



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"CAUSAS DE MALA OCLUCION DE
DIENTES ANTERIORES"

*DIRIGI Y REVISÉ
10-11-83.*

revisado

CID. JOSÉ E. ESCOBILLO P.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

PEDRO MANZO YEPEZ

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.

I N D I C E

INTRODUCCION

I. HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES NORMALES:

- a) Hábitos de succión
- b) Hábitos anormales de respiración
- c) Hábitos anormales de la fonación
- d) Hábitos anormales de la deglución

II. HABITOS DIVERSOS:

- a) De la lengua
- b) De los labios
- c) De los carrillos
- d) De llevarse cuerpos extraños a la boca
- e) De morderse las uñas
- f) Bruxismo
- g) Frenillo
- h) Dientes supernumerarios

III. HABITOS DE POSTURA:

- a) Presiones anormales de diferentes elementos
- b) Hábitos al dormir
- c) Hábitos al estudiar
- d) Hábitos de la mímica.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el hábito se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al inconsciente.

Los hábitos perjudiciales causantes de las malposiciones dentarias son aquellos que encontramos comunmente al hacer una historia clínica dental; la importancia de determinar un hábito es un factor valioso en la terapéutica de un caso de malposición dentaria.

Es muy difícil aconsejar acerca de la interferencia de hábitos sin entrar en conflictos con la diversidad de opinión de los ortodontistas. Sin embargo, si los hábitos perjudiciales prosiguen puede ser grande la futura lesión, originando una cavidad oral con disfunciones.

Al forzar a un niño a romper un hábito por medio del castigo puede ser contraproducente, pero si el niño desea interrumpirlo porque comprende que es perjudicial para la correcta disposición de sus dientes, entonces sí se puede intervenir para ayudarlo. Se pueden colocar en su boca algunos aparatos que a manera de recordatorio le informe cuando esté por recaer en su hábito. Estos recordatorios, tienen éxito en algunos casos y fracasan en otros. Cuando fracasa, el niño puede tor

narse nervioso e irritable y también puede derivar a otro hábito menos aceptable. En los casos de éxito mejora la disposición dentaria, también suelen utilizarse Métodos Psicológicos con un grado variable de éxito.

Los malos hábitos en la etiología de las malposiciones dentarias, STRANG los cataloga entre las causas post-natales, como los factores circundantes o proximales. En este grupo coloca todos los factores etiológicos que no se refieren a los elementos estructurales de las arcadas dentarias propiamente dichas. En su mayor parte su acción repercute directamente sobre las piezas dentarias o sus estructuras óseas de soporte, produciendo un caso de maloclusión y alterando el equilibrio de fuerzas que actúan normalmente sobre las estructuras orales.

Tomando en consideración que la maloclusión es uno de los problemas que se presentan con frecuencia y que todo Cirujano Dentista debe tener, por lo menos, los conocimientos básicos para poder prevenirla, o en todo caso, saber cómo corregirla.

La maloclusión en dientes anteriores es muy frecuente en la población infantil, presentándose más en el infante que en el adulto, por las etapas de desarrollo que va presentando el niño.

El origen de casi todas las maloclusiones por lo regular son hábitos patrones aprendidos de contracción muscular, cier

tos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación correcta.

Los hábitos que debemos tomar en cuenta son aquellos que están implicados en la etiología de la maloclusión.

Los patrones habituales de conducta muscular están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, problemas psicológicos, succión de carrillos, bruxismo, etc., por lo tanto, no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse de los hábitos.

Se debe asumir un papel preventivo en la población infantil donde los tratamientos en casos iniciales requerirán de una aparatología menos traumática que en los adultos, donde se requiere de tratamientos complicados y traumáticos.

C A P I T U L O I

HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES NORMALES.

HABITOS DE SUCCION

Sin duda, este hábito, bajo diversas formas, es una de las causas principales y más frecuentes de las malposiciones dentarias. Esto no debe sorprendernos porque la función de la succión es una de las primeras manifestaciones de la actividad fisiológica en las estructuras del órgano masticatorio.

El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar, esto requiere normalmente la presencia del pezón entre las encías superior e inferior, o la presencia de un dedo o de artículos habituales que producen aproximadamente el mismo efecto sedante. Para comprender el efecto producido por el abuso de este acto se deben conocer las actividades normales de una succión normal.

Uno de los efectos producidos y el más importante es la malaoclusión, y el tipo de ésta depende de la posición del pulgar que es el más frecuente de succionarse, o de la ayuda combinada por la presión firme de otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano y el brazo la forzan continuamente a adoptar una posición en retrusión. Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar. La fuerza muscular de los carrillos produce contracción del arco maxilar, el labio superior se vuelve hipotónico y el inferior está presionado por los incisivos superiores.

Existen algunos aparatos para romper o evitar el hábito de succión, pueden utilizarse rejillas o enrejados tanto fijos como removibles.

Los removibles pueden ser fabricados de metal y acrílico; y los fijos con bandas y también con coronas montadas a las que se les agrega un arco lingual de alambre soldado.

Pueden ser empleados otros dispositivos como por ejemplo guantes de tela para el pulgar u otros dedos; también dedos de aluminio guantes de malla de alambre y algunas sustancias desagradables; todos éstos son a menudo recomendables aunque su eficacia no es frecuente. No obstante, el recordatorio más higiénico y constante que interfiere en una forma bastante efectiva - en el acto de succión es un aparato que separa el pulgar del paladar, así la succión no se produce y el acto es ineficaz.

El aparato consiste en los ya mencionados enrejados o rejillas que se fijan por medio de bandas o coronas en los primeros molares primarios a cada lado del arco superior; la rejilla la forma una sola barra o una armazón con varias barras, dichas barras deberán estar separadas del paladar alrededor de $3/16$ de pulgada en la línea media.

Habitualmente el reflejo de llevar la mano hacia la boca desaparece en pocas semanas y el aparato puede retirarse; si el hábito reaparece el aparato puede volver a colocarse por más tiempo.

HABITOS ANORMALES DE RESPIRACION.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- a) Por obstrucción
- b) Por hábito
- c) Por anatomía

a) Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

b) El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo.

c) El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

En los hábitos anormales de respiración, encontramos el hábito de Respiración Bucal que es causado por desviaciones de procesos funcionales normales; los casos más frecuentes de respiración bucal son: Hipertrófia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides, y algunos defectos intranasales.

Para que se establezca la respiración bucal, es necesario que el niño presente su boca abierta con los labios separados y que la lengua asuma una posición baja y hacia adelante respecto a los dientes y los maxilares. El diagnóstico nunca debe efectuarse por la simple apariencia de la boca abierta, si no se comprueba la falta de cierre de la parte posterior, enviando a

el paciente al Otorrinolaringólogo.

Este hábito puede estar referido a las horas de sueño, cuando el niño está acostado y 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.

La eliminación de la causa de esta anomalía comprende:

- 1) Intervención quirúrgica 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, tóno y función normales.

La primera parte del problema está en manos del Otorrinolaringólogo competente, el segundo punto se logra por medio del ejercicio de una buena Ortodoncia Preventiva, el tercer punto es conveniente indicarle al paciente ejercicios musculares; el del orbicular de los labios ayuda bastante. Se aconsejan ejercicios masticatorios que pueden emplearse para obtener estabilidad en los tejidos óseos de soporte dentario y para fortalecer los músculos masticadores, éstos están siempre débiles y poco desarrollados en los respiradores bucales.

Métodos para comprobar que el niño respira por la boca o nariz. Hassler y Zvemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz.

Si el niño respira sin dificultad al pedírsele, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y bucci

nador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumbando dando un maxilar superior en forma de "V" y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca.

El protector bucal bloquea el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación del aire a través de orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno de asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores.

Un método que creo es el mejor para erradicar el problema, es el de la colocación de una PANTALLA GEM, construida de acrílico, que se inserta en el vestíbulo de la boca entre los labios y los dientes. Se usa en el transcurso del sueño de modo que

el paciente se vea obligado a respirar por la nariz. Dicha pantalla debe extender sus límites superior e inferior hasta el sugco mucogingival y en la zona posterior hasta preolares. Se puede usar también conjuntamente un trozo de tela adhesiva para evitar que durante la noche se desaloje dicha pantalla.

HABITOS ANORMALES DE LA FONACION.

Algunos niños que hablan sin claridad, especialmente sesean, lo hacen porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria. Estos hábitos producen desviación labial de los incisivos o infraoclusión de los mismos.

El estudio detenido de la posición ocupada por la lengua, de los niños con defectos de pronunciación revela a menudo causa de maloclusión. Para combatir estos hábitos el Ortodontista necesita la cooperación de un especialista en Ortolalia, que enseñará al paciente a vencer los defectos fonéticos, eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo agente generalmente es la lengua.

HABITOS ANORMALES DE LA DECLUSIÓN.

El niño al nacer, debe alimentarse con leche materna; fisioló-

gicamente los dos problemas más importantes son: primero el físico-biológico, mediante el cual el niño lucha por alimentarse, los pequeños músculos tienen que hacer una fuerza extraordinaria para lograrlo, realizan un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales; segundo, el niño mamando en los brazos de la madre adquiere un sentimiento de seguridad, alegría y de protección.

En la actualidad se ha suplido en ocasiones esta función con mamas artificiales, éstas largas y con grandes agujeros llenan completamente la boca del niño, ya que el chupón se extiende hacia atrás hasta el área blanda del paladar, por lo tanto, el niño no tiene mucha necesidad de mucho trabajo de su parte, no usa pues el dorso de la lengua ni los labios de una manera constante. Muchos niños empiezan así su vida, y nunca tienen la oportunidad de aprender a succionar y a deglutir debidamente.

Así podemos observar, cómo principia el hábito de deglutir incorrectamente y es común encontrarlo asociado con el hábito de chuparse los dedos, esto es pues un círculo vicioso en el que el niño aún inocente no ha tomado parte alguna al comenzar dicho hábito.

La deglución pervertida se origina por una presión entre los dientes en todos los actos de deglución por el vicio que se denomina perversión muscular y es de resultados desastrosos, ya

que ocasiona una mordida abierta.

Como es bien sabido, la posición normal de la lengua en reposo es descansando en el piso de la boca, y una de sus funciones - esenciales es formar con el alimento y la saliva el bolo alimenticio, que guiado por la faringe, constituye el primer acto de deglución. En cambio el que tiene el acto de deglución pervertido en la forma que señalamos, saca la lengua entre los - dientes en cada ocasión que pasa saliva o alimento.

El tratamiento de la interposición lingual se efectúa educando al niño para que coloque su lengua en la posición adecuada durante la deglución, esto resultará difícil de lograr hasta que el niño tenga edad suficiente como para colaborar. Los ejercicios miofuncionales como los utilizados para limitar los efectos de la succión del pulgar pueden utilizarse para llevar a - los incisivos a su correcta alineación. También es posible - construir una rejilla vertical, que es similar a la sugerida para evitar la succión de los dedos, excepto, que las barras palatinas se soldan en posición horizontal, extendiéndose hacia abajo desde el paladar para evitar la interposición de la lengua.

En el grupo dos encontramos que la cantidad de hábitos es limitada, pues la mayoría son individualidades y varía mucho la

forma en que cada paciente los efectúa.

HABITOS DIVERSOS.

HABITOS DE LA LENGUA.

Winders ha demostrado que durante la masticación y deglución, - la lengua puede ejercer de dos a tres veces más fuerza sobre la dentición que los labios y carrillos.

Oponiéndose al mecanismo del buccinador está la lengua; tiene gran versatilidad en sus funciones por estar insertada literalmente en sólo uno de sus extremos.

Esta extrema libertad le permite deformar los arcos dentales cuando su funcionamiento es anormal; aunque la actividad anormal de la lengua es el resultado de una respuesta compensatoria a un patrón morfológico genético anormal.

El balance entre las fuerzas externas e internas pueden ser perturbadas acentuando la protrusión de los incisivos superiores y creando una tendencia a mordida abierta y estrechamiento del arco maxilar.

Una actividad compensatoria del músculo mentoniano puede -

acelerar este proceso y ejercer una poderosa fuerza de tracción sobre los incisivos inferiores.

La lengua generalmente es para el ortodontista causa de muchos problemas. El órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas y con más frecuencia que ningún otro. La lengua está compuesta de una masa muscular cuyo único objeto es responder por modificaciones espaciales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación, está bien adaptada a sus funciones pero también puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación que le lleven a colocarla en posiciones indeseables que le causan placer o también malos hábitos.

Debemos tomar en cuenta las siguientes bases:

- a) Motivación del paciente (que entienda el problema y cada parte del tratamiento).
- b) Compromiso entre el paciente y sus padres. Los padres deben supervisar la práctica en casa.
- c) Deseos del paciente de querer mejorar.
- d) Tomar en cuenta la edad del paciente.

Moyers clasifica en tres pasos el tratamiento de la lengua:

- a) Aprender el nuevo reflejo conscientemente.
- b) Transferirlo y reforzarlo en el subconiente.
- c) Colocar un aparato intraoral cuando esté indicado.

Heiss y Van Huoten explican en tres fases una instrucción sobre el paciente para una deglución normal.

1.- Hacemos que el paciente encuentre una posición confortable para la punta de la lengua, durante la deglución le ayudamos colocando el dedo índice en la punta de la lengua y luego sobre el hueso alveolar palatino cerca de las arrugas palatinas, explicándole que es en esa posición de la lengua en que la mayoría de la gente degluta, entonces le pedimos que degluta.

Se enseña al paciente a mantener la lengua en contacto bilateral con los dientes superiores durante la deglución. Este ejercicio debe empezarse con agua, después líquidos y posteriormente sólidos.

Otra actividad es produciendo sonidos de atrás de la boca y succionando y sosteniendo la lengua contra la bóveda palatina.

La actividad que trabaje mejor en cada paciente para llevar a cabo la posición correcta de la lengua, es la que se debe usar, pues la posición de la lengua es la conducta más importante y difícil de completar.

2.- Ya que se han aprendido los reflejos conscientemente

es necesario reforzarlo inconscientemente colocando pastillas redondas de un sabor cítrico, como el limón, y que el paciente la coloque atrás de la lengua y la mantenga contra el paladar en la posición correcta, hasta que se disuelva el dulce.

Al principio el individuo podrá en segundos colocar en posición correcta la punta de la lengua, pero gradualmente irá aprendiendo. Mientras él está deglutiendo inconscientemente, pues se olvida de la deglución al tener el diente.

3.- Aparatos recordatorios:

a) Aparato de acrílico que tiene grabada una inicial o una muesca en donde debe colocarse la lengua durante la deglución la muesca lo ensancha y profundiza dos veces al mes, en la tercera cita se hace un hoyo elíptico a través del aparato para que el paciente se recuerde donde debe colocar la punta de la lengua.

b) Arco lingual palatino, son unas prolongaciones (espolones) muy cortas de 2 mm., redondeadas y colocadas, de manera que la lengua sea alejada de la posición anormal.

c) Se pueden colocar bandas en los dientes superiores anteriores, con superficie lingual áspera.

El hábito de tener la lengua entre los dientes, es el más grave, esta posición viciosa puede producir por presión constante de día y de noche, trastornos muy serios tanto estética como funcionalmente. Lo peligroso de este mal hábito es que el sujeto no se da cuenta del mal que se está provocando, pues, la mayoría no se imagina que el lugar donde colocan la lengua (entre las piezas dentarias) no es el que le corresponde a su posición natural; si consideramos además, la exagerada fuerza que tiene la lengua formada por numerosos músculos, fácil es de comprender el daño y la deformación que puede producir modificando la posición de las piezas dentarias, aquí podemos recordar el axioma que dice: "El músculo domina al hueso".

El hábito de morderse la lengua puede localizarse en la región de los incisivos provocando mordida abierta o bien, en la región de los premolares y molares ocasionando una maloclusión de estas piezas.

Para impedir que la lengua se mantenga en esa posición y también para evitar que se muerda ésta, puede soldarse a un arco lingual de alambre en un caso inferior y un arco palatino en un caso superior, un armazón de alambre vertical, dicho armazón también puede formar parte de un arco o retenedor removible de Hawley.

Un aparato debe atender dos causas:

a) Eliminar la fuerte presión anterior y la acción de bombeo durante la deglución.

b) Reducar la posición de la lengua para que su dorso se aproxime a la bóveda palatina y la punta de la lengua - haga contacto con las arrugas del paladar durante la deglución, en lugar de meterse al espacio incisal, para este fin el aparato más utilizado es el arco palatino con espalones.

HABITOS DE LOS LABIOS.

Aquí encontramos el chupeteo y la mordida del labio. El chupeteo de éste puede observarse aislado o acompañado de la succión del dedo, casi siempre se trata del labio inferior, aunque a veces se presentan hábitos de mordida del labio superior cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región posterior de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de dichos dientes, también a menudo una mordida abierta y algunas veces linguoversión de los incisivos inferiores.

Se deben de tomar en cuenta los siguientes detalles para hacer un buen diagnóstico:

1) Cuando el niño mantiene el sellado normal de los labios por un esfuerzo voluntario debido a que los padres instan

al ir a mantener cerrada la boca, se observa la contracción del músculo mentoniano con hoyuelos en el mentón y la mandíbula está en posición adelantada.

2) Movimientos faciales durante la deglución: como es la posición del labio inferior respecto de los incisivos superiores, la intensidad de la contracción de los músculos faciales y el aspecto de los labios, el movimiento mandibular al deglutir, se indica la deglución con los dientes separados y el hábito de la posición falsa de reposo.

3) La posición y la función de los labios al hablar y sonreír que varía desde un labio inferior tenso que se coloca por detrás de los incisivos superiores.

También está la variedad del labio flácido que cuelga como péndulo, con la actividad bastante reducida.

4) La presencia del hábito de succión de lengua y labio.

5) Un labio inferior de contracción intensa por detrás de los incisivos superiores al hablar, en los movimientos de la expresión facial y al deglutir, siempre tiene como consecuencia la retroclinación del segmento vestibular inferior.

6) Color y textura de los labios. Cuando un labio es de un color, o textura diferente del otro, hay una razón por ejemplo: el labio inferior descansa debajo de los incisivos superiores durante una deglución, suelo ser más rojo, más grueso y probablemente más húmedo y liso.

Cuando menos activo el labio superior, más frecuentemente está cuarteado y tiene color más claro.

En un examen minucioso, es importante saber cómo traga el paciente. Se debe observar al paciente tragar inconscientemente, notando si los labios se contraen. Posteriormente se coloca un espejo bucal o un bajalenguas sobre el labio inferior y se le pide que trague.

Las degluciones normales se completan (dientes juntos), mientras las degluciones con dientes separados son inhibidos, ya que en éstas las contracciones de los labios inferiores y el mentoniano son necesarias.

Siempre tomar en cuenta las contracciones de los músculos labiales y faciales durante diversas degluciones.

En quienes tragan con los dientes separados, se verán fuertes contracciones de los músculos mentoniano y peribucal. Estos

mismos músculos también se contraen fuertemente en las maloclusiones severas de clase II, con realce y sobremordida grande.

Labios morfológicamente inadecuados. Se origina por el largo - insuficiente de los labios que no logran el cierre durante el reposo. A un empuje lingual exterior siempre coincide con una contracción marcada de la musculatura labial, especialmente del orbicular de los labios y del buccinador. La contracción del músculo mentoniano se produce únicamente cuando los labios son inadecuados durante el reposo. Esta contracción es común cuando los labios son inadecuados y la deglución es normal.

Labios funcionalmente adecuados. A veces los labios son de tamaño adecuado, pero no funcionan correctamente, por ejemplo: El labio inferior hiperactivo, forma el cierre bucal con las caras linguales de los incisivos superiores, mientras el labio superior escasamente funciona del todo. Después de la retracción de los incisivos, habitualmente se produce espontáneamente la función normal del labio.

Labios funcionalmente anormales. Una de las funciones más frecuentes de los labios y los músculos faciales, se ve en la deglución con empuje lingual. El músculo mentoniano frecuentemente está hipertrofiado, como el orbicular del labio inferior. Cuando el labio inferior es apartado suavemente de las encías, éstas -

pueden estar rubefacientes e hipertrofiadas. La gingivitis en la región incisiva inferior, en ausencia de gingivitis superior es indicadora de función mentoniana hiperactiva. Mientras que la gingivitis en ambas regiones anteriores, se ve frecuentemente con la respiración bucal.

El dentista puede ayudar con la proposición de ejercicios tales como la extensión del labio superior por debajo del borde de los incisivos superiores y la aplicación con fuerza del labio inferior contra él. El mordisqueo del labio también se puede corregir por medio de la colocación de un arco lingual de alambre sostenido por medio de bandas o coronas, colocadas en los primeros molares temporales y además, con la colocación de una sección de arco en la cara labial, en donde se aplicará acrílico de autopolimerización, usando aproximadamente un mes este aparato será suficiente para la corrección de este hábito.

El Odontólogo puede sugerir ejercicios labiales tales como tocar instrumentos bucales que ayuden a endurecer los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

HABITOS DE LOS CARRILLOS.

No se sabe las causas exactas que producen la succión de carrillos,

se cree que este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital.

Puede deberse a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia, la cual no fue debidamente satisfecha.

Un factor que puede dar origen a la succión de carrillos es una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito. Esto no quiere decir que este hábito sólo se presentará cuando ya existe una mordida abierta posterior, ya que en muchos casos el hábito va a ser el que produzca esta mordida abierta y creará un círculo vicioso, que mientras más dure y se incrementa el hábito, mayor será la deformidad, y mientras mayor sea la mordida abierta, aumentará más el hábito.

La succión de los carrillos puede ser bilateral o unilateral, - cuando se practica en forma bilateral, ocasiona una reducción - en el crecimiento normal tanto de la mandíbula como de los maxilares, y cuando es unilateral, puede ocasionar una maloclusión de tipo mordida cruzada.

Para su tratamiento se puede colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta; este tipo de aparato tiene el inconveniente que puede ser utilizado únicamente por la

noche. El aparato más adecuado para la corrección de ese hábito es el que está formado por un alambre que va adaptado y se sostiene por bucal y lingual de los dientes en los que se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de los molares y los premolares y en la parte bucal lleva una capa de acrílico que protege a los dientes superiores como inferiores de las succión del carrillo, permite a la vez que los dientes continúen su erupción para cerrar la mordida abierta.

HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRANOS.

Estos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces son difíciles de descubrirlos. Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a practicar este hábito, en este aspecto vemos el hábito que adquiere el individuo en la escuela como es el de morder lápices, reglas, gomas, etc., estos hábitos son efectuados ya sea por comodidad o placer. Otros hábitos son practicados en la primera infancia y son practicados antes de dormir como niños que muerden un pedazo de tela, la esquina de una almohada, o una sábana o la pijama. Algunos dispositivos blandos como son pedazos de hule son a veces factores etiológicos para resacas y esta posibilidad se debe de tomar en cuenta.

La corrección se llevará a cabo de acuerdo al cuerpo extraño -

utilizado, haciéndole notar al niño la conveniencia de su interrupción, pues de no ser así, este hábito le causará problemas graves en su boca.

HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS.

Los que practican este hábito, tienen aparentemente una costumbre inocente, pero pueden producir también una maloclusión dentaria; es tan frecuente entre niños y adultos y difícil de suprimir; algunos autores clasifican a los roedores de uñas como enfermos de tipo neurótico. Otros explican este hábito como anterior al chuparse los dedos. Al parecer tanto uno como otro, pero sin duda éste que ahora nos ocupa se debe en definitiva a una tensión emocional contenida por conflictos psíquicos tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres o de alguna persona que se espera dicha actividad.

Hay casos en que esto persiste toda la vida, pero con frecuencia y por ser una costumbre reprobable, llega a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con más o menos tentativas. Los procedimientos de machacar las uñas con sustancias amargas y colorantes, a veces, da resultados, sumados a la persuasión y al convencimiento para abandonar este hábito.

BRUXISMO.

El bruxismo es considerado dentro de los hábitos orales infanti

los uno de los que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y tejidos adyacentes; ha sido nombrado de distintas maneras, tales como bruxomanía, parafunción, neurología traumática, y más recientemente briquismo y bricomanía, pero el más común de los nombres es bruxismo.

Por bruxismo podemos definir a los movimientos de trituración, desgaste y rechinar de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconsciente y es controlado de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen la existencia de este hábito, a menos de que alguien se los haya hecho notar; por consiguiente nuestro diagnóstico debe basarse con mayor énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar los probables signos y síntomas típicos del bruxismo, y del interrogatorio a los padres o acompañantes del niño.

El desconocimiento de la existencia del bruxismo fue comprobado por Bundgaard-Jorgensen en un estudio de 196 pacientes de los cuales el 88% padecía el hábito.

A su vez Reding indicó que un 15% de los sujetos observados por él en un estudio presentaban bruxismo.

La práctica del bruxismo se presenta con mayor frecuencia e intensidad durante la noche, pero no se debe de descartar la existencia de personas que lo realizan durante el día al encontrarse bajo una tensión y lograr con el hábito una vía de escape.

La etiología del bruxismo, los estudios más recientes indican que las principales causas del bruxismo son la sobrecarga psíquica o emocional, y las causas locales o locales en los que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado de el aumento del tono muscular, dicho aumento es causado por las interferencias oclusales, la tensión nervioso o emocional, por dolor o por molestias.

Debemos de considerar que cualquier factor al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifestación en el bruxismo, o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, tensiones emocionales, etc.

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos:

1) Las interferencias oclusales. Que pueden ser debido a cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, etc.

2) Hiperplasia gingival o cualquier enfermedad paradontal colgajos gingivales de terceros molares, irregularidades linguales, labiales o en los carrillos, dolor en la articulación temporomandibular y músculos masticatorios y molestias.

Existen ocasiones en que una tensión nerviosa anida no específica como una sobrecarga emocional, o bien una tensión física sumamente pronunciada como es el ejercicio físico o los trabajos difíciles, pueden producir un apretar de maxilares y dientes, pero esto no debe ser considerado como bruxismo.

Las perturbaciones gastrointestinales, así como enfermedades del sistema nervioso como son: la meningitis, epilepsia, corea, parálisis cerebral, deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo.

Durante las horas de sueño las paradillas pueden también provocar rechinar de dientes.

El número y la gravedad de las salivaciones producidas por el bruxismo variará según la intensidad y el tiempo en el que este hábito se ha venido realizando, esto es debido a que la actividad muscular que se efectúa durante las horas de sueño es sumamente

mente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada una, pudiéndose prolongar - produciendo hasta 250 contracciones en un tiempo normal de sueño.

Los daños que con mayor frecuencia son observados a causa del bruxismo se encuentran en las coronas de los dientes, los que presentan una reducción que va en aumento en su longitud, y la cual es debida al desgaste causado por el frotamiento de una contra otras y que no coincide con el desgaste normal masticatorio o de deglución.

Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes del esmalte afiladas e irritantes, astillamiento de las coronas, e inclusive fracturas de éstas y de las raíces.

En la pulpa también se presentan alteraciones como son la hiperemia pulpar, hipersensibilidad, principalmente al frío y en - casos avanzados, necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodontio, en la articulación temporomandibular y en los músculos masticadores, puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefalea crónica.

al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hipertrofia de los músculos masticadores, la cual puede ser unilateral o bilateral.

Esta hipertrofia muscular puede influenciar en el desarrollo de la mandíbula y provocar una simetría facial. La hipertonicidad muscular puede provocar que el paciente seuerda la lengua, los carrillos o los labios. Existe frecuentemente un dolor muscular como lo indica Forsberg que de 157 pacientes examinados con bruxismo, el 76% presentaba molestias musculares.

Tratamiento. Debido a que el bruxismo es causado principalmente por factores psíquicos así como factores oclusales, el tratamiento a seguir se basará en la eliminación de ambos factores.

Se le deberá de proporcionar al paciente psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional o psíquica productora de la tensión muscular. El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá. Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

Es necesario también eliminar las interferencias oclusales por

medio de un ajuste, para evitar la producción de una tensión muscular.

Se puede utilizar también una placa mordida o una férula oclusal. Una placa debe de lograr los siguientes objetivos:

1) La eliminación de las interferencias oclusales con el mínimo de abertura de la mordida.

2) Mantener a los dientes dentro de una posición estable mientras el aparato es utilizado.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales que han sido sugeridas como tratamiento para el bruxismo.

Dentro de las plazas oclusales, que son las que utilizan los ganchos Hawley, a diferencia de las férulas oclusales que mantienen unidos y sujetan varios dientes; la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor del área de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores en donde hacen contacto los incisivos inferiores, el acrílico se extiende hasta el borde incisal de los anteriores superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien fijada y estabilizada sobre los dientes, evitando así el vaivén de éstos.

Las férulas oclusales que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida para el tratamiento del bruxismo abarcan no sólo el borde incisal de los dientes anteriores, sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores, esta férula deberá tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier oclusión.

Estos dos dispositivos eliminarán o disminuirán grandemente el bruxismo, y evitarán el desgaste oclusal e incisal, además de que proporcionarán un relajamiento muscular.

El uso de la placa debe de realizarse únicamente durante la noche.

En los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo. Una dosis de 25 mg. de clorhidrato de hidroxizina (Atarx), una hora antes de dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito. No se pueden esperar cambios notables en unas pocas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso observado.

FRENILLO.

Frecuentemente, en los niños se observan frenillos del labio

superior anormalmente grandes, lo que se asocia con un diastema entre el incisivo central primario o los centrales permanentes brotados, o en proceso de erupción.

Es normal el espacio entre los centrales primarios superiores, debido al crecimiento del segmento anterior del maxilar superior y no deberá ser causa de preocupación. Adicionalmente, la separación de centrales permanentes brotados o en erupción puede ser absolutamente normal en el momento que precede a la erupción de los incisivos laterales y los caninos.

En el recién nacido, el frenillo se liga a la cresta del borde alveolar, y a medida que el proceso alveolar crece hacia abajo y brotan las piezas permanentes, la inserción del frenillo se mueve hacia arriba, pero en algunos casos puede permanecer estacionaria, de manera que lo que es un frenillo anormal a la edad de 4 años puede ser normal a los 8 años.

La presión en los laterales permanentes y canino en erupción generalmente resulta en cierre del espacio sin necesidad de interferencia ortodóntica o quirúrgica.

Con frecuencia, los incisivos centrales superiores hacen erupción con 2 ó 3 mm de separación, invadiendo el espacio necesario para los incisivos laterales superiores; si esto persiste,

es posible que se presente maloclusión.

Debido a la falta de espacio, los incisivos laterales superiores hacen erupción en el aspecto lingual. Con frecuencia en mordida cruzada. Los caninos en erupción tienden a desplazarse mesialmente y adoptan posiciones en sentido labial a los ápices de los incisivos laterales.

Diagnóstico. El frenillo labial agrandado o en mal posición puede diagnosticarse por observación levantando el labio, y si observamos un blanqueamiento cuando se desplaza el labio (Diastema), será uno de los indicios de la acción del frenillo. El diagnóstico final debe basarse en la radiografía para comprobar que ese diastema no provenga alguna otra anomalía que pueda tener parecida sintomatología.

Tratamiento. Se elimina el frenillo labial (frenectomía), se lleva bajo anestesia local, infiltrando el frenillo en la superficie labial del proceso alveolar y después en la papila interdental. Después de dos o tres minutos, deberá hacerse una incisión triangular, con su base anterior a la papila incisiva y el ápice en el espacio interproximal entre dos incisivos centrales, deberá llevarse la incisión hasta el hueso, y deberá empezarse la elevación del tejido con la ayuda de un elevador de periostio, deberá ser llevado hacia delante hasta alcanzar la

se orifice anterior de la cresta del borde alveolar. Ahora se lleva el labio hacia delante y hacia arriba, para tensar el frenillo, se continúa la incisión hacia el labio en el pliegue mucobucal. Ahora se aplica un hemostato al frenillo restante en la superficie interior del labio, y la parte por el hemostato se corta con escalpelo afilado.

Solo son necesarios algunos puntos de sutura de seda 3-0 o catgut sencillo, especialmente en el labio. Las secciones expuestas en el paladar duro y el espacio interdental, pueden cubrirse con un apósito quirúrgico.

Posteriormente el cierre del espacio se puede realizar con aparatos fijos o removibles, un aparato fijo es colocar bandas sobre los incisivos centrales, soldándose tubos horizontales sobre la superficie labial, y colocarse ligas en cada uno de los dientes centrales para que se obtenga una fuerza recíproca y los dientes tomen su posición normal.

DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Están clasificados dentro de las condiciones congénitas.

Los dientes supernumerarios se encuentran más frecuentemente en la región incisal especialmente en el maxilar superior; pero también se pueden encontrar más incisivos de lo normal en la mandíbula.

Los dientes supernumerarios comúnmente están mal formados siendo unos conoides, otros en forma de pica. Estéticamente son - objetables. Un diente supernumerario que erupcione por lingual o labial, puede no tener efecto en lo que a la oclusión normal de los dientes permanentes se refiere, pero si este diente extra lo hace en el arco normal, ocupa el espacio del diente permanente que debe de erupcionar en esa posición, resulta una mala oclusión del diente desplazado. Por lo tanto, los dientes supernumerarios pueden ser clasificados como causa de la maloclusión.

No existe un tiempo definido en que comienzan a desarrollarse los dientes supernumerarios.

Pueden desarrollarse antes del nacimiento o hasta los 10 ó 12 años de edad.

Para su tratamiento, se aconseja extraer los dientes supernumerarios tan pronto como convenga después de la erupción de los dientes permanentes vecinos.

Cuanto más pronto se quiten esos dientes, tanto mayor será la probabilidad de un alineamiento espontáneo de los dientes sin recurrir al tratamiento. Si se tarda en intervenir, con frecuencia se requiere la colocación de aparatos para lograr el -

alineamiento adecuado de los dientes desplazados. Los dientes retenidos por esa causa tienden a erupcionar en el lugar adecuado.

A veces, por razones de edad y estética, se aconseja acelerar esa erupción. Todo lo que se requiere es eliminar la mucosa y la capa ósea que recubre la corona del diente para que erupcione a corto plazo. No obstante, para acelerar todavía más ese proceso en pacientes de mayor edad, en el momento de la erupción quirúrgica, se colocan bandas sobre los dientes y se les lleva hacia su posición por medio de la tracción producida por resortes unidos a un aparato fijo.

En el caso de un incisivo central aislado, se adopta una banda sobre el diente vecino.

HABITOS DE POSTURA.

Estos se encuentran en niños que acostumbran dormir con las manos o el brazo sobre el carrillo, o quienes al estudiar apoyan una mano sobre la cara causando deformidades y maloclusiones.

Estos hábitos son relativamente fáciles de corregir; por lo tanto lo que a la nínica se refiere, es bien sabido que los niños tratan de imitar a los adultos, como en el caso de un niño con algún familiar que sufre de una deformación protrusiva de la -

La imitación, es seguro que el niño tratará de imitar esta situación o la de alguna otra persona.

Otros hábitos pueden ser producidos por tentación, como cuando una pieza dentaria fracturada o perdida, engendra la costumbre perniciosa de tocar con la lengua el borde fracturado o el espacio de la pieza perdida, esto puede provocar la tan temida mordida abierta.

Los hábitos de postura durante el día son fáciles de suprimir si se obtiene la cooperación activa del niño, los que se efectúan durante la noche requieren el uso de dispositivos psicológicos, como motivaciones y vigilancia aplicada por los padres.

CONCLUSIONES.

- 1) Es necesario que el Cirujano Dentista conozca y descubra oportunamente maloclusiones incipientes, para lo cual deberá establecer la observación metódica de sus pequeños pacientes.
- 2) Adoptar medidas preventivas, siempre y cuando sea posible.
- 3) Una malposición dentaria producida por un mal hábito no podrá ser corregido solamente con aparatos ortodónticos, mientras persista dicho hábito.
- 4) Debe hacerse un diagnóstico diferencial, tomando en cuenta los diferentes factores que ocasionan el problema. No debemos descartar ningún factor o darle muy poca importancia, pues una misma anomalía puede implicar varios factores causales.
- 5) Un empuje lingual frecuente hacia los incisivos superiores, hace que estos dientes presenten un aspecto de protrusión.
- 6) No podrá realizarse ningún tratamiento exitoso de succión digital, si no hacemos consciente al niño de este problema y obtener su colaboración.

- 7) El paciente que padezca de respiración bucal solo podrá tener un tratamiento correctivo después de que se tenga la certeza de que tiene sus vías respiratorias libres.
- 8) Cuando la extracción de un diente fundamental es ineludible, proceder inmediatamente a la colocación de un mantenedor de espacio.
- 9) Interceptar maloclusiones que serán causa posterior de una anomalía acentuada.
- 10) El Odontólogo debe tener presente la cronología dentaria para poder retirar en el momento oportuno los aparatos colocados.
- 11) Casi siempre el paciente con bruxismo, presenta un estado de stress emocional continuo, que son consecuencias de problemas escolares, de trabajo, familiar o social.
- 12) Tomar en cuenta las contracciones de los músculos labiales y faciales durante las degluciones en un diagnóstico diferencial de succión labial.
- 13) Otro factor causal es el frenillo por la posición que toma ligándose a la cresta del borde alveolar, produciendo estacionaria a la edad de erupción de los caninos permanentes.

- 14) La aparición de dientes supernumerarios provoca malposición dentaria, se recomienda su extracción tan pronto como sea posible, después de la erupción de los dientes permanentes vecinos.
- 15) Comprender las posibilidades del tratamiento ortodóntico en general.
- 16) Utilizar principios ortodónticos como auxiliares para los procedimientos que se emplean en otras fases de la práctica odontológica.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) SIGURD P. RAMFJORD. Oclusión 2a. Edición Editorial Interamericana. 1972.
- 2) MOYERS ROBERT E. Tratado de Ortodondia. Editorial Interamericana. 1960.
- 3) JOSE MAYORAL Y GUILLERMO MAYORAL. Ortodondia Principios Fundamentales y Práctica. Editorial "Labor", S.A.
- 4) ANDERSON G. M. Ortodondia Práctica. Editorial "Mundi". Buenos Aires. 1963.
- 5) BRAUER, JOHN CHARLES. Odontología para Niños. Editorial "Mundi". Argentina. 1959.
- 6) BIJOY, SIDNEY W. Psicología del Desarrollo Infantil. Editorial "Trillas". México. 1971.