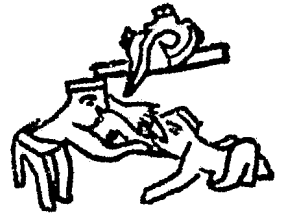


Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**ASPECTOS ODONTOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS
DEL NIÑO PORTADOR DE HABITOS
BUCALES PERJUDICIALES**

TESIS PROFESIONAL

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

PATRICIA CEDILLO CABRERA

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO

PROLOGO.

CAPITULO I. DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA.

CAPITULO II. ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL (GENERALIDADES).

CAPITULO III. DEFINICION DE LOS HABITOS.

CAPITULO IV. CLASIFICACION DE LOS PRINCIPALES HABITOS BUCALES.

CAPITULO V. HABITO DE DEGLUCION ANORMAL.

- 1) Deglución.
- 2) Hábito de Deglución Anormal.

CAPITULO VI. HABITO DE SUCCION.

- 1) Reflejo de Succión y Amamantamiento.
- 2) Hábito de Succión (Pulgar, dedos, labio).

CAPITULO VII. HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

- 1) Respiración.
- 2) Hábito de Respiración Bucal.

CAPITULO VIII. ONICOFAGIA-HABITO DE ROERSE LAS UÑAS.

CAPITULO IX. EFECTOS CAUSADOS POR HABITOS PERNICIOSOS BUCALES.

CAPITULO X. OBSERVACIONES ORTODONCICAS.

CAPITULO XI. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

PORTADOR DEL HABITO.

CAPITULO XII. TRATAMIENTOS:

- a) Psicológico.
- b) Ortodóntico.
- c) Miofuncional.

- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

- BIBLIOGRAFIA.

PROLOGO

AMIGO LECTOR

Esta Tesis además de pretender ser un artículo científico, -- producto de una recopilación de datos, -- pretende agregar algo más a lo ya conocido.

Se tratará los capítulos de una manera generalizada de los -- puntos más importantes a mencionar.

Se expondrán los temas individualmente descritos, primero dirigiéndonos a lo normal, en el tipo de función que el órgano o aparato debe desarrollar y que es lo que el hábito perjudicial lleva a cabo.

Ya en los capítulos más posteriores pasamos a analizar la personalidad del niño portador del hábito perjudicial.

Y para finalizar, los tratamientos a seguir. Espero te sirva de valiosa consulta.

C A P I T U L O I

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA

A partir de la cuarta semana de la vida intrauterina, cuando el embrión mide alrededor de 3.5 mm., se inicia la formación de la cara en su extremo cefálico. La cara empieza a organizarse tomando como centro de referencia una pequeña depresión o estomatodeo, que será la futura cavidad oral. A partir de esta cavidad se forman surcos o fisuras que se profundizan por el crecimiento de las estructuras (o procesos) que formarán la cara.

Los procesos son:

- 1) Proceso fronto-nasal. Que formará la frente, los procesos orbitarios internos y la nariz.
- 2) Los procesos maxilares. Darán origen al tercio lateral de la cara, regiones maxilares y maxilares.
- 3) Proceso mandibular. Que formará la mandíbula, la lengua y el piso de la boca.

Las Fisuras son:

- 1) La fisura óculo-nasal. Que va del ángulo interno del ojo primitivo a la base de la nariz. Separa el proceso fronto-nasal del maxilar.
- 2) La fisura mandibular. Que va de las partes más la

terales del estomatodeo hasta el lado externo de la cara. Serapa el proceso maxilar del mandibular.

En la cuarta semana, a los lados de la prominencia-frontonasal, aparecen unas pequeñas depresiones o fositas ópticas. Por abajo del proceso mandibular se observa una fisura llamada Hioideo-mandibular que separa el arco mandibular - del arco hioideo de los bordes libres de la fisura hioideo-mandibular se formará el conducto auditivo externo y parte del - cóndilo mandibular.

De la cuarta a la octava semana, las estructuras faciales sufren un proceso de medialización, se reúnen con su - contraparte y los surcos que existían entre ellas desaparecen. Los procesos mandibulares se unen en la línea media y toman - la mandíbula. Los procesos maxilares se unen a los mandibulares, formando en su unión las mejillas y el ángulo externo de la boca.

Los procesos maxilares se fusionan con el proceso - fronto-nasal formando el tercio medio de la cara, el labio superior y la nariz.

Los ojos se desplazan de los lados de la cara hasta alcanzar su situación anterior y más medial.

Todos estos pasos ocurren entre la cuarta y la octaa

va semana de vida intrauterina y al final, las fisuras desaparecen y los procesos quedan firmemente unidos unos con otros.

De la octava a la decimosegunda semana, ocurre la -- formación del paladar de la siguiente manera: Existe al principio sólo una gran cavidad oro-nasal, ya que del proceso maxilar emergen conchas palatinas que están situadas a los lados - de la lengua.

En el techo de la cavidad oro-nasal está el septum - nasal que comienza a descender. Las conchas palatinas se elevan por encima de la lengua y se unen al septum nasal separando las cavidades oral y nasal.

Los segmentos quedan separados al principio por paredes epiteliales que posteriormente desaparecen y se hace una - fusión sólida entre ellos, de tal manera que al final de la decimosegunda semana el paladar está ya formado definitivamente. Quedan por finalizar aspectos de remodelación y crecimiento, - ya que la cara está ya fuertemente flexionada sobre el tórax, - y que posteriormente sufre un proceso de deflexión para permitir el crecimiento de la zona mandibular.

C A P I T U L O I I

ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL (Generalidades)

La Boca.- Es una cavidad limitada anteriormente por los labios, lateralmente por las mejillas, superiormente por la bóveda palatina, inferiormente por el piso de la boca, donde se aloja la lengua y posteriormente por el velo del paladar y por el istmo de las fauces (orificio delimitado por el velo del paladar, pilares y base de la lengua) a través de la cual la bóveda palatina se comunica con la faringe.

La cavidad de la boca está dividida en dos partes , por medio de las arcas alveolo-dentarias: la parte anterior y lateral está comprendida entre las arcadas dentarias, los labios y las mejillas y constituye el vestíbulo de la boca; la parte posterior e interna en la boca propiamente dicha (cavum oris).

Los Labios.- Son dos pliegues músculo-membranosos - limitados por un revestimiento externo cutáneo y por un revestimiento interno mucoso. Entre estos revestimientos hay dos tipos de músculos, los constructores de los labios (orbiculares, compresor) y los dilatadores (músculo zigomático mayor, triangular de los labios, elevador propio del labio superior, y el cuadrado de la barba).

De la acción aislada o sinérgica, de estos músculos

deriva el complejo juego de actitudes que hacen de los labios-- la parte más expresiva del rostro.

Los labios están inervados por ramas del nervio Fa-- cial y tienen una red vascular muy rica.

Las Mejillas.- Se encuentran en la parte lateral de la cara se extiende desde el borde anterior del músculo masete ro hasta el surco nasogeniano y la comisura de los labios y -- desde el surco vestibular superior hasta el interior. La meji lla está constituida por la piel, el tejido celular subcutáneo atravesado por ramas del nervio facial, de la arteria y las ve nas del mismo nombre, ramas de la arteria terminal de la cara, el nervio bucal, los ganglios linfáticos, genianos y el canal de Stenon; la cara muscular formada por los músculos de la fi sonomía y el Bucinador: la mucosa que tapiza la cara profunda y que se refleja en los surcos alveolares yendo a tapizar las encías. El principal papel de las mejillas es empujar los ali mentos hacia los dientes para que sean triturados.

Bóveda Palatina.- El techo de la cavidad bucal está constituida por la bóveda palatina que se prolonga hacia atrás con el velo del paladar. Es en forma de herradura por delante limita con las prolongaciones alveolares de los maxilares.

Su mucosa es de grosor y de resistencia llamativos,- está fuertemente adherida al periostio por tractus conjuntivos, que engloban tejido adiposo mezclado con glándulas mucosas.

El paladar está formado por las láminas palatinas - de los maxilares superiores y las láminas horizontales de los huesos palatinos.

Las arterias del paladar duro son: la palatina descendente y la esfenopalatina interna.

Los nervios son el palatino anterior que tiene bajo su control la mayor parte del paladar; el nasopalatino, que - sólomente domina el sector retroincisivo.

Velo del Paladar.- Es un tabique musculomembranoso movible y contráctil, cuyo borde libre está provisto de una - prolongación media de la úvula; lateralmente se desdobra en - dos pliegues, los pilares que delimitan la celda o fosa tonsi - lar (ocupada por la tonsila o amígdala).

El velo del paladar es continuación hacia abajo y - hacia atrás de la bóveda palatina, que aísla, cuando se eleva, por la porción nasal de la porción oral de la faringe, y que - cuando desciende, separa las cavidades bucal y faríngea.

Los nervios se dividen en moteres y sensitivos.

Los músculos del velo del paladar dependen de la -- raíz interna del espinal.

La sensibilidad está bajo el control de los nervios palatinos.

Piso de la Boca.- (Región Glososuprahioidea) La - pared inferior de la boca, o suelo está contenida en el arco-

mandibular: sobre este arco mandibular y sobre el hueso hioides se insertan los músculos milohioides, que constituyen el plano sobre el que se apoya, mediante la porción anterior libre, la lengua.

Lengua.- Es un músculo membranoso, muy móvil, tiene una doble función sensitiva por su mucosa, y motora por su aparato muscular. La cara superior ó dorsal, está recorrida de atrás a adelante, por un surco medio sobre el que se implantan las papilas. Habiendo 4 especies de papilas; filiformes o cónicas, en las puntas y bordes; fungiformes, en la parte anterior del dorso; lenticulares o calciformes, que forman la V lingual y las hemisféricas. Los corpúsculos gustativos se encuentran principalmente en las papilas calciformes o fungiformes.

La cara inferior está recubierta por una mucosa lisa y delgada donde se encuentran glándulas salivales en racimos: las de Blandin Nuhn. El cuerpo de la lengua está constituido por un esqueleto fibroso, la membrana hioglosa, que se extiende transversalmente, desde el hueso hioides hasta la punta de la lengua. Sobre esta membrana se fija otra lámina fibrosa vertical, o septum medium, que da inserción a los músculos transversales de la lengua. Los músculos de la lengua son 17; ocho pares el geniogloso, el lingual inferior, el hiogloso, el estilogloso, el transverso, el palatogloso, el amigdalogloso y

el faringogloso y uno impar, el lingual superior. Todos estos músculos son voluntarios.

Las arterias son la facial y la lingual, que son ramas de la carótida externa.

Las venas de la región son: facial y lingual.

Los nervios son: el milohioideo rama del dentario inferior; el lingual, rama del maxilar inferior, el hipogloso mayor.

Las arcadas alveolodentarias están constituidas por los dientes y cavidades alveolares estan recubiertas por la mucosa bucal (que toma el nombre de encía) forman los alveolos, en los que están engastadas las raíces de los dientes.

C A P I T U L O I I I

DEFINICION DE LOS HABITOS

Cada individuo es un manojo de hábitos. Muchos son - deseables y conservan tiempo y energía. Otros son perniciosos y tienden a perturbar la función normal o a deformar. Si bien los hábitos perniciosos pueden producir maloclusión, los hábitos correctivos pueden ser nuestros grandes aliados. Un HABITO Es una práctica fija, producida por la constante repetición -- de un acto. A cada repetición el acto se hace menos conciente y, si se repite lo suficientemente a menudo, puede ser relegado por completo al inconciente.

UN HABITO BUCAL se puede definir como: la disposi -- ción adquirida por actos que se repiten muchas veces, días --- tras días y que resultan de una modificación de conducta o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un -- trastorno emocional o de otro tipo, que tiende a alterar el -- equilibrio dentro de la boca. Dicho equilibrio está dado por la interrelación de dientes y arcadas así como las fuerzas mus -- culares intraorales y extraorales con la musculatura bucal y -- peribucal y el sistema nervioso central y periférico.

Tres son los factores que se presentan en un hábito -- estos son:

- a) Duración.
- b) Frecuencia.
- c) Intensidad.

La Duración.- Es el tiempo que lleva establecido el hábito.

La Frecuencia.- Se refiere a la cantidad de veces -- que el hábito es realizado o repetido en un cierto tiempo.

La Intonsidad.- Es la fuerza con la que se ha ejecutado dicho hábito.

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE LOS PRINCIPALES HABITOS BUCALES

I.- Hábitos que son perversiones de los procesos
funcionales normales:

- a) HABITOS DE DEGLUCION ANORMAL.
- b) HABITOS DE SUCCION.
- c) HABITOS DE RESPIRACION BUCAL.
- d) ONICOFAGIA (hábito de roerse las uñas).

C A P I T U L O V

A).- HABITO DE DEGLUCION ANORMAL

- 1.- Qué es Deglución.
- 2.- Hábito de Deglución Anormal.

1.- Deglución.- LA DEGLUCION EN LA INFANCIA, ha sido denominada deglución Infantil o Visceral y se establece antes de la oclusión.

Esta deglución se encuentra basada en un sistema reflejo incondicionado en la cual los músculos faciales y peribucales inician la deglución y la lengua se coloca contra el maxilar inferior, manteniéndose las encías separadas por la lengua. Posteriormente con la erupción de los dientes posteriores el niño logra una deglución con los dientes en contacto -- que ha sido llamada Deglución Adulta o Somática.

Rix, Tulley y otros autores han supuesto que son dos tipos diferentes de deglución; estando dominada la Deglución Infantil por el VII PAR y la Deglución Adulta por los músculos inervados por el V PAR.

Sin embargo después de la pérdida total de los dientes, la deglución es nuevamente dominada por los músculos inervados por el VII PAR.

Bosma ha dividido el proceso de la Deglución en 4 etapas:

- 1) La posición del bolo preparatoria dentro de la boca.
- 2) El paso desde la boca a la faringe.
- 3) El paso a través de la faringe.
- 4) El paso a través del esfínter hipofaríngeo.

La primera etapa que se encuentra bajo el control voluntario comprende la colocación del líquido o del alimento magistricado entre los dientes, la lengua y el paladar. Después la lengua empuja el bolo hacia atrás contra el paladar hacia el interior de la farínge se abre por delante del bolo, los dientes se mantienen juntos y la laringe se eleva, con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo.

El bolo pasa sobre y alrededor de la epiglótis y es forzado a través de la hipofarínge dentro del esófago superior. Cuando el bolo alcanza el nivel de la clavícula se relaja el paladar, desciende la laringe, se abre la glotis, se mueve la lengua hacia adelante, el maxilar se mueve hacia la posición de reposo, y se reanuda la respiración.

La Deglución en el hombre es rápida y el bolo alcanza el extremo superior del Esófago un segundo después de la iniciación del acto de Deglución.

EN LA DEGLUCION FISIOLOGICA, hay perfecta armonía y equilibrio entre todas las fuerzas musculares pero muchas veces en los niños encontramos formas de deglución con gran desequili

brio muscular, produciéndose una presión tan intensa sobre ciertas partes de las arcadas, que da por resultado un marcado desplazamiento de las coronas dentarias.

2.- DEGLUCION ANORMAL.

Cuando el acto de deglutir es anormal los maxilares no se juntan y los dientes no ocluyen y la punta de la lengua está presionada entre los dientes anteriores.

Se considera que el estado tensional o emotivo produce entre los niños, casos de Lengua Protractil.- Los chupadores de dedo dejan el espacio libre entre los dientes donde se introduce la lengua en el momento de deglutir. Staud afirma que todo comienza con el biberón ya que la succión es diferente a la del pecho, pues con frecuencia la leche de la botella sale del biberón sin esfuerzo de succión, todo lo contrario de lo que ocurre con la leche del pecho materno. Por ésto el niño trata de detener el exceso de leche que fluye, presionando con la lengua la mamila de hule contra el paladar.

Esto puede perdurar por años, constituyendo así un hábito con resultados desastrosos fisiológicos y estéticos.

Por ésto que desde hace algunos años se introdujo el biberón con chupón anatómico para simular el pezón materno.

También se ha podido observar que las amígdalas hipertroóficas pueden ser causa de lengua protractil, ya que el dolor de las amígdalas inflamadas produce caída de la mandíbula para-

que la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea. Por ésto hay una notable y fuerte contracción del músculo mentoniano, cada vez que la lengua se proyecta hacia delante, durante la deglución.

Algunos autores atribuyen la DEGLUCION ANORMAL a un-desequilibrio en el mecanismo de control nervioso o exitable - que bordean la falta de coordinación muscular generalizada. -- Claro que ésto no es la causa primaria, porque debe existir algún factor que haya producido primero el desequilibrio en los-centros nerviosos.

Todavía no se puede evitar esta anomalía que puede - extenderse a todos los grupos musculares utilizados en los primeros períodos de la deglución.

C A P I T U L O VI

B).- HABITO DE SUCCION

1.- REFLEJO DE SUCCION Y AMAMANTAMIENTO.

2.- HABITO DE SUCCION.

1.- Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado REFLEJO DE SUCCION. - Incluso antes de nacer, se ha observado fluroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella como lo demuestran los reflejos de Succión y Asimiento, y el de Moro, y todos los reflejos presentes al nacimiento, evidentemente EL PATRON DE SUCCION DEL NIÑO RESPONDE A UNA NECESIDAD.

La necesidad de agarrarse no resultan tan obvia como la de Succión. Sin embargo aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que ESTE REFLEJO SEA MARCADAMENTE MAS PREDOMINANTE.

El acto de Succión puede ser continuo o consistir en una serie de acciones rítmicas de succión. La última es una forma usual en que esta función se manifiesta consistiendo en -

numerosas repeticiones de movimiento, con depresión y elevación de la mandíbula y contracción y relajación de los músculos.

Si se analiza esta gran fuerza muscular vemos que es recibida (hablamos después de la erupción dentaria) sobre las superficies labiales de los incisivos y caninos y las superficies bucales de los molares temporales y de los premolares y molares permanentes.

Al hacer esta gran fuerza a los molares disminuye la intensidad. La mayor parte de la presión lingual durante este acto se localiza sobre caninos, primeros molares temporales o primeros premolares.

Estas piezas dentarias junto con los incisivos, no están protegidos contra el exceso de esta presión lingual, por lo que la lengua es llevada hacia el fondo de la boca y sus lados se enrollan lateralmente, en esta posición cambiada, la lengua soporta bien los molares inferiores pero no en absoluto a los superiores.

Cuando el acto de succión comporta o se enfrenta a una substancia dura entre los dientes incisivos, los molares temporales y premolares, y molares permanentes no llegan muchas veces a establecer contacto oclusal, en grado tal que desarrollan una supraoclusión mientras que los incisivos muestran una infraoclusión. Si al succionar se emplea el pulgar y otros dedos, los incisivos pueden sufrir alteraciones.

2.- HABITO DE SUCCION.

Si al succionar se emplea el pulgar u otros dedos, -- los incisivos pueden sufrir alteraciones, afectados por el tironeamiento digital y la tracción del brazo, lo mismo puede suceder cuando se succiona o se muerde el labio principalmente el inferior.

Cada uno de estos hábitos debe ser estudiado por separado ya que existe variación de los efectos comunes.

HABITO, SUCCION DEL PULGAR U OTROS DEDOS.

La succión del dedo es un hábito común y mucho más la del Pulgar.

Los trastornos que produce la succión del dedo, afecta tanto a la estética como a la función. El grado de severidad es variable; desde el desplazamiento, hasta las mordidas abiertas severas.

Dibersos autores consideran la succión del Pulgar como algo NORMAL HASTA LOS 4 AÑOS DE EDAD, tiempo en que la mayoría de los niños abandona por sí mismo el chupeteo.

Citaremos 3 de las PRINCIPALES TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LOS HABITOS DE SUCCION.

1a.- TEORIA PSICOANALITICA.

Esta teoría también llamada teoría Psicoanalítica de Freud es descrita por Goll, Ayer y Von der Leher. Esta expone-

el punto de vista del psiquiatra Austriaco acerca de la succión; que dice que es un síntoma neurótico de una perturbación emocional resultante de una fijación del estadio psicosexual oral. 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.

2a.- TEORIA DE LAPERDIDA DE LA FUNCION.

Se basa en que la Succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito. LEVY cree que una reducción ó una fácil succión del se no materno ó del biberón, son la causa de la instalación del chupeteo.

3a.- TEORIA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA.

Esta teoría sustentada por Sear 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 DE APRENDIZAJE en lo que PAVLOV describe como fundamento de los patrones de conducta. Describen estos patrones así: El niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones; la ingestión de alimento, el calor y la seguridad, atención de los padres y la renuncia de agresión.

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

HABITO DE SUCCION O MORDIDA DE LOS LABIOS.

La succión de los labios puede aparecer por sí sola o puede ser acompañada de la succión del pulgar. En CASI TODOS LOS CASOS ES EL LABIO INFERIOR EL QUE ES IMPLICADO EN LA SUCCION; aunque el hábito de morderse el labio superior también es observado.

La succión o mordida del labio puede llevar al mismo desplazamiento de los dientes anteriores, al igual que lo que sucede en la succión del pulgar, aunque este hábito suele PRESENTARSE DURANTE LA EDAD ESCOLAR.

C A P I T U L O V I I

D) HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

1. Respiración.

2. Hábito de Respiración Bucal.

1. Antes de pasar al hábito, consideremos que el --
APARATO RESPIRATORIO, del hombre está constituido por dos pul
mones, a los cuales llega el aire por medio de las vías respi
ratorias que son: fosas nasales, farínge, laringe, tráquea, --
bronquios y bronquiólogos.

El aire entra y sale de los pulmones durante la ing
piración y la espiración que se realizan con la interven --
ción del diafragma y los músculos de las paredes del tórax. --
Durante la respiración, el aire inspirado pierde oxígeno y se
enriquece en bióxido de carbono y vapor de agua. En los pul--
mones la sangre experimenta cambios gaseosos intensos; la he
moglobina de los glóbulos rojos fija el oxígeno y después el
bióxido de carbono luego al circular la sangre por el organiz
mo, cede el oxígeno de las células y recoge de éstas el bióxi
do de carbono, producto de la respiración del protoplasma.

Para que el aparato Respiratorio funcione normalmen
te es necesario realizar siempre la inspiración de aire por --
las fosas nasales.

2. HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

Este hábito puede ser causado por desviación de los procesos funcionales normales; LOS CASOS MAS FRECUENTES DE -- RESPIRACION BUCAL SON:

a) Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides, y.

b) Defectos intranasales, tales como: El Septum desviado y espolones óseos del Septum.

Las cavidades oral y nasal se abren a la faringe -- en el espacio bien protegido llamado linfoideo, formado particularmente en estroma de tejido conectivo, en cuyas mallas -- hay grupos de células linfáticas o leucocitos. Este tejido -- puede agruparse o encapsularse en masas foliculares como las amígdalas de las fauces faríngeas y glándulas linfáticas, o -- puede distribuirse como una masa menos diferenciada en la -- amígdala lingual. El tejido linfoideo reacciona a la irritación crónica como una proliferación celular que aumenta mucho su volumen. A veces sufre degeneración patológica, haciendo -- un foco de infección sistemática que afecta gravemente al niño.

Cuando la amígdala faríngea aumenta de tamaño, puede cerrar por acción mecánica los pasajes de la nariz y la faringe bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por la boca. Este bloqueo es en muchos casos nocturno; cuando el niño está acostado, esta postura acumula la sangre en los te-

dos irritados, aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente.

Este agrandamiento se denomina Vegetaciones Adenoides y su único tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica, lo antes posible.

Las Vegetaciones Adenoides se encuentran en los niños de 2 a 10 años de edad y desaparecen; reabsorbiéndose después de la adolescencia, dejando tras de sí al persistir deformaciones Orales y Faciales, respiración bucal, catarro nasal crónico y un físico poco desarrollado (anémico).

b) El Septum o tabique nasal desviado, tiene al parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas, por lo tanto es común encontrarlas con ellas. Produciendo Respiración Bucal por una aproximación de la pared Septal del Concha nasal inferior, que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura.

Los espolones óseos del Septum actúan del mismo modo.

Este tipo de pacientes al ser tratados quirúrgicamente por el especialista y eliminada la obstrucción no restablecen por sí solos la respiración nasal sino que persisten en el hábito de respiración bucal.

C A P I T U L O V I I I

D) ONICOFAGIA

1. Hábito de Roerse las Uñas.

ES UN HABITO QUE SE DESARROLLA DESPUES DE LA EDAD -- DE LA SUCCION, frecuentemente el niño pasa directamente de -- la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Y -- también es más comun asociado a una maloclusión que como cau-- sante de ésta.

Los que se muerden las uñas tienen aparentemente -- un hábito inocente, pero lo vemos con demasiada frecuencia -- en niños y adultos y es como los demás hábitos difícil de su primir. Ya que el paciente nervioso está especialmente predig puesto a este tipo de hábito sobre todo ante una contrariedad de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o inadaptabi lidad social.

Las fuerzas aplicadas al morderse las uñas son simila res a las de proceso de masticación, pero a pesar de ésto -- se han obtenido resultados que demuestran que los pacientes -- con éste tipo de hábito tienen marcada atricción de los dientes inferiores, a veces presentan mordida abierta y malestar-- estomacal por las impurezas que se encuentran en las uñas.

Algunos autores clasifican a los roedores de uñas -- como enfermos de tipo neurótico. Pero sin duda se debe definini

tivamente a una tensión emocional contenida, por conflictos -- psíquicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres o de otra persona de quién se espera afecto. Hay casos en que este hábito llega a persistir toda la vida.

También no es raro ver substituído este hábito por el mordisqueo de lápices, de los labios o carrillos. El comer caramelos y fumar suelen ser recursos que utilizan las personas para desviar este hábito. Por otra parte suelen tener recaídas más o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional del tipo que sea.

C A P I T U L O I X

EFFECTOS CAUSADOS POR HABITOS PERNICIOSOS BUCALES.

- a) Dentales.
- b) Musculares.
- c) Oseos.

En general los problemas que un hábito puede causar-
son :

- Mordida Abierta.
- Mordida Cruzada Posterior.
- Overjet y Overbite exagerado.
- Problemas de ATM.
- Diastemas.
- Retrucción Mandibular.
- Cambio en la postura de la lengua y labios.

Trastornos causados por hábitos de Succión.

El tipo de maloclusión que se desarrolla, depende -- de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones- acompañadas de los músculos de los carrillos y de la posición- de la mandíbula durante el chupeteo.

La mordida abierta constituye en la región anterior- de los arcos dentarios el problema clínico más frecuente. La - retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o del brazo la forzan constantemente a adoptar una posición --

en retrucción. Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandíbular se cierra posteriormente y la lengua esta mantenida contra el paladar. La fuerza de los músculos de los carrillos que origina la succión, produce contracción del arco maxilar. Al producirse estas alteraciones en los maxilares, a menudo se hace imposible que el nasal baje a la posición deseada ya que se ha producido una atrofia de los maxilares y por consiguiente un paladar duro muy elevado u ojival. El labio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le va aprisionado bajo los incisivos superiores y de este modo se establece la deformación.

Succión Labial. Transtornos causados.

Cuando el labio inferior es repentinamente metido por debajo de los dientes anteriores superiores, el resultado es:

Labioversión de estos, frecuentemente también y siempre linguoversión de los incisivos inferiores.

Transtornos causados POR HABITOS DE DEGLUSION ANORMAL.

Este tipo de hábito puede provocar varios tipos de maloclusión.

Los incisivos pueden labializarse produciendo una desviación axial labial, o puede haber una infraoclusión local

lizada, causada por la acción de una pequeña porción de la lengua; o bien una superficie más extensa de infraoclusión extendida en las regiones incisivas o canino-premolar; o bien en todas ellas. Si ocurre esto último puede seguir la supreoclusión de los molares, debido a su tendencia por alargarse al tratar de restablecer el contacto oclusal y volver a equilibrar las fuerzas. Si la lengua no es llevada hacia adelante de modo que pueda producir un desplazamiento anterior de los incisivos o una mordida abierta.

Cuando en proceso de deglución el labio inferior --- es generalmente forzado contra los incisivos mandibulares y -- ellos son movidos lingualmente, el resultado es una exagerada Curva de Spee.

Straub creó que la deglución anormal o sea la posición incorrecta de la lengua es la responsable de las Mordidas Abiertas Clase III y se debe buscarla al buscar la etiología de las mismas.

Ahora bien, cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión.

TRANSTORNOS CAUSADOS POR HABITOS DE RESPIRACION BU--

CAL.

Se ha establecido que la respiración bucal tiene serios efectos en el desarrollo de los huesos faciales y en la oclusión de dientes en el acontecimiento de las fuerzas normales laterales, bucales y linguales. Se cree que es la causa de la desfiguración facial y la corrupción de la salud general.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, y sirve de ejemplo el caso de la clase II división I de Angle, en la que vemos una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior: estrechamiento de la arcada y protrusión de los incisivos superiores.

Analizando el caso llegamos a esta conclusión, se creé que en esta clase no hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que este cambio existe a nivel de los músculos temporales afectando la región glenoidea y modificando la posición, encontramos también una falta de crecimiento en la Sínfisis Mentoniana dando el característico perfil huido - zo (o sea que no hay estímulo en las narinas y hay un deficiente desarrollo-facies adenoide).

TRANSTORNOS CAUSADOS POR CUERPOS EXTRAÑOS.

Onicofagia. (Hábito de roerse las Uñas). Presentan-

atracción en los dientes anteriores, mordida abierta y malestar estomacal, cuando existen impurezas en las uñas, así como un aspecto desagradable en los dedos por el desgaste de uñas.

Este hábito es más frecuentemente asociado a una maloclusión que como causante de ésta.

TRANSTORNOS OCASIONADOS POR CUERPOS EXTRAÑOS.

Apertura de pasadores. Incisivos aserrados, dientes ligeramente privados de esmalte dental.

C A P I T U L O X

OBSERVACIONES ORTODONCICAS.

Podemos decir que una Maloclusión, es la oclusión - dentaria anómala Angle clasificó en tres tipos y esta relacionada principalmente con la posición anteroposterior del maxilar superior y la mandíbula y sus dientes correspondientes, y no con la posición lateral.

Angle, establece que la clave de la oclusión es la posición estable de los primeros molares superiores, y en base a ello determinó la división de las maloclusiones en Clase I, Clase II y Clase III.

Clase I. La relación normal mesio distal del primer molar las irregularidades se observan en otro lugar.

Clase II. División I. El primer molar inferior está en posición distal con respecto al primer molar. La retrusión mandibular se refleja en el perfil del paciente.

Clase II División 2. El primer molar inferior está en posición distal con respecto al primer molar superior. Una sobre mordida profunda se refleja en el perfil del paciente.

Clase III. Maloclusión. El primer molar inferior -- está en posición Mesial con respecto al superior, se observa un prognatismo mandibular que se refleja en el perfil del paciente.

C A P I T U L O X I

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO PORTADOR DEL HABITO.

La personalidad es la caracterización o el patrón -estructurado de la conducta y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado, sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer.

PSICOANALISIS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

La estructura de la personalidad consta de 3 partes: el ID (ello) que existe desde el momento del nacimiento, este es el depósito inconsciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos.

El recién nacido no se diferencia a si mismo de su madre, ni de los objetos que le rodean, conforme crece y se desenvuelve constituye un núcleo primario o puro de un EGO -- {YO} en torno del cual sus experiencias son integradas y quedan creciendo, extendiéndose y ganando mayor conciencia sobre el ID.

El YO unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es además el receptor de los cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión.

Una de las principales funciones, es la formación -

de los mecanismos de deferza. Solo mediante el YO es posible que tratemos o logremos alcanzar metas definidas e insista -- mos en vencer los obstáculos que se oponen a nuestros propósi tos.

Entre el ID (ello) y el EGO (yo) se encuentran los límites de lo inconciente. La división entre ambas no esta -- bien definida en el niño, pero a medida que éste crece el --- EGO se desarrolla más, estableciéndose una separación con el ID.

EL SUPER-EGO es la correcta distribución del ID y - el EGO actuando como censor de la aceptabilidad de los pensamientos, sentimientos y conducta. Esta parte de la personalidad sirve a los padres del niño para Normar su comportamien - to en los primeros años de la vida.

La estructura del SUPER-EGO no principia sino hasta la edad de tres a cuatro años, haciéndose cada vez más impor - tante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

Los niños pasan por cuatro fases de desarrollo psi - cosexual:

- a) Fase Oral.
- b) Fase Anal.
- c) Fase Genital o Fálica.
- d) Fase de Latencia (Pre-adolescencia).

a) FASE ORAL. En el lactante, los impulsos a succionar, son predominantes, la excitación de la boca y de los labios es en si misma placentera: por lo tanto la principal -- fuente de placer es la boca. Posteriormente al iniciarse la -- dentición el placer de morder puede subordinar y remplazar el de succionar.

b) FASE ANAL. Durante esta fase, el niño siente interés hacia sus excrementos. Si las demandas de los padres -- con respecto a la limpieza y regularidad son exageradas durante la época en la que se enseña al niño a controlar sus esfínteres; desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que -- representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por lo -- que uno de los riesgos de ésta fase sea la resistencia a lo -- que se considera intromisión de otras personas en la vida privada.

c) FASE GENITAL O FALICA. Cubre aproximadamente --- edad comprendida entre los cuatro y los seis años. El niño comienza a diferenciar la anatomía de sus sexos. En esta fase -- se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encauza -- miento semi-inconciente de posesión hacia el sexo opuesto y -- la rivalidad hacia el padre. Algunos niños no logran desarrollar sentimientos sociales si son capaces de descartar los -- impulsos primitivos, antagónicos al mundo exterior.

d) FASE DE LATENCIA. (Pre-adolescencia). Freud la --

describe como una tregua entre el ID y el EGO, que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La situación del adolescente es difícil desligado de su pasado, inconforme de su presente e ignorante de su destino tiene que encontrarse así mismo como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su YO en el futuro. Necesita pues elaborar su nuevo concepto del mundo., así como de los valores e ideas tradicionales aprendidas en la infancia ya que ahora se someterá a un juicio personal e independiente, que estará en gran medida de acuerdo a su capacidad de desarrollar procesos de pensamientos.

Los conflictos del adolescente con sus padres y con las personas que representan autoridad son inevitables, pero se ven aumentados cuando aquellos pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado.

Uno de los puntos importantes de la personalidad en el niño es su relación con los padres.

El sentimiento de angustia más precoz y más arraigado del hombre se encuentra asociado con la imagen de los padres que educan y castigan.

Los padres tienden a emplear su propia educación como un modelo para educar a sus hijos, este modelo es favorable siempre y cuando sean sensatos y se ocupen de su cuidado,

por lo contrario si se desarrollan en medio de privaciones, - falta de cariño, dirección o se encuentran expuestos al rechazo, abusos físicos o comentarios que le cause daño y provoquen lesiones psicosociales, será desfavorable.

En algunas ocasiones los padres ridiculizan al niño como técnica de control, por lo que debemos considerar si el niño ha sido acostumbrado a obedecer al regaño o a la restricción. Los adultos deben aceptar al niño como es. Esto significa que sus intereses son tan importantes en su nivel, como aquellos de los adultos en el propio, siendo por lo tanto dignos de respeto y comprensión.

Sería deseable que los adultos no descargaran parcial o totalmente sus tensiones sobre los niños, para que éstos tuvieran un mejor y más saludable desarrollo mental y emocional, sin embargo esto no sucede en la mayor parte de los casos.

Si la relación niño-adulto es positiva, contribuirá a un óptimo desarrollo integral del primero, preparándolo para hacer frente a los problemas afectivos de su vida.

El niño relativamente pequeño y desamparado, teme al padre relativamente grande y poderoso. El niño siente que su destino y su vida en las manos de ésta figura poderosa y a merced de los caprichos de ésta autoridad. Generalmente los

años no logran borrar esta primera percepción de los padres - y la angustia asociada con élla.

Esta situación u otras similares, producen un estado de angustia y malestar agudo que la realidad del acontecimiento no justifica de ninguna manera.

La relación con los hermanos. El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus hermanos mayores.

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente potencial de ansiedad y miedo.

En síntesis cuando el niño se siente incapaz de sobrellevar y afrontar los problemas que se le presentan en su medio ambiente, tales como actitudes negativas de sus padres, vida familiar insatisfactoria, etc., se producirán cambios -- durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta.

C A P I T U L O X I I

TRATAMIENTOS

Antes de intentar dominar algún hábito bucal perjudicial, es importante recordar el valor de la musculatura bucal en el buen desarrollo de la oclusión. Generalmente hay motivos justificados para lanzarse de inmediato a un régimen riguroso para dominar un hábito; por ello debe tomarse el tiempo necesario para estudiar el problema detenidamente.

Independientemente del hábito bucal que se está corrigiendo se debe tomar en cuenta que existen 3 tipos de tratamientos.

- a) Psicológico.
- b) Ortodóntico.
- c) Miofuncional.

La terapéutica, debe aplicarse individualmente y no generalizarse en reglas, porque también las causas son individuales y de origen diverso.

A).- TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Hay innumerables problemas en la conducta y en la personalidad de los niños. Es imposible pretender delinear -- algo más allá de unos cuantos principios aceptados al presente y que han probado su valor en aplicaciones científicas. Pe

ro veremos unos principios eficaces en el manejo de la conducta.

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

Dentro de los factores que pueden llevar a modificar la conducta., se consideran el empleo o no de reforzamientos que pueden llegar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada.

Estos van a clasificar en diferentes clases como:

a) POSITIVOS. Dentro de este grupo se encuentran -- las siguientes acciones; caricias, palabras de elogio, y sobre todo prestarle atención, así como mostrar interés por lo que está haciendo el niño.

b) REFORZADORES SIMBOLICOS. Se encuentran representados por los objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser una causa que disminuiría o eliminaría la conducta original.

Rosenberg dice con respecto a los reforzadores y -- castigos que podemos aprender a emplear los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos consernientes a la modificación de la conducta humana.

Rosenberg concuerda con Berenice y Ripa, respecto -

a la definición de reforzar y castigo, y dice que: UN REFORZADOR NO ES NECESARIAMENTE UN PREMIO, así como UN CASTIGO NO ES NECESARIAMENTE DOLOROSO.

Ahora bien para nosotros lo primero es descubrir el porque del hábito, saber que le pasa al niño, y no vacilar en los casos que consideramos necesarios, en derivar al especialista en problemas emocionales de niños para un enfoque que ayude a la solución.

Uno de los puntos más importantes es el tratamiento psicológico del niño, es la siguiente receta médica de Shour.

ADMINISTRARLES:

LA VITAMINA TCA (Tierno, Cuidado, Amoroso).

Dosis. Tres veces al día es científicamente válida.

Esta vitamina es tan valedera como la vitamina D para la prevención del raquitismo, y la vitamina C, para la prevención del escorbuto.

Lewis le agrega el Factor P (respecto a la personalidad del niño) más el Factor SH (sentido del Humor).

B).- TRATAMIENTO ORTODONTICO.

APARATOLOGIA FIJA Y REMOVIBLE PARA LA CORRECCION DE LOS HABITOS.

Aparato fijo utilizado para eliminar el hábito de -

succión.

Una Criba fija. Para ésto se prueban bandas ortodón-
ticas o coronas de acero cromo en la segundas molares tempo-
rales superiores o en los primeros molares permanentes supe-
riores. Posteriormente se toma una impresión superior y tam-
bien en inferior para checar la altura.

Se corren ambos modelos y se procede a la fabrica-
ción del aparato.

En la segunda visita, el aparato es colocado en la-
boca del paciente. Si el tejido gingival se pone blanco en --
forma exagerada, o si el paciente se queja de dolor, deberá--
recortarse la porción gingival, de las bandas o de las coro--
nas que sostienen el aparato en los segundos molares tempora-
les primeros permanentes.

Una vez hecho esto, el apa ito se vuelve a colocar-
y se le pide al niño que muerda tan fuertemente como sea posi-
ble. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporcio-
na un método de verificación si existe presión sobre la encí-
. Además se deberá de checar que la periferia de las bandas o -
de las coronas sea el caso, se encuentre bajo el margen ginqi-
val.

Deberá procurarse que los incisivos inferiores no -
ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato, si --
existe contacto estos espolones deberán de ser recortados y--

doblados hacia el paladar.

Para colocar el aparato, los dientes de soporte se aislan, se limpian y se secan, el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento y el resto se limpia la mayor parte del exceso del cemento y el resto se limpia con un raspador de tipo universal, 5 o 10 minutos después.

APARATO REMOVIBLE PARA EL HABITO DE SUCCION

Se trata de un aparato de Hawley superior, es el recurso más apropiado para guiar los dientes anteroposteriores-espaciados y protuidos hacia una posición más lingual y menos protusiva. Al hacer ésto el odontólogo verá cerrarse los diastemas a medida que los dientes asumen una posición más derecha.

La retención del aparato la proporcionan ganchos en C, ganchos Adams en los primeros molares superiores permanentes.

Trampa para Succión de Dedo. Es un recordatorio con un cerco de rejillas, y consiste en un alambre engastado en un aparato de acrílico removible como la placa Hawley, o puede ser una defenza añadida a un arco lingual superior y utilizada como un instrumento fijo.

Trampa de Punzon y Trampa de Rastrillo. Pueden ser aparatos fijos o removibles.

Estos aparatos son en realidad más que un recorda -- torio son un castigo, ya que sus púas dificultan no solo la -- succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

APARATOS UTILIZADOS PARA HABITO DE DEGLUCION ANORMAL.

Los aparatos fijos más usados para la corrección de la proyección lingual son las pantallas linguales o a veces -- trampas de lengua.

Este tipo de aparatos generalmente son aquellos que tienden a desplazar la lengua hacia arriba y hacia atrás durante la deglución y evitar la mismo tiempo que la lengua no toque los dientes durante la misma.

El aparato fijo para eliminar este tipo de hábito -- es colocado y cementado de la misma forma en que se describió para el aparato de hábito de succión.

Aparato Removible para este hábito es la placa de -- Hawley.

La estructura es forma de cerco puede ser una delgada capa de acrílico en lugar de alambre.

De cualquier manera ya sea fijo o removible el aparato deberá:

1. Eliminar la proyección enérgica y dar efecto a -- manera de émbolo durante la deglución.

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

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

El acto de deglución maduro es estimulado por este aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva posición y función.

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

APARATOS UTILIZADOS PARA HABITOS DE RESPIRACION BU-CAL.

El aparato utilizado es el protector bucal. Este aparato es utilizado una vez que nos hemos cerciorado que - -

realmente se trata de un hábito y no de una obstrucción.

También saber que los especialistas se olvidan que con frecuencia, que al eliminar la obstrucción no se restablece por sí sola la respiración nasal por lo que hay que educar al paciente a respirar correctamente.

El protector bucal. Puede fabricarse en cualquier material compatible con los tejidos bucales como son las resinas sintéticas.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales. Generalmente se inserta durante la noche. Esto es para que el niño durante el sueño sea forzado a respirar por la nariz. Además evita que los que se muerden los labios, emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, y que los que empujan la lengua forcen esta entre los dientes anteriores superiores e inferiores, y que los que respiran por la boca lo hagan por la nariz y los que succionan el dedo no lo puedan hacer.

C).- TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL.

La terapia miofuncional consiste en un conjunto de ejercicios para reeducar la musculatura orofacial tanto en el acto de deglución como en la presión postural de descanso.

El tratamiento miofuncional, es necesario y está -

demostrado que sí sirve.

Algunos ortodoncistas usan este método en combinación con el tratamiento ortodóncico, pero muchos de estos lo han abandonado debido a:

1. Falta de conocimientos del terapeuta, o la falta de cooperación del paciente y de sus padres ya que necesitan muchas horas de ejercicios y muchas citas para llevar a cabo el programa.

2. Ya que por ejemplo en la deglución que es un acto fundamentalmente difícil de modificar.

TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL APLICADO AL HABITO DE DEGLUCION ANORMAL.

Como la deglución es una actividad refleja coordinada.

Algunos factores pueden ser modificados por control pero entre más fundamental es el reflejo, menos fácil será su modificación voluntaria.

La educación Miofuncional no debe comenzar antes de que sea realmente necesaria desde el punto de vista clínico.

La mayor parte de los programas de tratamientos son demasiado complicados. El terapeuta únicamente debe enseñar como reunir, aislar y colocar el bolo en posición normal de pre-deglución con sellado periférico. El terapeuta no enseña-

al niño como deglutir correctamente, sino más bien debe enseñar cual es la posición correcta de pre-deglución, dejando a la naturaleza que afine los detalles.

Se deberá explicar a los padres la necesidad del tratamiento y los beneficios que aportará.

PASOS DEL TRATAMIENTO.

1. Se le pedirá al niño que mantenga la lengua baja, ahuecándola.

El paciente que puede hacer esto sin esfuerzo, podrá ser educado fácilmente. Pero hay algunos empujadores de lengua que no consiguen ahuecar la lengua y a menudo solo lo gran enrollar hacia arriba los bordes laterales de ésta. En tonces se puede meter la extremidad redondeada del mango de un instrumento en el sitio donde debería estar el centro de la depresión, y el paciente irá comprendiendo progresivamente la idea. También se dejan caer unas gotas de agua de una jeringa o de una cuenta gotas en la depresión. Cuando el paciente es capaz de mantener sin esfuerzo un bolo de agua en la lengua ahuecada y bajada, entonces llega el momento de levantar el bolo hacia el techo de la boca, llevándolo a la posición de sellado periférico de la pre-deglución.

Se pide al paciente que pronuncie de manera continua el sonido "K" mientras trata de mantener el agua ahueca-

da en la lengua y con la boca abierta.

El sonido "K" al ser pronunciado, junta el dorso de la lengua con el paladar blando, y con este movimiento se inicia la formación posterior del sellado.

Cuando el paciente ya puede mantener el bolo líquido en la depresión de la lengua, mientras está emitiendo el sonido "K" se le pide cerrar los dientes con los labios ligeramente entre abiertos y de ahuecar la lengua contra el techo de la boca; esto completara el sellado. Para probar el sellado se pide al paciente que incline la cabeza hacia adelante y atras.

La primera vez, la mayor parte de ellos acabará deglutiendo involuntariamente y la deglución tipo trago indica que el sellado ha sido roto.

Para ayudar a realizar este ejercicio, se puede utilizar el sonido "N" pronunciado de manera seguida a fin de proporcionar la imagen central necesaria para mantener el sellado.

Cuando el paciente logra mantener varias veces el bolo líquido en la posición de pre-deglución con sellado periférico y se le pide seguir apretando los dientes, reforzar el sellado, relajar los labios y tragar. El resultado de esta sucesión de movimientos será una sensación nueva para el empujador de la lengua típico.

Domnio del Bolo Sólido.

Se puede utilizar pasta de cacahuete para enseñar --

a dominar el bolo sólido. Se pide al paciente que utilice la lengua para reunir la pasta de cacahuete de tamaño moderado - sobre la lengua ahuecada, se le pide encerrar el bolo en el sellado periférico, apretar los dientes con los labios ligeramente separados y después tragar. Cuando el paciente logra deglutir con facilidad y de un solo trago el bolo de pasta de cacahuete, es que ha dominado el movimiento básico de deglución, con sellado periférico.

El paciente debe utilizar un espejo durante los - - ejercicios y se le pide llevarlo a la mesa del comedor. El paciente aprende observándose a si mismo, para entonces ya sabe lo que es correcto, sabe lo que debe buscar y al observarse - así, aprende sus propios errores.

Además se le pide hacer ejercicios 3 veces al día - con sólido y líquido. Al acostarse se le pide al paciente de- deglutir líquidos, en la cama justo antes de dormirse, debe - tragar saliva una vez que esté en posición de sellado perifé- rico y pensar que es ahí donde debe quedarse la lengua toda la noche.

La respuesta clínica no es progresiva en los casos- típicos la mordida abierta seguirá resistiéndose al cierre me- cánico, hasta que un día el paciente anunciará que ya puede - dominar el problema de lengua, y si se mira en la boca, la -

mordida esta cerrada.

Este rápido cambio clínico debe ser la respuesta a un cambio clínico funcional en la posición y movimiento de la lengua.

Tratamiento Miofuncional Aplicado al Hábito de Respiración Bucal.

Para niños que respiran por la boca se recomienda realizar:

El labio superior se extiende lo más que se pueda, metiéndose el borde bermellon abajo y atrás de los incisivos superiores. El borde del bermellon del labio inferior se coloca entonces contra la posición exterior del labio superior -- extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior.

Este tipo de ejercicio es de gran influencia retragora sobre los incisivos superiores.

Donde existe una maloclusión franca de Clase II división 1, con mordida (sobre mordida) horizontal y vertical -- excesiva y peribucal anormal, estos ejercicios son valiosos -- antes y durante el tratamiento ortodóntico.

También en estos casos, el recomendar al niño que toque un instrumento de viento, puede constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo.

Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de so--

plar para aumentar la tonicidad labial.

Sin importar el ejercicio empleado, este deberá de-
ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día
durante un período de tiempo considerable, para que puedan lo
grarse los resultados positivos deseables.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Es imposible apreciar lo anormal, sin saber reconocer lo normal y aún más sin un conocimiento fundamental del crecimiento.

2) Por lo tanto sin un conocimiento fundamental es imposible separar, causas y efectos, o instituir las mejores medidas preventivas, interceptivas o correctivas.

3) Nos interesa el niño, ese niño singular, único. Con sus sentimientos, su personalidad, con toda su potencia de futuro y no aislado como ver un dedo, un diente o un grupo de dientes sino en un ambiente familiar y en un medio social, dedos dientes solo son circunstancias dentro del esquema corporal.

Nuestro enfoque integral exige la consideración de lo físico sin olvidar lo psíquico. Porque "Si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el YO toda validez del proceso es Dudosa." Lewis (1961) poco modificada.

4) Cualquier aparato ortodóncico sin permiso del niño o no bien aceptado por el niño puede producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

5) Existen 2 tipos de tratamientos Psicológicos,-- Ortodóncicos y el Miofuncional, que individualmente o combi-

nados son nuestros grandes aliados.

6) Nunca deje de administrar la vitamina TCA (tierno, Cuidado, Amoroso).

Parece no haber duda que el trabajador profesional - del futuro, ya sea profesionista, médico o cualquier otra cosa se colocará cada vez más en posesión de lo que para mi manera de ver son estos principios básicos.

Así que como esto vaya ocurriendo, habrá más y más - soluciones de problemas para antes que estos se presenten. Es ta prevención es el objetivo lógico de la terapéutica científica.

BIBLIOGRAFIA

1. Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana
4a. Edición.
2. Cohen M. Michel
Temas de Odontología Pediátrica.
Trat. Samuel Leyt.
Editorial Mundi.
3. Braver, Jhon Charles
Odontología para Niños.
Trat. Samuel Leyt.
Editorial Mundi.
4. Hogeboom Floy de Eddy.
Odontología Infantil y Dentística.Sanitaria.
Trat. por Ismael Clark.
Buenos Aires UTEHA.
5. S.U.A.
Odontopediatría I.
Sistema Universidad Abierta
6. Sigurd P. Ramfjord
Major M. ASH, JR.
"OCCLUSION"
Editorial Interamericana 2a. Edición.
7. Hombre, Ciencia y Tecnología.
Enciclopedia Británica 1980.
Tomo 2.
8. Durante Avellanai
Diccionario Odontológico

9. Odontólogo Moderno.
Curso de Odontopediatría.
Vol. VI, No. 5, Abril-Mayo, 1978.

10. A.D.M.
Succión del Pulgar.
Probables Causas y Tratamientos.
XXXVI, 4 de Julio-Agosto, 1979.