

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ETIOLOGIA DE LOS HABITOS BUCALES

EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DOROTEA MARTINEZ DELFIN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
I DEFINICION Y DESARROLLO DE LOS HABITOS	2
II GENERALIDADES	3
III DESARROLLO	5
IV ASPECTOS PSICOLOGICOS	8
V ETIOLOGIA	13
VI HISTORIA CLINICA	15
VII CLASIFICACION DE HABITOS Y TRATAMIENTO	17
a) Hábitos anormales de Respiración	
b) Hábitos anormales de Formación	
c) Hábitos de Succión Digital	
d) Hábito Lingual	
e) Hábitos Anormales Diversos	
f) Hábito de mordedura de uñas	
g) Hábitos masoquistas.	
h) Bruxismo.	
Elaboración de Aparatos en los Hábitos Bucales.	
CONCLUSIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA	64

INTRODUCCION

Los hábitos bucales infantiles anormales, es el tema que he elegido para mi tesis, en un deseo de hacer conciencia del papel tan importante que puede tener el Cirujano Dentista, si posee los conocimientos necesarios para eliminar éste tipo de problemas, evitando con esto trastornos mayores.

Se ha observado mediante estudios realizados en grupos de niños, que la maloclusión que se presenta con mas frecuencia en la dentición temporal, es la mordida abierta anterior relacionada con los hábitos de la lengua y dedo.

Aunado a la maloclusión que se presenta como consecuencia de los hábitos anormales, se, presentarán una serie de trastornos anatomicos, fisiológicos, fonéticos y estéticos, que van a perjudicar el desarrollo físico y emocional normal del niño.

Los hábitos bucales infantiles anormales, es un tema importante por la frecuencia con que se presenta y los trastornos que ocasionan en los niños.

DEFINICION Y DESARROLLO DE LOS HABITOS.

DEFINICION DE HABITO.

Costumbre adquirida por la repetición de los actos de la misma especie. Facilidad que se adquiere por larga y -- constante practica en un mismo ejercicio.

Algunos autores distinguen entre habitos motrices, -- como escribir a máquina, nadar, etc. y hábitos superiores o -- intelectuales, que serian ciertas disposiciones, no para ejecutar los mismos actos, sino para efectuar con mayor facilidad habilidades del mismo género. Tales serian los hábitos de razonamiento de orden, de trabajo, etc. Bergson, entre otros, considera el hábito como un automatismo montado en el cuerpo -- y desenvolviéndose siempre de manera uniforme.

Durante muchos años los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños.

Y consideran estos hábitos como posibles causas de -- presiones desequilibrados y dañinas que pueden ser ejercidas -- sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleable, y también de cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continuan estos hábitos.

En general, puede decirse que el odontologo y el -- patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales.

II GENERALIDADES

Es frecuente encontrar casos de niños con hábitos de presión anormales, que van a dañar los bordes alveolares inmaduros, causando el cambio de posición de los dientes así como la alteración de las estructuras óseas. Lo anterior repercutirá en un problema de oclusión.

Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracciones musculares muy complejas. Se pueden dividir en:

1.- Hábitos bucales útiles, y 2.- Hábitos bucales dañinos o anormales. Los hábitos bucales útiles son aquellos que forman parte importante en el desarrollo dentomaxilar y en la función orofaríngea, y que comprende: posición correcta de la lengua, respiración, deglución adecuada y el uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos o anormales, son aquellos que interfieren de alguna manera en el correcto desarrollo de las estructuras y funciones bucales, como son: el hábito de chuparse los dedos, chuparse los labios, morderse los labios, etc.

Los padres preocupados por el hábito de su hijo y en los intentos fracasados por impedirlo muchas veces recurrirán al pediatra, al psicólogo pero pocas veces al odontólogo, se preocuparán más por la repercusión que podrá acarrear la prolongación del hábito bucal sobre las estructuras bucales y las consecuencias que estas traen al formarse una maloclusión; los pa

dres del niño se preocuparán por el aspecto socialmente inaceptable, aunando a ésto el temor de que el niño tenga dientes -- chuecos y sobre todo el problema de conducta ya que en muchas ocasiones los niños experimentan gran placer al estar realizando el hábito, mismo que como consecuencia, lo alejará de las actividades normales de juego y de convivencia con otros niños.

Srá conveniente antes de iniciar cualquier tratamiento de un hábito tratar de encontrar las causas que lo produjo, esto es muy difícil y complejo, para lo cual nos vamos ayudar de una historia clínica.

III DESARROLLO

Angel afirmó que la observación directa de los niños en su primer año de vida, revela que su organización es esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión incluso antes de nacer, se han observado fluoros cópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión de asimiento, y el reflejo de "moro", todos presentes al nacimiento. Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan obvio. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído de distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que

todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe, y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.- El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección. El rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección. En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con la experiencia de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas" bucales, evidentemente no sólo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo ciertas satisfacciones secundarias para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el substituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de-

la madre.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y forman hábitos nuevos y aceptables socialmente.

El moldeado de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de su compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denomina no compulsivos.

IV ASPECTOS PSICOLOGICOS

De éstas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para -- cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Tiende a suplir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

Los niños a menudo cambian hábitos bucales tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz.

Deberá advertirse siempre a los padres que la alimentación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, -- aún más nocivo. El niño no pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Un hábito, como -- cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a -- menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo a quienes les rodean.

Después de haber desarrollado un enfoque técnicamente muy hábil respecto del problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos "con exceso y demasiado temprano". Klein ofrece un enfoque más precavido con su sugerencia de diferenciar el hábito de succión "significativo" del hábito de succión "vacío", -- describe el Hábito significativo como aquel que funciona como -- un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento -- acertado de este tipo de hábitos deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión "vacío" es aquél que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar. En éstos casos, la corrección del hábito se realiza por medios odontológicos. Es -- decir, por la aplicación de un instrumento recordatorio. Klein-

afirma que el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito, antes de que el odontólogo le aplique el aparato.

Es la infancia el período comprendido entre la concepción y la madurez, en el que la personalidad adulta tendrá sus raíces. Lo que somos y lo que hacemos en gran parte de la forma en que se nos permitió experimentar los eventos inevitables de la infancia.

La vida prenatal abarca desde el momento de la concepción en el que se realiza la fecundación, del que se formará una célula que empieza a dividirse y multiplicarse, hasta dar origen al organismo embriónico, constituido por dos billones de células.

En contra de creencias de que el niño percibe ruidos, conversaciones de la madre, etc., se ha observado que en el feto existe una imposibilidad de oír ya que el oído medio, se encuentra lleno de un líquido viscoso; éstos canales sólo se despejan con el llanto del niño al nacer y con la respiración que le sigue.

Desde el punto de vista legal. La vida comienza desde que el embrión se excita; esto es cuando la futura madre siente por primera vez los movimientos de su matriz.

LACTANCIA:

La lactancia es una etapa de suma importancia en la vida del niño, ya que no solamente va a obtener su alimento, si no también será este el medio de adquirir la seguridad, el cariño y el adiestramiento muscular, que tan necesarios son para su correcto desarrollo tan físico como emocional.

Es éste el período en el que se considera de capital-importancia el cuidado directo del lactante por la madre pues - se considera que será esta la actividad predominante durante la vigilia. Durante la primera y segunda semana del bebé mediante una existencia vegetativa.

El niño tiene necesidades que corresponden al medio-interno y el medio externo, entre las de corto plazo están aliviar el hambre, y el malestar, dormir y hacer succión; y las de largo plazo están la necesidad de calor y seguridad de parte de la madre, así como la estimulación suficiente mediante la plática de la madre.

El niño va a expresar sus necesidades no satisfechas por medio de la inquietud, irritabilidad, llanto, tensión física, disfunciones viscerales como vómitos, diarreas o trastornos del sueño.

La unión emocional entre la madre y su hijo lactante en un marco de bienestar ordenando, constituye también el funda

mento de la relación de un individuo con otros seres humanos.

Muchas ocasiones las causas de que un niño presenta hábitos bucales, se debe a algún error que se presente en esta etapa, que puede ser porque la lactancia se realizó de una manera fría, apresurada con cierta ansiedad, o cuando la lactancia se realizó en forma artificial mediante biberones inadecuados.

En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua se lleva hacia adelante a manera de émbolo de tal manera que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás. Con lo anterior logrará ejercitar de manera correcta todos -- sus músculos, aunado a todos los beneficios psicológicos que obtiene por la asociación con su madre.

V ETIOLOGIA

En la lactancia artificial por lo regular se utilizan biberones mal diseñados, que ocasionan trastornos en las presiones musculares. El tamaño de la tetilla artificial por lo general será grande y traerá como consecuencia una mayor actividad en el músculo buccinador, la acción de émbolo de la lengua y -- y los movimientos rítmicos del maxilar inferior estarán reducidos, aunando a esto que con frecuencia el agujero del biberón -- será muy grande y que por lo tanto la leche será casi arrojada a la garganta en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos, el niño casi no realizará esfuerzo. Si la lactancia se realiza mediante biberón, esta deberá ser de tipo fisiológico que será aquel que simule el seno materno y la actividad necesaria para una correcta función muscular, aunando al contacto y mimos maternos -- de ésta manera se podrá evitar los posibles daños.

Mediante estudios realizados se ha podido observar -- que la mayoría de los niños que presentan hábitos bucales, fueron alimentados mediante biberón.

Los hábitos bucales pueden ser compulsivos o no compulsivos. Los primeros son aquellos que más daño ocasionarán sobre si el niño lo ha tomado como un medio de adquirir seguridad, cuando se encuentran ante una situación de ansiedad o de presión.

emocional que se vuelve difícil de soportar.

Los hábitos no compulsivos son aquellos que se presentan de manera normal en el desarrollo del niño, en el cambio - de madurez, este tipo de hábitos por lo general no causará daño en las estructuras dentomaxilares.

Será muy importante urgan en el aspecto psicológico, - en especial forma el período de la lactancia como medio de en--contrar el motivo de un hábito bucal.

VI HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Tipo de hábito _____

Alimentación Infantil

Lactancia natural _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Cuando se cambio por biberón? _____

Lactancia con biberón _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

Comportamiento Social.

Personalidad: Introverso _____ Bien adaptado _____

Extroverso _____

Hábitos de Sueño

a) Siestas, regularidad, duración, etc. _____

b) De noche, cantidad de horas, interrupciones, es profundamente, etc. _____

Temores desusados _____

Hábitos y control de esfínteres _____

Hábitos alimentarios _____

Condiciones en el Hogar.

a) Hermanos, número y edad _____

b) Temperamento de la madre _____

c) Temperamento del padre _____

d) Otras personas en el hogar _____

e) Ocupación de la madre _____

f) Ocupación del padre _____

Adaptación Escolar.

Dificultades sociales _____

Hábitos de juego _____

Dificultades de aprendizaje _____

Salud General del Niño.

a) Enfermedades principales de la infancia. _____

b) Número de resfrios menores por año _____

c) ¿Cuándo se enferma el niño? en verano, otoño, todo el-
año _____

Respuesta bajo stress. _____

Hábitos Bucales

¿A que edad se inicio el hábito?

¿Ha sido interrumpido desde entonces?

a) ¿Es diario, nocturno ó ambos? _____

b) ¿Mientras ve televisión? _____

c) ¿Frecuencia, persistencia, intensidad _____

¿Que métodos han sido utilizados para eliminar el hábito?

¿Ha sido el niño retado por el hábito, por la familia ó -
por algún extraño.

Hábitos similares ó historia de los hábitos en otros miembros
de la familia.

VII CLASIFICACION DE HABITOS Y TRATAMIENTOS

a) Hábitos Anormales de Respiración.

Uno de los hábitos anormales de respiración es el -- de respiración bucal que anteriormente era considerado, un fac tor causal primario, pero que se ha observado que en la mayo-- ria de los casos es un factor asociado a otros hábitos anorma-- les como es el caso de lengua protráctil, succión digital, de-- fectos foniatricos, etc.

Existen dos tipos de reflejos en el ser humano: los-- condicionados, que son respuestas automáticas a un estímulo que previamente no provocará la respuesta; y los reflejos incondi-- cionados que son aquellos que ya en el momento de nacer el sia tema nervioso central ha madurado.

La respiración es un reflejo incondicionado. Aún -- cuando en los niños es poco frecuente respirar por la boca, se dice que el 85% de los niños entre los 5 y los 15 años, sufren o han sufrido algún grado de obstrucción que puede ser par-- cial ó total continuo ó intermitente u obstructivo o habitual.

Los niños que respiran por la boca se pueden clasifi car en:

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

Entre los niños que presentan el hábito a consecuencia

de una obstrucción que les impide inhalar y exhalar el flujo -- normal de aire a través de las fosas nasales, se verá forzado a respirar por la boca.

Entre los obstáculos respiratorios que provocan la -- respiración bucal están los de las vías respiratorias altas y -- los de vías respiratorias bajas. Entre los primeros encontraremos: el tabique nasal desviado, cornetes agrandados, inflamación -- crónica y congestión de la mucosa nasal, rinitis repetidas, los pólipos, vegetaciones adenoides, hipertrofia de la amígdala faríngea, hipertrofia de cornetes, todas las enfermedades que se -- presentan en fosas nasales y en la parte posterior en su comuni -- cación con la laringe. Los obstáculos respiratorios de las vías -- respiratorias bajas están: hipertrofia de amígdalas palatinas, -- amigdalitis repetidas, inflamación crónica y congestión de la -- mucosa faríngea.

El niño al respirar por la boca va a romper el equili -- brio necesario, de las fuerzas musculares dentro de la boca, -- produciéndose deformaciones dentomaxilares. Normalmente la len -- gua deberá llevar el espacio de la cavidad bucal, equilibrando -- se las fuerzas ejercidas por la lengua con las fuerzas de los -- músculos de la cara.

En el respirador bucal la lengua baja para permitir el libre flujo del aire, al no estar la lengua en contacto con el -- paladar, el maxilar superior irá perdiendo su ancho normal y --

los molares superiores sufren mesogresión y linguoversión al mismo tiempo que el paladar se hará más profundo dando por resultado la formación de un paladar ojival.

Los incisivos superiores se inclinan hacia adelante produciéndose un prognatismo alveolar, el maxilar inferior irá hacia abajo y hacia atrás, el labio inferior va a colocarse -- por atrás de los incisivos superiores, provocando con ésto acentuar más la labioversión de los incisivos superiores.

Se encuentra al momento de pedirle al niño que cierre su boca una hipertonicidad del labio inferior y una mayor actividad del músculo borla de la barba; el labio superior se vuelve hipotónico y flácido, la cara en general será estrechando por resultado una apariencia que se le ha llamado "facies adenoidea"

Los especialistas en oído, nariz y garganta han observado, que en general las enfermedades del aparato respiratorio son más comunes en las personas que son respiradores bucales, tomando en cuenta ésto y todas las deformidades dentomaxilares que se producen, vemos que es sumamente importante el -- realizar un diagnóstico a tiempo y erradicarlo mediante el tratamiento adecuado, para lo cual será conveniente canalizar a nuestro paciente con el especialista.

Un método sencillo para poder detectar si el pacien-

te respira ó no por la boca, consiste en colocar fibritas de algodón en la salida de los orificios nasales y observar si al expirar se mueven o nó, o si la respiración es unilateral o bilateral. El exámen anterior se deberá realizar sin que el niño se de cuenta y le pediremos al niño que cierre sus ojos un momento. También podremos utilizar una loseta de vidrio y observar si se empaña o no.

Se ha mencionado la respiración bucal ocasionada por obstrucción, pero también se puede encontrar ocasionada por defectos anatómicos, como es el caso de un labio superior muy corto, que te impedirá al niño cerrar sus labios, se pueden encontrar labios leporinos, que ocasionarían el mismo problema.

Existen también los casos de niños que por algún problema respiraron por la boca y que una vez eliminado éste, continúan respirando por la boca.

TRATAMIENTO.

El tratamiento será primeramente erradicar el factor-etiológico, que en ocasiones va a requerir la intervención quirúrgica. Cuando a pesar del tratamiento el niño sigue con el hábito será necesario corroborar que no existe ninguna obstrucción y que existe un intercambio normal; se observará al niño mientras duerme ó cuando está en posición inclinada. Una vez -- que se tenga la seguridad de que la respiración bucal solo se--

realiza por costumbre del niño se hará uso del protector o escudo bucal que obligue al niño a inhalar el aire a través de los orificios nasales.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca que descansa contra los pliegues labiales y tendrán como función el obligar al niño a respirar por su nariz. Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y así forzar al niño a respirar por la nariz; se fabricará con cualquier material compatible con los tejidos bucales del cual el más utilizado es el acrílico.

b) Hábitos Anormales de Formación.

El habla está limitada al ser humano. A diferencia de la masticación, deglución, respiración, etc. que son de naturaleza refleja, el habla es principalmente una actividad, aprendida que depende de la maduración del organismo.

El habla se realiza sobre un fondo de posiciones estabilizadas y aprendidas de la mandíbula, faringe, lengua, paladar blando, músculos de las paredes del torso, conductos respiratorios, labios, cara y vías nasales. La respiración simultánea necesaria para crear una columna de aire es indispensable para producir vibraciones necesarias para el sonido.

La formación del lenguaje, será a partir de un impulso que reclama una respuesta y podrá provenir de una o de varias de

las vías sensitivas que intervienen en la formación del lenguaje y que son: auditiva, cinestésica, táctil, óptica, o sensaciones-visuales.

Todas estas vías sensitivas tendrán un centro de asociación en el área de Broca, donde los impulsos sensitivos se convierten en impulsos motores del lenguaje. Dichos impulsos mediante respuestas motoras complejas de los órganos periféricos, así como de las zonas de la pronunciación se encargaran de la formación del lenguaje.

El habla consta de cuatro partes:

1) Lenguaje = Es el conocimiento de palabras utilizadas para comunicar ideas.

2) Voz = Sonido provocado por el aire, que pasa entre las cuerdas vocales vibrantes de la laringe.

3) Articulación = El movimiento de los órganos del habla utilizados para producir el sonido.

4) Ritmo = Variaciones de calidad, longitud, regulación y fuerza del sonido, frase o sentencia.

Si no hay impedimento en la audición, vista o sensación bucal, el niño aprenderá a hablar por el discurso que escuche reproduciéndolo lo mejor que él pueda.

Las zonas de la pronunciación son las siguientes:

1) Labiodental.- Entre los dientes superiores y el in-

ferior.

2) Bilabial.- Entre los labios

3) Linguodental.- Entre la punta de la lengua y dientes superiores.

4) Linguoalveolar, entre la punta de la lengua y borde alveolar.

5) Linguopalatino.- Entre la lengua y paladar duro.

6) Velo Lingual.- Entre el dorso de la lengua y velo del paladar.

7) Velo Rinofaríngeo. Entre el dorso de la lengua, velo y pared faríngea.

8) Glotal.- En la glotis.

Defectos del Habla.

Las posiciones de los dientes y las relaciones de los tejidos de soporte, son fundamentales en la fisiología del habla. Las maloclusiones en muchas ocasiones son motivos de defectos en la fonación aunque en la mayoría de los casos se logra una adaptación; no siempre es así.

Los efectos de una mala adaptación a la maloclusión se divide en: directos e indirectos. Los directos, son aquellos que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla. Los indirectos, son aquellos que se deben a la influencia que ejerce la mal oclusión en-

la salud física y mental del individuo.

Existen diversos trastornos pero no deberán ser considerados patológicos, sino hasta después de los seis años. Se puede presentar el caso de niños, que hablan demasiado rápido, el niño va a cortar, omitir y repetir palabras. Si puede decir que en este caso se ha perdido el equilibrio entre el deseo de hablar y el articular palabras. A este problema se le llama "Verborrea" o "Legorrea". En estos padecimientos existen ausencia de ansiedad, ya que el niño no se dará cuenta que su lenguaje es raro. Se beneficiará, mediante los ejercicios de lectura, -- en los que se tratará de que su lenguaje sea más lento y su dicción más clara.

La rinolalia, es una alteración que generalmente proviene de alguna obstrucción dentro o detrás de las cavidades nasales, que darán por resultado una voz nasal.

Tartamudez.- Es la dificultad, para la emisión de ciertos sonidos. Es el más frecuente de los trastornos del lenguaje. Se presenta más en varones que en niñas.

El problema será un bloqueo espasmódico, que puede limitarse a la emisión de sílabas iniciales de una palabra o frase sobre todo las que se inician por la b, d, s y f. Superando el bloqueo momentaneo, el lenguaje se vuelve fluido, hasta que nuevamente se presenta otro bloqueo. La dificultad para articu-

lar las palabras se acompaña generalmente de gestos, sacudidas de cabeza y movimientos corporales.

Se ha considerado que la tartamudez es producida por una falla en el establecimiento del dominio unilateral. Cuando el dominio de un hemisferio cerebral, no se establece bien sobre el otro, muchas veces a consecuencia de la interferencia -- que se origina en el niño normalmente es surdo y se le obliga a usar en forma preferente la mano derecha, en este caso los impulsos neurales contradictorias son enviados por ambos hemisferios a los músculos del lenguaje y esto se agudiza cuando éste se enfrenta a situaciones que le producen algún conflicto emocional.

El tratamiento consistirá en la práctica repetida de ejercicios de articulación y de formación unido a la psicoterapia para fortalecer su ego y mejorar la confianza en si mismo.

El tratamiento tendrá mejores resultados si se realiza tempranamente.

c) Hábito de Succión Digital.

El hábito de succión digital, es el que con más frecuencia se presenta y el que más daño ocasiona a las estructuras dentomaxilares.

El hábito de succión digital, ha sido un problema tratado por médicos, psicólogos, psiquiatras, pediatras, tratando -

de esclarecer las causas que motivan el hábito sus consecuencias y su tratamiento, y se han encontrado con contraindicaciones y limitaciones en cuanto al apoyo de sus teorías, haciendo por lo tanto del hábito del "Chupadedos" un problema complejo.

El niño que presenta el hábito de succión digital, deberá ser integrado como un ser integral, en el cual no solamente nos concretamos a la cavidad oral, pensando en las deformaciones dentarias y oseas sino que también al aspecto emocional y social, que en un momento dado nos puedan dar la causa y la solución al problema. Con frecuencia nos encontramos con graves problemas emocionales, de los cuales el hábito es únicamente un sintoma, como lo podría ser: La tristeza, la rebeldía, el llanto, etc.

Son frecuentes los casos de niños con problemas de succión digital, que lleguen al consultorio del cirujano dentista, por lo tanto es deber del mismo poseer los conocimientos necesarios, al respecto, para poder ayudarlo y evitar con esto daños posteriores, tanto de deformaciones, de estética facial, de fonación, etc. El tratamiento se emprenderá con la idea, de que la felicidad del niño, dependa de la ayuda que le podamos brindar, ya que un niño con deformación será motivo de crítica, burla, y sobrenombres por parte de otros niños, lo anterior va a formar en el niño complejos y conflictos emocionales de difícil superación

Será de suma importancia la realización de una histo--

ria clínica, para poder establecer las posibles causas que moti-
van el hábito.

Se ha visto mediante estudios en niños con el hábito-
de succión digital, que la mayoría ha recibido un tipo de ali-
mentación artificial mediante biberones mal diseñados.

Se hace hincapié en cuanto a la importancia de una --
lactancia natural, ya que al alimentarse el niño ejercitará sus
músculos (ya mencionados), además que será el momento de rela-
cionarse con su madre mediante sus labios que es en las primeras
semanas de vida la vía sensorial más desarrollada.

d) Las causas que pueden motivar la succión digital son:

1) Como factor predisponente encontramos, la lactan-
cia artificial ó aquella lactancia natural realizada en forma -
apresurada o con ansiedad.

Se ha mencionado la importancia que tiene para el ni-
ño el recibir no solo la alimentación sino el cariño indispensa
ble para su desarrollo. Ya que el niño mediante una lactancia -
bien realizada va a obtener los sentimientos de seguridad, ale-
gría y protección que tanto necesita.

2) Un tiempo prolongado de lactancia, en el cual no -
será el destete lo que lo ocasionaría, sino el impulso oral que ha
sido reforzado.

3) Se dice que la succión digital es uno de los ejemplos más tempranos del aprendizaje neuromuscular en el infante, tomándose este' como una simple respuesta aprendida.

4) Freud. El chuparse el dedo constituía la expresión de la sexualidad infantil.

5) Cuando el biberón fué utilizado como medio para aquietar al niño o para inducirle sueño. Después de que el niño es destetado, este aprende a chuparse el pulgar u otro dedo -- cuando va a dormir.

6) Como imitación de otros niños.

7) Celos producidos por el hermano recién llegado.

8) Dificultades entre los padres.

9) Programas de T.V. impropios y destructivos, en -- los que se presentan escenas de violencia ó angustia.

10) Asociado a la erupción difícil de los dientes.

Las consecuencias del hábito de succión digital en-- las estructuras dentomaxilares, bucales y faciales, va a ser -- de gravedad, en el caso de que no sean interceptadas a tiempo, teniendo como consecuencia trastornos físicos, psicológicos y fisiológicos en el niño.

Se dice que la mordida abierta anterior y la sobre-- mordida horizontal excesiva son las maloclusiones más comunes.

El tipo de maloclusión, que puede desarrollarse en el chupadedos depende de una serie de variables:

- a) Posición del dedo o dedos que succiona
- b) Contracciones musculares orofaciales asociadas.
- c) Posición de la mandíbula durante la succión.
- d) Patrón esquelético facial
- e) La fuerza aplicada a los dientes, y al proceso alveolar.
- f) Intensidad de la succión. (en ocasiones se llega a escuchar de un cuarto a otro).

Como consecuencia del hábito de succión digital encontramos:

- 1) La protrusión de los dientes anteriores superiores
- 2) Retrusión postural mandibular, que puede desarrollarse por el peso de la mano y el brazo que fuerza continuamente a la mandíbula o una posición retruida.
- 3) Los incisivos pueden ser Lingualizados.
- 4) El labio superior se encuentra hipotónico y flácido
- 5) El labio inferior se encontrará hiperactivo con una mayor actividad del músculo borla de la barba.
- 6) La lengua tiende a adelantarse durante la deglu --

ción como un medio de cerrar el espacio entre los incisivos superiores e inferiores, por lo tanto al hábito de succión digital se asociará el hábito de empuje lingual, formándose un círculo vicioso,

Se sabe que una persona deglute diariamente bajo condiciones normales, un medio litro y medio de saliva, aproximadamente la deglución se presenta dos veces por minuto durante vigilia y una vez por minuto durante el sueño. En toda la deglución se llevará a cabo dos mil ciento veinte veces en el transcurso de 24 h., de ahí que se presenten serios problemas cuando la lengua ejerce una presión defectuosa durante la deglución. Además se ha visto que la lengua es capaz de ejercer mayor presión sobre las estructuras orales, que todos los demás músculos dentofaciales siendo la punta el elemento que más fuerza ejerce.

Los incisivos superiores labiolizados se encontrarán más expuestos a las fracturas.

7) Repercusiones en vías respiratorias altas. Las nasinas se encontraran pequeñas y subdesarrolladas.

8) El dedo ó dedos que succiona presentarán callosidades y la piel se torna lisa y húmeda.

9) Se ha visto que durante la succión del pulgar se producen, fuerzas musculares negativas, que ocasionarán un an-

gostamiento del maxilar superior, ocasionando una bóveda palatina alta.

Las características antes mencionadas van a dar por resultado una "Fascies Adenoidea", que también se le ha llamado -- "Fascies Digital".

10) Las consecuencias psicológicas van a ser muy graves-- ya que la felicidad del niño se verá quebrantada por las burlas,-- apodos, que le harán perder la seguridad.

En ocasiones los daños psicológicos son ocasionados por los mismos padres, en el intento de eliminar el hábito del niño-- van a crear un sentimiento de culpabilidad en él.

El niño estará consiente de que el hábito no es aceptado, pero a la vez lo seguirá realizando, pues en el se alojará -- para tener la seguridad y bienestar deseado.

Realizar el hábito de succión digital, para el niño será como un escudo contra la sociedad que lo rodea. Cuando las presiones se vuelven difíciles de soportar entonces va a obtener mediante la extremidad corporal aplicada a su boca, la satisfacción que ansía.

TRATAMIENTO.

Se pueden considerar dos tipos de tratamiento: el tratamiento preventivo y el tratamiento correctivo.

Tratamiento preventivo.

El tratamiento preventivo se basará en las siguientes observaciones.

1) El sistema de alumbramiento natural que es defendido por buen número de médicos, ya que se evitan deformaciones - y traumas faciales que podría desencadenar a partir de las malformaciones, ciertos hábitos anormales.

2) Es importante que el recién nacido permanezca, en el mismo cuarto con su madre, ya que la contigüidad física y la inconciente comunicación que su madre le brinda, dará a ambos - una seguridad emocional, que no debe perderse.

3) La lactancia realizada en forma natural, con los - cuidados, el cariño, la paciencia y el ambiente de tranquilidad tan necesarios para el niño.

Si por algún motivo la madre se encuentra imposibilitada para alimentar ella misma a su hijo, será conveniente que la alimentación se realice con biberones bien diseñados que imiten el seno materno y así podrá lograr que el niño ejercite sus músculos de manera correcta. Lo más importante será el acercamiento, los mimos y el cariño que la madre le brinde a su niño. Siguiendo lo antes mencionado, se colocará al niño en la posibilidad de resolver dos necesidades básicas, para la vida del niño; una de ellas de carácter Físico-biológico, que será el desaj

rollo muscular correcto y satisfacer su hambre; y la otra de carácter psicosomático, ya que el niño va a adquirir sentimiento de seguridad.

4) Será conveniente educar al niño, para que no beba con la boca llena de alimento. Esto último, fomenta los hábitos de la mala posición de la lengua que en muchas ocasiones se asocia con hábitos de chupaderos o que presentan respiración bucal.

5) Será conveniente la ayuda del foniatra, para evitar la recidiva.

Es de suma importancia el interpretar ó eliminar el hábito de succión digital, para lo cual se tendrá que tomar en cuenta, los siguientes factores:

- 1) ¿Tiene el paciente más de tres años de edad?
- 2) ¿El hábito esta causando antagonismos familiares?
- 3) ¿Este hábito está aumentando en intensidad, frecuencia y duración?
- 4) ¿El niño esta capacitado por su edad y su capacidad de discernimiento, para entender el posible daño que puede causarse al persistir con el hábito?
- 5) ¿El fenómeno se presenta en forma constante durante todo el día?

- 6) ¿El niño ha manifestado su intención de eliminar el hábito?
- 7) ¿El hábito esta causando maloclusión?
- 8) ¿Este hábito esta creando la formación de nuevos hábitos?
- 9) ¿Estan los padres dispuestos a que el niño utilice aparatos ortodónticos, para detener el daño?
- 10) ¿Se está empeorando una mala relación esquelética ya existente?
- 11) ¿Esta el niño en buenas condiciones de salud general?
- 12) ¿Tiene el niño buenas condiciones de salud mental?

Se deberán analizar las respuestas de las anteriores preguntas y si nos encontramos con todas las respuestas--positivas, estará indicada la intervención para eliminar el hábito.

Para iniciar nuestro tratamiento, será de suma importancia la edad de nuestro paciente, ya que si el niño tiene menos de cinco años, no lograremos la cooperación deseada.

Será conveniente hablar con los padres del niño, para lograr la cooperación de los mismos. Se hará hincapie en la importancia que tendrá el dar individualmente personalidad

al niño, dejándolo actuar por sí mismo.

Será conveniente tratar de lograr una relación amistosa con el niño desde la primera cita, para lo cual tendremos un trato cordial, llamándole por su nombre y haciéndole ver que -- nos encontramos realmente interesados en ayudarle a eliminar su problema.

Si nuestro paciente no se encontrará en buenas condiciones de salud general o mental, el tratamiento deberá ser post puesto.

En la primera cita podremos darnos cuenta de varias -- cosas como son: La actitud de los padres hacia el problema de -- su hijo, pues en ocasiones serán estos los principales causan--tes del problema.

También podremos ver la actitud del niño ante el hábito, pues en ocasiones nos encontramos con niños que en seguida-- nos muestran los dedos o el dedo que se chupan, diciendonos "es que me chupo el dedo". Este tipo de niños es el que realiza el hábito como imitación o como castigo contra los padres. En con--traste con otros niños que esconden, su mano y hasta después de un rato nos mostrarán su dedo.

Cuanto mayor sea la angustia del niño, mayor será la-- callosidad y su extensión en el dedo del niño. Si solamente se-- presenta la piel suave lisa y húmeda, lo hace por satisfacción--

oral o por imitación generalmente.

En la primera visita, es conveniente que estén los pa dres y será en esta cita cuando la propongamos al niño, que en un lapso de tiempo se corregirá su hábito.

El Cirujano Dentista, puede seguir diferentes rutas - para controlar el hábito de succión digital.

a) La primera cita se explicará al niño por medios au diovisuales, las consecuencia que tendría de continuar con el - hábito. Si contamos con la cooperación del niño, le pediremos - que relacione su control digital, mediante el registro en una - noja, lo anterior será combinado con ejercicios musculares.

b) La segunda ruta consiste en la utilización de dife - rentes medios de contención, que se podrá dar a escoger al niño entre dos, misma que serán de acuerdo a la gravedad del caso.

Ante todo se deberá contar con la aceptación del niño.

En la primera cita, se le indica al paciente que en - una hoja, de cualquier tamaño y color, anote él mismo y sin ayu - da de nadie: la 1^a. semana, su nombre, edad y fecha. En seguida que escriba los días de la semana, dejando un espacio, para la - colocación de estrellitas, que colocará por cada día en que no - se chupe el dedo. Se le pedirá a los padres que lo lleven a la - mayor brevedad posible a comprar sus estrellitas y una cinta de tela adhesiva que deberá colocar en el dedo que succiona así co

mo el dedo vecino. Se hará hincapié en que ésta tela adhesiva, - servirá unicamente para recordarle que no debe succionar su dedo debiendo colocarse en el momento en el que el niño ha manifestado que se chupa su dedo, pudiendo ser al acostarse al ver la televisión, ó durante la mayor parte del día.

Será conveniente, pedir a los padres que respeten la - individualidad del niño, dejándolo que éste lleve sus registros - por sí solo. Se le dirá al niño que es conveniente que actúe con sinceridad, pues será el medio de que él y nosotros nos demos -- cuenta del progreso que va teniendo, y que de no actuar con la - verdad, se estaría engañando el mismo y a nosotros.

Será conveniente también enseñarle otras hojas de control, de niños que también han tenido el hábito.

A continuación se le da un sobre de papel manila grande, en el que irá pegando una etiqueta con su nombre y que dirá - control digital. Se le entrega al niño diciéndole que es para su uso personal y que en ella guardará sus hojas de control con sus estrellitas, misma que nos llevará para la siguiente cita.

En la segunda cita, que se procurara que sea una semana - después, recibiremos al niño solo, pues los padres no deberán entrar, él nos mostrará sus progresos y ya sea que las estrellas - esten completas o que falten algunas, nuestra actitud debe ser - optimista, mostrando a nuestro paciente que estamos contentos --

por el progreso logrado.

En el caso de que falten estrellas, le preguntaremos - el porque, procurando interesarnos por las cosas que le molestan sus relaciones con sus padres y hermanos, etc. No es difícil que un niño que se había mostrado reservado y tímido en esta ocasión nos exprese quizás hasta con llanto sus problemas.

En esta cita también es conveniente tomar modelos de - estudio y fotografías, diciéndole que en la próxima cita podrá - ver sus dientes en modelos de yeso, y que para la proxima cita - nos traiga una nueva hoja de control, ya que nos quedaremos con - la primera.

Se le pedirá que extienda su labio superior, lo más -- que pueda, metiendo el borde bermellón, abajo de los incisivos - superiores y el borde bermellón del labio inferior se colocará - contra la porción exterior del labio superior extendiendo y se - presionará lo más fuerte posible contra el labio superior. Este - ejercicio es de gran beneficio, para los dientes superiores la-- bializados y para aumentar la tonicidad del labio superior. Exig - tirá un componente sensorial en el masaje labial, por lo que el - ejercicio puede servir de substituto del dedo succionado. Será - conveniente decir al niño que coloque una maya, para evitar la - irritación o el agrietamiento de sus labios.

En una tercera cita podremos ver los resultados obteni - dos, si el niño llega con su hoja de control con todas las estre

llas y percibimos mediante las respuestas a nuestras preguntas y la mirada del niño que han sido ganadas honradamente, llamaremos a los padres y les notificaremos de los logros de su hijo y se le indicará si ya lo pueden premiar por el esfuerzo realizado.

El convencimiento y el estímulo son más efectivos que el castigo.

Los medios de contención serán usados haciendo hincapié que serán medios recordatorios para que el niño evite daños mayores, son:

- 1.- Tela adhesiva en el dedo o dedos que el niño succiona junto con el dedo vecino. Este método se usará por un tiempo máximo de dos meses.
- 2.- Protector de hule rígido en el dedo pulgar. Se usará de tres a cuatro meses.
- 3.- Placa removible de acrílico tipo Hawley. Por lapso de 6 meses.
- 4.- Arco palatino con ventana.
- 5.- Arco palatino con picos. Los dos últimos se usarán por un lapso de 8 a 10 meses.

Se colocará un aparato como último paso solamente si los medios anteriormente mencionados no hubieran dado resultado.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábi-

to, deberá reunir los siguientes requisitos:

- 1) No impedir la actividad muscular.
- 2) No requerir recordatorios para usarlo.
- 3) No avergonzar con su uso.
- 4) No complicar a los padres.

Pasos para la Construcción de un Aparato de Succión Digital.

- a) Se toma impresión de alginato de las dos arcadas.
- b) Si los contactos proximales son estrechos, en la zona del segundo molar deciduo se colocarán alambres de bronce separados.
- c) Los segundos molares deciduos constituyen buenos pilares. Se seleccionan coronas metálicas al tamaño adecuado o --- bien bandas de ortodoncia, se adaptan al molar correspondiente -- en el modelo de yeso, se contornean y se recortan en el margen -- gingival.
- d) El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable, se hará en forma de U. Se adapta pasándolo mesialmente a nivel de margen gingival, desde el segundo molar deciduo -- hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y el canino -- primario, en este punto se hace un doble agudo, para llevar al -- alambre en dirección recta hasta el nicho correspondiente opuesto No se deberá seguir el contorno del paladar para que de esta ma-

nera reducir la satisfacción que el niño obtiene al succionar su dedo.

e) Se coloca un aparato central, que consta de dos espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende de hacia atrás y hacia arriba en ángulo de 45 grados respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del asa central se doblan hacia el paladar de manera que hagan contacto con él ligeramente. Se une al asa a la barra principal, lo mismo que una tercera proyección que tendrá la misma curvatura del asa principal y que se colocará entre éstas.

f) Se adaptará a la boca del paciente, se limpia y si ya no existen molestias se podrá cementar.

El aparato se lleva por medio de cuatro a seis meses. Después de intervalo de tres meses en que el hábito desapareció, por completo, se eliminarán los espolones primeramente, después de retirar la extensión posterior, y tres semanas después de retirar la barra palatina restante y las coronas.

Al niño se le advierte que el uso del aparato, es para la corrección de la posición de sus dientes.

Se pueden utilizar aparatos removibles como son:

1.- Pantalla vestibular o bucal.

2.- Variaciones de la placa de Hawley.

Estos aparatos serán colocados únicamente si contamos con la absoluta cooperación de nuestro paciente.

D) Hábito Lingual.

Se considera que el hábito lingual es el principal factor de la mordida abierta y sobremordida horizontal; ya que también aunque en menor grado lo ocasionan el hábito de succión digital, succión de labio, lengua agrandada, deglución infantil, - etc.

El hábito lingual con frecuencia se encuentra asociado a un problema de deglución infantil.

La deglución infantil desaparece en el momento que hacen erupción los dientes, ya que estos vendrán a ocupar el espacio que anteriormente la lengua ocupará, para tratar de llenar - el espacio entre los maxilares, ayudándose con la musculatura de carrillos y labios.

En ocasiones el hábito lingual puede ser consecuencia del círculo vicioso que se origina después de un trastorno en la oclusión producido por un hábito de succión digital, que va a -- ocasionar la mordida abierta y por la mala posición de la lengua en la deglución.

Se ha observado que cuando existen alteraciones en el tracto nasorespiratorio crónico, ya sea ocasionada por una farin-

gitis, amigdalitis, estomatitis, respiración bucal, etc., se encuentra asociado un hábito de empuje lingual.

Cuando las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, la raíz de la lengua para evitar una situación de dolor se encontrará relajada y proyectada hacia adelante, aunando a esto una mandíbula que cae relajadamente y la deglución alterada, dando como consecuencia la alteración en la dentición y procesos alveolares ocasionada por el desequilibrio que existirá en las -- fuerzas musculares.

En el hábito lingual no solo se encontrarán involucrados los músculos linguales, sino que con frecuencia se encuentra una mayor función del orbicular de los labios, así como del músculo borla de la barba, en el intento de pasar el bolo alimenticio.

Otro factor que puede ocasionar el hábito lingual es - el uso prolongado del biberón, ya que la lengua se encontrará entre los incisivos superiores e inferiores produciéndose un retraso en la erupción de los mismos y por lo tanto la mordida abierta.

El hábito lingual puede ser:

- a) Simple
- b) Complejo.

a) El hábito lingual simple, es cuando el hábito lin--

gual se encuentra asociado a una deglución normal con los dientes juntos.

b) El hábito lingual complejo es cuando el empuje lingual se encuentra asociado con una deglución con dientes separados.

TRATAMIENTO.

Antes de establecer la forma de tratamiento, habrá -- que diferenciar cuidadosamente entre un empuje lingual simple, -- o un empuje lingual complejo, la retención de un patrón de de-- glución infantil y una postura defectuosa de la lengua.

El tratamiento para el hábito lingual puede ser de -- las siguientes formas:

1) Fisiológico.

2) Mécanico.

1) Fisiológico.- Es el que se realiza cuando el empuje lingual es con una deglución con dientes juntos. La mal oclu ción generalmente es una mordida abierta bien circunscrita a -- los dientes anteriores. El pronóstico de este tratamiento es -- muy bueno. El tratamiento se realizará a nivel consciente e in-- consciente.

En este tipo de tratamiento lo realizaremos después - de haber explicado al niño mediante recursos audiovisuales, el-

problema y sus consecuencias. Trataremos de lograr la cooperación de nuestro paciente.

Se realizará un tratamiento fisiológico, partiendo de la idea, de que el daño es también fisiológico y se evitará como primer paso, el tratamiento mediante aparatos sujetadores e inmovilizadores que deberán ser pospuestos.

El hábito es un reflejo condicionado, que ha necesitado de un previo aprendizaje, por lo que será necesario, establecer una terapia de reaprendizaje.

El primer paso en nuestra terapia fisiológica, será necesario, establecer una terapia de reaprendizaje y familiarizar a nuestro paciente con la deglución normal, para lo cual - le señalaremos con el dedo índice, la posición correcta de la lengua durante la deglución; que será en la unión del paladar blando con el paladar duro. Le pediremos que con la punta --- de la lengua colocada en la papila incisiva junte sus dientes, junte sus labios y trague manteniendo la lengua en la misma posición. El uso de las señales táctiles ayuda al paciente a comprender donde debe ir su lengua. Se le pedirá que realice, sus degluciones en forma correcta por lo menos cuarenta veces por día, ayudándose con pequeñas cantidades de agua. Será conveniente que el niño vaya anotando en una hoja, los días en que reali

zó sus ejercicios. Estos ejercicios se realizarán hasta la próxima cita en la que el niño nos llevará su hoja de registro.

Se tratará de reforzar el aprendizaje a nivel subconsciente, pues el niño se encontrará capacitado para realizar degluciones normales pero de manera inconsciente seguirá realizando degluciones normales.

Le pediremos que por lo menos una vez por día coloque una pastilla, de preferencia bicóncava y de sabor de algún cítrico, como podría ser de limón, que se colocará contra el paladar en la posición correcta, y de esta manera estaremos logrando que nuestro paciente, este realizando degluciones normales de manera inconsciente. Será conveniente pedir a nuestro paciente que de manera simultánea tome el tiempo que le lleve realizar su ejercicio, y al igual que en el ejercicio anterior lo vaya registrando en una tarjeta.

Cuando estos tratamientos no han sido suficientes se procederá al tratamiento mecánico.

2) Mecánico.- Este tipo de tratamiento se realizará -- cuando el tratamiento fisiológico, no haya dado resultado. Se -- utiliza generalmente en el empuje lingual complejo, que es cuando la maloclusión es más grave, ya que el empuje lingual se realiza con una deglución con dientes separados. En estos casos no existe un engranaje cópideo estable. El pronóstico no es muy bue-

no y en estos casos es recomendable realizar primeramente el tratamiento ortodóntico.

El tratamiento mecánico puede ser mediante el uso de cualquiera de los siguientes aparatos, dependiendo de la cooperación de nuestro paciente:

1) Aparatos Fijos.

a) Arco Lingual soldado con espolones.

b) Arco con cribas linguales.

2) Aparato Removibles:

a) Pantalla vestibular.

b) Pantalla bucal.

a) Arco Lingual soldado con espolones.- Este aparato--
tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás, durante la deglución. Llevará los espolones doblados hacia abajo, para que forme una especie de cara, atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores.

El aparato deberá tratar de:

1) Eliminar la proyección anterior enérgica y el efecto a manera de émbolo, durante la deglución.

2) Modificar la postura lingual de tal forma que el --
dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta --
haga contacto con las rugas palatinas, durante la deglución y no se introduzca en el espacio incisal.

El arco lingual con espolones se pueden hacer superiores ó inferiores.

Pasos a seguir para la construcción del aparato.

1.- Los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios, esto cuando es en la arcada inferior se seleccionarán los caninos.

2.- Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas dentarias y montarán en un articulador de bisagra o anatómico.

3.- Los dientes soporte se recortan en el modelo de yeso.

4.- Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contorna la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos.

5.- Se adapta la barra lingual en forma de "U", esta será de aleación de níquel y cromo ó de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante, hasta el área de caninos a nivel del margen gingival la barra deberá hacer contorno con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos.

6.- Se colocarán tres o cuatro espolones de manera estratégica mismos que irán soldados al arco lingual. Se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritaciones a la lengua.

7.- El alambre base se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se fija cada soldadura a las coronas metálicas. Después

de limpiar y pulir estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte.

B.- Si existe una buena adaptación de las coronas y -- del arco lingual, se procederá al cementado de nuestro aparato.

Arco con cribas linguales.

La acción de ejercer sobre la lengua y la musculatura-- bucal será la misma que en el arco lingual con espolones. La construcción del aparato será igual al anterior, variando únicamente el peso G; que en este caso se realizará con tres o cuatro proyecciones en forma de "V" de tal manera que se extienda hacia abajo, a la altura de los incisivos inferiores, cuando los modelos se -- pongan en oclusión, no deberá interferir con la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de "V", haya sido -- cuidadosamente formada de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, de fluor y se soldan al alambre con suficiente soldadura de plata.

Dependiendo de la gravedad de la mordida abierta, que-- puede ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección -- automática de la maloclusión. Ya que el paciente descubrirá desde la primera semana que la posición más cómoda es colocando el dorso de la lengua contra el paladar y la punta de la lengua contra las rugas, palatinas. No todos los aparatos tienen éxito por si -- solos y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos --

ortodónticos totales. La mejor edad para la colocación de este tipo de aparato entre los cinco y los diez años de edad. Se llega a presentar mordida abierta en los segmentos posteriores, causando infraoclusión, así como problemas funcionales y problemas del habla.

En el caso de proyección lingual se utiliza una criba-lingual modificada, al no hablar la interposición de la lengua, los dientes harán erupción de manera normal, eliminando la mordida abierta, se recomienda el uso de las coronas metálicas.

Aparato Removibles.

Pantalla bucal y vestibular.

Para la colocación de un aparato removible necesitamos ante todo la completa cooperación de nuestro paciente.

La pantalla bucal puede ser vestibular ó bucal ó bien combinarse, para lograr un mayor control tanto de las fuerzas musculares tanto dentro como fuera de las arcadas dentarias.

La pantalla bucal estará hecha de acrílico únicamente ó bien combinarse con asas de alambre, pudiendo agregarse gan- chos de alambre de los llamados de bola, que se colocarán en la región de los molares para aumentar la retención del aparato y-- reducir la tendencia a que el extremo posterior, caiga cuando -- la lengua es proyectada hacia adelante. Utilizando solos estos -

Aparatos son de alcance limitado en la corrección, pero si son utilizados en forma correcta y constante, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas reduciendo la maloclusión desarrollo.

e) Hábitos Anormales diversos.

Hábitos Posturales.

Aunque son raros los trastornos ocasionados por hábitos de postural anormal. pueden llegar a ocasionar maloclusión.

La mala postura y la maloclusión podrían ser resultado de una causa común, en la que la mala postura actuará acentuando una maloclusión existente.

Entre las malas posturas que podrían motivar una mala clusión estarían:

1) Una mala posición durante el sueño, que podría ser originada por la presión que se recibe al dormir con varias almohadas ó bién por dormir en posición en decubito ventral.

2) Se han encontrado problemas en niños encorvados, - que apoyan la cabeza de tal manera que el mentón descansa sobre el pecho, pudiendo crear su propia retrusión del maxilar inferior.

En el caso de mala posición se podría ocasionar, desviación del maxilar inferior, laterognatismo y anomalías de - la oclusión de los dientes anteriores.

3) Otro de los problemas posturales que más daño ocasionarán es la mala posición que se asocia con el uso del aparato ortopédico de Milwaukee, que es utilizado en los pacientes con escoliosis idiopática de la columna vertebral. Para evitar estas maloclusiones, se deberá establecer un nexo con el cirujano ortopédico, y en conjunto podrá evitar al máximo, la aparición de una maloclusión para lo cual nos valdremos de férulas intrabucales; diseñadas especialmente para los activadores, posicionadores y aparatos ortopédicos dentofaciales, así como de plaza Hawleys modificadas.

f) Hábito de mordedura de uñas.

El hábito de mordedura de uñas (onicofagia), no se considera que sea un agente causal de una maloclusión. Es considerado como un hábito, que gran cantidad de individuos realizan o han realizado en alguna etapa de su vida.

Es considerado como los demás hábitos en medio para eliminar tensión y se ha observado que niños que anteriormente han tendido el hábito de succión digital, presentan el hábito de mordedura de uñas.

No es considerado un hábito pernicioso, que cause maloclusión, aunque se puede observar atricción ó desgaste de los dientes anteriores inferiores.

El hábito de mordedura de uñas, se presenta generalmente hasta los 3 ó 4 años y se acentúa durante la pubertad.

Es considerado por los psicólogos como un síntoma de desajuste de la personalidad ó ansiedad, por lo tanto será conveniente atacar el problema primario que esté ocasionando dicho trastorno, del cual la mordedura de uñas es solo un síntoma.

Psicoanalíticamente se interpreta como la satisfacción de necesidades infantiles, resultado de una fijación a nivel oral.

Se dice que los sujetos que se muerden las uñas, tienen dificultades para exteriorizar su hostilidad y la manejan de manera intrapunitiva.

El tratamiento será sintomático, del cual se descartarán el castigo ó la limitación física, con tolerancia, paciencia oportuna para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones.

g) Habitos Masoquistas.

No es un hábito frecuente, sin embargo se ha observado en niños y adolescentes, con graves problemas emocionales.

Generalmente es niño con, un hábito masoquista ó de automutilación, no admitirá, la existencia del mismo, a niños que este sea observado practicándolo.

El tratamiento será ante todo tratar de encontrar la

causa que motiva tal situación. En la mayoría de los casos será un problema emocional, de tensión, desdicha o conflictos en la familia, en la escuela ó en su medio social. Será cuando el Cirujano Dentista, se verá en la necesidad de remitir a nuestro paciente con el psicólogo.

En éste tipo de hábitos se llega a presentar en ocasiones desde los cuatro años.

Los daños que un niño se puede ocasionar con un hábito masoquista puede ser movilización de algún diente traumatizar con la uña los tejidos libres y adherentes de las encías,-- dejando descubierto parte de la raíz mediante la uña al desgarrar el tejido gingival marginal.

Hábito de succión y mordedura de labio.

Este hábito se encuentra generalmente asociado a un hábito de succión digital ó asociado a un problema de respiración bucal.

Debido a la excesiva sobremordida horizontal que se asocia a estos casos, el labio inferior se encuentra entre los incisivos superiores e inferiores ocasionando que el niño adquiera el hábito de morderlo, produciéndose un daño mayor en sus estructuras dentomaxilares.

El labio inferior al colocarse detrás de los incisivos superiores y proyectándose sobre las superficies linguales--

de éstos, producirá que el labio superior se encuentre sin función hipotónico, flácido y retraído. El niño encontrará más cómodo colocarse su labio inferior en el aspecto lingual de los incisivos superiores, dificultando que los labios cierren correctamente durante la deglución.

Asociado al hábito de succión de labio se observa una hiperactividad del músculo borla de la barba, que es observable fácilmente al pedirle al niño que degluta, pues el mentón se verá contraído y endurecido.

Antes de iniciar nuestro tratamiento es de suma importancia, realizar un diagnóstico certero, ya que si nos encontramos ante un problema de maloclusión clase II división I ó bien ante un problema de sobremordida horizontal excesiva, el establecimiento de un tratamiento para hábito de succión de labio, mediante aparatos, puede ser poco benéfico. En este caso el beneficio será en forma parcial pues el hábito de succión de labio se encuentra compensando el problema dentomaxilar. En estos casos se tendrá que realizar primeramente un tratamiento ortodóntico, con un ajuste oclusal correcto. En muchos casos una vez corregida la maloclusión el hábito desaparece de manera automática.

En los casos en que los hábitos persisten, aún después de haber solucionado, el problema de maloclusión, se pro-

cederá al uso del aparato para hábito de succión de labio.

Fabricación del Aparato:

- 1.- Se toma impresión de alginato, superior e inferior y se corre en yeso.
- 2.- Será conveniente montar los modelos en un articulador de bisagra.
- 3.- Se recortan en el modelo los primeros molares permanentes ó los segundos molares deciduos, en sentido gingival.
- 4.- Se seleccionan coronas metálicas ó se colocan bandas de ortodoncia adecuadas, sobre los dientes pilares.
- 5.- Se adapta un alambre de acero inoxidable ó níquel y cromo, que corra en sentido anterior desde el diente soporte, pasando los molares deciduos, en el area interproximal, cruzando hasta el aspecto labial de los incisivos inferiores. La altura a la que irá el alambre, será marcada por el borde incisal, siempre y cuando no se interfiera con la oclusión de los dientes superiores, de ser así se colocará más gingivalmente. Se deberá dejar un espacio de 2 a 3 mm. de la superficie labial de los incisivos, para permitir que los dientes se desplacen por la presión de la lengua. El alambre se continúa por el espacio entre el canino y el primer molar deciduo del lado opuesto, hasta hacer contacto con el diente soporte.

6.- Se agregará un alambre que deberá ir unido con -- soldadura en el punto en que el alambre cruza, hacia vestibular, este alambre se encontrará paralelo al anterior únicamente que a 6 a 8 mm. en sentido gingival y se vuelve a unir en la zona -- del punto opuesto ésta porción debera encontrarse separada unos 3 mm. de los tejidos gingivales.

7.- Se une el Alambre base a las coronas o a las bandas y se revisa que no haya una interferencia oclusal.

8.- Después de pulirlo y haberlo limpiado dicho aparato se coloca en la boca del paciente.

h) Bruxismo

Este hábito consiste en frotarse los dientes entre sí-- de carácter no funcional generalmente es un hábito nocturno y se puede observar cuando el niño esta despierto.

El niño puede producir atricción de las piezas y pue-- de quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

No se conoce la causa exacta del bruxismo, se cree que tiene una base emocional ya que ocurre en niños muy nerviosos e irritables se puede presentar este hábito.

Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedad.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades --

orgánicas como; corea, epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

Se puede ayudar a quitar este hábito, con la ayuda del medio familiar y atención psiquiátrica y odontológicas.

El Odontólogo ayuda elaborando una férula de caucho --blando para ser llevado sobre los dientes durante la noche de manera que el hábito vaya perdiendo su eficacia satisfactoria.

El protector de plástico de la mordida de vinilo que recubre la superficie oclusal de todos los dientes más 2 mm. de las caras vestibulares y linguales y sirven para impedir la abrasión de los dientes.

Es preferible eliminar el agente causal y no el efecto. Principalmente en los niños y tratar de componer el porqué de dicho hábito.

Otros Hábitos Bucales.

En los hábitos de succión no solo se emplea el pulgar y otros dedos, sino también utilizan frecuentemente para sustituir a los dedos, como los tejidos de las mejillas labios y lengua.

Elaboración de Aparatos

Existen varios tipos de Aparatos para romper hábitos bucales que pueden elaborar el odontólogo y se clasifica en:

- a) Aparatos fijos

b) Aparatos Removibles.

Para elegir el tipo adecuado de Aparatos se debe tomar algunas consideraciones como:

- Edad del niño
- Dentición.
- Hábito bucal

No está indicado colocar Aparatos removibles en niños menores de seis años en quienes solo tienen piezas primarias y no son cooperadores.

Aparatos removibles si está indicado en niños con dentición mixtas. Y no está indicado engrapan piezas permanentes-- en etapa de erupción.

El Aparato fijo puede causar en el niño la sensación de estar castigado, mientras que el removible de la libertad de llevarlo solo en periodos como la noche.

Trampa con Punzón.

Es un Aparato reformado de hábitos bucales que actúan como un "recordatorio" afilado de alambre que evita que el niño continúe su hábito.

La trampa consiste en un alambre engastado en un Aparato de acrílico removible como el retenedor de Hawley.

La trampa puede evitar para: romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior, distribuir la pre--

sión a las piezas posteriores y hacer que el habito se vuelva de sagradable para el niño.

Trampa de Rastrillo.

Puede ser un aparato fijo o removible y sirve como castigo se forma de igual manera que la trampa de punzón, ésta tiene ramas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de Acrilico para hacer la boveda palatina las puas dificultan la succión del pulgar y los hábitos de empuje lingual y de deglución defectuosa.

CONCLUSIONES

1.- La historia clínica es muy importante para establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto.

2.- Antes de establecer un tratamiento, se deberá tomar en cuenta la edad del niño. Los hábitos, bucales infantiles se deben considerar como normales hasta los 2 años y medio; -- hasta los cuatro años de edad, el niño podrá persistir en su hábito, sin que se presenten problemas de maloclusión permanente; si el hábito persiste más allá de los cuatro o cinco años, encontramos trastornos en la oclusión dependiendo de la intensidad, - duración y frecuencia con que se realice.

Si el niño es menor de 5 años , nó lograremos la cooperación necesaria para la eliminación del hábito.

3.- Es necesario lograr la confianza del niño, mostrándole interés en ayudarlo. Se mantendrá su individualidad durante nuestro tratamiento.

4.- Se le premiará por los esfuerzos realizados, eliminando el castigo. Se hará hincapié, que los diversos medios de contención de los hábitos, actuarán únicamente como recordatorio.

5.- Las maloclusiones provocan alteraciones faciales, fonéticas, fisiológicas, etc; serán motivos de trastornos psicológicos y desajustes emocionales en el niño, que darán por re--

sultado una conducta introvertida y un comportamiento inmaduro. En muchas ocasiones está de nuestra parte lograr la salud del niño.

6.- El niño, será considerado como un ser integrado del cual no solo nos interesará el aspecto bucal, sino que se tomará muy en cuenta su personalidad y sentimientos.

7.- La lactancia natural es una etapa de suma importancia, ya que se ha observado que la mayoría de los niños que presentan hábitos anormales, recibieron una lactancia apresurada, con cierta frialdad, con ansiedad ó cuando se realizó de manera artificial mediante biberones inadecuados.

8.- El niño va a obtener durante la lactancia, los sentimientos, seguridad y alegría.

9.- El Cirujano Dentista deberá realizar en muchas ocasiones una labor de conjunto con otros profesionistas como el médico, psicólogo, psiquiatra, foniatra, etc.

10.- Se deberá buscar la causa del hábito anormal, ya que en muchas ocasiones es únicamente el síntoma de un problema emocional mayor, por lo tanto no se podrá eliminar sin combatir el factor que lo ocasiona.

11.- Durante mi practica profesional he observado que el problema de los hábitos anormales es frecuente, siendo el hábito del "niño Chupadero" el más común. Es muy grande la satis-

facción que se obtiene al poder ayudar a un niño a eliminar un hábito que le ha ocasionado diversos problemas.

BIBLIOGRAFIA

Dr. T.M. Graber
Ortodoncia
Teoría y práctica
3^ª Ed. Editorial Interamericana Méx. 1974.

Sidney Finn
Ortodoncia Pediatrica
4^ª Ed. Editorial Interamericana Méx. 1976

Mc. Donal.
Odontología para el niño y el adolescente
2^ª Ed. Editorial Mundi Méx. 1975.

Dr. Melvin Lewis
Desarrollo Psicológico del niño
1^ª Ed. Editorial Interamericana Méx. 1974.

Odontología para Niño
Brawer John Charles
Editorial Mundi
4^ª Edición.