



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES EN NIÑOS

DIRIGI Y REVISÉ

16-VIII-83

Maria Verónica Lira Pérez

C.D. JOSÉ T. ESCAMILLA PÉREZ

T E S I S

QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

MARIA VERONICA LIRA PEREZ



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.

INDICE :

Introducción

Capítulo 1

Definición

Factores que influyen en la iniciación de los hábitos . .

Capítulo 2

Clasificación

Hábitos Bucales Compulsivos.

Hábitos Bucales no Compulsivos.

Hábitos de Postura

Hábitos Masoquistas

Hábitos de Fonación

Hábitos de Carrillo

Hábitos de Cuerpos Extraños

Hábitos Nerviosos Espasmodicos

Hábitos al Dormir

Hábitos de Mímica

Hábitos ; efectos Dentales de succión a largo plazo del -
dedo pulgar y otros dedos

Cápítulo 3

Reflejo de Succión

Capítulo 4

Empuje lingual

Capítulo 5

Succión Labial

Capítulo 6

Respiración por la Boca

Capítulo 7

Automutilación

Capítulo 8

Empuje de Frenillo

Capítulo 9

Mordedura de Uñas

Capítulo 10

Abertura de Pasadores de pelo.

Capítulo 11

Succión de Chupetes y Mamilas

Capítulo 12

Efectos

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCION .

El objeto de éste trabajo, es el de exponer la importancia que reviste la prevención de los Hábitos Orales Nocivos— en los niños, ya que no solo afectan bucodentalmente sino — psicológicamente y socialmente.

El que nazca un niño con dientes normales o anormales— no es por pura fatalidad, ya que la salud de la boca como la del cuerpo empiezan en el hogar y dependen en forma importante de lo que se haga o deje de hacerse en las etapas de la — infancia y la juventud.

Antes del nacimiento de un niño varios factores influyen en la buena o mala salud bucal.

Cuando un diente de la primera dentición o temporal presenta caries, es raro que se lleve al niño con el Cirujano — Dentista, y cuando se exfolia antes de tiempo les parece una cosa tan natural que no se preocupan si convendría llenar el espacio hasta que erupcione el diente definitivo. Esto puede ocasionar que los dientes permanentes erupcionen en mala — posición, ya que hay giroversiones y apiñamiento.

Los factores hereditarios, influencias prenatales (como la alimentación de la madre, la ingestión de fármacos durante éste período) y postnatales (como el mal hábito de chupar se el dedo pulgar) . Puede ocasionar infecciones y defec— tos en la oclusión como también en la formación de los dientes.

Hay métodos preventivos muy eficaces, que si los llevamos a cabo cuando es preciso, no sería remoto que los hábitos perniciosos desaparecieran como un grave factor de deterioro de las dentaduras.

Por lo tanto, si le damos la importancia necesaria al tratamiento y prevención de los hábitos orales contribuiremos a evitarle problemas futuros severos.

CAPITULO

1

DEFINICION Y

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
INICIACION DE LOS HABITOS .

Un hábito es una costumbre estable producida por la continua repetición de un acto en estado consiente - y si este acto se sigue realizando constantemente - puede llegar a hacerse en forma inconsciente.

Nada deja en la niñez un sello más patente que la salud de la dentadura y en nada serán eficaces el consejo y el ejemplo de los padres, que en la adopción de costumbres inteligentes de higiene bucal.

La historia odontológica, del niño en realidad empieza antes del nacimiento y está determinada en esta etapa inicial no solo por factores hereditarios, sino por actos voluntarios de la madre, un ejemplo es el régimen de la alimentación .

En las condiciones necesarias de un embarazo normal y tranquilo, hay un factor traumático principal, por el cual todos los niños pasan y es el nacimiento.

Una de las principales necesidades después del nacimiento y las más urgentes es la alimentación por lo cual esté en contacto con la madre otra vez de la hora de amamantarlo.

La succión que efectúa en este acto se debe tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito.

La experiencia afectiva, suele ser mala en la lactancia artificial, por lo que la actitud de la madre al alimentarlo , debe ser con afecto y cariño ya que si lo hace fríamente es preferible darle su alimentación en un biberón.

En la iniciación de un hábito oral, es importante la atención que preste la madre en la alimentación del niño.

El destete es una etapa en que el niño cree perdida la seguridad y tranquilidad que lo unia a la madre, es necesario- que realice el destete con gran delicadeza, para que el niño - no se sienta inseguro y no se refugie en un mal hábito oral, - que pudiera ser temporal o permanente .

Es común la succión del dedo pulgar u otros dedos, por la falta de estabilidad en el hogar, esta falta de estabilidad puede ser provocada por la llegada de otro hermanito, ya que - con esto le restará atención a él. La edad y el sexo influyen- en la dormación de los malos hábitos ya que hay niños que - llegan a la adolescencia teniendo todavía hábitos que provo- quen alteraciones dentarias más severas.

El grado de afcción que un hábito produce o llega a- provocar, se determina por la dirección de las presiones.

Ejemplos : Si la lengua se mantiene entre los diente - anteriores durante la deglución esto provocará protusión o - mordida abierta, lo mismo que la succión del labio inferior - puede acarrear protusión en los dientes inferiores.

CAPITULO

2

CLASIFICACION .

- a) Hábitos Bucales No Compulsivos.
- b) Hábitos Bucales Compulsivos.
- c) Hábitos de Postura.
- d) Hábitos Masoquistas.
- e) Hábitos de Fonación.
- f) Hábitos de Carrillos.
- g) Hábitos de Cuerpos Extraños.
- h) Hábitos Nerviosos espasmódicos.
- i) Hábitos al Dormir.
- j) Hábitos de Mímica.

a) Hábitos Bucales No Compulsivos.

Son aquellos que no se impulsan emocionalmente y no son perjudiciales para el individuo.

Son útiles como un escape a preocupaciones, incomprensiones y ansiedades, que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psicológicos, y de esta manera podrían afectar al niño.

b) Hábitos Bucales Compulsivos.

Son los que se desarrollan o efectúa el niño por impulsos emocionales, ya sea de frustración o del tipo de hábito, conforme a esto estudiaremos cual es el tratamiento más adecuado para no modificar o lesionar la personalidad del niño.

c) Hábito de Postura.

Este hábito se observa en niños, que duermen con las manos o el brazo sobre el carrillo, o aquellos que al estar estudiando apoyan la mano sobre la cara provocando maloclusión y deformaciones unilaterales de las arcadas dentarias.

La postura se considera como la acción de los reflejos musculares, que son principalmente de origen propioceptivo por lo cual en este hábito puede haber cambios y correcciones.

Las deformaciones como el aplanamiento del cráneo y asimetría facial, suelen detenerse durante el primer año de vida ya que el niño suele ponerse en posición de cúbito con la cabeza hacia la izquierda o derecha.

Influyen también durante el sueño, la presión que se haga en la cara, o en la posición que adopten en la escuela - para escribir o escuchar. Se puede crear desplazamiento de - los dientes superiores hacia palatino, por la permanencia de esta postura durante mucho tiempo y de un mismo lado.

Es difícil observar maloclusiones causadas por este - hábito , ya que los niños generalmente cambian rápidamente - de una posición a otra. Hay la posibilidad de una maloclusión por este hábito cuando el factor etiológico no esté a la vista.

Tratamiento.

Es muy difícil vencer el hábito de postura al dormir - o durante el día , esta última puede mejorar si logramos la - cooperación del niño y si los padres también nos ayudan, se - amplifica aún más.

La postura durante el sueño es más difícil de corregir ya que requerimos de aditamentos como : correas para las muñecas, o que duerman sin almohada, si ésta es la causa de la pre presión tendremos que hacer algunas visitas a nuestro paciente - cuando esté dormido para poder observarlo.

d) Hábitos Masoquistas.

El hábito masoquista es muy raro y ocasionalmente fué observado en un niño. El infante utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

e) Hábito de Fonación.

A un niño de seis años y a su lenguaje no se le entiende podemos decir que tiene un patología. Hay niños que hablan muy rápido y que articulan incorrectamente las palabras, la falla puede ser en el equilibrio de la habilidad para articular las palabras y el deseo de hablar son llamados tales efectos mas dirigidos como "Verborrea " o " Legorrea ".

La causa es un nato lenguaje rápido que obliga al sujeto a acortar, omitir y repetir palabras.

Casi siempre se presentan en los niños pequeños antes de la adolescencia, esta no es tartamudez verdadera, ni debe confundirse con la forma de balbucear de hablar de algunas personas que quieren pensar aprisa, o mayor tiempo para reflexionar .

En la Legorrea el niño no sabe que su lenguaje es raro por lo tanto hay ausencia de la ansiedad que caracteriza al tar tamudo.

Estos niños se benefician con ejercicios de lectura en estos se dirigen los esfuerzos hacia un lenguaje más lento y una dicción mas clara.

La disartria o articulaciones defectuosas de algunos sonidos consonantes pueden ser parte del "Lenguaje Infantil .

Si el adulto continúa la disartria, va a tener problemas con el desarrollo lingüístico.

El sigmatismo o dificultad con el sonido de la "S" - es llamada "Siseo " es el trastorno más común del lenguaje la corrección tiene por objeto descubrir la posición - con una espátula o un abatidor de lengua y los ejercicios fonéticos adecuados.

VOZ NASAL.

El lenguaje en el cual pasa demasiado aire (aperta) o muy poco (clausa) a través de la nariz se le da el nombre de "Rinolalia" y es debido a una obstrucción dentro o detras de la cavidad nasal. Las extirpaciones de las lesiones obstrucción y la res—trauración de la luz nasal, corregirá una Rinolalia cerrada. La Rinolalia abierta puede seguir a una Rinolalia cerrada a causa de que el velo del paladar puede estar atrofiada hacer se más corto o perder su tono y por lo tanto, no se acerca —adecuadamente a la pared faríngea posterior. La Rinolalia —abierta es cuando el velo del paladar no puede cerrar la —nasofaringe, la causa más común es el paladar hendido.

En este tipo de enfermos es posible que exista una Rinolalia cerrada , por hiperplasia compensadora de las adenoides o de los extremos posteriores de los cornetes inferiores para —llenar es espacio retronasal.

TRATAMIENTO : EN LA RINOLALIA ABIERTA.

Combinar la articulación de las vocales con ejercicios gimnásticos y respiratorios. Usar un obturador o placa para cubrir el defecto del paladar, masaje del velo del paladar —con la mano o con corrientes.

Reconstrucción plásticos del paladar siempre que sea posible y práctica, seguido por ejercicios para el tratamiento y en—trenamiento correctivo del lenguaje.

TARTAMUDEZ.

Es referido como balbuceo, es el más común de los trastornos del lenguaje, Debe ser tratada como un problema emocional ya que es una psiconeurosis.

La tartamudez es una enfermedad de la infancia:

Síntomas Característicos.

- 1.- Repetición de las consonantes.
- 2.- El paciente continúa con una consonante largo tiempo.
- 3.- Cada repetición es reforzada con un efecto como de espasmos.

Esta dificultad puede presentarse únicamente con algunas letras, algunas personas pueden dar la impresión de balbuceo - cuando la persona es realmente ignorante.

Las perturbaciones pueden afectar cualquier parte del mecanismo del lenguaje tales como : los maxilares, la laringe, los labios la lengua, o los músculos respiratorios.

Estos pacientes también tienen espasmos en otras partes del cuerpo.

Los siguientes síntomas son al principio conocidos accidentalmente.

Si la persona trata de hablar y encuentre que no puede, se ayuda por otros medios, advierte que no es normal y agrava la situación con el intento para vencer su dificultad.

Embolia, que consiste en una interposición de palabras superfluas no relacionadas con el resto del pensamiento.

TRATAMIENTO:

En la tartamudez los métodos consisten en distraer la aten ción del sujeto de su incapacidad, asistiendo por ejercicios — de respiración, articulaciones, lectura y conversación, el medio ambiente debe ser investigado para evitar que otros niños le — hagan burla o que los padres regañen o castiguen al niño a causa de su incapacidad.

El niño debe ser alejado de todos, menos de las mejores re laciones, la posibilidad de imitación debe ser considerada de me didas médicas, se compone la forma combinada de terapéutica, — tanto local como general, psiquiátricas, orientación social, en- trenamiento de la voz y medidas locales. El estímulo del pacien- te y el desarrollo del carácter y el respeto a si mismo son muy importantes en el manejo del tratamiento del tartamudo.

TRASTORNOS DE LA VOZ.

La Fonastenia, es un trastorno común de la voz, una debilita- dad funcional de la voz o ronquera de la que no encuentra una base al practicar la laringoscopia. Se desarrolla general- mente en ministros, maestros o cantantes, estos pacientes son — diagnosticados y tratados como un paciente de laringitis aguda, el sujeto tiene que limpiar la garganta a menudo.

Es esencial prescribir ejercicios vocales en los cuales — no debe haber demasiada actividad laríngea, es necesario el entre- namiento correcto de la voz hablada así como del canto.

Los cambios vocales en la pubertad que empezaron moldéando

en el desarrollo de las características del adulto no llegan a su punto usual de culminación.

Los cambios vocales del adolescente son algunas veces bajos y otras altos hasta que se llega al equilibrio.

Durante la etapa en el cambio de voz, el crecimiento de la laringe, también atrae el desarrollo de las cuerdas vocales por consiguiente ya no son competentes para proporcionar los grados finos de tensión que corresponden a las diversas demandas, del tono. Algunos niños que hablan sin claridad lo hacen por la extremidad de su lengua que tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria. Este hábito produce desviación de los incisivos labialmente infraoclusión de los mismos.

TRATAMIENTO.

Aliviar la tensión de las cuerdas vocales ejerciendo presión sobre la prominencia del cartílago tiroides. Los ejercicios de respiración son combinados con la presión, después con las palabras y sílabas, en seguida cantando tonos, guiándose por el movimiento.

El ortodoncista necesita la cooperación de un maestro de locución o foniatría, que enseñará al paciente a vencer los problemas fonéticos eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo origen generalmente es la lengua.

Hábitos de Carrillo.

Este hábito causa maloclusión ya que ocasiona estrechamiento de las arcadas, también falta de contacto con sus an-

agonistas y posiciones axiales que se producen. Es frecuente - que el niño use los carrillos en la práctica de un hábito oral.

Es frecuente en este hábito la corrección de éste, ya que la mayoría de las veces es difícil de descubrir porque puede - estar relacionado con infinidad de objetos.

Por ejemplo: En las escuelas se observa que los niños muerden lápices, plumas, gomas, reglas, etc. Siendo los anteriores - objetos los más comunes en este hábito. Los hacen por placer o - comodidad, otros hábitos de cuerpos extraños los adquieren en la primera infancia, unos son practicados antes de dormir como son; morder la punta de la almohada o de la pijama o de algún juguete de tela o de peluche con que se duermen.

HABITOS NERVIOSOS ESPAMODICOS.

Comienza con actos que están completamente bajo control de voluntad . En sus primeras etapas podemos creer que pueden ser controladas o dominadas, si contamos con una decidida ayuda - y cooperación del paciente.

Estos hábitos están relacionados en su mayoría con los - músculos de la expresión y varían tanto en cada individuo que - sería inútil tratar de describirlos.

Los encontramos en niños físicamente deficientes anémicos con sistemas nerviosos inestables, comienzan a aparecer estas - malas coordinaciones musculares, si estos niños deben de soportar la disciplina escolar, alimentación defectuosa o falta de - ejercicios al aire libre. El efecto sobre la posición dentaria - puede ser mas o menos grande y debe analizarse en cada caso en particular.

Su origen algunas veces es por imitación de otros hábitos parecidos, que los hagan sus padres o compañeros de juego haciéndose después automáticos y frecuentes.

Hábitos al Dormir.

Son los causantes de deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias, en niños que acostumbran dormir con la mano o el brazo sobre el carrillo, también quienes al estudiar apoyan una mano sobre la cara.

La forma en que se acostán, es la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivos y como tal, un hábito susceptible a cambios y correcciones.

La persona que se mantiene erecta con la cabeza bien colocada sobre la columna vertebral, mantendrá casi reflejamente la mandíbula hacia adelante en una sola posición. Se presenta una posición mandibular defectuosa en aquellas personas que adoptan posturas corporales inadecuadas ambas pueden ser expresiones de salud precarias.

Hábitos de mímica.

Estos hábitos, los niños por su corta edad imitan lo que observan por las personas que los rodean, por ejemplo si la madre del niño sufre de deformaciones protrusivas de la mandíbula, el niño tratará de imitar esta posición.

Hábitos : Efectos Dentales de Succión a Largo Plazo del Dedo Pulgar o otros Dedos.

Hay gran variedad de teorías sobre la etiología de estos hábitos, un grupo son explicadas en base de frustraciones de

rrolladas por el lactante debido a la falta de atención y cariño.

Algunos autores lo consideran como un reflejo liberado que no debe tener repercusiones psicológicas en el niño. Salzman y otros creen que pueden iniciarse en la vida intrauterina, cuando el efecto muestra una actitud muscular aumentada y el dedo llega a encontrarse la boca, pudiendo aparecer sin embargo al comienzo de la erupción de las piezas dentarias.

No hay que confundir este hábito, que puede considerarse normal entre los seis meses y doce, en el cual el niño trata de examinar los objetos que llegan llevándoselos a la boca, existe en esta época un peligro latente de que esta acción pasiva se convierta en activa.

Comunmente ese hábito, que puede considerarse normal entre los seis meses y doce, en el cual el niño trata de examinar los objetos que llegan llevándoselos a la boca, existen en esta época un peligro latente de que esta acción pasiva se convierta en activa.

Comunmente este hábito declina a los dos o tres años de edad, sin embargo en algunos casos pueden aún acentuarse por las reprimidas y castigos que los padres manifiestan en una edad, en que el hábito era normal.

Si se trata de un hábito no compulsivo, este llega a desaparecer por si solo y por el poco tiempo que la fuerza y presión ejercida sobre los dientes y tejidos estuvo presente, por lo tanto no causará ninguna anomalía.

Los padres no deben de molestar al niño en que solo succiona su dedo por pequeños ratos o antes de dormir y cuando al quedar dormido él solo retira el dedo de su boca.

Si se efectúa en forma persistente y prefiriéndolo a cualquier otra actividad aún durante el sueño, se tratará seguramente de un hábito compulsivo, motivado por un problema psíquico que lo afecta en su equilibrio emocional.

Cuando el hábito es compulsivo, es frecuente encontrar oclusiones en que los cuatro incisivos superiores, se encuentran en un gran desplazamiento hacia adelante o sea hacia labial, y los inferiores hacia lingual, lo cual es debido a las fuerzas ocasionadas por la posición clásica del dedo, durante la succión y pudiendo lograr una mordida abierta.

Las maloclusiones causadas por la succión del dedo presentan en relación a los siguientes factores: duración, intensidad, frecuencia del hábito posición y número de dedos que se succionan,

Así encontramos que si el pulgar, es el dedo que se succiona apoyándolo sobre la parte anterior del paladar, entorpecerá el desarrollo normal del maxilar, y los incisivos se encontrarán protuidos, si además de colocarse el dedo en esta posición el resto de la mano se apoya sobre la nariz, se dificultará la respiración nasal causando elevación del paladar.

Estas posiciones de los dedos provocarán una disto-oclusión al obstaculiza los movimientos de la mandíbula y evitar su normal desarrollo. Hay casos de niños que suelen succionar dos dedos, el anular y el medio, con la palma de la mano hacia arriba ejerciendo

presión sobre la mandíbula, provocando protusiones bastante mar
casadas.

Cuando el dedo succionado es mantenido solamente en la boca sin ejercer presiones sobre los maxilares o la nariz, encontramos mal posiciones leves con una mordida abierta ligeramente, - las maloclusiones pueden verse agravadas si encontramos unido al hábito , la presencia de una actividad anormal de los mpsculos-
periorales como : hiperactividad del músculo borla de la barba, que es muy frecuente en los niños con succión digital; muy común es encontrar en niños con succión digital el labio superior de - los incisivos.

En forma general podemos observar que las maloclusiones que se presentan en niños con succión digital, pertenecen a la Clase II subdivisión 1 de la clasificación de Angle, con sus características correspondientes.

Además del daño que causa el hábito de la succión digital - sobre la oclusión, causa deformaciones faciales, también debemos hacer mención de ciertas micosis, las cuales surgen a consecuencia de la constante humedad.

El paladar Ojival, es otra de las deformaciones producidas por las fuerzas que aplicadas sobre el paladar duro de una manera
constante , dejando un marcado hundimiento.

La retracción de la mandíbula se presenta, si el peso de la mano o del brazo lo obligan a mantenerse en posición retrusiva.

La deformación del maxilar superior es tan notable en la mayoría de los casos que el sellado de los labios es deficiente lo que conduce al hábito de tener la boca abierta cuando no chupa el dedo, propiciando la respiración bucal durante el sueño.

Las deformaciones faciales, la "facies adenoides" que bien podrían llamarse "facies digital" se presenta cuando el hábito de chupar el dedo es adquirido durante los primeros años de vida, estando directamente relacionado con los individuos longilíneos.

Un caso típico de respirador bucal con antecedentes de hábito de chupar el dedo, pero que presenta facies adenoides los músculos que activamente trabajan en el hábito de succión producen contracciones del arco maxilar, estas alteraciones a menudo impiden que el piso nasal baje a su posición normal, así mismo las numerosas contracciones de estos músculos llegan a producir un hipertoniismo marcado y al mismo tiempo se hipertrofian.

Clínicamente y en síntesis las alteraciones frecuentes de un paciente con hábito de succión y principalmente de pulgar son:

Incisivos superiores en protrusión, arcos maxilares y mandibulares contraídos, mordida abierta anterior o mordida profunda dependiendo, si existe o no problemas de delusión, incisivos inferiores en linguoversión o deprimidos, labio superior corto o anatómico, labio inferior corto o grueso y enrollado, las narinas pequeñas y subdesarrolladas, el maxilar angosto con la bóveda palatina en forma de "V" invertida y el dedo o dedos que succiona con la callosidad o

Pequeñas mitosis.

Las anomalías que se presentan dependerán de la forma de que se ejecuta el hábito y la edad en se establezca.

Strang divide los aspectos clínicos, en tres fases del desarrollo.

Fase UNO: que es el chupeteo normal de significación clínica que va de los tres meses a los cuatro años de edad, en este período gran número de niños se chupan el pulgar y otros dedos especialmente al dejarlo de amamantar y desaparece generalmente al terminar esta fase.

Si el niño muestra chupeteo específico vigoroso o cualquier tendencia a él, se tomará una actitud profiláctica definitiva por el posible trastorno oclusal.

Es menos perjudicial al término de la fase Uno, la administración del chupete de diseño anatómico, que la succión vigorosa del dedo.

Fase Dos : Chupeteo de significación clínica.

Se lleva a cabo esta fase de dos a cuatro años, aquí es importante una mayor atención por las siguientes tres causas:

- a) Indica a veces ansiedad de significación clínica.
- b) Al final de esta fase, está la época en que el hábito tiene efectos sobre la dentición.

Fase Tres : Chupeteo intratable del pulgar.

Persiste después de los cuatro años, necesitamos una terapéutica dental y psicológica completa.

Este hábito puede acompañarse de otros hábitos accesorios

típicos como : estirarse el pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice, etc. Muchos niños demuestran dificultad para dormir a menos que se chupen el pulgar, también pueden ser otros dedos los que se succionen antes de dormirse.

TRATAMIENTO:

Hay varias opciones que el Cirujano Dentista puede seguir para controlar adecuadamente el hábito de succión digital :

1.- Consiste en explicarle al niño por medios audiovisuales las consecuencias que este hábito de succión puede causar, se le explica también los medios de control del hábito, se le informa que solamente se usarán los diferentes medios de contención en el caso de que el paciente persista en hacerlo.

2.- Se indica detalladamente al niño los daños que se ha causado, o que se esta causando por chuparse el dedo para que tenga plena conciencia de ello.

3.- Por medios audiovisuales le hacemos ver la causa y consecuencia del hábito de succión digital, le mostraremos los métodos para que él elija el que considere más adecuado.

Medios de Contención,

Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona.

Protector de hule rígido en el dedo pulgar.

Placa removible de acrílico tipo Howle.

Arco palatino con ventanas.

Arco Palatino con Picos.

Con algunos niños hay que usar más de un medio de contención para tener éxito , con otros el solo hecho de hacerlos conscientes del hábito es suficiente para que lo eliminen .

Es absolutamente necesario que el paciente tome este tipo de tratamiento, como una ayuda que el Cirujano Dentista le ofrece, para resolver el problema dental, y nunca como un castigo a un "acto Indevido ". A los medios de contención les llamaremos recordatorios.

Primer Recordatorio : Tela Adhesiva.

Generalmente lo iniciamos poniendo tela adhesiva al dedo que el niño acostumbra succionar al igual que el dedo vecino uniéndolos antes del que el niño vaya a acostarse. Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma consciente o inconsciente es signo indicativo de que debemos cambiar por otros aparatos de tipo fijo.

Si tenemos éxito con la tela adhesiva recordaremos a la madre que también durante el día la deba usar el niño.

No debemos hacer presión excesiva con la tela adhesiva en los dedos en que la coloquemos ya que podemos ocasionar problemas de circulación.

Segunda Recordatorio : Protector de Hule Rígido.

Principal objeto.- Control del hábito en el niño menor de cinco años. Su construcción es bastante defectuosa y con frecuencia los bordes del aparato lastima los dedos del niño, lo que nos indica la necesidad de cambiar el tipo de aparato, es cuando el protector

se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda.

Este aparato nos sirve únicamente para controlar un solo dedo y en ocasiones impide la actividad de la mano que tiene el aparato.

Tercer Recordatorio: Placa de Acrílico Howley.

Este recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarlo, la medida del éxito la da el uso que podemos apreciar cuando el niño viene a sus revisiones periódicas y la frecuencia con que pierde el aparato. Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato, menor es el uso que se le está dando.

Cuarto Recordatorio: Arco Palatino con Ventana:

Este consiste en colocar dos bandas en los segundos molares temporales superiores, y soldando a estas bandas un arco palatino en el cual en la región intercanina tiene a su vez soldada una ventana o reja que se está dirigida en sentido lingual, esta reja lingual no deberá interferir con la oclusión ni con la masticación. Este recordatorio es ampliamente eficiente, sirve para controlar los hábitos de succión digital.

El inconveniente, es que interfiere con la correcta dicción durante un período cercano a las dos semanas, también interfiere temporalmente con la correcta masticación de los alimentos.

Quinto Recordatorio: Arco Palatino con Picos.

Es generalmente el arco palatino con picos el que elimina la costumbre totalmente, ya que a los cuatro medios de contención descritos anteriormente, el niño puede acomodar su reflejo de -

succión requiriendo un recordatorio activo del hábito, este aparato consta de un arco palatino el cual está soldado a las bandas — colocadas en los segundos molares superiores.

Los picos se ponen en la zona intercanina del arco palatino— y deben dirigirse hacia abajo en dirección lingual deben ser cortos y no interferir con la oclusión ni con los movimientos masticatorios.

Este aparato tiene el inconveniente de interferir en la correcta dicción durante un período aproximado de dos semanas.

La duración del tratamiento depende directamente del tipo de recordatorio que se use para controlar el hábito.

Mientras más drástico sea el tipo de recordatorio menos será el tiempo de tratamiento.

Metodo de Graber.

Este aparato consiste en una rejilla con espolones adaptados a un arco lingual, unidos este a dos bandas o coronas de acero cromo.

Forma de Elaboración.

- 1.— Toma de impresiones y elaboración de modelos de estudio.
- 2.— Separación de puntos de contacto donde se colocarán las bandas
- 3.— Se fabrica las bandas en los segundos molares superiores temporales, también se pueden adaptar coronas de acero cromo en los mismos dientes, se toma impresiones con alginato y las bandas o coronas se colocan en sus respectivos lugares, para hacer el modelo de trabajo en yeso.
- 4.— Se fabrican un arco lingual sin que toque ningún diente.

5.- También se fabrican anzas y espolones.

6.- Se solda el anza en la parte inferior del arco hacia posterior la base de la anza tocará suavemente con el paladar y sus terminaciones quedarán adelante como espolones sin tocar ningún diente o interferir en la oclusión, tampoco será perjudiciales para el paciente.

Cuando el aparato queda terminado se coloca cementándolo en la boca , para ser colocado el aparato es preferible que el paciente se encuentre ocupado, esto significa que sea durante la época de clases ya que de otro modo el aparato la causará cierto nerviosismo al paciente.

Tiempo promedio de tratamiento en meses, de los medios de contención.

Tela Adhesiva	dos meses.
Protector de Hule	tres a cuatro meses
Placa Howley	seis meses
Arcos Palatinos	ocho meses
Placa Graber	un mes.

Una vez controlado el hábito se procede inmediatamente a corregir las secuelas del mismo. Mordida abierta o cruzada unilateral o bilateral. En múltiples ocasiones se encuentran ambas mordidas juntas.

La herencia más importante de hábito de succión digital es el hábito de lengua.

Es aconsejable que el niño se le recompense por su esfuerzo una vez que ha vencido el hábito.

El Cirujano Dendita puede hacerle un regalo especial.

Método Psicológico.

El criterio actual aprueba que se usen métodos psicológicos o bien estimaticos, por ejemplo, en la primera semana de la cita se le indica al niño que en una hoja anote semana, nombre, edas, y fecha debajo de los días de la semana deberá dejar un espacio lo suficientemente grande para que él pegue sus estrellitas de papel los días que no chupe el dedo, con la idea de que le sirva de guia en el progreso.

Es conveniente mostrarle al paciente hojas de control con estrellitas y dibujos traídas por otros niños que tuvieron el mismo problema, sirviendo esto de referencia únicamente. Se le incita a que tome conciencia que si otros pudieron hacerlo él también podrá.

Se le aconseja que si no quiere mostrarle el progreso a sus padres, sino esperar a que hasta la semana siguiente que tenga la cita, lo cual puede hacerse con toda tranquilidad. Esto será dicho enfrente de los padres para darle al niño su individualidad desde el principio, ya que uno de los factores que predisponen a los hábitos perniciosos de chupar el dedo y comerse las uñas es debido precisamente por privarlos de su individualidad.

Después se le muestra al paciente el problema que el mismo se ha causado por su hábito. Se les hace saber a los padres que normalmente se necesitan tres visitas aunque hay casos que requieren más, las cuales generalmente son cada semana.

En la segunda cita se recibe al paciente que nos muestre sus estrellitas, ya sea que estén completas o que falten algunas nuestra actitud debe ser optimista y se le interrogará a que causa se debe que falten estrellitas y así lo orientamos y aconsejamos.

A continuación le damos un espejo para que observe los detalles que le vamos a mostrar como :

Facies, mordidas abierta, dientes superiores en protrusión, dientes inferiores linguatizados, callosidades de los dedos uñeros uñas largas y sucias.

Una vez captada su atención y la tensión disminuida, se le pregunta sobre sus relaciones escolares y familiares procurando averiguar que es lo que molesta.

Si es necesario después de la cita se le llama a los padres dando nuestras impresiones, indicando la forma en que pueden cooperar con nosotros y con el niño para facilitar la labor emprendida, pues hay casos que requieren la ayuda de un psiquiatra.

Se le toman modelos de estudio y si es necesario fotografías para ver que tipo de deformaciones ha tenido, se le despide sin más insistencia sobre el asunto, dándole a él la tarjeta de visita y recordándole hacer una nueva hoja de control, ya que nos quedamos con la que nos trajo esta vez.

En la tercera visita, o sea dos semanas después el paciente generalmente viene con la hoja llena y una amplia sonrisa.

Lo que primero quiere ver es el modelo de sus dientes que se tomaron en la visita anterior, los cuales deben de estar listos -

se los mostramos y a la vez se los obsequiamos para que en su casa los pueda examinar a gusto. Muchos niños que tienen el hábito de chuparse el dedo frecuentemente, presentan problemas en la deglución, particularmente aquellos que tienen mordida abierta. A estos se les da instrucciones sobre la manera correcta de degluir.

El niño que llegue a la última cita con todas las estrellas - y que mirándonos a los ojos, muestre y conteste con firmeza que - han sido ganadas honradamente, le preguntaremos que si ya cree, - que le podemos decir a sus padres a los cuales llamamos si la respuesta es positiva cerciorándonos de esta manera de que todo este - en orden, sobre todo para participarse las buenas noticias y para indicarles que ya pueden premiar a su hijo por el gran esfuerzo realizado.

Es notable la manera en que progresan de una semana a otra, cuando se les da la oportunidad de ser alguien, dándoles responsabilidad e individualidad y con un pequeño estímulo que premie el - esfuerzo, sin embargo creemos que es más grande la satisfacción - que sienten por haberse conquistado ellos mismos que la idea de - un premio.

CAPITULO

3

REFLEJO DE SUCCION.

La succión es una de las primeras manifestaciones fisiológicas del niño, no es raro encontrar que el hábito de succionar sea una de los más frecuentes y de los que mayor número de maloclusiones puede causar.

Según Kantorowicks, el lactante al alimentarse se está guiando por dos instintos.

Instinto alimentario.

Instinto de chupar.

Para satisfacerlos hay dos reflejos heredados que se extienden a varios grupos musculares coordinados.

El reflejo de deglución.

El reflejo de Succión.

El amamantar con pecho satisface los dos instintos, el lactante toma de los cinco a seis minutos de parte principal de la leche, y en los siguientes minutos donde hay pocas gotas de leche es aquí donde satisface su instinto de succión.

En la usual alimentación con biberón satisface el instinto de alimentarse, pero no el de la succión.

Generalmente se retira el biberón cuando está vacío variando de acuerdo al orificio del chupete y la energía empleada por el bebé, y si todavía el niño no está satisfecho en su necesidad de chupar el lactante intenta seguir succionando su pulgar.

Así podemos llegar a la conclusión, que el hábito de chupar reconoce dos fuentes, la reducción del tiempo de amamantamiento debido a la alimentación con intervalos fijos, en contraste con

la alimentación.

El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar, para lo cual requiere la presencia del pezón, entre - ambas encias causando esto un efecto de sedante.

Para comprender el efecto producido por el abuso de este - acto se expondrán las actividades musculares de la succión normal y posteriormente el esfuerzo desarrollado por el mismo, distribuidos entre las partes componentes del organo masticatorio.

ACTIVIDADES MUSCULARES Y CAMBIOS TISULARES.

- 1.- La mándibula se deprime por la contracción de los mpusculos pterigoideos externos, esto agranda el espacio intraoral permitiendo el desarrollo de una presión negativa.
- 2.- Se contraen los músculos de los labios para impedir que el aire se precipite en la boca destruyendo el vacío creado por - el movimiento descendente de la mandibula: Los músculos labiales en acción son : el orbicular de los labios, el triangular - canino y mentoniano, éstos se estrechan la abertura bucal y redondea los labios como para silvar.
- 3.- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre las superficies oclusal de - los molares, premolares y caninos por el vacío intraoral creado - por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas, esto produce una fuerte presión lingual sobre las posi - ciones posteriores de las arcadas dentarias.
- 4.- La lengua pierde contacto sobre la superficie lingual de los incisivos, caninos, premolares y con la membrana del paladar duro

por la presión de la mandíbula, también cambia de forma la parte central, se deprime por los geniglosos condroglosos, mientras que lo arrollan hacia arriba, el longitudinal superior el estigloso también.

Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua la base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahioideos, estigloso, palatogloso.

5.- Los músculos del paladar blando que son : el tensor y el elevador del velo del paladar se relajan y permiten el descenso de la lengua, cerrando así la faringe y permitiendo que se le forme el vacío.

La succión puede ser continua o consistir en una serie de acciones rítmicas de succión con depresión y relajamiento de los músculos.

La mayor cantidad de presión lingual, se localiza sobre el canino y primeros molares temporales que juntos con los incisivos están protegidos contra esta presión lingual por lo que la lengua es llevada al fondo de la boca arrollándose el niño se ensimisma y recurre al movimiento de succión digital.

A los tres años de edad el hábito se encuentra tan bien cimentado que se dificulta la corrección, con la particularidad de ir volviéndose selectiva.

A esta edad constituye ya un verdadero problema psicológico con la desventaja de que en esta época el niño es muy difícil de tratar, debido a que no es lo suficientemente grande para razonar

y pensar sobre las instrucciones que se le dan, por lo tanto la cooperación que se puede esperar de él, es muy poca o nula.

Los niños pueden recurrir a los hábitos cuando:

Estan ociosos.

Viendo la televisión durante varias horas.

Cuando se sienten molestos.

Cuando tienen sueño.

Los tres primeros casos se ha citado como eficaz remedio el -masticar chicle, en el caso de sueño, la atención de la madre debe ser de distraerlo con un cuento, dándole alguna fruta , etc.

Si el hábito persiste después de los cinco años es posible de que se trate de un hábito compulsivo, bien cimentado con tratamiento inadecuado por parte de los padres.

A esta edad lo más acertado es discutir el tema con el niño y- demostrarle el deseo de ayudarle tratando de obtener de él, la más completa y decidida colaboración.

C A P I T U L O

4

E M P U J E L I N G U A L .

Empiezan con ser normal cuando el niño no presenta dientes, - lleva su lengua hacia adelante y hacia arriba para efectuar la deglución, cuando empiezan a erupcionar los dientes y el niño continúa deglutiendo de la misma forma, ya es anormal pues acostumbre - a meter la lengua entre los dientes y llevarla hacia los tercios - posteriores cervicales de las piezas superiores anteriores para - hacer posible la deglución.

Esta anomalía nos trae como consecuencia una mordida abierta muy marcada, y a causa de la presión que hacen los carrillos sobre los arcos, estos tienden a estrecharse produciendo a su vez apiñamiento y giroversión de los dientes anteriores.

Este hábito es para el ortodoncista causa de muchas anomalías es el órgano susceptible a colocarse en las posiciones más impre- vistas y con más frecuencia que en ningún otro órgano.

La lengua está compuesta de una masa muscular cuyo objeto es - responder por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución succión y masticación.

Pue..en responder con facilidad a los deseos del niño nervioso sobre todo se da frecuentemente al cambio de dentición cuando el - niño intintivamente juega con el diente móvil, y al perderlo sigue introduciendo la lengua en el espacio correspondiente.

No solo sucede en niños sino en personas adultas quien por - algún traumatismo han quedado flojos los dientes anteriores, y que juegan con ellos en el lapso en que se originó dicho traumatismo - y la regeneración natural del parodonto.

Generalmente los pacientes no recurren al dentista para su tratamiento y posteriormente las consecuencias sufridas serán una malposición del diente por la constante intervención de la lengua.

Este hábito de tener la lengua entre los dientes es más grave ya que la posición viciosa de la lengua puede producir por su presión constante, (día y noche) trastornos de estética y funcional.

Si consideramos además , la exagerada fuerza que tiene la lengua formada por numerosos músculos, fácil es comprender el daño y - la deformación que puede producir, modificando la posición de las - piezas dentarias.

La eteología a menudo queda como residuo de chupeteo de algún dedo, con diastemas en dientes anteriores que al sonreír lucen anti estéticos, amígdalas hipertroóficas, hipersensibles. Cuando el niño traga normalmente, sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar, en la parte palatina de los dientes anteriores.

Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados durante los últimos momentos de la deglución. El dolor de la garganta causa la formación de un reflejo nuevo de la deglución y los dientes se acomodan a la presión adicional que ha sido aplicada.

Otros hábitos de la lengua pueden ser:

Descansar la lengua entre los incisivos creando una mordida abierta

anterior o metiendo los bordes de la lengua entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, causando una mordida abierta de incisivos superiores en protrusión, se ha observado en niños con interposición de la lengua.

El Dr. Sydney B Finn dice: Si la interposición produce la mordida abierta permite al niño interponer la lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Puesto que esta interposición involucra solo los músculos linguales sin afectar el tono del labio inferior, ni la musculatura mentoniana que puede aún ser aumentada.

Cuando la succión del pulgar, la interposición de la lengua produce una protrusión e inclinación vestibular de los incisivos superiores aunque además produce una depresión de los incisivos inferiores con pronunciada mordida abierta.

TRATAMIENTO.

Reeducación de la lengua: cuando se trata del hábito pervertido de la lengua se debe investigar la causa de que se haya adquirido este mal hábito por lo general la causa es un hábito pernicioso o el tamaño de ciertas estructuras como; la lengua congénitamente agrandada o la lengua adelantada cuando el niño con amígdalas crecidas, encontramos que así al tragar era menos difícil.

El hecho es que si la lengua se mantiene entre los dientes superiores e inferiores, o sea adelantada entre ellos al tragar los dientes pueden no encontrarse nunca en oclusión.

Con frecuencia en estos casos, si se descubre la causa y -

se elimina lo suficientemente temprano el estado puede corregirse solo o mejorará definitivamente. Por otra parte cualquier entidad de tratamiento mecánico, son hipertróficas u operables deben ser eliminadas, y si la lengua esta considerada agrandada, puede corregirse quirúrgicamente quitando un trozo adecuado en forma de cuña.

Para vencer estos hábitos debe enseñarse al paciente la correcta posición de la lengua en descanso durante el acto de tragar con la ayuda de un espejo, debe mostrársele que lo esta haciendo incorrectamente y decirle cual es la colocación correcta.

Puede ayudar el operador tocando la superficie de la lengua cerca de la punta con un instrumento y el techo de la boca por palatino de los incisivos superiores con otro instrumento y hacer que traiga estos dos puntos de contacto, o hacer que el paciente contenga un pequeño disco con un fragmento de dulce contral el paladar por la cara superior de la punta de la lengua, dicho objeto se debe de mantener en esa posición durante el ejercicio de deglución de la saliva.

Esta práctica debe se repetida hasta que el paciente se acostumbre a deglutir, sabiendo que puede pasar la saliva u otro líquido sin empujar la lengua hacia afuera de los dientes, esta reeducación de la lengua requiere considerablemente esfuerzo por parte del paciente.

Para corregir la lengua adelantada se coloca en la posición descrita, con o sin desco de metal, los dientes y labios cerrados y se le indica al paciente tragar pero manteniendo la lengua en la

posición señalada. En la deglución normal, los labios y dientes se cierran y la lengua se lleva contra la bóveda palatina pero no se adelanta. Debe tomarse un traguito de agua cada vez, antes de colocar las partes en posición correcta, de manera que cuando se trague la garganta no se irrite.

El procedimiento se debe de repetir de diez a doce veces en cada período de ejercicios, efectuando por lo menos tres de estos períodos al día.

El tragar es normalmente un acto inconsciente de tragar en forma correcta, reemplaza eventualmente el adelantamiento de la lengua que acompañaba el acto inconsciente incorrecto anterior. Para quienes necesitan ayuda adicional, para controlar la posición de la lengua y su adelantamiento, se recomienda la estructura en forma de cerco lingual fijo, esto hace imposible los hábitos linguales incorrecto, la estructura en forma de cerco puede ser una delgada capa de acrílico en lugar de alambre.

La cooperación del paciente es indispensable y solo mediante ésta se puede tener resultados favorables.

Los castigos aplicados a niños con este hábito son poco adecuados y no resuelven muchas veces el problema, de ahí debe pensarse que si un niño no recibe un verdadero estímulo para ayudarlo a hacer un gran esfuerzo será dudoso el resultado.

El regaño y el recordatorio constante y delante de la gente que lo rodean no influirá en él favorablemente sino todo lo contrario, lo hará con más frecuencia. Por eso creemos que haciéndole un obsequio o hablándole con palabras cariñosas despertarán-

C A P I T U L O

5

S U C C I O N L A B I A L .

en él el interés y su cooperación será voluntaria.

La etiología de este hábito es parecido a la de la succión digital. Algunos niños a los que se les quitó el hábito de succión del dedo se encuentran que succionando el labio o simplemente mor-diéndolo obtienen la misma satisfacción lograda antes con el dedo y sustituyendo un hábito por otro.

La succión puede ser del labio superior o del inferior siendo más frecuente éste. Al introducirse el labio inferior detrás de los incisivos superiores, se ejerce presión sobre las superficies linguales de los mismos, esto es debido a la actividad anormal del músculo borla de la barba al querer cerrar la boca.

El labio superior se vuelve hipótico al no tener contacto con el inferior. Esta fuerza que produce el labio al deslizarse sobre las superficies de los dientes produce la movilización de los incisivos superiores.

Los efectos producidos por la repetición constante de este acto son :

Protrusión de los incisivos superiores.

Supraoclusión y apiñamiento de los incisivos inferiores.

Jhonsen describe el mecanismo de esta forma:

1.- Se humedece el labio con la punta de la lengua.

2.- El labio inferior se dobla hacia atrás.

3.- La lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante.

4.- El labio inferior se aprisiona entre los incisivos de ambas arcadas y se ejerce una presión, mientras el labio recobra lentamente su posición normal.

Al mismo tiempo el labio más activo, muestra traumatismo, - ya sea, del chupeteo o de los mismos dientes. Cuando el hábito es en el inferior se encuentran áreas hipertróficas por la mordida - de los incisivos superiores, y si el hábito es muy arraigado a la superficie labial de la mucosa alveolar inferior, muestra áreas - localizadas de enrojecimiento y congestión debido al traumatismo que aunque mínima es constante contra el hueso alveolar.

TRATAMIENTO.

Se observa frecuentemente sobre mordida horizontal exagerada no debe intentarse su corrección hasta que los incisivos han empezado a moverse en mejores posiciones, a menos que haya una relación molar clase I , y que la mala relación de los incisivos pueda tratarse con una placa bucal.

Esta plaza bucal es un aparato que se coloca en el vestíbulo de la boca, entre los labios y los dientes con el propósito de - conservar la función de los labios.

Este aparato bloquea eficazmente la entrada de aire por la - boca y dirige la contracción de los labios, corregir las labioversiones simples de los dientes anteriores, superiores para corregir el hábito.

Es útil para fortalecer la acción de los labios y corregir - la respiración bucal.

No debe de colocarse nunca en la boca de un niño que presente cualquier clase de trastornos respiratorios por ejemplo: catarro, asma, ni tampoco aplicarse cuando exista obstrucción nasal.

CONSTRUCCION:

- 1.- Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas y las vaciamos en yeso.
- 2.- Se colocan coronas de acero cromo o bandas en los primeros molares permanentes o en los segundos molares temporales.
- 3.- Se adaptan un alambre de acero de un mm por la parte lingual que se irá desde la banda o corona hasta el espacio entre el primer molar temporal y el canino o entre el canino y lateral.
- 4.- Se cruza el alambre por la superficie oclusal y se dobla a nivel del margen labio-gingival de los incisivos y se lleva hacia el espacio interproximal correspondiente del lado opuesto se vuelve a cruzar el alambre hasta la corona o banda.
- 5.- La parte del alambre localizada en labial no se debe tocar las caras palatinas o dientes anteriores superiores al ocluir.
- 6.- Se solda el alambre auxiliar igual al anterior a la altura del crece, llevándole 6-8 mm hacia gingival se dobla y adapta por medio de la encía, paralelo al arco principalmente doblándolo y soldándolo de ambos lados.
- 7.- Se rebasa con acrílico sin interferir ni en oclusal ni incisal.
- 8.- Se pule y se limpia, se cementa en la boca.

Este aparato debe usarse el tiempo necesario para que el hábito desaparezca. Los ejercicios para los labios ayudarán para la corrección del chupeteo y mordida del labio, pero la mayoría de dichos hábitos se corrigen por sí solos.

Cuando los incisivos están colocados correctamente y mantenidos así por cierto tiempo, si los labios no sellan debido a la protuberancia de los incisivos hay que retardar los ejercicios — hasta que estos sean retraídos lo suficientemente para que los labios ejerzan cierto efecto sobre los dientes.

Casi siempre el labio superior es el perezoso o insuficientemente largo, se puede mejorar su función tratándose de estirarlo hacia abajo sobre el labio inferior en un intento de tocar el mentón.

No debe olvidarse la importancia de los instrumentos musicales, cualquier instrumento musical de viento producirá prácticamente un tono labial adecuado.

Se deben prohibir los instrumentos de una sola boquilla — como el clarinete, en pacientes con hipofunción del labio superior y labioversión de los incisivos superiores.

Si el conjunto nasal está libre y si el paciente no tiene trastornos nasorespiratorios, se podrá colocar durante la noche una tela de celulosa sobre los labios facilitará que permanezcan cerrados. Durante el día el mejor método es hacer que el paciente recuerde su postura labial.

El Dr. Strang recomienda un ejercicio muscular cuando el labio se encuentra hipotónico, que ayude en este caso a eliminar el hábito y a corregir en parte la protrusión.

1.— Posición habitual con los incisivos protruidos.

2.— Extender el labio superior para aumentar la tonicidad y efectuar una fuerte contracción forzada mientras el paciente cuenta —

hasta el número veinte, después se deja descansar el labio. -

3.- Repetir diez veces la anterior.

4.- El número de contracciones aumenta cada día hasta llegar a veinte.

5.- El ejercicio se efectúa por lo menos tres veces al día pero - puede repetirse cuantas veces como el niño lo desee.

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales, cuyas funciones principales son :

1.- Humidificación de aire en grado considerable incluso antes de pasar más allá de la nariz.

2.- Calentar el aire por medio de los cornetes y del tabique medio

3.- Filtración del aire, este es la función más importante.

Tiene importancia estas funciones desde el punto de vista de las alteraciones que pudieran causarse en los pulmones por falta de éstas.

Se presenta la respiración bucal a causa de la obstrucción nasal debida a la presencia de hipertrofia del tejido linfoideo, faringeo y adenoides, por las membranas mucosas congestivas que acompañan a un catarro crónico, asma o fiebre de Heno por espolones óseos del Septum.

Aunque llega a suceder en algunos niños que la respiración bucal se presenta simplemente como un hábito sin que exista ningún defecto intranasal, ha habido controversias acerca de que si la respiración bucal causa la protrusión de los dientes o si los dientes protruidos favorecen la respiración de la boca.

El hecho de que un niño permanezca con la boca abierta no es

indicativo de respiración bucal.

La cavidad bucal u oral en su parte anterior por los labios y por contacto de dorso de la lengua en el paladar blando en la parte posterior la falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza la respiración bucal.

La respiración normal es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio atmosférico en las cavidades bucales y nasales. La componente anterior de la fuerza y otras fuerzas relacionadas con ellas intervienen en el mantenimiento de la posición de los dientes y de la estabilidad del arco.

La protrusión son otras características de la respiración bucal. La protrusión de los dientes se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es la fuerza equilibrante de las fuerzas creadas por los contactos funcionales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los superiores que tienden a desplazarse a los dientes hacia labial, el hábito normalmente compensa la mesialización.

El tejido gingival también se altera produciendo una hipertrofia de la encía y gingivorragia.

El problema de la respiración bucal puede considerarse dividido en dos partes:

- 1.- Respiración bucal por obstrucción.
- 2.- Respiración bucal por hábito.

Respiración Bucal por Obstrucción.

Las cavidades orales y nasal se abren a la faringe en espacios nien protegidos por el tejido linfóideo formado particularmente -

un extremo de tejido conectivo en cuyas mallas hay grupos de células linfáticas y leucocitos.

Este tejido al agruparse como una masa menos diferente o diferenciada en la amígdala lingual. El tejido linfoideo reacciona a la irritación crónica con una proliferación patológica haciendo un foco de infección sistemática que afecta gravemente la amígdala y la salud del niño.

Cuando la amígdala faríngea aumenta de tamaño puede cerrar la acción mecánica de 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 solo nocturno cuando el niño está acostado, ésta postura acumula la sangre en los tejidos irritando y aumenta de tamaño el proceso anormal ya existente.

Este agrandamiento se denomina vegetación adenoides y su único tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica lo antes posible.

Las vegetaciones adenoides se encuentran en los niños de dos a diez 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 y anémico, el Septum o tabique nasal desviado tiene al parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas.

Producen respiración bucal por una aproximación de la pared septal al coneto nasal inferior que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura, los espolones del Septum actúan del mismo modo.

Respiración Bucal por Hábito.

Se presenta en niños que aunque se le haya eliminado la obstrucción, respiran en forma constante por la boca, pero también hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y no presenta respiración bucal.

Para confirmar esto puede tomarse un pedazo de algodón con una pinza de curación y hacercarla a la boca colocando debajo de la apertura de las fosas nasales un pedazo de cartón, si el algodón se mueve al efectuarse la respiración podemos asegurar que el niño tiene respiración bucal.

Casi todos los que tienen este tipo de respiración, pueden respirar por la nariz, pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no cambia gran cosa, en contraste con el notorio dilatamiento nasal del que tiene una respiración normal.

Es notable también la separación de los labios del respirador bucal en los lapsos del descanso, hecho que permite que pueda respirar.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, ejemplo; la clase II subdivisión 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 superior y protrusión de los incisivos superiores.

Se cree 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 de la cavidad glenoidea y modificando

la posición, encontramos también una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana dando el característico perfil huido.

Estos casos es cuando las piezas son llevadas a su posición normal y se obtienen resultados estéticos favorables salvo en casos en que esta deformidad no sea muy leve se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos el labio inferior ocupa un lugar en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores.

Cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviéndose lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares y estos no pueden erupcionar en su altura normal quedando infracuidos.

Así se origina en la arcada inferior una curva de Spee exagerada con pérdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

La arcada superior y su hueso alveolar son presionados lateramente por los buccinadores, tensor de la depresión de la mándibula, la presión muscular estará equilibrada normalmente por la lengua, hay pérdida del contacto con los dientes por la depresión mandibular de modo que la arcada superior y su proceso alveolar se estrechan considerablemente.

Por estar la boca abierta, pocas veces pueden los labios funcionar normalmente, con el resultado que el superior no crece debidamente, es tan corto que en lugar de hacer presión sobre las í coronas de los incisivos superiores descansa sobre el proceso alveolar a la altura de las raíces.

En esta posición produce presión que lleva a estas raíces hacia lingual, mientras que sus coronas van hacia labial por la depresión del labio inferior, que como dijimos, elige como sitio de preferencia para instalarse la posición lingual con respecto a los incisivos superiores, en el espacio entre éstos y los inferiores.

El desplazamiento labial de las coronas de los incisivos superiores tienen lugar gradualmente por la constante protrusión de la lengua cuando el paciente trata de humedecer los labios, anormalmente secos por la respiración bucal.

Generalmente el labio inferior tiene aspecto desagradable, flácido, con hipotonismo. Sufre succión a menudo durante la deglución, lo que a su vez desvía labialmente a los incisivos superiores.

Los bordes de los incisivos inferiores pueden estar en contacto con la mucosa del paladar hacia lingual de los incisivos superiores este estrechamiento excesivo se debe en la mayoría de los casos a la falta de crecimiento vertical de la región molar y premolar de la mandíbula y una supraoclusión de los incisivos inferiores.

Esto último como en gran parte, resulta de la presión lingual del labio inferior, contrarrestando la tendencia natural de estas piezas a colocarse en la línea de oclusión.

La fuerza natural de crecimiento hacia adelante y arriba unida normalmente a la posición correcta a los incisivos inferiores encuentran resistencia en la fuerza irresistible del labio inferior y se manifiesta elevando a los incisivos por encima de la línea de oclusión.

TRATAMIENTO:

Cuando ya hemos diagnosticado que un niño tiene respiración bucal haremos lo siguiente:

- 1.- Eliminar la causa con la ayuda del otorrinolaringólogo.
- 2.- Tratamiento de la maloclusión que haga posible y fácil la aproximación de los labios.
- 3.- Restauración del tejido labial a su tamaño , tono y función - normales.
- 4.- La primera y principal parte del problema estará en la mayoría de los casos a cargo del otorrinolaringólogo.

Hay dos tipos de pantallas orales:

Pantalla de Flexi-glas.

Pantalla de Acrílico de autopolimerización.

Pantalla de Acrílico.

- a) Se toma impresiones con alginato del maxilar inferior y superior y se saca el positivo en yeso.
- b) Se montan los modelos en su articulador de bisagra.
- c) Con los modelos en oclusión se rellenan de yeso los espacios que tengan retención, dejando una superficie continua entre el modelo superior e inferior.
- d) Se diseña la pantalla oral siguiendo el contorno de la línea muco gingival, llevándose aproximadamente dos o tres partes de mm antes - del fondo del saco, extendiéndose hasta la región de los caninos, o de los primeros o segundos premolares si se desea dar mayor reten-

ción a la pantalla.

- e) Se bordea con cera negra el contorno de diseño.
- f) Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera procurando dejar una superficie tersa.

Pantalla Oral de Plexi-glas.

Material:

Plexi-glas en hoja.

Papel de estaño.

Segueta.

Banda de Hule.

Construcción.

- a) Se toman modelo superior e inferior y se preparan en la misma forma que los empleados para la pantalla.
- b) Una vez diseñada la pantalla colocamos el papel de estaño, lo adaptamos al modelo y recortamos el sobrante.
- c) Recortamos el papel de estaño sobre el Plexi-glas y dibujamos con lápiz para celofán el contorno del papel.
- d) Con la segueta recortamos el plexi-glas guiándonos por el diseño.
- e) Calentamos la pantalla de plexi-glas en una lámpara de alcohol procurando no mantenerla mucho tiempo en la flama, únicamente deberá reblandecerse.
- f) Colocamos la pantalla reblandecida sobre el modelo y presionamos con la banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable ponerle al niño unas cintas-

de tela adhesiva transparente en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si es paciente tuviera una ligera protrusión, lo corregiremos ayudándonos de la fuerza del músculo orbicular de los labios si este es el caso de cada 30 días podemos recortar ligeramente los modelos sobre los que se construyó la pantalla, si ésta es de acrílico se le hará un rebase por la parte que va en contacto con los dientes; si es de plexi-glas se recalentará y adaptará con la banda de hule.

Los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios, si se practican rutinariamente con regularidad y perseverancia les devolverán su tamaño y tono normales.

Si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta se le puede poner el siguiente ejercicio.:

- 1.- Poner la punta del dedo índice sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula para que el niño pueda sentir los movimientos de contracciones y relajamiento.
- 2.- Juntar los dientes.
- 3.- Contraer y aflojar el grupo de músculos masetero y temporal asegurándose que la mandíbula permanezca inmóvil.
- 4.- Mantener los músculos contraídos hasta que el niño cuente - hasta el diez y luego aflojar los músculos.
- 5.- Se repite cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento.
- 6.- Se aumentará después a veinte, este ejercicio se hará con regularidad tres veces al día sin que el esfuerzo muscular sea exagerado.

Ejercicio de Wilson para los músculos Faciales.

- a) Llevar los molares del maxilar y mandíbula a la posición de la oclusión y mantenerse en ella.
- b) Contraer todos los músculos de un carrillo con lo que el ángulo se contrae en línea recta hacia atrás.
- c) Conservar esta posición de empuje todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.
- d) Conservar tensos estos músculos, aspirar profundamente el - aire y dejarlo escapar con lentitud.
- e) Repetir los mismos movimientos del lado opuesto.

Cuando este ejercicio se hace con frecuencia (diez o cincuenta veces al día) fortalece el orbicular de los labios y los múscu los asociados de los labios y carrillos.

C A P I T U L O

7

A U T O M U T I L A C I O N .

Las lesiones autofingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente, ya que es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia de la que se conoce, pues verdaderamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto, a menos que sea observado cuando lo están practicando.

En la mayoría de los niños estará involucrado un problema emocional, y el Cirujano Dentista deberá orientar a la familia a un servicio de consulta competente.

Se ha observado que niños de apenas cuatro años de edad, se traumatizan los tejidos gingivales y adherentes con la uña, a veces hasta el punto de destruir el hueso alveolar.

Ficher dice que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de quince años que en un niño de quince semanas de nacido.

El caso de una niña de catorce años en el que se provocó un demudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores lo cual se lo ocasionó con una uña y un alfiler de gancho, también se mordió la cara interna del carrillo por lo cual, había grandes zonas de necrosis.

Los padres de la niña no tenían noción de la existencia de éste hábito en la niña, ni en la causa de las ulceraciones en el carrillo, ya que la hija no les había revelado que se las había causado por si sola.

Esto fué revelado por la historia clínica ya que era una niña mal adaptada en el hogar y en la escuela. Se mando a una clínica de orientación infantil lo cual condujo a la solución del hábito.

Aunque la automutilación no es frecuente a veces los niños — se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. El Cirujano — Dentista debe tener en cuenta la incidencia de esta situación y — resolver el problema, como si fuera otro hábito con el de la suc— ción digital.

Se debe hacer un intento por determinar la causa; si se descubre que es a causa de factores mentales locales, puede ser corrigi da más fácilmente, si fuera por un factor emocional.

Al parecer la automutilación es una escapatoria de la realidad la tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar en nuestros pacientes.

C A P I T U L O

8

E M P U J E D E F R E N I L L O .

A pesar de que se cita como poco frecuente, si los incisivos cantrales superiores presentan diastemas, es posible que el niño llegue a colocar el frenillo labial y mantenerlo ahí durante varias horas.

Esto puede ejecutarlo muchas veces, como juego o demostración con sus compañeros, o puede convertirse en un hábito pernicioso capaz de mantener la separación de los incisivos centrales con el mismo efecto de un frenillo normal.

C A P I T U L O

9

M O R D E D U R A S D E U Ñ A S .

También llamado onicofagia y hábito de roerse las uñas es también frecuente en los niños y se desarrolla después de la edad de la succión.

Se manifiesta generalmente en niños con una tensión bastante alterada, con un desajuste social psicológico sin mayor importancia que el hábito en sí, pues solo constituye un síntoma de un problema fundamental. Esto no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusión alguna, puesto que las fuerzas o esfuerzos realizados al morderse las, son similares a los aplicados al cortar los alimentos.

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

Hay muchas personas que se muerden las uñas, además de los trastornos bucodentarios que ocasionan es pertinente mencionar que el repugnante aspecto que presentan los dedos con las uñas semidestruidas y que originan la pérdida de la belleza de las manos especialmente en las mujeres.

Los que frecuentemente se muerden las uñas tienen aparentemente un hábito inocente, pero pueden producir en casos extremos una maloclusión.

Algunos autores clasifican a los roedores de uñas como enfermos de tipo neuróticos, tanto que se toma en cuenta al ser examinados por psiquiatras. Al parecer se debe a una tensión emocional contenida, por conflictos psíquicos, sentimientos de agresividad poca atención de los padres o de otra persona.

El paciente nervioso está especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o indaptabilidad social.

Hay casos en que este persiste durante toda la vida, pero - con frecuencia, por ser una costumbre reprobable, llegue a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad. No es raro ver sustituido este hábito por el mordisqueo de lápices, de los labios o carrillos.

El comer caramelos y fumar suelen ser recursos para desviar esta hábito, el cual por otra parte suele tener recaídas más o - menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional por cualquier causa.

TRATAMIENTO.

Es una costumbre reprobable por lo cual los pacientes dejan este hábito por si mismos. Algunas veces dan resultados, debiendo emplear la persuasión y el convencimiento para que el individuo - que padece esta hábito lo abandone.

El resultado del abandono de este hábito puede producir en - el paciente una sensación de superación por su control personal.

CAPITULO

10

ABERTURA DE PASADORES

DE PELO

Y

BRUXISMO.

Es un hábito pernicioso frecuente la abertura de pasadores con los dientes antes de colocarlos en el pelo.

En pacientes con este hábito se han observado los incisivos con muescas y dientes parcialmente denudados de su esmalte vestibular.

El llamarles la atención sobre los perjuicios que les está causando suele ser suficiente para romper el hábito.

Existe una gran variedad y sobre todo es tan individual el hábito relacionado con cuerpos extraños que al hacer la historia clínica del paciente, no debemos pasar por alto la posibilidad de un hábito relacionado con un cuerpo extraño llevado a la cavidad bucal y que pudiera ser el causante del problema que hayamos diagnosticado.

BRUXISMO.

También llamado Eriomanía, es el hábito de hacer rechinar los dientes o apretarlos.

Aunque frecuentemente los niños hacen rechinar los dientes durante el sueño a causa de trastornos nerviosos o perturbaciones psíquicas, éste hábito puede derivar de una oclusión traumática de una dentición defectuosa o de quistes dentígenos, generalmente es nocturno, es raro que se presente en el día.

Las causas de rechinar dientes en adultos son : Oclusión traumática, irritabilidad nerviosa y disfunción endócrina.

Los problemas originados por éste hábito dependerán del tiempo y la fuerza con que el niño lo ejecute, a veces lo hará tan fuerte que se escuchará a distancia, cuando se manifiesta en los

dientes y dolor frecuente en la región de la articulación temporomandibular, presentándose el dolor principalmente por la mañanas.

El Brixismo es un constante trauma oclusal, por lo que mencionaremos brevemente los efectos nocivos que produce en el paciente:

Manifestaciones Clínicas :

Hemorragia, trombosis y necrosis, aumento de la membrana paradontal y de la densidad del hueso alveolar porque la fuerza que recebe es intermitente y actúa como estímulo.

Si es excesivo el trauma, las fibras apicales son seriamente reafectadas causando necrosis del tejido y reabsorción del hueso alveolar en cuanto a extensión y lugar , dependiendo de la intensidad del trauma, la resistencia y grado de separación de los tejidos y la forma y tamaño de la raíz.

Podrán ser separadas las lesiones ocasionadas por el bruxismo cuando eliminemos las fuerzas excesivas, pero solo estas continúan ejerciendo su acción si la resistencia del tejido es baja, encontraremos movilidad en los dientes.

Este hábito suele encontrarse en niños que además de ser muy irritables, manifiestan otros hábitos, como succión o la onicofagia.

TRATAMIENTO.

Ya que es un hábito que se presenta generalmente durante la noche, construiremos un aparato que se llama Guarda Nocturna.

Puede ser de acrílico o de un material flexible para que resea usada exclusivamente en las noches, van a impedir el contacto en los dientes que se producía durante el rechinar.

Si queremos que nuestro tratamiento sea más efectivo, solicita^{re}mos la colaboración de un psiquiatra o un médico, según sea la etiología del hábito.

Construcción de la Guarda Nocturna.

- 1.- Tomaremos impresión del maxilar superior y se saca el modelo en yeso, generalmente se construye para la arcada superior, aunque también puede ser la arcada inferior o en ambas arcadas según sea la gravedad del caso.
- 2.- Se reblandecen tres hojas de cera rosa en forma de herradura y se coloca entre los dientes del paciente.
- 3.- Se le ayuda al paciente a cerrar en relación céntrica hasta 1 ó 2 mm de la oclusión normal.
- 4.- Este registro en cera lo ponemos sobre el modelo con un instrumento calientes y se recorta el exceso.
- 5.- En las caras labiales y palatinas se agrega una hojar de cera a la base rectangular y con lo que se obtiene un patrón en forma de herradura. La cera del lado palatino será llenada hasta la periferia del proceso alveolar y por distal hasta la base de la tuberosidad.
- 6.- Con la espátula caliente se unen y se alisan las porciones oclusales, vestibular y palatina.
- 7.- En la mitad de una mufla se coloca el modelo con la cera y se aplica un separador, luego se vacia la otra mitad en yeso piedra.
- 8.- Ya que ha fraguado el yeso, se elimina la cera con agua hirviendo y se separan las dos mitades.
- 9.- Se prepara el acrílico mezclado el polímero con el monómetro, se empaca el material en la camara del modelo.

10.- Se cierra la mufla y se prensa.

11.- Ya bien presentada la mufla , se separan las dos mitades de mufla y se recortan los excedentes del material.

12.- Se prensa nuevamente y así se mantiene después de curada la resina (el tiempo de curación de resina sera de dos a dos horas y media).

13.- Se deja enfriar y se separan las dos partes de la mufla y se retira la guarda.

14.- Se recortan los excedentes y se pule.

Para confeccionar una guarda de tipo flexible existen materiales a base de hule espuma fácil de manipular.

El material se amolda con los dedos sobre el molde de yeso piedra, para obtener la férula con la conformación deseada, para curar se coloca en un calentador seco a 350 grados F.

Este tipo de guarda es el más recomendable que el de acrílico, por su consistencia flexible es más cómodo y menos molesto .

Si hay una malposición sencilla esta puede corregirse con el guarda nocturna de este tipo, colocando en el modelo de yeso los dientes en la posición deseada y así confeccionamos el aparato por su consistencia elástica permite a los dientes colocarse en su posición correcta.

CAPITULO

11

SUCCION DE CHUPETES

Y

MAMILAS .

El chupete debe tener una consistencia dura y su forma y tamaño debe corresponder a la del pezón esto según Hausser.

El chupete "Poupon" de Drey Fuss cumple con estas exigencias. Similar a este son los chupones "Natura y Mutter" Gluck, - Grassler ha dotado al chupete ordeñador, para darle mayor resistencia a la compresión de una parte la tetilla de goma maciza. Solo el centro queda un conducto angosto por el cual corre la - leche. Estas razones Gyorgy-Algyay recomiendan aplicar un trozo - de esponja de goma de chupete adecuadamente forzada y perforada - en su parte anterior.

El chupete de mamadera Nuk de Balters-Muller tiene un concepto anatómico y funcional. La tetita del nuevo chupete imita en su parte superior la forma del paladar y en su cara inferior a la parte superior del maxilar inferior de un lactante, en su forma - ideal. Tiene además una placa superior e inferior o escudo labial que permite al libre movimiento del maxilar inferior para la cual esta más encorvado en su parte inferior que en la superior. La - placa no es circular sino acorde con lo ancho de la boca, gracias a esta nueva forma de chupete hay un alivio de presión en el centro del paladar y la presión de la lengua dirigida hacia adelante y del maxilar inferior dirigida hacia arriba, durante el proceso de amamantamiento es transformada en una presión lateral biológicamente más favorable y es estimulado el crecimiento longitudinal del maxilar hacia adelante como el chupete ancho, llena la cavidad bucal en sentido horizontal, se impide a la vez, la nociva -

succión de la mejilla hacia adentro.

Usadel, experimento y examinó el chupete Nuk y determino -- los movimientos de succión, comparó la alimentación, al pecho del -- mismo lactante resultado con las mismas condiciones de alimenta- -- ción y tiempo que había amplia concordancia entre el trabajo mus- -- cular y la siguiente fatiga del órgano masticatorio infantil en -- ambos casos.

Esto es importante pues no solamente el modo sino también -- la forma de tomar el biberón debe ser iguales a los del amamanta- -- miento. También Olsen, por experiencia seriada encontró relacio- -- nes entre la frecuencia de hábito de succión relaciones de tiempo -- empleados para cada comida, niños que muy lentamente se succionaban mucho más raramente que los niños que terminaban rápidamente las -- comidas.

La mayoría de los chupetes tienen aberturas demasiado grandes de modo que el biberón queda vaciado en pocos minutos a causa del -- cansancio insuficiente del niño se mantiene el deseo de succión -- y da lugar al chupeteo del dedo, por lo tanto los chupetes tendrían que permitir solo un flujo reducido de la leche para alargar así -- la duración de la comida hasta por lo menos de 15 a 20 minutos.

Kantorowicks, opina que el peligro de adquirir el hábito de -- succión se limita a la época entre el aprendizaje de movimientos vo- -- luntarios de los brazos es decir, desde más o menos la sexta semana hasta que se acostumbra el niño a las comidas con intervalos fijos -- y además con una pequeña y corta limitación de los movimientos de -- los brazos.

En aquellos casos en que existe el peligro de que los niños se acostumbren a succionar cuando no comen.

Si bien debe imprimirse la succión de los dedos se puede -- en vez de esto recomendar el uso de chupete al cual es más fácil -- desacostumbrarse, sin embargo los chupetes comunes pueden causar -- las más diversas modificaciones.

El chupete Nuck con escudo labial y anillo en dos modelos -- uno para boca sin dientes y otro para dentadura temporal.

El primero es expresamente profiláctico, el segundo es un modelo de terapéutica precoz formador de boca y maxilares.

Por razones psicoterapéuticas y para el óptimo desarrollo de los órganos masticatorios debería empezar con el uso de este chupete en el primer año y antes de la llamada "edad de Porfia", es decir, a una edad en la que se puede emplear los aparatos de regulación usual.

En los niños amamantados con biberón y con tendencia a chupar -- se empieza por razones profilácticas ya desde el nacimiento con el -- nuevo chupete de chupón anatómico y al mismo tiempo con el tranquilizador.

Las mamilas corrientes y comunes que por lo demás resulta inadecuados para sustituir el amamantamiento normal suelen ser demasiadas -- largas, penetrar excesivamente en el paladar con todo esto, posiciones inapropiadas de la lengua.

Quando el niño es alimentado con los chupetes convencionales, se producen los estímulos musculares necesarios para el desarrollo de su aparato masticatorio. Al obstaculizarse la ventilación por presión de la mandíbula lo obliga a respirar por la boca tragando aire al mismo-

tiempo que se alimenta pues obliga a la mandíbula a efectuar los - - movimientos en una sola dirección y como no le cuesta trabajo extraer el alimento del biberon fácilmente vacía su contenido sin esfuerzo - muscular.

En diversas circunstancias la madre puede amamantar a sus hijos por lo que se ve obligada al uso de biberones de tipo comercial. La - solución más adecuada a este problema será el uso de tetillas anatómicas que por su construcción de los músculos masticadores.

El Chupete esta diseñado para funcionar como sigue:

El chupete es succionado dentro de la boca hasta que se encuentra plana y ancha.

El reflejo de la succión y los labios se cierran sobre la parte - externa del conducto del chupete.

CAPITULO

12

EFFECTOS .

El respirador nasal empieza, al cierre de la mandíbula es -
estimulado al contacto del chupete contra la superficie palatina.

El niño extrae la leche de la parte anterior del chupete -
por la presión de la lengua hacia arriba y los movimientos de la -
mandíbula.

Si al tratar el bebé de extraer la leche del biberón hace -
presión en sus labios y mandíbula, cierra el conducto del biberón -
si suspende esta acción del cierre, la acción de succionar si podrá
transportar la leche de la parte anterior del chupete a la boca.

Este tipo de chupete ayuda a la succión satisfactoria y fomenta
el ejercicio de los músculos orales propazando así al niño para-
la transición temprana del amamantamiento infantil y los hábitos de
la boca a patrones maduros.

Respecto al empleo del chupón al que tantas madres le tienen -
aversión y no pocas pedriatras prohíben en absoluto basados sin duda
en postulados de higiene muy importantes pero que generalmente son -
mal interpretados no siempre son causa de perjuicios que se les achaca
can. La mayoría de las veces son una gran ayuda para la madre que -
quiere tranquilizar a su hijo, ya que siempre es más fácil la elimi-
nación del chupete que la del hábito de succión.

El igual que las tetillas anatómicas la casa Rocky Mountain -
tiene chupones construidos especiales para evitar el desarrollo de -
anomalías provocadas por los chupetes para evitar el chupete de uso -
normal y común, el objeto de los ejercitadores, como su nombre lo -
dice es ejercitar los tejidos bucales como en la succión normal que

se ejecuta en los primeros años de vida.

Las partes del ejercitador se adaptan a la cavidad oral en la misma forma que el chupete. El propósito de los ejercitadores es iniciar la capacidad de incitar al niño a cerrar los labios y mandíbula durante su uso.

El propósito es permitir la respiración en virtud de que se incita a cerrar los labios.

Uso de los ejercitadores:

El primer ejercitador es usado como sustituto del dedo y como estimulante de la actividad muscular durante el primer año de edad.

El segundo ejercitador es usado como sustituto avanzado del dedo - como posible termidor del hábito , es usado después del año o cuando el primer ejercitador pierde su forma .

El niño deberá ser instruido en el uso del ejercitador en casa, en las noches o cuando se crea conveniente.

Atravez del uso combinado de los chupetes ejercitadores de los músculos orales y faciales son hábitos más saludables que favorecen la alimentación y la actividad oral.

CONCLUSIONES .

Es una condición indispensable la asistencia odontológica para la prevención de condiciones favorables u de procesos destructivos,-- asi como los tratamientos correctivos o terapeuticos.

La primera visita del Dentista no debe ser cuando se tenga el primer dolor de alguna pieza dentaria, sino para el exámen y la limpieza de la dentadura y hasta para una primera lección práctica sobre el uso del cepillo dental, esta visita no debe demorarse más alla de -- los tres años.

Las visitas deben ser sistemáticas de seis en seis meses o con -- los intervalos que el Dentista recomiende.

Si los padres siguen este programa pueden estar seguros de que -- la enfermedad dental de sus hijos se diagnosticará y se tratará a tiempo de que el niño no contraiga un temos irracional a los tratamientos odontológicos, y que pronto se acostumbrará a no descuidar las prácticas de higiene dental.

La influencia más poderosa en los hábitos de higiene dental del niño no es la del Dentista ni del maestro, no de los compañeros de clase o de juego, sino el ejemplo de los padres.

Estas circunstancias hacen recaer sobre los padres una enorme -- responsabilidad, pero también grandes oportunidades de encausar al niño por el buen camino de una vida sana.

Desde el punto de vista eteológico, intervienen factores psico-- lógicos, por lo tanto es indispensable tratar las causas y no solo los síntomas, considerando al paciente como un hombre integral.

Puede haber trastornos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, estáticos y determina en cierto grado la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en si mismo.

Se hace hincapié en que se tengan los medios audiovisuales adecuados para poder informar debidamente al paciente de nuestras intenciones y de las metas que estamos persiguiendo y que logramos mediante el trabajo y la cooperación de ambas partes - al poder valorar al niño individualmente haciéndole una correcta evaluación del hábito, el odontólogo tiene una gran ventaja sobre el pediatra y psicólogo pudiendo determinar y dictaminar cuando se deba o no efectuar un tratamiento interceptivo del hábito, que sin lesionar el aspecto psicológico puede construir a un mejor desarrollo de su cara y de su oclusión.

En la edad preescolar es preferible el uso del chupete -- tranquilizante de diseño anatómico que la succión digital, el Cirujano Dentista podrá interferir exitosamente en el hábito oral cuando logre concientizar al niño del daño que se esta causando en sus estructuras faciales.

Se puede motivar por medios psicológicos, ortodónticos o una combinación de éstos, para que abandone el hábito, esta es la oportunidad de prevenir otros malos hábitos orales.

BIBLIOGRAFIA.

- Finn Sidney B. Odontología Clínica
Editorial Bibliográfica
Argentina, 1976.
- Vol. XXXIX No. 2 Revista de la Asociación
Dental Mexicana.
- Graber T.K. Ortodoncia, Principios y -
Práctica.
Editorial Mundi, Buenos Aires
- Anderson G. Ortodoncia Preventiva
Buenos Aires , Mundi.
- La deglución Atípica Editorial Médica Panamericana
1977.
- Vol. XXXIII No. 5 Revista de la Asociación Dental
Mexicana.
- Chateau Ortodoncia.
Editorial Madrid.
- Barnett Tratado de la Oclusión en la
Odontopediatría.