envenenamiento.

- Problemas Psicológicos.- El daño físico, no es única consecuencia de los hábitos de dedos persistentes. Casi siempre cuando ha habido intentos fracasados por desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto de sus padres, algunos niños reconocen el chuparse el dedo como una actitud infantil y quieren realmente dejar el hábito. Pero al igual que otros hábitos encuentran que es difícil hacerlo. El fracaso en el intento, puede poner al niño en una actitud de defensiva o bien de frustración y en suma de higiene mental poco desable. 40

CAPITULO VI

Tratamiento

VI:1 Aclaraciones pertinentes antes del tratamiento

Hemos llegado al punto, en que realmente es al cirujano dentista a quien corresponde actuar sobre los efectos bucales del problema. Para llevar a efecto el tratamiento, tendremos que aclarar antes las siguientes cuestiones:

- Como nos vamos a percatar del problema cuando el paciente no ha acudido a nosotros con la intención de solucionar éste, sino por otro problema bucal?

- Como vamos a establecer el tratamiento adecuado cuando se ha hablado de varias etiologías probables sin que hasta la fecha se haya comprobado que hay una sola y verdadera causa?

- Reconocer si estamos realmente capacitados para llevar a cabo un tratamiento exitoso, ya que éste requiere no sólo el dominio de una técnica manual, sino también de una gran paciencia de nuestra parte, y poder infundir la misma a los padres y al paciente.

41

En realidad las soluciones a éstas interrogantes no son sino una serie de recomendaciones que seguramente mucho hemos escuchado a lo largo de nuestra educación profesional.

En el primer caso, la solución es recordar la importancia la importancia que tiene llevar a cabo una buena Historia Clínica y la correcta inspección general del enfermo.

El segundo punto, casi lo tenemos solucionado si hemos realizado bien el punto anterior y sólo tendríamos que agregar una Historia Clínica específica para hábitos anormales, si logramos que ésta sea lo más completa posible y estudiamos con atención, seguramente estableceremos el tratamiento adecuado, además, debemos pensar que la complejidad del problema no significa en modo alguno, que el odontólogo deba salir de su función específica, o cambiar su papel y resolver los casos psicoterapéuticamente, sino actuar con la suficiente capacidad de juicio para que se acepten ciertas normas prácticas y concretas pensando que la única psicología

que debemos practicar bien, es exclusivamente la que existe en el trato odontólogo-paciente y padres, debido a que si nos hemos percatado de problemas emocionales más profundos lo conveniente es trabajar conjuntamente con el psicólogo o el psiquiatra según sea el caso.

VI:2 Historia Clínica

Al ingresar nuestro paciente al consultorio, independientemente de la causa que lo traiga, se nos ha hecho siempre incapié en la realización de una Historia Clínica adecuada y completa. Para ésto debe incluir -- los siguientes puntos:

1.-Ficha de identificación,2.-Antecedentes Hereditarios Familiares,3.-Antecedentes personales no patológicos,4.-Antecedentes personales patológicos,5.-Hábitos,6.-Padecimiento Actual,7.-Medicación y 8.- Exámen bucal

En el interrogatorio por aparatos y sistemas investigar: 9.-Aparato Cardiovascular,10.-Aparato Digestivo,11.-Aparato Respiratorio,12.-Sistema Genitourinario,13.-Sistema Endócrino,14.-Sistema Nervioso y 15.-Exámen Radiográfico.

Esta Historia Clínica será complementada por la Inspección General del enfermo, que es la exploración consistente en observar todos aquellos datos notorios a primera vista sin ejecutar ninguna maniobra. Los datos que proporciona el procedimiento de exploración que nos ocupa, constituyen lo que se llama Aspecto del enfermo o Hábitus Exterior. En las condiciones óptimas, el mayor número de datos que el clínico puede obtener son: sexo, edad aparente, constitución, conformación, actitud, fscies, movimientos anormales, marcha y estado de la conciencia.

En el Hábitus Exterior como ya lo hemos visto, estudiamos el tema concerniente a los movimientos anormales, ésta alteraciones de la conducta motriz, las juzgamos clínicamente por las actividades neuroausculares del paciente en la marcha, lenguaje, actitudes, expresiones etc.

VI:3 Los Hábitos anormales como Tics

Desde el punto de vista clínico, los hábitos anormales de la boca son verdaderos Tics, como enseguida lo veremos.

Los movimientos anormales los dividimos en dos clases:

- 1.- Por perversión de movimientos fisiológicos
- 2.- Por aparición de movimientos absolutamente nuevos

Este último grupo cuyos movimientos no tienen representante fisiológico, estudia las convulsiones, temblores, movimientos crónicos, movimientos atetósicos y los Tics.

Dentro del capítulo de los Tics deben quedar incluidos los hábitos bucales por las siguientes razones:

- a.- Los Tics tienen su asiento en la cara, cuello, tronco, miembros y en las funciones de deglución, fonación y respiración.
- b.- Son movimientos involuntarios, funcionalmente coordinados hacia un fin determinado.
- c.- Siempre producen satisfacción al ser ejecutados.
- d.- La supresión forzada, o voluntaria del tic, determina en mayor o menor medida; inquietud, sufrimiento y en algunos casos estados de angustia.
- e.- La supresión forzada de un Tic (castigos, amenazas, humillaciones etc.), generalmente determina otro de mayores consecuencias o bien, serios desequilibrios emocionales.
- f.- Generalmente no se presentan durante el sueño o cuando la persona está tranquila y distraída.
- g.- Por el contrario, el tic es más intenso cuando la persona está excitada ó sujeta a una tensión.
- h.- Su caracter patológico reside en su inútil y constante repetición.
- i.- Aunque son movimientos involuntarios, no están por completo ajenos a la acción de la voluntad, ya que por medio de ella pueden atenuarse, suspenderse momentáneamente o bien desaparecer por completo.

VI:4 Historia Clínica para Hábitos bucales

Cuando el paciente de acuerdo a los estudios realizados se ha hecho acreedor a un estudio especial para hábitos bucales, la historia clínica para hábitos bucales que se encuentra en la siguiente página puede servirnos de guía para dicho estudio.

Si hemos encontrado que el hábito de succión digital es solo una faceta de una multitud de síntomas, - de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el psiquiatra. -

Sin embargo éstos son los menos. En la mayor parte de los casos los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos.

Al hábito de succión digital se le ha dado diferentes soluciones y tratamientos, tomando en cuenta - principalmente la edad, la duración, la frecuencia y la intensidad del hábito. Para su estudio, se ha clasificado la presencia del hábito a diferentes edades, partiendo desde el nacimiento hasta los tres años, la siguiente clasificación va de los tres a los cuatro años y la última, trata el hábito de los cuatro años en adelante. 44

VI: 5 Hábito de succión digital, de recién nacido a los tres años de edad.

Cuando en capítulos anteriores se trató al reflejo de succión, se estableció que el recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado de succión que constituye su intercambio mas importante con el mundo exterior.

Hibble dijo: La boca del bebé, es el centro de su universo, por la que experimenta el primer importante sabor de su nueva vida y la mas satisfactoria y absorbente actividad. Por este mecanismo, no solo obtiene nutrición, sino tambien la sensación de euforia y bienestar tan indispensable en la primera parte de la vida el recién nacido debe obtener seguridad, calor y afecto.

Dirección: _____ Nombre: _____
Teléfono: _____

PROBLEMAS DE HABITOS BUCALES

Remitido por: Dentista Médico Otro Especificar: _____
Edad: años meses Peso al nacer: Kg Sexo: Masculino Femenino
Prematuro: Anomalías congénitas: Especificar: _____

Casa

Hermanos: Núm. de hermanos Edades de los hermanos: _____
Número de hermanas Edades de las hermanas: _____
Niño vive con: Madre Padre Otro Especificar: _____

Otros en el hogar:

Padres: Madre: Calmada Padre: Calmado
Temperamento: Enérgica Enérgico
Tensa Tenseo

Comportamiento social

Personalidad: Introverso Juegos: Anormal Escuela: Atrasado
Bien adaptado Normal Mismo
Extroverso Avanzado

Comentarios:

Salud general

Actual Buena Bajo tratamiento Enfermedades graves
salud: Regular Comentarios: _____
Mala

Gripes anuales y Frecuentes Estación del año: Invierno
Otras enfermedades menores: Ocasionales Primavera
Rara vez Verano
Otoño

Reacción bajo Antagonista Comentarios: _____
tensión: Dócil
Defensiva

Alimentación

Lactancia natural Duración: meses Edad al destete: meses
Lactancia con biberón Duración: meses Edad al destete: meses
Alimentación actual Buena Comentarios: _____
hábitos: Buenos
Indiferente
Malos

Sueño

Día Regular
Irregularmente
Rara vez

Noche: Número de horas
Profundamente
Frecuente
interrupción

W.C.

Hábitos: Anormales
Normales

Comentarios: _____

Edad de aprendizaje; Defecación años meses

Completamente
aprendió años meses

Hábitos bucales:

Chupar: Pulgar: Frecuentemente
Ocasionalmente
Rara vez

Dedos: Frecuentemente
Ocasionalmente
Rara vez

Edad comienzo del hábito: años meses

Edad en que lo abandonó años meses

Aún continúa: Día Noche Escuela Mirando T. V.

Hábitos Mesarse los cabellos Acariciar frazada Especificar: _____

asociados: Tirarse de la oreja Lamerse los labios _____

Hurgarse la nariz Otro _____

Métodos utilizados para Ninguno Especificar: _____

controlar el hábito: Dental _____

Otro _____

Conocimiento del Niño consciente Otro

hábito por el niño: Reñido por hermanos Especificar: _____

Reñido por la madre _____

Reñido por el padre _____

Otros con hábito Ninguno Padre Otro

similar: Hermano Madre Especificar: _____

Tratamiento

Deseo del niño de Si: Con tratamiento No le importa
cesar el hábito: Sin tratamiento Ningún deseo

Actitud de los padres Madre: Sin tratamiento Padre: Ningún tratamiento
Tratamiento: Tratamiento

Aparato Aparato

Ningún aparato Ningún aparato

Comentarios generales:

Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de ésta vía de comunicación. Los labios del lactante, son un órgano sensorial, y es la vía del cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de ésta vía de comunicación. Por lo tanto si hemos observado hábito de succión digital en un recién nacido o hasta la erupción de los primeros incisivos inferiores, es normal.

Con respecto a la lactancia, existen dudas acerca de la lactancia natural o artificial. Sin embargo se han realizado estudios recientes con computadora, sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada y los resultados apoyan las observaciones de Anderson, de que los niños alimentados en forma natural están mejor adaptados, poseen menos hábitos musculares peribucales y conservan menos mecanismos infantiles.

A continuación, analizaremos las siguientes situaciones y soluciones brindadas. Cabe mencionar que se hará notar lo que a juicio de muchos autores es incorrecto para enunciar lo correcto.

En la lactancia natural, por todos los bienes que le reporta al niño ésta, es de importancia fundamental, la disposición afectiva de la madre para la lactancia. En éste momento el niño almacena, introyecta junto con el alimento la imagen de lo que significa la relación con ella (Alucinación del lactante).

La solución que podemos dar a la madre preocupada porque su pequeño succiona con demasiada insistencia su dedo, es hacerle notar que la succión es por ahora normal y explicarle la manera correcta de dar el alimento a su hijo, que según Alberastury, deberá ser con cariño y lentamente y permitirle al bebé estar cerca, lo cual significará que no exista frustración.

En los casos en que por diferentes razones la madre no da lactancia natural a su hijo, se debe buscar un aparato eficaz o biberón para beber la leche, lo cual no es simple porque los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

coopera dedicándole el tiempo necesario a la alimentación artificial.

Si el bebé se chupa el dedo sólo en determinados momentos quizá se encuentre sin nada que llame su atención, como un juguete o bien objetos de colores vivos colgados ante su vista.

Cuando comienzan a erupcionar los dientes necesita una enseñanza que le permita dejar de chuparse los dedos, y que lo estimule a masticar que es la función que a su edad corresponde. Uno de tantos medios sería quitarle con suavidad la mano de la boca y darle alguna cosa que llame su atención, como una sonaja, una galleta una rueda de hule etc. Esto equivale a canalizar una acción que es impropia para su edad como es la de mamar, por otra propia de su edad como es la de masticar.

VI.6 Hábito de succión digital de los tres a los cuatro años de edad

En este caso en que el paciente se encuentra en la edad preescolar, el hábito puede ser de dos tipos; ocasional o constante. El primero lo realiza tan esporádicamente, que alrededor de los cuatro años lo autorregirá. Si se trata de un chupeteo constante, el asunto es más serio porque aunque se trata de un hábito aprendido, por lo tanto susceptible a la voluntad, no se cree en la existencia del hábito vacío, sin significación, se asegura la existencia de un conflicto, y el hábito entonces es una manera de refugiarse en si mismo se considera una regresión. Cuando éste es el caso, que valor tienen consejos, indicaciones y aparatos? 46

Existen muchos diferentes intentos para suprimir el hábito, y que van de lo grosero a lo sutil, como amenazas, sustancias de sabores desagradables, ridiculizar, castigos sobornos etc. Para citar como ejemplos -- tenemos:

- La-técnica del espejo-, en la que se pone al niño frente al espejo para que vea lo mal que le queda.
- La firma de un contrato apelando a su sentido de responsabilidad - de su puño y letra.
- Mostrarle modelos y fotografías con espeluznantes maloclusiones.
- Actuar sobre los hábitos secundarios, haciendo imposible la práctica de éstos para erradicar el pri-

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 gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contré 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, el calor y mimos de la madre aumentan la sensación de euforia. La tetilla artificial corriente sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde berneillon), la fisiología de la lactancia no es imitada, y debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de émbolo de la lengua y el movimiento del maxilar inferior es 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 demasiados esfuerzos. Para realizar 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 del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia. La tetilla corriente sólo exige que el niño chupe y no ejercite el maxilar inferior cómo lo hace al mamar, la leche es casi arrojada hacia atrás en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos y si además dicha tetilla tiene la punta roma, aumenta la cantidad de aire ingerido y con ello las molestias de cólicos por lo que el bebé debe ser eructado con mayor frecuencia.

47

Existen tetillas artificiales que son copias fieles del seno humano (casa, Rocky Mountain), y provocan la misma actividad funcional que la lactancia natural, fabricada en látex. También han fabricado chupones, ejercitadores o pacificadores con las mismas características que llegan a tener contacto palatino tal que estimulan el crecimiento de toda la arcada dentaria y reducen considerablemente la succión del dedo, si la madre

mario.

- Sugerencias, repitiéndole varias veces con voz adecuada que no debe chuparse el dedo porque...vá alguna explicación negativa.

Ninguna sirve, porque todas son formas en las que se pretende solucionar el problema, favoreciendo la represión.

Hay que reconocer que a la edad de tres años, el niño tiene tan arraigado el hábito que ya se dificulta su corrección a ésta edad es muy difícil de tratar cuando tiene el hábito de chuparse los dedos, no está lo suficientemente grande para razonar y pensar sobre las instrucciones que recibe del operador, en consecuencia muy poco se puede esperar de colaboración del paciente. Lo único que podemos recomendarle a la madre, es que le de una alimentación de acuerdo a su desarrollo, es decir que si ya tiene su dentadura temporal completa su prima por completo el biberón, menos alimentos muy blandos, y en cambio le dé alimentos que estimulen el desarrollo de su dentadura. Así mismo que trate de canalizar la inquietud por chuparse el dedo, por otras actividades como juegos y juguetes adecuados, que los padres conserven la ecuanimidad, sin demostrar gran importancia para evitar el encaprichamiento del niño, procuren acompañarlo, sobre todo si el niño experimenta gran inseguridad ante personas extrañas.

48

VI:7 Hábito de succión digital después de los cuatro años.

Cuando los niños han alcanzado la edad de cuatro años o cinco, ya están en capacidad de entender lo que se les dice y lo que se debe hacer. Solo entonces podremos calcular la posibilidad de un aparato para tratar el hábito, no para quebrarlo, un hábito se transforma, se elimina pero no se quiebra.

VI:8 Condiciones indispensables para un buen pronóstico.

El colocar un aparato que corrija el hábito, requiere ciertas condiciones indispensables para un buen-

pronóstico. Las podemos dividir en antes y durante el tratamiento.

Antes.- No tratar el hábito hasta estar seguros de su etiología, por lo que es necesario un estudio a fondo del problema, si se requiere conjuntamente con el psicólogo o el psiquiatra. Que el paciente comprenda la necesidad de utilizar el instrumento y sea el quien desea que se le ayude, contar con su consentimiento.- La cooperación paterna; los padres deberán entender que contamos con su cooperación y paciencia. Hablaremos con ellos y con el niño en forma separada. Es importante observar la actitud de los padres, porque según lo ha comprobado Escardó, en un gran número de casos el niño aparece como portador de los síntomas de un trastorno que radica en el funcionamiento interno del sistema familiar, y el niño es tan solo su órgano expresivo, en muchas ocasiones ésta tensión familiar ha sido la causa del hábito en el niño. Si éste es el caso deberemos advertir a los padres de que modo ésta situación está afectando al niño, y advertirles que si ellos no hacen lo posible por mejorar el ambiente familiar, cualquier tratamiento será inútil.

Establecer una relación amistosa con el niño y no aparecer como cómplice de los padres o figura castigadora, Leyt, comenta en su texto con asombro, como un médico se ufanaba de una espectacular curación lograda en un niño de cuatro años con solo un-chiste;- Bueno bueno, si éste jovencito no deja de chuparse el dedo, pues, habrá que cortarle el dedito-. 49

Elección de una meta, la cual está definida en términos de tiempo, cuanto tiempo esperaremos en cada caso ? , naturalmente depende de lo arraigado del hábito, de la cooperación del paciente y de sus padres y es conveniente añadir a nuestra meta un premio material, de los padres al niño, si éstos recompensan al niño por dejar el hábito, por medio de sus actos y algún premio insignificante, esto impresionará gratamente al niño y lo llevará hacia una meta clara para él.

VI:9 Durante el tratamiento

Los aparatos recordatorios,- Kooner y Reider, analizan casos de niños quienes usaron aparatos-recordatorios-, y habían dejado de chuparse el dedo, para satisfacción de los padres y el odontólogo, pero que pasaba con ese niño que había dejado el mal hábito?. Se observaron dos efectos laterales; una mayor hostilidad y un mayor sentimiento de culpa con respecto a sus - malos impulsos -, sientan en un plano inconciente, que parecen usar ese aparato agresivo, lo aceptan y lo usan.

En la primera entrevista con el niño para el tratamiento del hábito, debemos tomar en cuenta que generalmente cuando acude a nosotros es porque casi siempre sus padres han fracasado en el intento por quitarlo ellos, y el paciente con frecuencia está a la defensiva.

Tendremos con el niño una conversación franca, hablándole en un tono calmado y amistoso. Esta plática puede ser más o menos así: Tu madre te ha traído porque tus dientes se están desviando, porque dice que te queda feo y quiere que yo haga algo para que no te chupes más el dedo. Es cierto, los dientes se están yendo hacia adelante, pero si te chupas el dedo es porque seguramente lo necesitas. Yo creo que lo único que podemos hacer por ahora y siempre que lo quieras, es tratar que los dientes no vayan más hacia afuera, habría que colocar una plaquita como ésta te repito, no es para que dejes de chuparte el dedo. Puedes continuar haciéndolo si lo deseas. Piénsalo, y cuando creas que estás en condiciones de llevarla me avisas. 50

En algunos casos da resultado pero unida a la psicoterapia adecuada y a una actitud positiva de los padres a quienes se recomienda, que no critiquen al niño si el hábito continúa no lo presionen, así como que nadie discuta el problema con el niño, ni debe ser objeto de discusión familiar, puesto que el niño y el dentista ya se hacen cargo del problema y principalmente no hacer comentarios desdeñosos acerca del hábito.

Muchos niños dirán que chupan sus dedos sólo cuando están dormidos, y algunos también declaran since-

ramente que quieren quitarse el hábito, nosotros podemos aprovechar ésta actitud diciéndole que es difícil controlar lo que se hace durante el sueño, pero podríamos si el quiere, darle una pequeña ayuda para que su dedo se quede fuera de la boca cuando duerme, y le mostramos el aparato.

En otras palabras, hay que aprovechar ésta primera consulta para conocer al niño, y que sepa con qué métodos puede contar la corrección de su hábito. Se debe ser amable porque posiblemente el niño nunca ha tenido oportunidad de hablar de éste asunto en forma amistosa, y dejar que lo piense durante un tiempo, después ambos plantearán la situación de nuevo.

VI:10 Selección del aparato

Se considera que el aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito de succión digital, es aquel que:

- 1) No ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular normal

- 2) No represente un recordatorio al usarlo

- 3) Su uso no avergüence

- 4) Que no dependa de los padres

Aunque no es el caso explicar aquí lo que no vamos a usar, si es importante mencionar que existen varios tipos de instrumentos muchos de ellos francamente agresivos y grotescos y que naturalmente, no cumplen las condiciones del instrumento ideal.

Ejemplos de éstos aparatos que deben estar ya en desuso, son:

Cintas que se atan, tubos rígidos, alfileres y cierres de seguridad que se ajustan a la ropa, brazaletes que limiten la función del codo, manoplas de cuero con digitaciones de caucho, enrejados de acero inoxidable para el dedo succionado y otros.

Las consecuencias del empleo de éstos aditamentos, van desde la interrupción en el desarrollo de una sana personalidad, hasta el establecimiento de tics o hábitos de otro tipo e incluso falta de apetito que lle-

VI:11 La Placa Hawley

También llamada -Placa Oclusal de Hawley- , su uso se recomienda en los mejores casos, es decir cuando el paciente está en edad de comprender el daño que se causa con la succión, y además está dispuesto a cooperar en el tratamiento.

Por ser éste un aparato removible, están entre sus desventajas:

- 1) Que el paciente lo quita y coloca a voluntad propia
- 2) El tiempo que deberán llevarse los aparatos removibles, es generalmente mayor que el necesario para los aparatos fijos.

Y entre sus ventajas se encuentran:

- 1) Que el anclaje se obtiene principalmente del paladar o del hueso alveolar inferior
- 2) Es más fácil mantener limpio tal aparato que uno fijo
- 3) La caries dental y descalcificación, es un problema menor durante el tratamiento ortodóntico
- 4) Las visitas para realizar ajustes son menos frecuentes

- Construcción del aparato -

Mediante la impresión con alginato obtenemos el modelo en yeso, además requerimos acrílico de auto-polimerización, alambre ortodóntico calibre .030 pinzas para contornear y pinzas para cortar alambre, en algunos casos bandas elásticas, separador yeso acrílico y material para pulir acrílico.

Sobre el modelo vamos a diseñar y construir el aparato que consiste en; un arco labial de alambre que abarca de canino a canino y contorneando sobre el tercio medio de las coronas de los dientes anteriores superiores. En la cara distal del canino, se comienza a formar la retención y se dobla el alambre sobre el surco entre canino y primer molar deciduo o primer premolar permanentemente hacia la cara palatina del surco más o menos

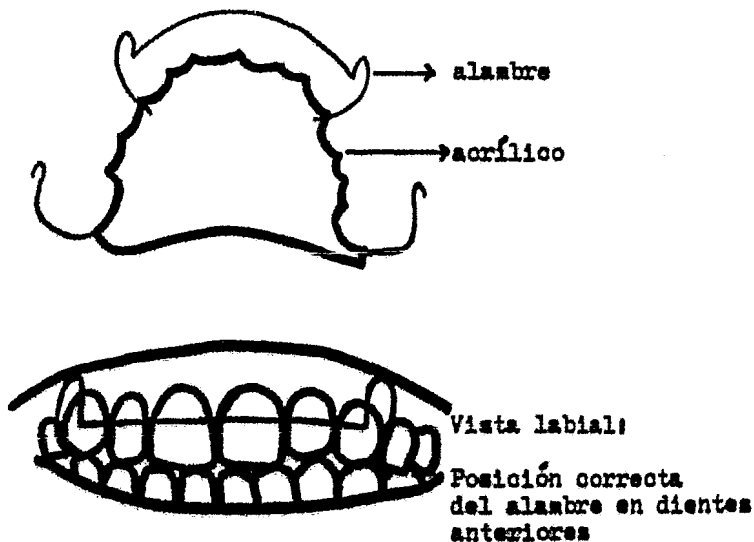
2.5cm dando terminación redondeada al gancho, o en flecha para aumentar la retención.

Se coloca el acrílico en la parte palatina contorneando los cuellos palatinos de los dientes y pulimos.

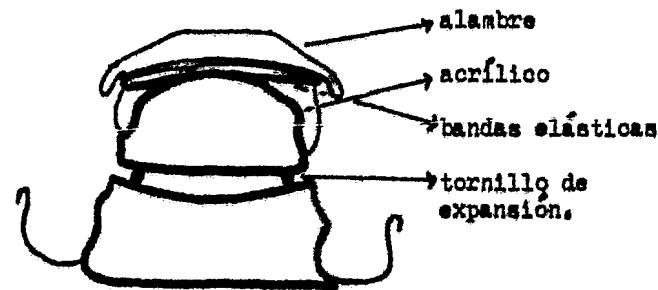
A la cita siguiente se coloca la placa en la boca del paciente, advirtiéndole que al principio le costará un poco de trabajo usarlo y recomendarle que lo lleve el mayor tiempo posible en tres días aproximadamente lo usará con comodidad.

El empleo de las bandas elásticas lo tenemos cuando los dientes anteriores por efectos de la presión se han espaciado demasiado. El elástico se fija en el arco labial de alambre, principalmente con el objeto de cerrar el espacio entre incisivos.

Placa Oclusal de Hawley



Placa Hawley modificada con bandas elásticas para reducir el espacio anterior.



VI:12 Criba Fija

Como su nombre ya lo indica, es un aparato fijo especialmente indicado en hábito de dedo nocturno o durante el sueño, el paciente generalmente nos manifiesta su deseo de quitarse el hábito pero que chupa su dedo cuando está dormido, entonces le explicamos que el aparato le ayudará a no chuparse el dedo mientras duerme e impedirá que sus dientes vayan más hacia adelante y al mismo tiempo si lo desea podemos adaptar un aditamento que además corrija la posición actual de sus dientes. La eficacia de la criba fija colocada bajo estas condiciones, ha sido ampliamente comprobada por especialistas como Graber, Moyers y Breuster.

Construcción del aparato.- En la primera visita se toma impresión de la arcada superior y obtenemos el modelo de trabajo, si observamos contactos proximales estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior es recomendable emplear separadores, como por ejemplo alambre de bronce durante ésta visita.

Se comienza a fabricar el aparato para colocarlo en la siguiente cita; los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte; en el modelo se recorta la porción mesial de las piezas 6|6 y la distal de las D|D, para impedir todo contacto con el E|E más o menos 2mm. 54

Al segundo molar deciduo se le recorta el margen gingival siguiendo el contorno unos tres mm., se selecciona una corona metálica completa y se adapta cortando la porción gingival con tijeras para cuellos y ajuste el contorno gingival labrado en el modelo.

El aparato palatino, lo construiremos con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.640 el alambre base con forma de U, se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios, aquí doblamos para llevar el alambre al lado opuesto y repetir la operación en éste lado, sin seguir el contorno del paladar, éste alambre base deberá ajustarse pasivamente al ser colocado en el modelo.

Enseguida construiremos el aparato central, que consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre

El asa la extenderemos hacia atrás no más allá de las caras distales de los E|E , y hacia arriba con una angulación de aproximadamente 45° , respecto al plano oclusal.

Las dos patas del asa que nos han quedado orientadas hacia labial se continúan más allá de la barra - base y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan ligero contacto con el.

Soldamos el asa a la barra principal con pasta para soldar a base de flúor y soldadura de plata, y una tercera proyección anterior (espolón), con la misma curvatura se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal con el asa son a su vez soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos colocando aquí un exceso de soldadura, finalmente el aparato se limpia y pule.

A la segunda visita, preparamos el aparato para su inserción en boca reduciendo deliberadamente la -- circunferencia gingival cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si hemos colocado separadores los retiramos y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos pidiéndole al paciente que ocluya firmemente revisando que no exista demasiada presión que lesione al tejido gingival recortando ésta porción si es necesario. Toda la periferia de la corona deberá encontrarse subgingivalmente. También procuraremos que los incisivos inferiores no ocluyan contra los espolones del aparato, si ésto sucede se recortan y doblan hacia el paladar las proyecciones. Finalmente seco el aparato y las piezas soportes se cementa en la boca.

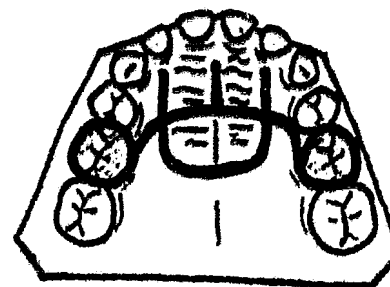
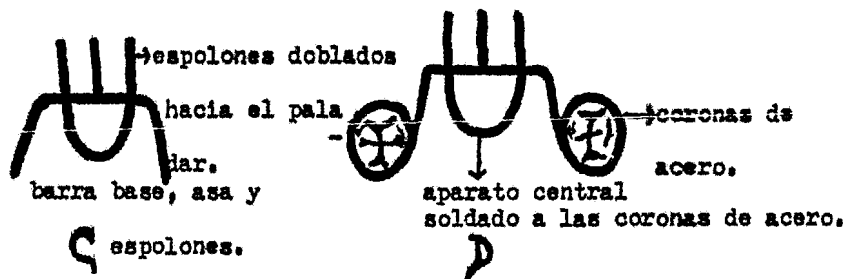
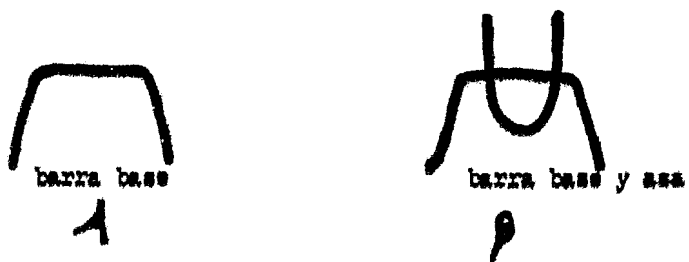
La adaptación adicional que se le hace al aparato si requerimos retracción de los incisivos superiores en éste momento se realiza soldando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocando un arco labial de acero, del 0.040 o 0,045 pulgadas.

Ya colocada la criba fija, al paciente se le recomienda limpiar su boca lentamente y con cuidado, se le advierte que tardará de 2 a 5 días en acostumbrarse al aparato, los problemas del habla que le traiga su uso persistirán durante todo el tratamiento y se recomienda dieta blanda durante los primeros días.

Las visitas de revisión se realizan cada tres o cuatro semanas . El aparato para el hábito se lleva -

de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos, pero un período de tres meses en que desaparece el hábito nos da un buen pronóstico.

Al retirar el aparato terminado el tratamiento lo haremos, retirando primero los espolones, tres semanas después si no hay recurrencia, puede retirarse la extensión posterior y después de tres semanas la barra palatina restante y las coronas.



VI:13 Pantalla Bucal

Es un aparato removible, que ha sido perfeccionado hasta lograr un alto grado de eficacia por Frantisek Kraus, utilizado principalmente para hábitos bucales anormales, pero también ha sido un recurso muy eficaz en el tratamiento de hábito de succión de dedos, aunque como aparato removible tiene la desventaja de -- que puede ser retirado fácilmente por el paciente si éste lo desea, por lo tanto la completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

La Pantalla Bucal consiste en un paladar de acrílico modificado, porque se le construye una barrera de acrílico o de alambre para evitar el hábito de succión y la proyección de la lengua.

Construcción del aparato.- Es relativamente sencillo, se construye un paladar de acrílico sobre el modelo de trabajo, a este paladar le haremos una prominencia o barrera también de acrílico a unos 2mm de la periferia con una altura suficiente para que el dedo dentro de la boca no encuentre acomodo al realizar la succión. También podemos agregar en vez de la barrera de acrílico, un arco de alambre que pueda ser del 0,040 en forma de asas continuas que abarque de 5 a 5, en dientes permanentes o de E a E en dientes temporales.

57

El paciente puede llevarlo puesto todo el tiempo que desee, le recomendamos limpieza y cuidadosos -- que sus visitas para control se harán con intervalos de tres a cuatro semanas. los resultados dependen de -- que cada día lo use durante un período de tiempo considerable (debemos advertirle ésto), así el tratamiento -- será más corto que lo esperado o daremos un pequeño margen de tolerancia.

VI:14 Pantalla Vestibular

También es un aparato renovable construido únicamente de acrílico, es utilizado con buenos resultados en hábitos de succión digital, especialmente nocturna, también es útil en tratamientos de proyección de lengua y respiración bucal.

El aparato durante nuestro tratamiento actúa impidiendo la entrada del dedo en la boca.

Construcción del aparato.- Para ello se requiere la impresión de las arcadas superior e inferior de la boca del paciente en la primera visita y en la misma obtener modelos.

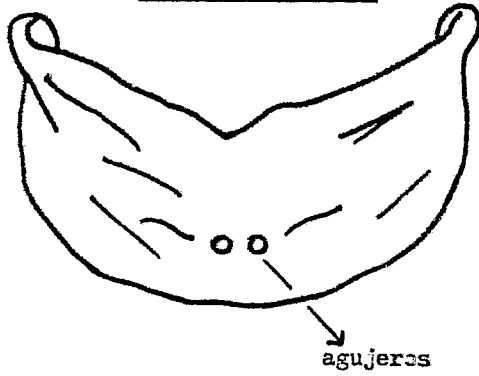
En los modelos colocaremos separador yeso acrílico en toda el área bucal y vestibular, también deberá abarcar el surco bucal en ambos modelos.

Con los modelos en oclusión, comenzaremos a colocar el acrílico hasta formar una pantalla que abarque desde el surco bucal superior hasta el surco bucal inferior, y mesiodistalmente se alargará de una a otra áreas distales de los últimos dientes presentes.

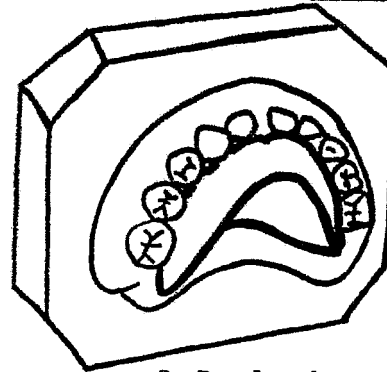
En las áreas posteriores correspondientes a los carrillos, se rectifica y recorta la periferia lo necesario apenas para que a la oclusión no lesione la mucosa. Todo el perfil de la pantalla se redondea quedando un perfil roma, liberando adecuadamente las zonas de los frenillos. Finalmente se hacen unos pequeños agujeros (2 son suficientes), al frente de la pantalla con objeto de facilitar la respiración.

Las indicaciones que se le dan al paciente son como de costumbre: limpieza adecuada, que lleve puesto el aparato el mayor tiempo posible explicándole la importancia de ello. Sus visitas de control se harán cada tres o cuatro semanas para hacer los ajustes necesarios.

Pantalla Vestibular

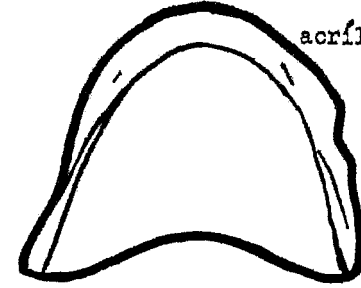


Pantalla Bucal

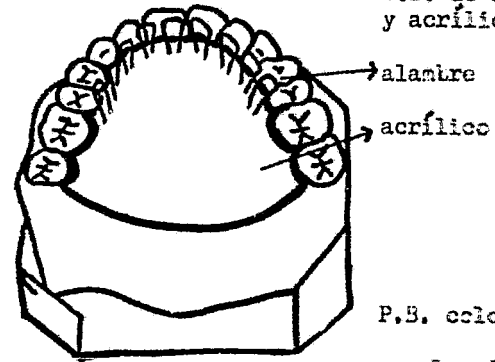


P. B. colocada en el modelo

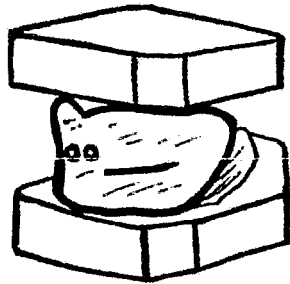
P.B. únicamente de acrílico



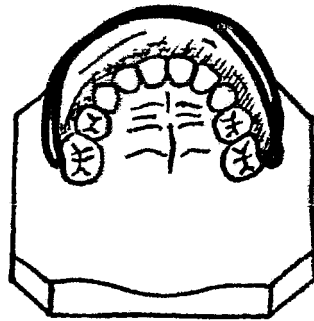
P.B. de alambre y acrílico



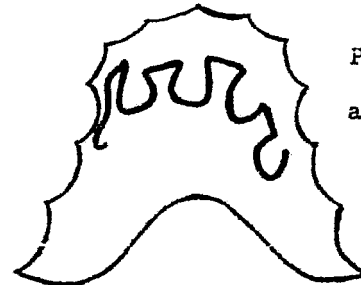
P.B. colocada en el modelo.



colocada con los modelos en oclusión



vista oclusal de la pantalla vestibular.



P.B. de alambre y acrílico.

VI:15 Diafragma de Caucho

Es un dispositivo removible, indicado principalmente para hábitos bucales nocturnos. Consiste en una delgada membrana de caucho cortada o colada para calzar sobre las superficies labiales y vestibulares de los dientes y encías, incluida en el vestíbulo con los dientes ocluidos, debiendo extenderse hasta los límites posteriores y arriba y abajo hasta el surco mucobucal.

Construcción del aparato.- Sobre los modelos superior e inferior del paciente en oclusión, se adapta una hoja de caucho, se marca, retira y se corta a la medida, utilizando hoja de caucho Garlock, espesor 22.

Para llevar a cabo el método del colado que produce un ajuste mejor hay que cubrir el modelo con una delgada capa de cera uniforme de espesor 24, a la que se adhiere un perno grande, luego se encajona y vacía una capa de yeso sobre la cera para formar un molde. Eliminar la cera con agua hirviendo. Colar vertiendo látex puro (caucho líquido), dejando intacto durante doce horas.

Robertson (1936), declara que - éste diafragma de caucho, ha probado ser valioso como un antirespirador bucal y también como un factor valioso en la eliminación de hábitos como: Forzar la lengua, morderse el y la succión digital-.

Las indicaciones dadas al paciente y los cuidados, vienen a ser los mismos que para las pantallas bucales y vestibular.

CONCLUSIONES

1.- El ser humano desde los primeros días de su vida, incluso en vida intrauterina, desarrolla en forma natural el reflejo de succión.

2.- El hábito de succión digital debido al reflejo de succión, es considerado como normal hasta la erupción de los primeros incisivos inferiores con un margen de tolerancia hasta los dos años.

3.- Cuando de acuerdo al estudio integral realizado, al hábito de succión digital se le ha considerado como anormal, no deberemos intentar llevar a cabo tratamiento alguno, hasta estar seguros de la verdadera causa que lo provoca.

4.- Se concluye, que los efectos del hábito de succión de dedos dependen de: 1.- Duración del hábito, 2.- Frecuencia con que se practica, 3.- Intensidad, 4.- Posición del dedo y 5.- Tipo de patrón facial.

5.- Los efectos de una presión inadecuada como es el hábito de succión digital, pueden observarse en: - Crecimiento anormal del hueso, - Malas posiciones dentarias, - Hábitos defectuosos de respiración, -- - Dificultades para hablar, - Alteraciones del equilibrio de la musculatura facial, - Complicaciones como: Infecciones, dermatitis y hemorragias - Problemas psicológicos.

6.- Es absolutamente indispensable que para llevar a cabo un tratamiento exitoso: 1.- El paciente comprenda la necesidad de utilizar el instrumento y contar con su consentimiento para llevar a cabo el tratamiento. 2.- La cooperación de los padres durante y después del tratamiento. 3.- Establecer una relación amistosa con el paciente. 4.- Elección de una meta definida en términos de tiempo y compensación material.

7.- No utilizar el aparato para hábito de succión de dedos como recordatorio para no realizar el hábito, sino para impedir que la maloclusión y demás efectos nocivos continúen.

8.- El aparato ideal para ayudar a la correccion del hábito bucal es aquel que:

1.- No ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular normal

2.- No represente un recordatorio al usarlo

3.- Su uso no avergüence

4.- Que no dependa de los padres.

9.- Los aparatos que se han empleado con más éxito y que cumplen con lo especificado en el aparato ideal son: La Placa Hawley, Criba Fija, Pantalla Bucal, Pantalla Vestibular y el Diafragma de Caucho.

10.- El Cirujano Dentista debe saber reconocer éste tipo de problemas y aplicar la psicoterapia adecuada sin salir de su papel específico de Odontólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aguila Ramos, Almiraque, González y Céspedes, - Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 5 años de Ciudad de La Habana Cuba- Rev. Cubana de Estomatología 17(3):137:142 sep-dic 1980.
- 2.- Aguilar Garcés G. - Succión del pulgar probables causas y tratamientos- Rev. A.D.M., XXXVI(4):417:419 Jul ago 1979.
- 3.- Badra Alvaro, -Evaluación de la hipnosis y la medicina psicosomática en la terapéutica dental- Rev. Federación Odontológica de Colombia XXXIV(119): 79:84 oct-dic 1976.
- 4.- Cheirif Berkstein, Rajunov Sarafanov- Análisis de los hábitos orales- Rev. A.D.M. XXXVII (2):95:98 mar-abr 1980.
- 5.- Ochoa Elizabeth - Los aspectos dentales de la succión oral del pulgar- Rev. Quintaescencia 4(204): 355:359 may 1982.
- 6.- Phelan William J. - Severe Hemorrhagic complication from thumbsucking - Clinical Pediatrics 18(12): 769:770 dec 1979.
- 7.- Poussin Padron E. - La succión del pulgar, análisis del problema en nuestro medio - Rev. Cubana de Estomatología 12: 19:21 ene-ago 1975.
- 8.- Muraira Matías - Prevención y tratamiento del hábito de chuparse los dedos - Rev. A.D.M. XXII(5): 465:474 sep-oct 1965.
- 9.- Rotberg Saúl - El control clínico en el hábito de succión digital - Rev. A.D.M. XXIX(2): 73:78 mar-abr 1972.
- 10.- Sarabia Jesús A. - Ortodoncia preventiva, hábitos perniciosos - Rev. A.D.M. XXI(1): 6:14 ene-feb 1964.
- 11.- Slaughter William G, Cordes Charles K.-Covert maternal deprivation and pathological sucking behavior-

American Journal of Psychiatry 34(10):1152:53 oct 1977.

12.- Starnbach Howard K., Cellin Milton L. - What should the Physician know about Orthodontics?-
Clinical pediatrics 16(6):552:55 June 1977.

13.- Turbeville David F., Fearnow Ronald G.- Is it possible to identify the child who is a High Risk can-
didate for the accidental ingestion of a poison?- Clinical Pediatrics 15 (10): 918:19 oct 1976.

14.- Zadik Dan, Stern Noah Litner Mark - Thumb and pacifier sucking habits - American Journal of Ortho-
dontics 71(2): 197:201 feb 1977.

15.- Brauer John Charles-Odontología para niños- cuarta edición 1959, editorial Mundi Buenos Aires, 122:139
159:171.

16.- Finn Sidney B. - Odontología Pediátrica- cuarta edición 1976, editorial Interamericana México
326:338.

17.- Graber T.M. - Ortodoncia Teoría y Práctica - tercera edición 1974, editorial Interamericana México
497:669.

18.- Leyt Samuel - Odontología Pediátrica - primera edición 1980, editorial Mundi Buenos Aires 227:247

19.- Mc. Donald Ralph E. - Odontología para el niño y el adolescente- segunda edición 1975, editorial -
Mundi Buenos Aires 365:372.

20.- Moyers Robert E.-Manual de ortodoncia-, tercera edición 1976, editorial Mundi Buenos Aires, 251:59
730:743.