29·76

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

MARIE MADELEINE KETTY NADEJ AUGUSTIN MOISE

México, D. F. 1979 - 82

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

PAG.

TRODUCCION---------- 1

PITULO I: GENERALIDADES DE LOS HABITOS BUCALES------- 2
Definición---------- 2
Clasificación---------- 2
Etiología y Efecto---------- 3

PITULO II: CORRECCION DE LOS HABITOS BUCALES---------- 18
Objetivo---------- 19
Método Utilizado---------- 19

PITULO III: TRATAMIENTO---------- 29
Instrumentos intrabucales---------- 33
Métodos psicologicos---------- 34

a) Tratamiento miofuncional de chupador de los dedos---------- 36
Fases---------- 38
Hábitos---------- 37

b) Psicología del Niño---------- 37

PITULO IV: APARATOLOGIA---------- 48

NCLUSIONES---------- 59

BLIOGRAFIA---------- 61

INTRODUCCION

La mayor parte de los problemas dentales que se presenta en la Odontología, se puede prevenir tanto en dentición temporal como en dentición mixta, ayudando en un gran porcentaje a que estos se incrementen volviendose mas difícil de tratar.

Como objetivo principal de un Odontologo en práctica general es hacer labor siempre de prevención y por consiguiente canalizar las malas oclusiones o hábitos severos remitirlos a un especialista. Con el fin de proporcionar el tratamiento bucodental adecuado a la cada vez más creciente población infantil.

Es por esto que el cirujano dentista debe de estudiar y analizar los medios necesarios preventivos para la salud bucal y poder asi disminuir los problemas que padece la población infantil, ya que con la preparación adecuada se podra reducir el tan severo problema que representa "Los Hábitos Bucales".

I. GENERALIDADES DE LOS HABITOS BUCALES

DEFINICION.

Son patrones aprendidos de contracción muscular de - naturaleza muy compleja. Estas deben de ser de acciones repetidas, de manera organizada y con un fin determinado.

CLASIFICACION.

Los hábitos bucales se pueden clasificar en:

1) Actos bucales No Compulsivos, y
2) Actos bucales Compulsivos.

1) Actos Bucales No Compulsivos.- Son hábitos que - se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta -- del niño al madurar este. Los niños experimentan modificaciones continuamente que les permiten cambiar de un hábito personal, a un nuevo patrón de conducta más consistente con mayor- nivel de madurez y responsabilidad.

2) Actos Bucales Compulsivos.- Se le denomina así - cuando un hábito ha fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su Mundo. -- Estos niños tienden a sufrir mayor ansiedad cuando se trata - de corregir ese hábito, estos hábitos compulsivos expresan -- una necesidad emocional profundamente arraigada.

Los hábitos también se puede clasificar como:

1) Utiles
2) Dañinos

1). Los hábitos útiles - Incluyen los de funciones -- normales, como posición correcta de la lengua, respiración y - deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar.

2). Los hábitos dañinos - Son aquellos que ejercen -- presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas denta-- rias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, -- chuparse los labios y chuparse los dedos.

Etiología y efecto de los hábitos bucales.

Hay una gran variedad de hábitos bucales cuya etiología específica es difícil de aislar, por esta razón sólo explicaré los hábitos que considero que son los más frecuentes en - los niños.

1. Hábito de chuparse los dedos.

Las teorías ofrecidas para explicar la etiología de - la succión del dedo son varias y contradictorias, y cada especialista posee su cúmulo de datos, cifras y recomendaciones -- seleccionadas.

Tiene importancia tomar en cuenta la edad de aparición de los hábitos de chuparse el dedo, pues los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia. El chuparse el dedo en - los bebés ha sido relacionado con un amamantamiento demasiado- rápido (biberones) o con demasiada tensión presente durante el

acto de lactancia. Algunos niños comienzan a chuparse el dedo hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil- de un molar primario, otros niños con mas edad, se chupan el - dedo para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil. El hábito puede ser adquirido por el resultado de un problema- emocional, complejo, inseguridad, o hasta un deseo de llamar - la atención.

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar la succión del dedo no nutritiva, como ellos la llaman.

La mayoría de las primeras ideas respecto a chuparse- el dedo estaban basadas firmemente en la clasica teoría Freu-- diana. Freud sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital.

La teoría del impulso oral de SEAR y WISE, sugiere - que la fuerza del impulso oral es, en parte, una función de -- cuanto tiempo un niño continúa alimentandose por medio de la - succión. Así, no es la frustración del destete lo que produce el hábito de chuparse el dedo, si no el impulso oral, que ha - sido reforzado por la prolongación de la lactancia. Otra teo- ría sostiene que la succión del pulgar es expresión de una ne- cesidad de chupar que surge por la asociación de la succión -- que los aspectos reforzadores primarios de la alimentación. - También sugiere que la succión del pulgar surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes mamíferos. Estos reflejos primitivos son máximos durante las 3 primeras - semanas de vida. No todas las teorías sobre este hábito son - de origen Freudiano. Varios han sugerido que la succión del - pulgar es uno de los ejemplos más tempranos de aprendizaje - - neuromuscular en el infante, y que sigue todas las leyes gene-

ales del proceso de aprendizaje. La mayoría de los hallazgos omunicados hasta ahora, parecen apoyar mejor la teoría del -- prendizaje, sobre todo si el aprendizaje de chuparse el dedo- stá asociado con succión nutritiva prolongada y sin restric-- ión.

Existen muchas controversias sobre los daños que pue- e provocar el hábito de chuparse los dedos, muchos niños prac ican este hábito sin ninguna deformidad dentofacial evidente, eneralmente se concuerda en que si el hábito se abandona an-- nes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no exis- e gran posibilidad de lesionar las piezas, pero si el hábito- ersiste durante el período de dentura mixta, puede ser la cau a directa de una maloclusión que puede desarrollarse en el -- hupador de dedo, depende de varios factores: la posición del- edo en la boca, las contracciones musculares orofaciadas, la- cción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y l alveolo, la posición de la mandíbula durante la succión, -- l patrón esquelético, la diración, frecuencia e intensidad, - ue es el trio de factores que deberán ser reconocidos y eva-- uados antes de hacer un diagnóstico. La duración que puede - er hasta más allá de la primera infancia. La frecuencia del- ábito durante el día y la noche afecta el resultado final, el iño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir cau- ará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo den ro de la boca. La intensidad, en algunos niños la función - uscular peribucal y las contracciones de la cara son fácil-- ente visibles. Si el dedo índice es el favorito, causará- ayores daños si la superficie dorsal del descanso a manera- le rulero sobre los incisivos inferiores que si la superficie- palmar se encuentra encargada sobre los mismos dientes, con la unta del dedo colocado sobre el piso de la boca. La maloclu- ión más frecuente de este hábito es crear una mordida abierta interior.

Durante los tres primeros años de vida, la experien - cia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita princi-- palmente al segmento anterior. Si el niño posee oclusión nor- mal y deja el hábito al final del tercer año de vida, se suele más que reducir la sobremordida vertical. Es factible que la- proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de - deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean - auxiliares poderosos, aún en los casos de maloclusión unilate- ral de clase II asociados con el hábito de chuparse los dedos.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de - los 3 años y medio. La protusión de los dientes anteriores -- superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia- arriba contra el paladar. La retracción postural mandibular - puede desarrollarse si el paso de la mano o el brazo fuerza -- continualmente a la mandíbula a asumir una posición retralda - para practicar el hábito. El alineamiento de las piezas ante- riores generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordi- da horizontal y abre la mordida, y según la acción de palanca- producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplana- do de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.- Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha- desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelan-- tarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior.

Durante la succión del pulgar, las contracciones de - la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una - presión negativa dentro de la boca, con el resultante angosta- miento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en el complejo maxilar superior, a menudo es imposi- ble para el piso nasal caer verticalmente a su posición espera- da durante el crecimiento. Por lo tanto, puede encontrarse --

que los chupadores de pulgar tienen un piso nasal más angosto- y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los- incisivos en malposición. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y la deglución, estabilizan la deformación.

El verdadero peligro que presenta este hábito, es la- de cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión - franca. Ya que estas fuerzas pervertidas son las que crean -- mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los -- hábitos de dedo, es por eso que se debe tener especial interés en el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función. Al deglutir el músculo borla de la - barba se puede contraer marcadamente, lo que comprimirla hacia adentro el labio inferior, y el labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar en la cara lingual de los dientes anteriores superiores, y no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que- perpetúa la mordida abierta y la protucción labial superior.

La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente de clase - II, división 1, los daños causados por el hábito y la función- de muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

Debemos recordar que normalmente existe una relación- plana de los planos terminales de los primeros morales perma-- nentes, con relación borde a borde de las cúspides, hasta la - pérdida de los molares deciduos y la eliminación del espacio - libre interoclusal. Esto es en realidad una tendencia a la --

clase II: Siempre existe la posibilidad de que los hábitos - de dedo confirmados tirando hacia adelante sobre la dentadura-superior puedan provocar la creación de maloclusión unilateral de clase II en la dentición permanente, la actividad prolongada del dedo, lengua y labio sólo aumenta esta posibilidad. Sin embargo, debemantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales. El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión clase II, división 1, y casualmente también se chupa el pulgar, - no justifica la conclusión de que chuparse el dedo, por sí solo, produjo la maloclusión de segunda clase. Deberán tomarse-en cuenta los factores de herencia, y observar minuciosamente-la oclusión de los padres, puesto que pueden revelar factores-importantes a este respecto.

Es importante también hablar sobre el uso de chupetes y biberones, y lo incluyo dentro de este mismo hábito porque - considero que están muy relacionados uno con el otro.

Con frecuencia el uso prolongado de biberones constituye una causa de las anomalías de los dientes, de los maxilares y de los tejidos blandos, generalmente, las anomalías son-similares a los del chupador del pulgar, o sea, retrognatismos, vestibuoversión de incisivos, e hipotonicidad del orbicular de los labios. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener - sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. En los últimos años se ha presentado - mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones como causa de anomalías. La lactancia artificial va - íntimamente unida a la deglución anormal por persistencia de - la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin -- diente (interponiendo la lengua entre los bordes alveolares), - pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de

los dientes (colocando la punta de la lengua en parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores).

Se deduce que con el uso de biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y peribucales no actúan como debe ser. En el niño alimentado con biberones la actividad muscular no - es normal y se acostumbra a una deglución anormal, por esto se han ideado biberones especiales, que imitan en lo posible al - pezón materno, para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales.

La alimentación maternal es la ideal, pero cuando la - lactancia sea artificial debe tenerse mucho cuidado en la forma en que el niño coloca, la lengua, para que si esta no es -- normal enseñarle a usarla despuls y en la forma debida por medio de fáciles ejercicios cuando hagan erupción los dientes.

l.- <u>Hábitos de Chuparse y Morderse los Labios</u>.

La succión del labio puede aparecer sola, o puede verse asociada con el hábito de chuparse los dedos, que adopta un papel secundario. En realidad muchos niños que se chupan el - labio inferior y lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan - el hábito del dedo por uno nuevo, más conveniente, pero desgraciadamente más poderoso.

En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es- una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesivo y la dificultad que se presenta para cerrar los - labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para- el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición se vale del músculo

borla de la barba, que en realidad extiende el labrio inferior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del - - músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución, al igual que la -- lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede- hacer un hábito anormal del labio.

El hábito generalmente se presenta en la edad escolar, en casi todos los casos en el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior.

Cuando el hábito se hace pernicioso, la succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que los chupadores de dedo, se presenta un aplanamiento marcado, así como un apiñamiento en el segmento anterior inferior. El labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, y el resultado es que los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una - relación protrusiva, a menudo una mordida abierta y, a veces,- la linguoversión de los incisivos inferiores.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la pre-- sión negativa requerida para la deglución normal. El labio -- inferior se coloca detrás de los incisivos superiores por la - actividad anormal del músculo borla de la barba.

Debido al intento para crear un sello labio inferior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón. En casos graves el labio mismo muestra los efectos -- del hábito anormal, el borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso, se acentúa el surco mentolobial o la hendidura suprasinfisial y agretamiento del labio. - Resulta fácil observar el hábito de deglución anormal, así como la hiperactividad del músculo borla de la barba; el dentis-

ta podrá observar un enrojecimiento característico e irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior.

La severidad de la maloclusión aumenta cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza eficaz y el labio inferior ayuda a la lengua a ejercer una fuerza poderosa hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar. Con el aumento de la protrucción de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Muchas veces este hábito acompaña a los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal.

3.- Empuje Lingual.

Los niños adoptan como menor frecuencia el hábito de proyectar la lengua hacia adelante por la sensación del placer que les proporciona, la acción de manera de émbolo, muy similar al acto de mamar, se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar, la deglución visceral, descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación del patrón reflexico congénito, el bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados, al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par entran en acción, una demora de este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamadera o al uso de pezones que sean demasiados largo o que tengan los agujeros demasiado libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos.

Un hábito precoz de chuparse el pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil. Los pacientes que conservaron su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión. Con la persistencia de este hábito de dedo a manera de chupete interconstruido, el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto, con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior.

Puede existir un período transicional prolongado, según fue demostrado por Baril y Moyers, dominado patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos. Graber y Moyers, afirman que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. Con respecto a la lactancia natural comparada con la lactancia artificial los resultados indican nuevamente que existe una correlación artificial, los resultados inciden nuevamente que existe una correlación positiva, una mayor tendencia al hábito de lengua en grupo alimentado artificialmente, pero esto no quiere decir que sea el único factor para adquirir el hábito de lengua.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura, o función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión. La deglución con la lengua adelantada, son de dos tipos: 1.- La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos y 2.- La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión, los labios probablemente juntos y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar, la lengua puede funcionar mejor cuando sus puntas y sus lados pueden ser forzados

Un hábito precoz de chuparse el pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil. Los pacientes que conservaron su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión. Con la persistencia de este hábito de dedo a manera de chupete interconstruido, el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto, con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior.

Puede existir un período transicional prolongado, según fue demostrado por Baril y Moyers, dominado patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos. Graber y Moyers, afirman que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. Con respecto a la lactancia natural comparada con la lactancia artificial los resultados indican nuevamente que existe una correlación artificial, los resultados inciden nuevamente que existe una correlación positiva, una mayor tendencia al hábito de lengua en grupo alimentado artificialmente, pero esto no quiere decir que sea el único factor para adquirir el hábito de lengua.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura, o función), también funciona como causa eficáz de la maloclusión. La deglución con la lengua adelantada, son de dos tipos: 1.- La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos y 2.- La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión, los labios probablemente juntos y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar, la lengua puede funcionar mejor cuando sus puntas y sus lados pueden ser forzados --

contra el paladar duro rígido y los dientes ocluídos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos - dentales compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios, si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

La deglución con empuje simple, hatitualmente está - asociada a una historia de chuparse el dedo, aún cuando el hábito puede ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución. Los empujes linguales complejos, por otra prte muy probablemente estan asociados con incomodidad nasorespiratorio crónica, respiración - buca, tonsilitis o faringitis.

Los músculos de la masticación el hábito anormal de - deglución, no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante, entre -- los dientes, despuís, los músculos de la masticación ponen en- contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En algunos casos, al igual que con el chupador de dedo, el empuje lingual hacia adelante continuo, - aumenta la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las - porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides lin-- guales de los segmentos vestibulares.

Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente - eliminan el espacio libre interoclusal, la dimensión vertical- de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esta es una- situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía, otro es estrechamente bilateral - del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un -

desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función. El efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se ilustra en dos casos: un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia. Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides. Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua pueden inmiscuirse en los pilares faciales agrandados. Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. También durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua puede quedar en posición adelantada.

Sea cual sea la causa, el resultado final es mordida abierta, la mordida abierta anterior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, se caracteriza del tipo simple en hábito de proyección. Es frecuentemente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando se proyecta la lengua hacia adelante. En la mayoría de los casos, sólo, la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros además de la punta interpo-

ren los lados de la lengua, esta ubicación provoca mordida - - ıbierta en las zonas caninas y molares así como la zona ante-- ıior. Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de -- los labios y otros músculos faciales de la expresión, especial nente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjun to a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábi to de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueda tener - igual importancia en la formación de la mordida abierta y pie- zas anteriores en protucción.

1.- Respiración Bucal:

Los niños que respiran por la boca pueden clasificar- se en tres categorías: 1.- por obstrucción; 2.- por hábito, y- 3.- por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aque llos que presentan resistencia incrementada u obstrucción com- pleta del flujo normal de aire a través del conducto normal; - 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. Se convierte en hábito cuando el niño - que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre. - El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es - - aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por com-- pleto sin tener que realizar enormes esfuerzos, estos niños, - se deben diferenciar con los que respiran por la nariz, pero - que mantienen constantemente los labios separados, debida a -- que tienen un labio superior corto.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser cau- sada por: 1.- hipertrofia de los turbinatos causada por aler-- gia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los- conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas --

frías y cálidas o aire contaminado: 2.- tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal y, 3.- adenoides agrandados. - Con el tejido adenoide o faríngeo es fisiológicamente hiperplástico durante la infancia, no es raro que los niños de corta -- edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido denoideo.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe comofacies adenoides, -- aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar -- por la boca causa este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protusión 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 entre los músculos orbiculares de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumba, dando un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

5.- Bruxismo.

El bruximo es un hábito bucal observado en los niños, y que se define como, un desgaste, frotamiento o rechinamiento de los dientes de carácter no funcional.

El hábito se práctica con mayor frecuencia de noche,- aunque puede observarse también cuando el niño está despierto, y si se mantiene por un periodo prolongado, puede provocar la abrasión tanto de los dientes temporales como de los permanentes, incluso el niño puede quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular. Si esta práctica continúa hasta la edad adulta, el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la-
scuridad. Tal vez, puede tener una base emocional, puesto -
e los niños nerviosos pueden desarrollar bruxismo, el cual po
d continuar consciente o inconsciente por un período indefi-
do, estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren -
siedades. El bruxismo no puede ser estudiado clínicamente,-
ro posiblemente se trata de una actividad concomitantes. --
MFORD cree que la interferencia oclusal puede actuar como de
ncadenante del bruxismo, en particular si no se combina con-
a tensión nerviosa.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionamien-
de la oclusión en la mayor parte de los casos, generalmente
iste una sobremordida más profunda que la normal, una restau
ción alta, una unidad dental mal puesta, etc. El proceso se
nvierte en un círculo vicioso al agravarse algunas de las --
racterísticas oclusales bajo los ataques traumáticos del bru
smo y el rechinamiento, el bruxismo también se ha observado-
enfermedades orgánicas como Corea, Epilepsia y Miningitis,-
l como en trastornos Gastrointestinales.

Posiblemente el signo dental más importante del bruxis
sean los patrones de desgaste oclusal o incisivo que no se-
laptan o no coinciden con los patrones de desgaste normal --
sticatoria o de deglución, otro signo dental es el estímulo-
fractura de los dientes, las fracturas pueden presentarse en
s dientes intactos, pero ocurren principalmente en asocia- -
ón con desgaste oclusal de la fosa central de restauraciones
landas dejando puntas cúspides duras en la interferencia oclu
l. También el aumento de movilidad de los dientes se encuen
a asociado con Bruxismo y resulta de especial importancia - -
ando se presenta en dientes con muy pocos síntomas de enfer-
dad periodontal o en ausencia del mismo.

II. CORRECCION DE LOS HABITOS BUCALES

Debemos preocuparnos de la corrección de los hábitos-ucales, puesto que se ha observado, que en realidad son perjuiciales para la oclusión.

Ninguno de los enfoque correctores recomendados para-os hábitos bucales debera ponerse en práctica sin antes hacer n buen Diagnóstico. Y para ello se necesita hacer una Histo-ia Clínica completa, en la cual deben estar presentes los an-ecedentes de la actividad, la evaluación del estado emocional el niño, el examen extabucal y el examen intrabucal.

Los padres son los que mejor nos pueden informar acer a de cuando empezo su hijo con el hábito, ya que los niños -- on frecuencia niegan sus acciones. Con la información recibi a se podrá establecer si el hábito esta relacionado con un -- roblema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacio, i es adquirido por imitación, o si es el resultado de un pro-lema emocional complejo.

Observando el estado emocional del paciente el odontó ogo podrá identificar aquel niño que quiera dejar el hábito y ólo necesita que lo ayuden, y a los niños que no estan emocio almente preparados para aceptar cualquier intervención, como-ucede por ejemplo, durante los trámites de divorcio de los pa res, o cuando ocurren riñas familiares.

Es deber del odontólogo aconsejar a los padres respec o de los posibles efectos dentales y los métodos existentes - ara su corrección, tambien está obligado a remitir a la fami-ia a las personas capaces, médicas o psicológicas, para efec-

:uar el tratamiento de los casos muy avanzados.

El papel de los padres en el tratamiento es muy impor :ante, pues son ellos que se muestran a menudo más ansiosos -- :cerca del hábito y de sus posibles efectos, esta ansiedad pue le provocar rezongos y castigos que llegan a crear una mayor - :ensión e intensificación del hábito. También deberán estar - :l tanto de las consecuencias nocivas de la deglución infan-- :il prolongada, así como de las actividades de lactancia que - :e extiende más allá del tiempo en que debería ser reemplaza-- las por un comportamiento más maduro.

IETODO UTILIZANDO INSTRUMENTOS INTRABUCALES

Los aparatos fijos o removibles pueden prevenir en mu :hos casos, anomalías dentofaciales por estas causas. Pero la iayoría de los aparatos intrabucales, fabricados por el odontó :ogo y colocados en la boca del niño con o sin su permiso, son :onsiderados instrumentos de castigo. Además de que añaden un :omplejo de cualpabilidad al hábito original que puede resul-- :ar de la aparente supresión del hábito, pudiendo provocar el- :ambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

La indicación para medidas más extensas con empleo de iparatos, debe limitarse a anomalías de oclusión verdaderamen- te graves en las que no es de esperar una mejoría espontánea.- :uando se utilizan los aparatos, por lo general será correcto- vigilar el ulterior desarrollo y modificarlo mediante medidas- ipropiadas.

IETODOS PSICOLOGICOS

Algunos niños reconocen a los hábitos como un mecanis no infantil y que en realidad desean dejar, pero encuentran --

que es difícil hacerlo, tal fracaso puede poner al niño a la - defensiva y tomar una actitud de frustración, e higiene mental poco deseable.

El odontólogo puede prestar ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y del niño, eliminando una fuente - de conflicto entre ambos y evitar la mala oclusión permanente.

La teoría del aprendizaje, considera a los síntomas - neuróticos como simples hábitos aprendidos, y afirma que no -- existe neurosis bajo el síntoma para poder eliminar la neuro-- sis.

El odontólogo que utiliza la psicología en su trabajo, le es más fácil elegir el camino que debe seguir en un caso dado. Por ejemplo: cuando el odontólogo atiende a un niño y le afirma en ese momento, sin interrogarle, que es un niño de los que se chupa el dedo e, inclusive le señala qué dedo; el niño- queda tan impresionado que promete no volverlo hacer y cumple- con su promesa.

También aquí es muy importante la cooperación de los - padres, ya que si en ese momento, la madre responde por él, o- le quita importancia, entonces el niño percibirá el apoyo y este método no tendrá resultado.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios, tales como chuparse el dedo, con hábitos secundarios, tales como tirarse del pelo o hungarse la nariz. Frecuentemente se -- puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la -- realización del secundario. Es deber del odontólogo ayudar a- los padres a decidir sobre la elección de método o alternati-- vas.

EJERCICIOS MUSCULARES

Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y lengua que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan los ejercicios labiales sencillos. Muchas veces se ve al niño antes de que se encuentre listo para recibir aparatos para mover dientes, por eso, tambiín este método es utilizado.

Un sistema de ejercicios labiales diarios tenderá a contrarrestar la influencia deformante de la función muscular normal compensadora asociada con la maloclusión, y aumentará la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios. Para que puedan lograrse los resultados positivos deseados, el ejercicio empleado, deberá ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día durante un período de tiempo considerable.

Por ejemplo: se le pide al niño que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios durante un período de cuatro a cinco meses, cuando el niño presente labio corto superior. Para evitar que la piel que queda inmediatamente junto al labio pueda irritarse, se usará un emoliente suave o gelatina de petróleo o vaselina.

Como la portrusión de los incisivos superiores constituye tambiín un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero, el labio superior se extiende en la posición descrita previamente, posteriormente el borde bremellón del labio inferior se coloca contra la posición exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior.

Para lograr resultado satisfactorios es necesario que se realice un mínimo de 30 minutos diarios. Este tipo de ejercicios - es de gran influencia retractora sobre los incisivos superio-- res a la vez que aumenta la tonacidad de ambos labios.

Donde existe una maloclusión franca de clase II, división I, con sobremordida vertical y horizontal excesiva y función muscular peribucal anormal, éstos ejercicios son valiosos antes y durante el tratamiento ortodóntico. Cuando esta mala oclusión de clase II, división I, está en desarrollo, basta tocar un instrumento de viento, para que pueda constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo. Algunos ortodóncistas -- prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad labial. Es posible que todos los ejercicios de este tipo sean - benéficos.

TRATAMIENTO

CHUPADOR DE LOS DEDOS:

Para el chupador del pulgar se debe tomar en cuenta - los aspectos clínicos del problema, que se pueden dividir en-- tres fases de desarrollo:

a) FASE I: Chupador del pulgar normal y subclínicamente significativa. Esta fase se extiende desde el naciminto hasta más o menos los tres años, dependiendo del desarrollo social del niño. Generalmente en esta época hay una mayor cantidad de niños que se chupan el dedo sobre todo en el momento -- del destete. Comunmente el hábito, se resuleve en forma natural hacia el final de la Fase I.

b) FASE II: Chupador del pulgar clínicamente significativa: Esta fase se extiende aproximadamente desde los 3 a

los 6 ó 7 años.

La práctica de chupar en esta época merece atención más seria por dos razones: es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa, y es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Está indicando en esta época un programa firme y definido de corrección.

c) FASE III: Chupador del pulgar intratable: Si este hábito persiste después de los cuatro años presenta un problema difícil, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. El niño requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directas, esta indicará la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo, o el médico, para realizar un enfoque integrado.

La supresión del hábito de chupar ofrece las mejores perspectivas en los niños de 3 ó 4 años, a esta edad se consigue la mayoría de los casos de un día a otro. Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño, sin el padre cerca, con un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. Inclusive se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido este hábito, para que vea el resultado del tratamiento, y pueda establecer en su mente lo que se puede lograr con ayuda del odontólogo.

Para tratar de suprimir el hábito, se puede escoger entre tres vías específicas. El escogido dependerá de la edad dental del niño y de la capacidad del dentista para crear relaciones de colaboración que le permitirán influir sobre el niño y sus padres. La edad dental es determinada examinando los incisivos permanentes superiores o inferiores estén o no ausen--

tes, si acaban de salir o han erupcionado hace tiempo., periodos cronológicos no serán rígidos: 1) dentición primaria, de dos a cinco años; 2) erupción en marcha de los incisivos permanentes, de 6 a 8 años; 3) erupción en marcha de los incisivos permanentes a los 9 años y después.

Independientemente del método escogido, el dentista debe estar en buenas relaciones con el niño y sus padres, ya que para cualquier tipo de tratamiento tendrá que dar instrucciones a los dos.

Dentición Primaria.- A esta edad no se utiliza ningún aparato intrabucal, el odontólogo debe orientar sus esfuerzos hacia el asesoramiento de los padres. Lo primero que debe de hacer es tranquilizar a los padres, y pedirles que dejen de regañarlo o castigarlo, si es que lo hacen, y que si se utilizan remedios caseros explicarles que deben de utilizarlos. Al niño se le debe dar una explicación corta y simple, informándole, de lo que está haciendo con sus dientes para que deje de hacerlo.

Si existe un patrón de crecimiento clase II de etiología esquelética habrá superposición horizontal, independiente de si el niño se dedica o no a chupar sus dedos. Cuando se vence el hábito en un niño con patrón de crecimiento favorable, los dientes desplazados vuelven finalmente a posiciones aceptables, pero la superposición persiste algún tiempo. Hay que recordar que la corrección espontánea de la mordida abierta dental anterior observada en la dentición primaria tarda varios años en realizarse si existe un patrón de crecimiento bueno. Lo más importante es estos casos es la paciencia, aprovechando un patrón de crecimiento favorable en el pequeño.

Erupción en marcha de los incisivos permanentes.- Du

rante este periódo el odontólogo puede recurrir a un programa-de autoayuda para tratar de obtener la colaboración del niño a fin de eliminar el hábito. También aquí se debe de tranquilizar a los padres, diciéndolos que hay niños que adquieren el - hábito durante este período más tardío, y que generalmente los dientes vuelven a posiciones correctas dentro de los límites - del patrón de crecimiento del niño. En caso de patrón de crecimiento desfavorable los padres deben de saber que después de la eliminación del hábito, la maloclusión puede seguir presente.

Los programas de autoayuda son iniciados entonces para cerciorarse que el niño quiere dejar el hábito y para tener la seguridad antes de empezar el tratamiento con aparatos, ya-no se trata de una actividad con sentido emocional. Numerosos programas de autoayuda han sido propuestos; algunos son simplemente llamados al niño para que mejore su aspecto; otros incluyen dispositivos mecánicos; también se utilizan soluciones - - aplicadas sobre los dedos.

TRATAMIENTO:

A veces, en las mordidas abiertas esqueléticas graves la maloclusión no podrá ser tratada. En otros casos la malo--clusión debe ser corregida primero y entonces la lengua suele-acomodarse normalmente, es aconsejable tratar primero la oclusión.

El entrenamiento muscular sigue el procedimiento para un empuje lingual simple, con modificaciones menores; cuando - se enseña al paciente a tragar correctamente, hay que poner -- gran énfasis en que mantenga los dientes juntos. Durante la - fase de retención del tratamiento ortodóntico, se puede utilizar un posicionador como recordatorio de la posición de la len

gua especialmente si al principio la maloclusión era una mordida abierta anterior. Puede usarse un arco lingual superior como retenedor, con el agregado de puntas agudas cortas.

Aún después que el paciente ha dominado la nueva deglución y ya no se ven las acciones anormales del labio y los músculos mentoniamos, es sensato dejar el arco lingual un poco más de tiempo.

Las experiencias clínicas muestran que no todas las lenguas se adaptan, a pesar de los esfuerzos que se hagan, y que habra una recidiva parcial de la mordida abierta en algunos casos. Para explicar el fracaso del tratamiento fueron invocados varios motivos, tales como: deficiencia neurológica en la lengua, tamaño anormal de la lengua, o mordida abierta de origen esquelético de grado extremo, en realidad todavía se ignoran muchos hechos sobre este problema.

CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS

En los casos de clase II, división I, los hábitos labiales frecuentemente son severos y el tratamiento no debe iniciarse hasta que los incisivos hayan sido ubicados correctamente, algunos hábitos labiales entonces se corrigen solos, pero el músculo mentoniano hiper-activo permanece.

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores. La pantalla bucal, modificada es muy útil, en casos de clase I con la bioversión se puede ocasionalmente tratarla malposición incisal y el hábito simultáneamente, con-

una pantalla bucal.

RESPIRACION BUCAL

A pesar de que nose ha demostrado concluyentemente -- que la respiración bucal cause maloclusión, frecuentemente se- ha observado en estos niños una tendencia a las maloclusiones. La gimnasia respiratoria, podría contribuir en gran manera al- desarrollo corporal y en particular al desarrollo dentario.

En ocasiones existe una dificultad en la respiración- nasal que se encargará de eliminar el ortorrinolaringologo, -- aunque la corrección de la obstrucción masofaringea pueda pro- ducirse por intervención quirúrgica o por la boca, por costum- bre, esto puede ser especialmente cuando el niño duerme o está en posición reclinada, si esta situación persiste, entonces se puede decidir intervenir con un aparato eficáz que obligará al niño a respirar por la nariz. Con un protector bucal se puede lograr bloquear el paso del aire por la boca y forzar la inha- lación y exhalación del aire a través de los orificios nasa- - les.

Este aparato además de que evita la respiración bucal y favorece la respiración nasal, evita que se muerdan los la-- bios, que empujen la lengua entre las piezas anteriores supe-- riores e inferiores, y que chupen el dedo. El protector bucal generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la ca- ma y se deja puesto toda la noche para que el niño durante el- sueño se vea obligado a respirar por la nariz.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la - nariz con el uso de este aparato, debemos asegurarnos de que - el conducto nasofaringeo está suficientemente abierto para per- mitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respi-

ración forzada como en casos de emoción extrema o ejercicio -- físico.

BRUXISMO

El tratamiento entre en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. Si este problema es debido a interferencias oclusales, el primer paso que debe realizar - el odontólogo es el ajuste oclusal. Otra forma de ayudar a -- romper el hábito es construyendo una férula de caucho blando,- para ser llevada sobre los dientes durante la noche, como el - caucho es blando y no forma una superficie dura y resistente - al frotamiento, el hábito pierde su eficiencia satisfactoria.- La construcción de una férula de caucho blanca es la misma que la de un proïector bucal.

Puede ser utilizado un protector de plástico de la -- mordida, de vinilo que recubra las superficies oclusales de todos los dientes más dos milímetros de la cara vestibular y lingual, para impedir la abrasión continua de los dientes. La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna.

III. TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL DE LOS HABITOS BUCALES

El tratamiento de los hábitos bucales en la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas oclusales de los niños se ocupa de la modificación de aqeullos relacionados con la maloclusión. Algunos llamaron a esta terapia miofuncional. Mio- significa músculo, y el objetivo de la terapia es cambiar la función de los músculos faciales y oral para impedir, interceptar o tratar una maloclusión

Cuando se trata de corregir el hábito de un paciente de chuparse el dedo o empujar con la lengua, se debe tratar no sólo con la musuclatura del niño sino también con todo su comportamiento, y a menudo, con las relaciones de su familia y compañeros. El tratamiento miofuncional puede ser, en muchos casos el único tipo de manejo oclusal que se requiere, en otras situaciones puede ser solamente parte de un plan de tratamiento oclusal total que incluirá quimioterapia, tratamiento quirúrgico y mecánico.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL

FISIOLOGIA BUCAL

La fisiología bucal trata de la función de las partes del mecanismo oral, esto se refiere a la acción muscular de los labios, la lengua y los carrillos en descanso y durante la donación, deglución y respiración. La acción y el equilibrio normal muscular tienden a provocar y mantener oclusiones normales.

HABITO FISIOLOGICO BUCAL NORMAL

Un paciente con deglución normal, intraoralmente debe-de tener las siguientes características: Cuando la boca está - en reposo, los dientes están separados, los labios juntos, la - punta de la lengua apenas por debajo de las rugas palatinas y - las partes media y posterior de la lengua algo deprimidas. Como los labios están cerrados, el paciente debe respirar por la-nariz. Durante la fonación normal, la lengua no debe verse sobresaliendo entre los dientes o labios. Cuando el paciente deglute es necesario crear un vacio para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe, luego entra en el esofago y sigue su camino a lo largo del tracto digestivo.

Es una duglución normal esta succión se lleva a cabo - por el movimiento de la proción media de la lengua contra el paladar, mientras que la porción posterior de aquella baja en un-ángulo de aproximadamente de 45 grados para permitir el pasaje-hacia la faringe. Cuando el paciente deglute así, los dientes-se tocan un instante y no se observan movimientos del orbicular de los labios o de los músculos del mentón.

La acción muscular bucal normal se caracteriza por signos extraorales siguientes:

1. La respiración se hace por la nariz con la boca - cerrada.

2. La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes y sin mover los labios.

3. Los elementos extraorales, como el dedo y la ropa - no deben llevarse a la boca. Los dedos y los nudillos no están enrojecidos ni presentan callosidades, sino que tienen aparien-

cia normal.

HABITOS FISIOLOGICOS BUCAL ANORMAL

La acción muscular anormal tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccinadores sobre las caras linguales y palatinas de éstos últimos. Como resultado de ello los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones, la persistencia de la acción, muscular anormal tiende a favorecer la creación y el mantenimiento de estas maloclusiones. El objetivo del tratamiento miofuncional es modificar la función muscular bucal anormal y convertirla en la función normal.

El paciente con una deglución atípica, normalmente - - tiene sus labios y dientes separados. Para deglutir, él debe - de cerrar la boca con el objeto de crear un vacío y lo realiza- mediante la proyección anterior de la punta de la lengua, de -- ordinario entre los dientes superiores e inferiores. A causa - de que la boca está sellada por dicha proyección, la porción media de la lengua no puede elevarse lo suficiente como para originar la succión, por tanto, esto es efectuado al levantar la - lengua hacia el paladar. Debido a su proyección ente los dientes durante el acto de la deglución, éstos no son tocados, lo - cual puede detectarse a menudo por la inactividad de los músculos temporales y maseteros.

El hábito bucal fisiológico anormal se caracteriza por los signos siguientes:

1. Respiración bucal.

2. Cierre incompleto de los labios cuando se respira.

3. Proyección de la lengua entre los dientes y/o los-labios cuando el paciente deglute.

4. Proyección de la lengua entre los dientes y/o los-labios durante la respiración.

5. Cierre incompleto de los labios durante la deglu--ción.

6. Movimiento notable de la musculatura facial peribucal durante la deglución, aunque los labios pueden permanecer - cerrados.

7. Dedos irritados, inflamados, limpios o con callosidades.

Estos signos sugieren los hábitos siguientes:

1. Empuje lingual Deglución atípica,

2. Mordedura del labio.

3. Succión del dedo.

EJERCICIOS BUCALES PRINCIPIOS PARA CORREGIR HABITOS

CONTROL DE CARIES

Este procedimiento es un requisito previo para el tratamiento miofuncional, y para la aplicación de aparatos.

HABITO DE CHUPARSE EL DEDO

Si el control de placa es satisfactorio o si se desaparece en un grado satisfactorio, este hábito, en caso de existir debe ser corregido antes de emprender el tratamiento miofuncional por deglución atípicas. Se le debe decir al niño como afecta a sus dientes el hecho de chuparse el dedo y como sus dientes modifican su aspecto, y como las demás personas piensan en ellos. Para ayudarnos a motivar al paciente para que abandone el hábito, se le pueden mostrar fotos de niños con dientes normales y niños con el mismo problema que ll para que note la diferencia.

Se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores, algunos de ellos son:

THUM: Que es una medicación de mal gusto puesto sobre el dedo, Esto es para tratar de recordarle que no se debe chupar el dedo.

VENDAJE ELASTICO:

APARATOS: Estos pueden ser fijos o removibles. Estos incluyen arcos palatinos y aparatos de Hawley con protectores digitales así como numerosas pantallas orales.

UBICACION DE LA LENGUA

Una vez controlado lo anterior, el trabajo siguiente consistirá en enseñar a colocar la lengua en forma correcta, lo que puede corregirse con los siguientes ejercicios, conocidos como posicionador de la lengua.

1. Se debe mostrar al paciente el área donde se encuentra la papila incisiva y rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores.

2. Tratar de que el paciente con su boca cerrada, practique tocar con la lengua dicha zona detrás de sus dientes anterosuperiores.

3. Hacer que el paciente degluta sosteniendo la punta de la lengua en el punto antes mencionados, con los labios separados y los dientes cerrados, en este momento se coloca un espejo delante del paciente para que tenga una idea general acerca de la posición que deberá tener su lengua mientras deglute.

RESPIRACION NASAL Y POSICION DE LA LENGUA EN REPOSO

Los pacientes con deglusiones atípicas tienden a ser respiradores bucales. La lengua se mantiene entre los dientes o los labios, antes de intentar el ejercicio siguiente es necesario asegurarse de que las vías nasales no están bloqueadas por obstrucciones físicas como adenoides agrandadas, amígdalas aumentadas de volúmen, resfríos o alergias.

El ejercicio consiste en los siguientes pasos:

1. Se coloca la punta de la lengua en el lugar situado por detrás de los dientes anterosuperiores.

2. Se cierran los dientes y sus labios.

3. El paciente palpa sus maseteros contraídos.

4. En este momento su respiración es nasal y durante cinco minutos el paciente deberá tener esta posición.

El paciente deberá comprobar periódicamente su forma de respirar, para lo cual pueden ayudarlo sus padres, este ejercicio deberá repetirse antes de dormir para que actúe como recordatorio y el paciente duerma con sus labios cerrados.

DESARROLLO LINGUAL

Como en el proceso de la deglución intervienen las distintas partes de la lengua, en algunos pacientes es necesario desarrollar una o más de esas partes. Existen varios ejercicios que ayudan a reforzar los reflejos de cada parte de la lengua para efectuar una deglución correcta.

Ejercicios de fonación: Algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua sobre el punto situado por detás de los dientes anterosoperiores, estos sonidos deben ser claros y correctos cuando se les produce, la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo. Los sonidos que requieren esa posición de la punta de la lengua son: El sonido de la d, (diente, dina, dada, dicho), el de la L, (largo, lino, limón, lecho), y el de la t, (tubo, tía, tiro, tela).

PARTE MEDIA DE LA LENGUA

Para realizar este ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la punta de la lengua y otra en el medio de ella, el paciente práctica presionando la primera contra el punto situado por detrás de los dientes antesuperiores y la del medio contra el centro del paladar, se le dice al niño que degluta con los labios separados y los dientes en contacto para experimentar la sensación de deglución.

Una vez que se ha dominado las posiciones, tragará un-líquido de a sorbo comprobando después de cada deglución que -- las dos bandas de goma están en sus posiciones correctas. Si - la punta y el centro de la lengua no presionan adecuadamente las gomas habrá tendencia a tragarse una de ellas o las dos.

Ejercicios de fonación: Los sonidos producidos por la porción media de la lengua al presionar dentro al paladar duron son: El sonido de CH, (chico, charco, churro, chino), y el de - la Y, (yate, yuca, yo, ya),

PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA

Mantes y gomitas.- Consiste en hacer que el paciente-mastique el mant, sin tragarlo, y una vez masticado se coloca - en la porción media de lalengua y en la punta de ella se pone - una gomita. Se instruye al paciente para que mantenga los la-- bios abiertos y mantenga los dientes en contacto, luego presio-nando la gomita contra el punto situado por detrás de los dien-tes anterosuperiores, el paciente entonces debe tragar el mant-masticado. Para hacerlo tendrá que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua, y no deberá tragar la gomita, ni proyec tar la lengua hacia adelante.

Ejercicios de Fonación: Los sonidos que se producen - con la parte posterior de la lengua son sonidos guturales: C - dura (caramelos, caña, canto, canguro, calle), G dura (gasa, go ma, gas, granja, ganga); y K (Kenia, Kaki).

DESARROLLO LABIAL

Los respiradores bucales y los empujadores linguales - tienden a tener débiles los músculos orbiculares de los labios. Estos músculos necesitan a menudo ser estirados y reforzados, -

de modo que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión durante la respiración nasal y la correcta deglución. Se usan dos ejercicios: El de tirar del labio para darles fuerza, y el de labio sobre labio para alargarlos.

TECNOLOGIA DE LA CONDUCTA

PSICOLOGIA DEL NIÑO

La psicología es básicamente el estudio de la conducta del individuo, se ocupa de lo que la gente hace y de cuándo, cómo, y por qué lo hace. Los niños son personas y quizá se les trate mejor si se les considera pequeños adultos, por lo tanto se debe respetar su tiempo, su inteligencia y sus intereses.

Al niño se le debe corregir sin criticarlo y sin ser sarcástico con él, ya que a menudo esto genera resistencias. Hay que brindarles ayuda y comprensión y darle la posibilidad de hablar, demostrándole que se está deseoso de escuchar. Las sesiones deben ser entretenidas pero atendiéndose a sus objetivos, sin permitir queel entrenamiento distraiga el valor práctico o educativo de la sesión.

SICOLOGIA DEL NIÑO

Los niños de todas las edades reflejan los intentos y tribulaciones de los distintos grupos sociales a los cuales pertenecen, por ejemplo los problemas familiares que pueden ser enfermedades, divorcio, peleas entre los padres, inseguridades financieras y la relación que existe con sus padres y cons sus hermanos.

También se debe considerar su comportamiento en la escuela y con las demás personas, por lo que se deben hacer pre--

juntas tales como: ¿El niño se siente solitario? ¿Se lleva bien con los demás niños? ¿Los otros lo atormentan o ridiculizan? -- ¿Es un buen alumno que se ha adaptado bien? ¿Tiene confianza y seguridad en sus relaciones con los demás? ¿La escuela le provoca tensiones? ¿Tiene problemas con sus deberes?

COMPRENSION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Comprender a un paciente niño requiere tiempo, estudio y esfuerzo. Dentro del marco de una comprensión general del -- niño y de su medio social, es necesario rever algunos princi-- pios básico de la psicología.

APRENDIZAJE Y EDUCACION

El aprendizaje se puede dividir en varias categorías:

1. Aprendizaje abstracto o intelectual que resulta de estímulos verbales o de palabras escritas.

2. Aprendizaje físico, que deviene de la práctica de- ciertas destrezas. En efecto, el objeto y los beneficios se - - pueden olvidar, pero se recuerda la actividad motora. El es--- fuerzo educacional original puede haber sido verbal.

3. El aprendizaje condicionado provocado como reac- - ción a un estímulo o estímulos. Por ejemplo, un niño puede - - aprender a no tocar una estufa caliente, si al haberla tocado - una vez recibió una quemadura dolorosa.

De igual manera la presencia del protector lingual fo- rza al paciente a hallar nuevos patrones de deglución. Aunque - la proyección de la lengua no se encuentra con una experiencia-

dolorasa o incomoda, dicha proyección sin el cierre de los la-- bios no le permite tragar y le obliga a parender nuevos patro-- nes de deglución que pueden requerir el cierre labial. La pro- tección lingual en realidad puede ser más efectiva en el entre- namiento de los labios que en la lengua. El uso correcto de es tos aparatos pueden convertirlos en elementos de enseñanza para lograr modificaciones de la conducta.

PERCEPCION

El problema de la percepción también es crítico en el- tratamiento miofuncional.

Consiste en saber que grado percibe el paciente la po- sición de la lengua y de los labios, a este acto de percibir - la posición relativa de las propias partes se llama propiocep-- ción. La deglución atípica y la patología de la fonacipon po-- dría ser aunque rara vez lo son, causadas por una patología del sistema nervioco que interfiere en la propiocepción.

Una vez que el paciente es capaz de percibir donde es- tá su lengua y sabe donde debería estar, su capacidad para colo carla correctamente depende en parte de su coordinación motora.

COORDINACION MOTORA

La modificación de la conducta de una deglución atípi- ca es extremadamente difícil, sino imposible, si existe un pro- blema neurológico que interfiera en la coordinación motora. Al gunas personas tienen deficiencias neurológicas que les impiden coordinar en forma adecuada el movimiento de su musculatura - - oral. Identificar esta anomalía es fundamental para pronóstico de la terapia miofuncional.

HABILIDAD

Uno puede hacer solo aquello que es capaz de hacer, -- esta regla de la conducta es tan básica y tan obvia que con frecuencia se pasa por alto.

Antes de emprender un extenso programa es necesario -- comprobar que los factores antes mencionados se realicen. Si - un hábito recibido después de retirar un aparato es imposible - que el fracaso esté referido a un aprendizaje condicionado por- una propiocepción inadecuada y coordinación motora y no falla - del aparato.

PRIMICIA

Lo que primero aprendemos tiende a quedar grabado en - forma más indeleble que lo siguiente. La experiencia inicial - de aprendizaje tiene lugar sobre un terreno más o menos limpio, no demanda un inhibición sobre una experiencia previa.

Este fenómeno de primicia explica la importancia del - aprendizaje perinatal asociado con los hábitos, explica además- como y porqué estos hábitos aprendidos pueden seguir siendo dominantes a lo largo del tiempo.

Así mismo sirven para entender cómo los rasgos generales de la personalidad asociados con la experiencia de la ali-- mentación primaria tienden a durar toda la vida, aunque el - -- aprendizaje fuera condicionado y no verbal a una edad increiblemente temprana. Como la primicia se hace más dominante con la- edad, los hábitos resultantes de experiencias de succión perinatales aberrantes se tornan más difíciles de tratar cuando mayor sea el paciente.

LO RECIENTE

Aquello aprendido más recientemente es a menudo lo que se recuerda con más facilidad, pero la capacidad de recordar no siempre dura mucho tiempo. Clínicamente el hecho de un aprendizaje reciente tiene importancia en cuanto a que el niño aprenderá a veces con rapidez nuevos hábitos.

A causa del refuerzo continuado, la conducta recientemente adquirida es capáz de dejar paso a factores primarios enraizados con más fuerza, por tanto la analogía que surge respecto del uso de los aparatos para contención indicaría el esfuerzo continuado de la conducta.

MOTIVACION

La motivación se refiere al deseo total de paciente -- de cooperar para llevar a buen término el tratamiento. El pa-- ciente debe observar el resultado final, ya que pertenece al -- orden de sus mejores intereses. La presión ejercida contra el niño en forma de castigo en la mayoría de los casos no sólo sirve, sino que es objetada por muchos padres como contraria a la ética.

REFUERZO Y OPORTUNIDAD DEL REFUERZO

El refuerzo es más limitado en su objetivo y más inmediato que la motivación. En lugar de recompensa y castigo se - habla de refuerzo positivo y negativo. El refuerzo positivo -- tiende a apoyar y a favorecer una conducta en particular. El - negativo a desalentar o inhibir cierto comportamiento constante de su estado y aprecia su importancia, el peor es no ver ningún progreso después que ha invertido en el intento un esfuerzo considerable. Los refuerzos para ser efectivos deben ser prepara-

dos para cada paciente de acuerdo con su edad y sus gastos individuales.

El uso efectivo de los refuerzos es crítico para la mayoría de las modificaciones de la conducta, ya que no sólo tenemosque identificar los factores apropiados para cada niño en -- forma individual, sino que también debemos considerar su cali-- dad y cantidad, también es necesario que cuidemos del intervalo transcurrido desde que se realizan los ejercicios hasta los esfuerzos, ya que pierde efectividad con la demora. Como la abstracción del tiempo está más allá de las posibilidades del niño es necesario que tanto los refuerzos positivos como los negativos sean rápidos para su efectividad.

La selección de los refuerzos, su calidad y cantidad - y la frecuencia con que se aplican a intervalos específicos después del horario de los ejercicios reciben el nombre de oportunidad de los refuerzos.

Recordemos que todos los pacientes entran en un programa de tratamiento miofuncional por su propia voluntad, por lo - tanto un refuerzo no puede ser considerado soborno, sino que -- es solamente un recurso para ayudar al niño a lograr sus pro- - pios objetivos.

COMUNICACION

La comunicación simple entre dos personas es, uno de - los fenómenos más complejos, puesto que en cualquier momento -- de esa comunicación, se canalizan muchos tipos de señales que - por medio de la atención y de la acción. Por ejemplo la tera-- peuta está recibiendo constantemente señales propioceptivas de su cuerpo que indican su fatiga, hambre, temperatura corporal,- distintos tipos de dolores y molestias. Al mismo tiempo se es-

tá concentrando en lo que tiene que hacer, por otros canales - puede percibir que ha comenzado a llover y simultáneamente observar las reacciones y conducta de sus pacientes. Todas ellas requieren una reacción pero el terapeuta reaccionará frente a - la señal más fuerte.

Si queremos llegar a la gente primero debemos asumir - nuestras propias preocupaciones y luego ser receptivos de los - demás, se puede realizar un mejor tratamiento siendo comprensivos con las preocupaciones del paciente, porque de este modo -- logramos una cooperación mucho mayor que la que obtenemos re- - prendiéndolo por su falta de cooperación.

MODIFICACIONES DE LA CONDUCTA

Esto puede aplicarse a cualquier ejercicio o procedi-- miento-miofuncional programado o colocado para un paciente individual. Para elegir adecuadamente el ejercicio y prescribir -- frecuencia y número correctos de repeticiones es necesario alguna habilidad, pero estos refuerzos no tendrán ningún provecho - si el paciente no realiza correctamente lo que se le enseña, -- cómo y cuándo se le ha dicho que lo haga, hasta que el acto se- vuelva completamente reflejo.

Los estudios en la modificación de la conducta son los siguientes:

ESTABLECIMIENTO DE LA TRANSFERENCIA

Para que sea efectiva la modificación de la conducta - humana sobre una base de persona a persona, es necesario que se establezca una transferencia. Esto se ha definido como una relación cercana y sentida. El odontólogo debe presentarse como- alguien que quiere cooperar con el paciente para conseguir el -

cambio de conducta que éste desea hacer.

Como la mayoría de las relaciones de cooperación se -- apoyan sobre el hecho de compartir intereses comunes, el odon-- tólogo puede dirigir su atención inicial a un interés ya exis-- tente en el niño y luego transferir esa relación a sus objeti-- vos terapéuticos.

MOTIVACION GENERAL

En la mayoría de los casos el objetivo de la terapia - miofuncional, es lograr un objetivo de oclusión general, ya que los hábitos bucales realizados con la suficiente intensidad, du ración y frecuencia producen una cantidad de problemas oclusa-- les.

En muchos de estos, el problema oclusal puede ser fá-- cilmente relacionado con la estética facial. Esta relación de- be hacérsele clara y paciente mediante los siguientes pasos:

1. La importancia de este objetivo, en los niños pue- de estar referida a la belleza, el poder atlético, la amistad,- la aceptación, los estudios, etc.

2. Se le motiva para que desee una mejor estética.

3. Se relaciona entonces el resultado final estético- que se desee con la corrección de un problema oral específico,- como una protusión del maxilar superior o una mordida abierta.- Así desde el objetivo general de la buena estérica dental, se - establece un objetivo específico miofuncional.

DENTIFICACION DEL OBJETIVO MIOFUNCIONAL

Una vez establecido el objetivo estético, relacionando ste con las preocupaciones emocionales del paciente y transfe-ido luego a un objetivo oclusal específico como el cierre de - na mordida abierta a la retrusión de los dientes superiores -- ostruidos es necesario identificar ante el paciente la conduc-a que causa el problema oclusal.

Se debe seguir una secuencia en donde lso objetivos -- iofuncionales específicos sean referidos al objetivo estética-neral como parecerse a un héroe favorito y al objetivo oclu-- al específico del paciente (dientes derechos y de buen aspec-- o). A medida que el entrenamiento avanza se acentúa cada vez-ás la conducta miofuncional y menos el objetivo estético.

NGENIERIA HUMANA

El objetivo de la ingeniería humana es seleccionar o - rogramar ejercicios, aparatos o ayudas para ser utilizados en-l tratamiento de los hábitos bucales. En este paso en lugar - e indicar un ejercicio específico y mandar al paciente a su ca a, primero se prueba si lo puede hacer. La ingeniería humana-oma en consideración la capacidad del individuo para realizar-ertas actividades o ejercicios, por ejemplo en algunos pacien es con excelente coordinación motora de su musculatura oral, - a desviación miofuncional puede ser provocada por problemas me ánicos y patológicos, en ellos se puede ir directamente al - - jercicio deseado.

El laboratorio será el lugar indicado para practicar - on ayuda de un guía los ejercicios, de tal manera que exista - na certeza de que las sesiones de ejercicios se realizarán co-rectamente entre las visitas. Una vez que el paciente cumpla-

con propiedad la cantidad adecuada de repeticiones supervisadas dentro de un período específico se escribe la prescripción del ejercicio, en donde se escribe el número de repeticiones requeridas y su mejor distribución por sesiones durante el día.

ANALISIS EXPERIMENTAL DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

El análisis experimental enfoca la conducta del paciente. Es necesario prestar constante atención a los objetivos, la activación y el refuerzo, a causa de que las conductas deseadas son relativamente simples, las barreras para el éxito son, por lo común, motivaciones. Quizá uno de los aspectos críticos de la experiencia de laboratorio sea el de su realización externa, pero para conseguir su realización es necesario que transformemos la conducta al propio control del paciente, con la ayuda de los padres o sin ella.

MECANISMO DE AUTOCONTROL

Estos procedimientos son los métodos utilizados para inducir a los pacientes a realizar sus propias modificaciones de conducta, de modo que sean capaces de supervisar la exactitud de sus ejercicios. Estos pueden ser observados con la ayuda de espejos, el paciente dispondrá su tiempo de manera que pueda llevar a cabo con seguridad los ejercicios prescritos. Para ello requiere, que las recompensas sean positivas para el niño de este modo aprenderá con rapidez a practicar en momentos del día que le son importantes, hasta que el patrón de conducta deseada se haga parte de su repertorio habitual.

MANEJO DE RESULTADOS

Este puede definirse como un método para guiar la conducta basado sobre el logro de un objetivo predeterminado que el paciente acepta, valora y aprecia. En el tratamiento miofuncional el objetivo es la realización refleja de un hábito bucal específico para determinada relación oclusal, que producirá un resultado estético deseado. Periódicamente el niño debe observar sus progresos y tanto un resultado positivo como negativo servirán como estimulantes para aumentar sus esfuerzos.

El trabajo no termina si existen las siguientes condiciones:

1. Se ha establecido la conducta refleja.
2. El paciente no progresa.
3. El paciente pierde interés.
4. El padre desea interrumpir.
5. El profesional desea interrumpir.

REEVALUACION Y REFUERZO PERIODICOS

El período posteraplutico de control y observación se convierte en un período de revaluación y refuerzo. Aún cuando tengan las mejores intensiones, distintas circunstancias llevan a la gente más tenaz y dedicada fuera del curso que han elegido. Como terapeutas es nuestro deber hacer observaciones periódicas durante los exámenes de control y guiar a estos pacientes para que retornen a la práctica.

IV. APARATOLOGIA

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esta tarea. El aparato ideal no debe impedir de ninguna manera la actitud muscular normal, no interferir en la oclusión, no ser doloroso y no avergonzar con su uso. El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre los tres y medio a cuatro años de edad, y cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables.

El aparato desempeña varias funciones:

a) Hacer que se pierda el gusto por el hábito, por ejemplo: cuando el niño se chupa el dedo podrá colocarlo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Al colocar el aparato deberá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que su uso no es una medida restrictiva, sino para mejorar la apariencia y proporcionar una masticación buena y sana.

b) El aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evitar la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.

c) Obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal. Como resultado la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de las arcada -

superior por el hábito de deglución anormal; las posiciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores evitando la sobreerupción de los -- mismos.

Existen varios tipos de aparatos y el odontólogo deberá elegir entre éstos, el más apropiado para cada caso, tomando en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. La mejor manera de clasificarlos es en: FIJOS Y REMOVIBLES.

Para obtener éxito en el uso de un aparato removible, depende de lo siguiente:

1. Ganar la confianza del niño.

2. La habilidad del profesional para explicar los beneficios de la aparatología de una manera simple y efectiva de tal modo que el niño comprenda su responsabilidad en el uso -- del aparato para terminar con el hábito.

Los aparatos removibles tienen la desventaja de no -- ser bien aceptados por los niños que solamente tienen presente las piezas primarias debido a la inmadurez que presentan, pero su mayor desventaja es que el niño lo lleva cuando él desea.- Un aparato fijo puede causar la sensación de estar siendo castigado, mientras que uno removible puede permitirle la libertad de llevarlo puesto solo en períodos críticos como la noche, además de que si el niño no es juicioso con su uso responden - favorablemente en un período corto.

APARATOS FIJOS

- Aparato utilizado para el hábito de chuparse los - dedos.

El tratamiento de elección para la mayoría de los niños es la pantalla palatina fija, este aparato debe estar bien adaptado para no impedir el funcionamiento bucal normal, además debe de estar diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito y para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura.

PANTALLA PALATINA.

En la primera visita se toma una impresión con alginato para obtener los moldes de yeso, y poder fabricar sobre ellos el aparato. Se recomienda aprovechar esa misma visita para colocar alambres de bronce separadores, si es que los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, ya que éstos serán los dientes de soporte también pueden ser los primeros molares permanentes superiores. Se recortan sobre el modelo, uno o dos millmetros, la porción mesial del primer molar deciduo para impedir el contacto.

También se recorta el márgen gingival del segundo molar deciduo siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de 2 a 3 mm, sobre la superficie vestibular, lingual y proximal.

Después se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado (se puede utilizar bandas de ortodoncia, pero son preferibles las coronas completas,) la cual se contornea si es necesario para ajustar al contorno gingival labrado sobre el modelo, se corta la porción gingival de la corona, y también se le hace una ranura a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar.

El aparato se fabrica con alambre de acero inoxidable

o de níquel y cromo de calibre 0.040 pulgadas, porque este diametro proporciona la rigidéz suficiente para que el arco no se incruste en los tejidos del paladar. El alambre base debe estar en forma de U, y se adapta pasandolo mesialmente a nivel del márgen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre el primer molar deciduo y canino primario, en este punto se hace un doblés agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto manteniendo el mismo nivel gingival. En este nicho se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo, el alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo.

El aparato central costa de espolones y un asa de alambre del mismo calibre, el asa se extiende hacia atrás y hacia arriba en un ángulo de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal, quedando ligeramente por detrás de los incisivos superiores, el asa no deberá proyectarse más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos, sus dos patas se continuán más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Una vez que está lista el asa, se solda a la barra principal con pasta de soldar.

Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos poryecciones anteriores del asa central. A continuación se soldará la barra principal a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. El aparato se pule y se limpia antes de la inserción.

En la segunda visita se retiran los alambres de separación si existen, y el aparato se le reduce la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular, una vez hecho esto se coloca sobre los segundo molares deciduos y-

se le pide al paciente que ocluya firmemente, las coronas se - abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. A continuación podrá ser soldadas las hendiduras vestibulares que se han hecho.

El aparato se vuelve a colocar despuès del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le -- sea posible, esto sirve para verificar si existe presión sobre la encla: debemos tener cuidado de que los incisivos inferio-- res no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato-central, si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. El aparato se aisla, se -- limpia y se seca perfectamente al igual que los dientes de soporte, posteriormente se cementa pidiendole al niño que muerda para que lleve el aparato a su lugar, el exceso de cemento se-limpia. No nos debe preocupar que las coronas constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores, ya que-los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una-semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Una vez cementado el aparato, se le advierte a los padres que algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta deglutir, pero despuès de un periodo de ajuste de dos o tres días la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Sobre su alimentación se les dirá que deberá ser blanda los primeros días.

Al niño se le dice que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará algunas dificultades para limpiar los alimentos que se alojan debajo del aparato y que - deberá hablar lentamente y con cuidado debido a la barra que - se encuentra colocada dentro de la boca.

El aparato para el hábito se lleva de 4 a 6 meses en la mayor parte de los casos y deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de 3 o 4 semanas. Aunque el hábito desaparezca después de la primera semana de utilizarse el aparato, debemos esperar un período de 3 meses en que desaparece el hábito para asegurarnos de que no habrá recidiva. Después de ese tiempo se retiran primero los espolones, tres semanas después si no hay prueba de recurrencia, se retira la extensión posterior, 3 semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial por más tiempo.

APARATO UTILIZADO PARA EL HABITO DE EMPUJE LINGUAL

Un aparato para el hábito de empuje lingual deberá intentar:

1. Eliminar la proyección anterior y efecto de manera de émbolo durante la deglución.

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

Para controlar este hábito se utiliza un aparato llamado también pantalla palatina, que es en realidad una variante del que se usa para el hábito de chuparse el dedo. Con este tipo de aparato el acto de deglución maduro es estimulado mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

- Pasos para su Construcción.

Primero se hacen unas buenas impresiones de algimato- de ambas arcadas dentarias y se corren en yeso, de preferencia se montan los modelos de trabajo en un articulador de bisagra. Los dientes de soporte de yeso que pueden ser los primeros molares permanentes, si ya erupcionaron o los segundos molares - deciduos; se recortan las caras proximales 1 ó 2 milimetros y- el márgen gingival siguiendo el contorno con una profundidad - de 2 ó 3 milimetros. Despuès se seleccionan coronas de metal- de tamaño adecuado y se contornea la proción gingival para - - ajustarse ala periferia desgastada de los dientes sobre el modelo y se les hace un corte en vestibular de las coronas.

Se fabrica la barra lingual que es una aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 pulgadas en forma- de U. Esta barra se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los - caninos a nivel del márgen gingival y haciendo contacto con -- las superficies linguales prominentes de segundo y primeros molares deciduos, despuès se colocan en oclusión los modelos y - se traza una línea sobre el modelo superior hasta el canino -- opuesto.

El alambre de base se adapta justamente por el aspecto lingual de esta línea y se lleva hasta el centro del lado - opuesto, a continuación se dobla la barra con las superficies- linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la- corona metálica colocada sobre el primer molar permanente, - - adoptando una posición pasiva sobre el modelo. Una vez que se ha fabricado la barra base puede formarse la criba y para ello se utiliza el mismo calibre del alambre que para la barra ba-- se. Un extremo se soldará a la barra en la zona del canino, - y con la pinza 139 o una similar, se hacen tres o cuatro pro-- yecciones en forma de V, de tal manera que se extienden hacia-

abajo hasta atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores. Debemos tener cuidado de que no haya contacto que pueda interferir en la erupción de los dientes cuando se ponen en oclusión los modelos.

Las proyecciones en forma de V deben encontrarse aproximadamente a nivel del alambre base para que después sean soldadas con soldadura de plata, el alambre base se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas, el aparato se limpia y pule para probarlo dentro de la boca del paciente para establecer la circunferencia periférica correcta en las coronas de soporte. Una vez probada el corte vestibular de las coronas se sueldan y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

La mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar, pero este problema localizado se elimina en una semana. La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los 5 y los 10 años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de 4 a 9 meses para la corrección autónoma de la maloclusión, en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales ya que no todos los aparatos tienen éxito por sí solos.

APARATO UTILIZADO PARA EL HABITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS.

- Pasos para su Construcción.

Uno de los procedimientos de construcción del aparato

es el siguiente: Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas y se corren en yeso, los modelos de yeso se montan en el articulador de bisagra para facilitar el manejo de estos. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o los segundos molares deciduos inferiores de la misma forma que como se hizo para el hábito de chuparse el dedo. Si el aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, se recomienda colocar coronas completas de metal, ya que tienen mayor posibilidad de resistir los esfuerzos oclusales, que las bandas de ortodoncia.

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas que corre en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primero molar deciduo y el canino y el incisivo lateral. Se selecciona cualquier área interproximal para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial. Después de cruzar el espacio interproximal el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labio lingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto, y el alambre es llevado a través del nicho y hacia atrás hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares, se debe tener cuidado de que la porción anterior del alambre no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión.

El alambre deberá estar 1 o 3 milímetros alejado de la superficie labial de los incisivos inferores para permitir que estos se desplacen hacia adelante puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxivable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 milímetros. Después este alambre se dobla estando aproximadamente a 3 mil

metros de los tejidos gingivales, y se lleva cruzando la encla de los incisivos inferiores, paralelos al alambre de base, se-vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al -- alambre base, que a su vez se suelda a la corona o a las ban-- das y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible in terferencia oclusal o incisal, ya que esté limpio y pulido el-aparato, se podrá cementar sobre los dientes. Si se han utili zado coronas metálicas es conveniente hacer una hendidura ves-tibular y después soldarla. La porción labial puede ser modi-ficada agregando acrílico entre los alambres de base y auxi- - liar, esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del - labio inferior.

Para retirar el aparato se reduce gradualmente, los - alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato-varias semanas después, hay que recordar que no hay prisa en-retirar el aparato, especialmente en los casso en que ha habi-do apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores - - además este aparato permite que la lengua mueva los incisivos-inferiores en sentido labial, esto no solo mejora su inclina-- ción axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. - un periodo de 8 o 9 meses de uso es aceptable.

APARATOS REMOVIBLES

- Aparato utilizado para Hábitos Anormales de Dedo, labio y lengua.

Un método eficáz para controlar los hábitos músculo-- es anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para - lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo es la-pantalla bucal o vestibular, o una combinación de ambas. An-- tes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bu-cal deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema. Si-no contamos con la cooperación del paciente para utilizar es--

tos aparatos están indicados los fijos.

PANTALLA VESTIBULAR O PROTECCION BUCAL

Es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos, así como para interceptar hábitos de chuparse los dedos, también es utilizado para la corrección del respirador bucal.

Este aparato es un sólido escudo insertado en la boca, que descansa sobre los pliegues labiales y que se hace con plexiglas en el modelo del trabajo, con medidas de 1.95 millmetros de espesor por 10 millmetros de largo y 37.5 millmetros de ancho. Para poder ser utilizados es indispensable que el paciente coopera, y que una de sus desventajas es que puede ser retirado facilmente por el niño.

PANTALLA BUCAL

Es un paladar de acrílico modificado similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos, también se le puede agregar ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional.

Se puede fabricar una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si es utilizada asidualmente y construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo.

CONCLUSIONES

Una de las principales causas de los hábitos es la -- deglución atípica, ésta a su vez puede estar ocasionada por una alimentación artificial o deficiente. Algunos hábitos como - - "chuparse el dedo" pueden considerarse normales durante la ni-- ñez debido a que algunos niños los practican sólo cuando tienen hambre o están irritados o simplemente para llamar la atención.

Los hábitos bucales crean problemas oclusales, que - - puedan ser severos ya que éstos involucran estructuras óseas y dentales, produciendo deformaciones de los maxilares y malposi- ciones dentrarias, esto trae como consecuencia problemas psico- lógicos debido a su aspecto.

Cuando se observa una mordida abierta anterior, en -- algún niño se debe sospechar de la presencia de algún hábito, - principalmente succión de algún dedo o empuje lingual. Esta - maloclusión es una de las más comunes que puede presentarse - - como consecuencia de los hábitos: sin olvidar que se observa - con mayor frecuencia en el patrón hereditario.

El aspecto psicológico juega un papel importante en -- el niño porque generalmente va ligado a otras formas de trata-- miento, tanto mecánicas como miofuncional. El tratamiento mio- funcional nos puede ayudar a que la función del músculo se me-- jore y se corrija de esta forma el problema oclusal; para que - este tipo de tratamiento sea más rápido nos podemos ayudar -- con algún dispositivo intraoral.

Antes de realizar un tratamiento con dispositivos in-- traorales, debemos de hacer un diagnóstico exacto, para evitar gastos innecesarios y para que el tratamiento pueda cumplir - -

con sus propósitos. Por eso considero que el dentista juega - un papel importante para detectar un hábito, conocer el patrón de crecimiento óseo y estar capacitado para determinar si existe un componente esquelético que contribuya a la maloclusión,- de esta forma se mejorará la práctica odontológica ayudando al paciente a tener una mejor armonía en sus dientes.

BIBLIOGRAFIA

. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Dr. Sidney B. Finn. 4a. Edición.
Editorial Interamericana.

. ORTODONCIA, TEORICA Y PRACTICA.
Dr. T.M. Graber. 3a. Edición.
Editorial Interamericana.

. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
Ralph E. Mc'Doland.
Editorial Mundi.

. MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y ODONTOLOGO GENERAL.
Robert E. Moyers.
Editorial Mundi.

. ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA.
Dr. José Mayoral y Dr. Guillermo Mayorla.
3a. Edición 1977.
Editorial Labor, S.A.

. PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO.
M. Michael Cohen.
Editorial Médica Panamericana.

7. CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.
"PRINCIPIOS PARA GUIAR UNA DENTICIÓN EN DESARROLLO"
Directores Huéspedes:
Dr. General Z. Wright. Dr. Alex W. Eastwood.
Vol. 4/1978
Editorial Interamericana.

8. ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA, SUS POSIBILIDADES Y LIMITES.
Prof. Dr. Med. R. Hotz. 2a. Edición.
Editorial Científico-Médica.

9. TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA.
Edward M. Barnett.
Editorial Médica Panamericana. 1978.