Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES. ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

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

Jaime Raymundo Báez Cárdenas

1 9 8 2

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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.- DEFINICION

CAPITULO II.- DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES

CAPITULO III.- REFLEJO DE SUCCION.

CAPITULO IV.- HABITOS BUCALES COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS.

CAPITULO V.- OTROS HABITOS BUCALES.

A) Succión labial, B) empuje lingual, C) Empuje del frenillo, D) mordedura de uñas, E) hábitos de postura, F) hábitos masoquistas, G) abertura de pasadores de pelo, H) respiración por la boca I) bruxismo, J) otros hábitos

CAPITULO VI.- METODOS E INSTRUMENTACION COMO TRATAMIENTO;

A) métodos psicológicos utilizados para educar al niño, B) método de adiestramiento extrabucales, C) uso de instrumentos intrabucales para eliminar hábitos nocivos, D) construcción de instrumentos, E) precaución con relación a tratamientos demasiado tempranos y demasiado fuertes.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Debido a los grandes trastornos que pueden ocasionar los hábitos bucales en los individuos, como cambios bucales estructurales, problemas de conducta, lenguaje, como el aspecto - socialmente inaceptable de él niño que exhibe algún hábito etc. etc. y a la poca atención que les brinda el odontológo de práctica general, me permití desarrollar este tema tomando diversas opiniones de varias especialidades de una forma concisa, sencilla, entendible pero básica. El objetivo primordial de esta tésis es que sirva como libro de consulta, auxiliar, y sea un estímulo al entendimiento de estos problemas y a la investigación para que sean corregidos a tiempo.

Nos encontraremos que el diagnóstico de etiología es muy variable, y hasta cierto punto incierto en la mayoría de estos hábitos, en algunos de estos nos tuvimos que extender hasta abarcar la edad adulta para su mejor comprensión, por ser más - frecuentes en está etapa. Veremos que el hábito succión del pulgar es de los más extensos ya que es uno de los más frecuentes en la niñez e infancia ya que esto se relaciona con una temprana organización nerviosa del niño que le permite alimentarse de su madre y agarrarse de ella. Es importante reconocer cuando es un hábito no compulsivos o compulsivos donde siempre influye la edad, la madurez del niño, porque hay ciertos hábitos que son -

frecuentes normales en los lactantes.

Respecto a el tratamiento encontraremos que hay va--- rios métodos, aunque muy polemizados, pero efectivos si estan - bien indicados.

CAPITULO I

DEFINICION

HABITOS BUCALES:

Es la costumbre o práctica adquirida por la repeti--- ción frecuente de un mismo acto utilizando la cavidad bucal. Para el odontólogo estos hábitos se traducen como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y - también de cambios potenciales en el emplazamiento de las pie-- zas y en oclusiones, que pueden volverse anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

A este tipo de problemas también se interesan el pe-- diatra el psiquiatra, psicólogo, el patólogo especialista en -- problemas de lenguaje y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por -- los cambios bucales estructurales resultante de hábitos prolon- gados. El pediatra, el psiquiatra y el psicologo dan mayor im-- portancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. - Los padres se preocupan más por el aspecto socialmente inacepta ble de el niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran impotancia para el odontólogo poder formu- lar diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales, que -

parece resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

Para los parodoncistas los hábitos son factores importantes en el comienzo y evolución de la enfermedad periodontal. Con frecuencia, se revela la presencia de un hábito insospechado en casos que no respondían al tratamiento periodontal. Sorrin clasificó como sigue los hábitos importantes en la etiología de la enfermedad periodontal:

I.- Neurosis, como el mordisqueo de los labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandibula; mordisqueo del palillo dental y acuñamiento entre los dientes, empuje lingual, el morderse las uñas, morder lapiz y plumas, neurosis oclusales.

2.- Hábitos ocupacionales, como sostener clavos en la boca, según lo hacen los zapateros, tapiceros o carpinteros, cortar hilos a la presión de una lengueta al tocar determinados instrumentos musicales.

3.- Varios, como fumar pipa, o cigarrillos, mascar tabaco, métodos incorrectos de cepillado dentario, respiración bucal y succión del pulgar.

Después de todo lo anteriormente visto cabe hacer incapie, en que, únicamente se desarrollarán los hábitos más comunes que se pueden presentar en la infancia, y en la niñez.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema uromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción scular de naturaleza compleja que se aprenden.

Ciertos hábitos sirven como estímulo para el creci--- enro normal de las mandíbulas; por ejemplo, la acción normal los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión ormal que pueden interferir con el patrón regular de el creci ento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseg s los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posi ones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificulta s para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura cial y problemas psicológicos. Todos los hábitos de presión - ormal deben ser estudiados por sus repercuciones psicológicas rque pueden estar relacionados con hambre o con un deseo de - amar la atención. Los niños alimentados con botella muestran s frecuentemente hábitos de succión, si la botella ha sido -- ada como un medio para aquietarlos e inducirlos al sueño. Una s que termina la criansa, el niño aprende a chupetearse el -- lgar, u otro dedo al ir a dormir. Numerosas madres dirán que hijo nunca se chupa el dedo excepto cuando se va a la cama - dormir.

Otros niños aprenden tempranamente que la forma más -

ɜgura de atraer la atención de sus padres chupándose el dedo. ɪtos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida debido - l sistema neuromuscular, y desaparecen alrededor de los 4 --- ios. Desafortunadamente, pocos dentistas ven a los niños an-- ɪs de esta época. Más tarde, el dentista olvida facilmente -- ɪe la interrupción brusca de un hábito que ha estado activo - or varios años tiene gran influencia psicológica sobre el ni- o. Es cierto que muchos de ellos pueden practicar hábitos de ucción sin deformidad entofacial patente. También es cierto - ue los hábitos de presión de succión son causa directa de las eores formas de maloclusión.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES

Primero antes que nada se debe llevar acabo un acercamiento cordial y amistoso por parte de el dentista, rápidamente se hará amigo del paciente infantil y los padres se integrarán de sobremanera. La totalidad del examen rutinario deberá llevarse acabo con movimientos lentos, para evitar alarmar al niño. - Las preguntas del odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conversación normal. De esta manera se ahorra tiempo y se prepara adecuadamente al niño y a los padres para cualquier cuidado den tal que pueda seguir. Una vez que el odontólogo asegura la cooperación amistosa y fácil, progresará por etapas de examen adecuadas.

EQUIPO PARA DIAGNOSTICO.-

El niño deberá estar sentado en una silla para adultos ajustada adecuadamente a su tamaño o en una silla para niños diseñada. Además del foco dental y la jeringa de aire, únicamente se necesita un espejo de frente y un explorador de ángulo recto. Solo estos instrumentos tendrán que estar en evidencia al comenzar el examen. Si el niño se mostrará curioso deberá explicársele el nombre de cada instrumento.

La lista de la siguiente instrumentación deberá estar

disponible, por fuera de la vista de el niño, al realizar exámenes completos. Una ayudante capaz los tendrá al alcance para cuando se necesiten.

Alcohol

Material de impresión de alginato

Articulador

Papel de articulador

Flama de Bunsen

Transparencias microscópicas de cristal transparente

Torundas de algodón

Pinzas de algodón

Rollos de algodón

Hilo dental

Cloruro etílico o hielo

Solución fijadora

Gutapercha

Porta impresiones

Tasa para mezclar y espátula

Clavo parodontal

Dique de caucho de 5 X 5 pulg.

Esponjas de 2 X 2 pulg.

Espátula de acero inoxidable

Espátula para lengua

Cera calibrada de 28

Vitalómetro.

EXAMEN DEL NIÑO

Hay tres tipos de citas para examen que pueden considerarse normales de urgencia, de recordatorio y examen completo.

El examen de urgencia está limitado al emplazamiento de la herida y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve a un tratamiento rápida y a la eliminación de la queja principal. El examen periódico o de recordatorio es una sesión de continuación, después de una sesión inicial de examen completo. Su meta es ponderar los cambios que han ocurrido desde que se terminó el tratamiento anterior y se realiza en la mayoría de los casos cada 4 a 6 meses. El diseño siguiente es un ejemplo de la conciencia con que debería hacerse un examen completo.

1.- Historia del caso.

a).- Queja principal del paciente.

b).- Historia prenatal, natal, posnatal y de infancia.

2.- Examen clínico.

a).- Apreciación general del paciente.

b).- Examen bucal detallado.

c).- Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

3.- Diagnóstico.

a).- Resumen de todas las anormalidades, su naturaleza, etiología e importancia.

ISTORIAL DEL PACIENTE.-

El historial de un paciente de odontopediatría puede ividirse en: estadísticas vitales, historia de los padres, his oria prenatal y natal, e historia posnatal y de lactancia.

Las estadísticas vitales son escenciales para el re-- istro de el consultorio. De esta información el odontólogo ob- iene una visión de el nivel social de la familia. El médico de l niño debe ser anotado, para poder consultársele en algún ca- o de urgencia futura, o para obtener información médica adicio al cuando se necesite. Se registra la queja principal con las alabras de la madre o de el niño.

La historia de los padres proporciona alguna indica-- ión del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada tam ión para informar al dentista sobre el valor que los padres -- oncedan a sus propios dientes, puesto que la actitud de los pa ires, con relación a los servicios dentales.

La historia prenatal y natal a menudo proporcionan in ficaciones sobre el origen de el color, forma y estructura anor mal de piezas caducas y permanentes. El odontopediatra observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrie- ron durante las etapas formativas de las piezas.

El historial posnatal y de lactancia revisa los siste mas vitales del paciente. También registra información, tal co- mo tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastor

nos del desarrollo con importancia dental alergias, costumbres nerviosas, y el comportamiento de el niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia dependen de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata en el momento o del mal -- que aqueja al niño actualmente y también a la presencia o au-- sencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En la mayoria de los otros casos puede ser de gran valor un cuestionario para historial que se admi-- nistra personalmente a cada paciente. En una situación ideal, los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita. Un cuestionario para los pa--- dres tal como lo vemos en la fig # 1 puede ahorrar tiempo al - personal del consultorio e instruir a los padres sobre el interés que tiene el dentista por el niño que está tratando.

El odontopetiatra solo necesita mirar por encima el cuestionario completado para detectar hallasgos de importan-- cia. Se pueden elaborar respuesta afirmativas interrogando a - los padres y al paciente sobre el punto que se desee aclarar. Se hacen anotaciones especiales con esta información adicional en el registro de el paciente.

DISEÑO DE UN EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO.

1.- Perspectiva general del paciente, (incluyendo estatura, porte, lenguaje, manos temperatura).

2.- Examen de la cabeza y del cuello:

Tamaño y forma de la cabeza

Piel y pelo

Inflamación facial y asimetría

Articulación temporomandibular

Oidos

Ojos

Naris

Cuello

3.- Examen de la cavidad bucal:

Aliento

Labios, mucosa labial y bucal

Saliva

Tejido gingival y espacio sublingual

Paladar

Faringe y amígdalas

Dientes.

4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal:

Posiciones de la lengua durante la fonación

Balbuceos y ceceos anteriores o laterales

Forma de la lengua en posición de descanso

Acción mentalis en el momento de tragar

Posición de los labios en descanso.

HISTORIAL DEL NIÑO

ESTADISTICAS VITALES

fecha_____

Nombre del niño_____

Fecha de nacimiento del niño_____

Raza_____Sexo_____

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial.

_____

Relación:_____Madre_____Padre_____

Otros_____

Ocupación del padre_____

Ocupación de la madre_____

Dirección del niño_____

¿Con quién vive el niño?_____

Médico actual del niño_____

¿Quién recomendo al niño_____

Queja principal_____

¿Qué le hizo traer a su hijo al dentista?_____

_____

HISTORIA DE LOS PADRES

	si	no
¿Lleva usted dentaduras postizas?	____	_____

Si contestó afirmativamente a las anteriores

¿A qué edad le extrajeron sus dientes?_____

_____

¿Y los de su cónyuge?_____

¿Por qué le extrajeron los dientes?_____

_____

¿Por qué le extrajeron los dientes a su cónyuge?_____

_____

¿Tiene usted lo que se llama dientes blandos?_____

¿Los tiene su cónyuge?_____

¿Son o han sido sus dientes o los de su cónyuge grisáceos, amarillentos o parduscos?_____

En caso afirmativo, explique_____

_____

¿Se desgastaron sus dientes excesivamente?	___	___
¿Se desgastaron los de su cónyuge?	___	___
¿Tiene ud o su cónyuge miedo a una visita al dentista?	___	___

HISTORIA PRENATAL

¿Ha tenido usted algunas enfermedades durante este embarazo?	___	___

En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo ____ ____

_____

¿Estuvo bajo terapéutica meducamentosa - durante el embarazo? ____ ____

¿Tomó antibióticos durante el embarazo? ____ ____

En caso afirmativo, enumere qué medicamentos_____

¿Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó esto?_____

¿Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio durante el embarazo? ____ ____

¿Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su cónyuge? ____ ____

¿Le ha dicho su médico que es ud. Rh negativo? ____ ____

¿Tomó ud. tabletas de floruro o existía floruro en el agua qué bebía durante su embarazo? ____ ____

HISTORIA NATAL

¿Fue prematuro su hijo? ____ ____

¿Tenía escorbuto al nacer? ____ ____

¿Le hicieron transfuciones de sangre? ____ ____

¿Fue un bebé "azul"? ____ ____

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA

	si	no
¿Tuvo convulsiones durante la lactancia?	____	____
¿Fue amamantado?	____	____
¿Durante cuanto tiempo?_____		
¿Se alimentó con biberón?	____	____
¿Durante cuánto tiempo?_____		
¿Le administraron suplementos de flururo en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales?	____	____
¿En caso afirmativo, explique?_____		
_____		
¿Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas?	____	____
¿Durante cuánto tiempo se le administraron_____¿con qué frecuencia?___		
_____		
¿Chupó chupetes de azúcar?	____	____
¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia?	____	____
En caso afirmativo, enumérelas_____		
_____		
¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)?	____	____
¿Sufrió dolores en las articulaciones? (dolores del crecimiento)	____	____

¿Ha tenido diabetes? ____ ____

¿Ha tenido afecciones renales? ____ ____

¿Ha tenido afecciones del corazón? ____ ____

¿Le dijo algún médico que su hijo estaba anémico? ____ ____

¿Recibió su hijo antibióticos? ____ ____

¿En caso afirmativo, ¿a qué edad?_____

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?_____

¿Qué antibiótico se le administró?_____

_____

¿Tuvo su hijo dificultades para caminar? ____ ____

¿Sufrió alguna operación en la lactancia? ____ ____

En caso afirmativo ¿por que razón?_____

_____

¿Se ha roto su hijo algún hueso? ____ ____

En caso afirmativo, como ocurrio?_____

En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia?

_____

¿Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas?_____

¿Existe en su hijo algo que se salga de lo corriente? ____ ____

En caso afirmativo, explique_____

_____

¿Consideraría usted a su hijo enfermizo? ____ ____

¿Por qué?_____

¿No suda su hijo cuando hace calor? ____ ____

¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental? ____ ____

En caso afirmativo, explique_____

_____

¿Toma su hijo golosinas entre las comidas?____ ____

En caso afirmativo, ¿qué tipo de golosinas?

_____

¿Sufre frecuentemente dolores de dientes? ____ ____

¿Sangran sus encías con facilidad? ____ ____

¿Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros? ____ ____

¿Le salen erupciones fácilmente? ____ ____

¿es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otras drogas?____ ____

¿Sufrá asma? ____ ____

¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta? ____ ____

¿Le salen fácilmente moretones? ____ ____

¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico ____ ____

¿Se chupa constantemente el pulgar o el

dedo de el pie? ____ ____

En caso afirmativo, ¿cuánto hace esto? ____ ____

_____

¿Tiene problemas para hacer amigos? ____ ____

¿No se lleva bien con otros niños? ____ ____

¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre? ____ ____

¿Tiene hermanos o hermanas? ____ ____

En caso afirmativo, ¿cuáles son sus edades? ____ ____

_____

¿Tiene problemas para estar a la par de su clase? ____ ____

¿Teme al dentista? ____ ____

En caso afirmativo, ¿sabe usted por que? ____ ____

¿Ha ido anteriormente al dentista? ____ ____

FIGURA # I

PERSPECTIVA GENERAL

ESTATURA

Respecto a esto se hace una observación rápida si el paciente es muy bajo o muy alto para su edad. La estatura de un niño puede compararse a la de otro consultando cuadros o es

quemas de crecimiento por centímetros. Para propósitos practicos se puede clasificar al niño en tres categorías: estatura normal para su edad, demasiado bajo o demasiado alto. Pueden medirse algunas desviaciones detectadas por medio de un registro a largo - plazo del crecimiento de el niño y de esta manera se puede determinar si la estatura actual de el niño es el resultado de un patrón de crecimiento constante o si esta estatura es un cambio de crecimiento que ocurre en algún punto definido de el desarrollo de el niño. Para comprender esto se requiere de conocimientos -- prácticos lineales. Esto incluye las características de creci--- miento en los varios periodos de edades, y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secre-- ciones endocrinas.

ANDAR

Cuando el niño entra en el consultorio dental puede -- apreciarse rápidamente su andar, y ver si este es normal o afectado. Uno de los más comunes es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otros tipos de andar son los de tipo inseguro hemipléjicos, tambaleante, de balanceo y -- atáxico, para este tipo de andar habrá que hacerse una valora--- ción cuidadosa.

LENGUAJE

El desarrollo de el lenguaje depende de la capacidad -

que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado; por eso los niños con problemas de audición graves pueden tener desa-- rrollo del lenguaje anormalmente lento. Entre las edades de 21 y 24 meses, los niños empiezan a usar frases. Entre los dos y tres años empiezan a hablar con oraciones completas.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos del -- lenguaje: 1).- afasia, 2).- lenguaje retardado, 3).- tartamu-- deo y 4).- trastornos articulatorios del lenguaje.

La afasia motriz es una pérdida de lenguaje como re- sultado de algún daño al sistema nervioso central, es rara.

Retrasos en el lenguaje puede tomarse en considera-- ción si el niño no habla cuando llega a los tres años. Entre - las causas tenemos, pérdida de la audición, retraso intelec--- tual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves pro-- longadas defectos sensoriales, falta de motivación, y estimula ción inadecuada del medio. Los niños demasiado dependientes de los padres y los que padecen una lesión neurológica también -- puden ser muy lentos en el lenguaje.

El tartamudeo o lenguaje repetitivo, ocurren en casi todos los niños en algún periodo, antes de ir al colegio. Preo cuparse demasiado o aprensión excesiva por el lenguaje del ni- ño puede impedir su fluidez normal. Este es más común en los - niños que en las niñas. La tensión psicológica juega un papel

importante en el desarrollo y la persistencia del problema. El amontonamiento es un tipo de lenguaje poco corriente, que se - caracteriza por repetición de palabras o frases, comienzos --- erróneos, cambios en la dirección de la frasea la mitad de la misma, y en general gran confusión verbal.

Los trastornos articulatorios del lenguaje que pue-- den considerarse importantes son: omisión, inserción, y distor sión. Substituir el sonido C por el sonido S produce seseo. Al gunos defectos de articulación ocurren dentro de los límites - de desarrollo normal; sin embargo, los niños con parálisis ce- rebral, lesión neurológica central, paladar hendido o maoclu- sión a menudo tiene dificultades articulatorias. La parálisis de los músculos laríngeos o faríngeos, por ejemplo parálisis - cerebral, puede alterar la calidad de el lenguaje y producir - voz de sonido nasal. Una voz ronca puede deberse a hacer canta do o gritado en exceso, a sinusitis aguda o crónica, cuerpos - extraños en la laringe, laringitis, papiloma de la laringe, pa rálisis, sarampión, o en los niños, desarrollo sexual precoz.

MANOS

Al tomar las manos del niño en las suyas, el odontó- logo establece no solo comunicación cálida con aquel, sino que tiene oportunidad de apreciar su salud general. En la mayoría de los casos, las manos se sentirán normales, pero de cuando -

en cuando podrá observarse sensación de temperatura elevada de humedad o de sequedad. Las manos son unas de las pocas áreas - de el cuerpo del niño que el dentista puede observar normalmente. Aquí pueden observarse todas las lesiones primarias y se-- cundarias de piel, tales como máculas, pápulas, vesículas, úlceras costras y escamas. Muchos factores causales pueden producir estos trastornos tales como enfermedades exantemosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo.

Deberá tomarse en consideración el número, la forma y el tamaño de los dedos de los niños. Las uñas pueden estar - mordidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión, puede tener forma de espátula, puntiagudas, quebradizas, escamosas espesadas, cubiertas de piel, de color diferente, o incluso pueden estar ausentes, como se ve a veces en caso de displasia ectodérmica.

Cuando el dentista examina a un niño, y sospecha es demasiado grande o demasiado pequeño para su edad, puede tomar una radiografía de 5 X 7 pulgadas de la mano izquierda con la ayuda del aparato de radiografía normales. Puede compararse entonces la radiografía con los índices carpales medios para determinar la edad ósea del paciente. Puesto que el dentista puede ser único miembro del equipo sanitario que vea al niño en - un periodo de varios años, su apreciación del crecimiento y desarrollo del niño puede indicar la necesidad de valoraciones -

médicas posteriores. Por crecimiento se entiende la maduración física del niño, mientras que desarrollo significa maduración funcional.

TEMPERATURA

La fiebre o elevación de temperatura en momento de descanso, es uno de los síntomas mas comunes experimentados por los niños. Puede existir una elevación temporal de temperatura después de comer, de hacer ejercicio, o cuando el medio no lleva al enfriamiento corporal. No se puede considerar normal una lectura única de temperatura para todos los niños en todos los momentos. La mayoría de las madres consideran la temperatura de 37°C como umbral sacrosanto, y cualquier temperatura que la sobrepase debe considerarse como muestra de enfermedad. Sin embargo, el practicante motivado puede ayudarles a comprender que existe, en vez de este umbral fijo, una gama de temperaturas consideradas normales. En los casos raros en los que existe una ausencia total o parcial de las glándulas sudoríparas, como ocurre en el tipo anhidrótico de la displasia ectodérmica el niño puede sentirse muy caliente durante las épocas de temperaturas elevadas. Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas, y también algunas infecciones respiratorias y bucales, dan como resultado estados febriles en los niños.

No se pueden diagnosticar enfermedades específicas -- tan solo por la prescencia de fiebre. Sin embargo, el grado de fiebre, su patrón, y la reacción del niño son a menudo factores que indican cierta patología.

EXAMEN DE LA CABEZA Y EL CUELLO
TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande o demasiado pequeña. La macrocefalia, o cabeza - demasiado grande, se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La microcefalia, o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos del crecimiento, enfermedad o traumas - que afectan el sistema nervioso. Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas interferencias del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro de el cráneo. Debe tenerse gran cuidado de evitar un juicio apresurado sobre el tamaño de la cabeza. Deberá considerarse antes de pronunciarse la cabeza de sus padres - y de sus hermanos.

PELO Y PIEL

La alopecia, o pérdida del cabello, puede observarse en pacientes de muy corta edad. Una de las calvicies mas comu-- nes es un área pequeña, discreta y redondeada, rodeada de una - linea endurecida e inflamada y que generalmente lleva a diagnos

ticar empeine. En el caso raro de el niño que tiene displasia - ectodermal congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, del gado y de color claro.

Esto se ve aún más a menudo en niños que en niñas. -- Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar pérdida - del cabello, mientras que la adición de medicación hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello.

La piel de la cara, al igual que la de las manos, puede observarse para detectar señales de enfermedad. Puede encontrarse ciertas cantidades de lesiones primarias y secundarias - en la cara. Mientras que la cara del niño tiende a reflejar su salud general, los cambios observados no tiene necesariamente - que estar directamente relacionados con el problema dental.

INFLAMACION FACIAL Y ASIMETRIA

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de una cara normal nunca son exactamente iguales. Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal, afectan a la forma de la cara de manera - permanente. Se puede producir asimetría facial patológica por - presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares.

[illegible] viral, y al trau

matismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños. El historial y el examen bucal son de --- gran importancia en el momento de hacer el diagnóstico de la - etiología de cualquier inflamación de la cara. Todo agranda--- miento unilateral de la cara que no produce dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente que lo cause merece especial atención por parte del dentista, y se deberá enviar al paciente a un pediatra, puesto que la neoplasia presenta un pa-- trón como este.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Los siguientes son dos métodos valiosos de diagnóstico para descernir limitación de movimiento, subluxación, dislocación o desviaciones mandibulares: 1).- mientras se permanece de pie frente al niño, en la mejor posición que permita la silla dental el odontólogo puede colocar sus manos ligeramente - sobre las mejillas del niño en el área de la articulación temporomandibular. Hará que el niño habrá y cierre la boca lentamente, y entonces, desde céntrica cerrada, ordenará que se mueva en excursiones laterales, pidiéndole que mastique lentamente sobre sus dientes posteriores. 2).- con piesa de hilo dental de 15 a 18 pulgadas (35.5 a 45 cm) hará presión contra su cara en la linea media que une la frente, la punta de la nariz y la punta de la barbilla. Para que el niño abra y cierre la -

la boca lentamente y muestre los dientes al realizar este movimiento.

Estas dos ayudas tan sencillas mostrarán las discrepancias de la unión temporomandibular y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas desde la linea media. Debe palparse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

Puede observarse trismus, o espasmos de los músculos masticatorios, cuando hay infección que sigue a una extracción de molar mandibular permanentes. Se ve menos comúnmente durante la erupción de un molar inferior permanente, pero puede desarrollarse después de pericoronitis. El tétanos, una enfermedad poco común en la vida actual, puede producir trismus, al igual que los neoplasmas y otros trastornos más raros.

OIDOS

La observación del meato auditivo externo puede revelar cierta secreción.

Generalmente, la queja principal será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído; esto necesita un examen a conciencia de las piezas. El odontólogo debe ser capaz de determinar si el dolor referido originado en la dentadura es la posible causa del dolor de oídos. Si al hacer un examen radiol

gico clínico no se encuentra problema dental alguno, deberá enviarse al niño a un médico para que le haga un examen concienzudo del oido. La palpación del oído externo y de la apófisis mastoides puede revelar algo de sensibilidad que indicaría al dentista que la inflamación existe dentro de el oído mismo.

OJOS

El odontólogo deberá observar si el niño tiene o no dificultad para ver y si usa lentes o no. La observación de los ojos del niño deberá incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchasón o irritación alrededor del ojo, costras o lesiones de párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos de el iris y lagrimeo anormal.

La inflamación que esta asociada con las piezas maxilares puede extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Algunas enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos. Los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo. Frecuentemente, los niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica y alergia tiene cierta inchasón en los párpados y en los tejidos periorbitales.

NARIZ

Debido a su localización prominente, cualquier anomalía de tamaño, forma o color de la nariz atrae automáticamente

la atención hacia dicho órgano. En los niños el odontólogo a - menudo se encuentra con drenaje nasal que indica infección respiratoria superior. Pueden ser evidentes cicatrices en la na-- riz lo que indica alguna reparación quirúrgica de una anomalía del desarrollo o traumatismo. Algunos enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz, como por ejemplo la nariz en silla de montar caracteristica de sífilis congénita. A causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad bucal, la extensión de inflamación, atraves del maxilar superior puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz. La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal y particularmente el maxilar superior, pueden hacer intrusión en los conductos nasales.

CUELLO

El examen del cuello se hace por observación y por - palpación. A medida que el odontólogo observa asimetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel del cuello está sujeta a todas las lesiones -- epidérmicas primarias y secundarias, y también a las cicatri-- ces de reparación quirúrgica. En el curso del examen, el odontólogo deberá mantenerse de pie detras del niño y pasar de manera natural la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones subma

xilares y sublinguales, y desde ahí palpar los tríangulos del cuello. Frecuentemente es evidente en el paciente infantil --- agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares, y esto puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas, y con infección respiratoria crónica. Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje de infección bucal o neoplasmas. Puesto que las enfermedades exantemosas existen en los niños, y es -- muy probable que las glándulas salivales se vean afectadas, el odontopediatra deberá estar muy consciente de cualquier agrandamiento o sensación de hipersensibilidad de estos órganos.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal es la meta del examen para diagnóstico. La apreciciéin general y diagnósticos sistemáticos de la cabesa y el cuello sirven de introducción a la cavidad bucal - del niño. El odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su atensión directamente en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar sus esfuersos en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe bucal primero, el dentista protegerá su reputación de diagnóstico cuidadoso. Una buena regla es: El odontólogo que realiza un buen diagnóstico cuenta las cavidades en último lugar, no primero.

ALIENTO

El aliento de un niño sano es generalmente agradable e incluso dulce. "Mal aliento", o halitosis, puede ser atribuible a causas locales o generales. Los factores locales incluyen: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor. Los factores generales pueden incluir deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección de tejido adenoideo, crecimientos malignos, tracto digestivo superior, fiebre tifoidea, y otras infecciones entéricas y trastornos gastrointestinales. La acidosis generalmente produce olor de acetona en el aliento. Frecuentemente, los niños que sufren elevaciones de temperatura tienen un aliento fétido característico.

LABIOS? MUCOSA LABIAL Y BUCAL

Los labios son la entrada a la cavidad bucal y el dentista no debe descuidarlos en su apremio por examinar las piezas. Después de observar tamaño, forma color y textura de la superficie, deberán ser palpados usando el pulgar y el índice. Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras y costras los labios protegen los dientes de trauma, y por lo tanto, son lugar frecuente de contusión en los niños. Reacciones nutricionales alérgicas pueden causar cambios dramáticos en los labios. Pueden ser evidentes cicatrices, debidas a intervenciones quirurgicas que se hicieron para corregir anomalías del

sarrollo o traumas pasados. Cualquier inflamación o masa en - s labios deberá ser palpada entre el pulgar y el índice para servar el tamaño y la consistencia. A medida que se retraen - s labios, el odontólogo deberá observar la mucosa labial. --- alquier lesión o cambio de color o de consistencia de la mem- ana mucosa deberá ser evaluado cuidadosamente. Al proseguir - ntro de la boca, puede observarse la mucosa bucal, teniendo - cuenta los puntos de referencia anatómicos normales qué es-- n en el área. El más visible de estos es la papila en el ori- cio del conducto de stensen desde la glándula parótida. Esta pila puede estar inflamada o agrandada, y al comienzo del sa- mpión puede verse rodeada de pequeños puntos azulados y blan- ecinos rodeados de rojo. También pueden palparse con pulgar - índice las inflamaciones en la mejilla. Las lesiones comunes e se observan en la mucosa labial o bucal de los niños son -- s que se asocian con virus del herpes simple. Estas pueden -- r relativamente benignas con pequeñas úlceras dolorosas o pu n ser más generalizadas, extendiendose al tejido gingival y - l paladar y produciendo tejido gingival demasiado sensitivo y oloroso y múltiples úlceras poco profunda. Con una afección de te tipo generalmente hay un historia de algún trastorno congé ito.

Normalmente, la mucosa labial y la bucal son de color

'osado. Sin embargo la melanina puede causar una pigmentación isiológica normal de color pardo, frecuentemente observada en .a raza negra. La enfermedad de Addison y la poliposis intesti ıal pueden causar una pigmentación patológica pardusca o negro ızulada en este tejido.

ALIVA

Los procedimientos de examen dentro de la cavidad bu :al generalmente estimulan salivación profusa en los niños. La ıalidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o extremada ıente viscosa. Parotiditis epidémica, o paperas, se caracteri- ıa por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilare-- :al o bilateral, de las glándulas salivales. Una secreción ex- :esiva o purulenta del conducto de Stensen puede indicar otros :rastornos de la glándula parótida. Las glándulas salivales su ɔlinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensi-- ɔles, hinchadas y pueden tener secreciones alteradas cuando -- ɔxisten infecciones generales.

'EJIDO GINGIVAL

Después de examinar la mucosa labial y bucal, el --- ɔdontólogo, debe observarse el tejido gingival y las uniones - gingivales. El frenillo labial situado en la línea media de la mandíbula superior e inferior puede ser responsable de un espa

ciamiento anormal entre los incisivos centrales. El color, el tamño, la forma, la consistencia y la fragilidad capilar de la encía deberán tomarse en consideración también. Color rojo e hinchasón pueden deberse a inflamación producida por higiene bucal inadecuada. Sin embargo, el odontólogo deberá estar siempre consiente de que el tejido gingival reacciona con mucha sensibilidad a cambios metabólicos y nutricionales, a ciertas drogas y a trastornos del desarrollo. Cuando hace erupción la piesa el tejido gingival que la rodea puede inflamarse y volverse doloroso e hinchado. Estas áreas frecuentemente se ven traumatizadas por las piesas opuestas. Fístulas de drenaje en tejido gingival unido, acompañadas de sensibilidad y dolor y movilidad del diente, son generalmente diagnóstico de piesas en abceso. Aunque en los niños generalmente no se observan gingivitis auténticas de Vincent, con papilas gingivales erosionadas, puede existir una afección similar, pero más benigna. La combinación de higiene bucal inadecuada, desnutrición y malestar general puede contribuir a la gravedad de esta enfermedad.

LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL

Deberá pedirse al niño que extienda la lengua de manera que el examinador observe su forma, tamaño, color y movimiento. El agrandamiento patológico de la lengua puede deberse

a cretinismo o mongolismo, o puede asociarse con un quiste o - neoplasma. Una descamación de las papilas superficiales asociada, con cambios de color y sensibilidad, puede deberse a ciertas avitaminosis, anemia o trastornos por tensión. Si el frenillo lingual es anormalmente corto, puede evitar que la punta - de la lengua se incline hacia adelante. Este frenillo puede -- ser la causa de ciertos defectos de fonación. Para poder examinar el dorso de la lengua en detalle, se deberá tomar la punta con una gasa de algodón colocada entre el pulgar y el índice, y deberá extraerse delicadamente la lengua atrapada de esta manera. Se puede observar en ese momento cualquier tipo de ma-- sas o úlceras con ambos dedos para saber su tamaño, forma y -- consistencia en los niños pequeños. La superficie de la lengua es relativamente suave y deslizante. Aunque las papilas fili-- formes están presentes desde el nacimiento, son relativamente cortas y no se vuelven alargadas hasta el periodo de edad preescolar.

Sequedad de la lengua puede deberse a deshidratación o puede ocurrir en los niños que respiran por la boca. La lengua puede tener un color blanco, grisáceo o pardusco en estado febril, o etapas tempranas de enfermedades exantemosas. La capa consta de células escamadas, desechos de comida y bacterias. Deben observarse las costumbres con la lengua para describir -

posibles asociaciones de maloclusión. El odontólogo no olvida totalmente el lado inferior de la lengua.

Esta área protegida deberá ser examinada pr cualquier tipo de inflamaciones que podrían ser quistraciones. La hinchazón en el suelo de la boca puede - la lengua se eleve y se afecte a la fonación y el mo-- lingual del niño. Las aberturas de las glándulas sal-- blinguales y submaxilar y las glándulas salivales me-- pueden obturar, causando un quiste de retención de me ránula.

PALADAR

La cabeza del niño deberá ser inclinada li - hacia atrás para poder observar directamente la forma y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar y en el duro. La consistencia de las deformidades o - nes deberá ser investigada con cuidado por medio de . Las cicatrices en el paladar pueden ser evidencias e - pasados o de intervenciones quirúrgicas que se hic reparar anomalías del desarrollo. Cambios de color p - causados por neoplasmas, enfermedades infecciosas yi-- cas, traumas o agentes químicos.

FARI AMIGDALAS.

Para examinar el área de la faringe y de las amígdalas, examinador deberá deprimir la lengua con un espejo de mano o una espátula, para observar cualquier cambio de color, ras o inflamación. La proliferación del tejido de las amíg laríngea puede ser tan extensa que exista muy poco - espa n la garganta para que pasen el aire y los alimentos. Muy udo, es aconsejable que el odontopediatra sugiera que el nea examinado por su médico, si considera que sus amíg dala án gravemente infectadas y pueden ser causas contribu yent mala salud.

DIEN

Pueden hacerse ciertas observaciones básicas de la - dent en general antes de formular diagnósticos sobre las pia ndividuales. Esto incluye el número de piezas y su ta maño lor oclusión y malformaciones.

NUME PIEZAS.

Raramente ve el odontopediatra un niño que sufre au- sen mpleta de piezas (anodoncia). En algunos trastornos - del rollo, la anodoncia parcial o la oligodoncia es un -- fact agnóstico. La ausencia de piezas únicas es mucho más impo e en dentaduras permanentes que en primarias. A excep ciónos terceros molares, el segundo premolar mandibular y

los incisivos laterales superiores son las piezas que faltan - más a menudo. Esta afección, que a menudo se llama congénita, es más frecuentemente hereditaria, y el odontólogo puede pro-- bar esto, sin necesidad de ayuda externa interrogando cuidadosamente a los padres. Dientes de más (supernumerarios) se ob-- servan, en la mayoria de los casos, en la linea media del maxilar superior, pero puden aparecer en cualquier parte y en cualquier arco. Un odontólogo puede ser informado sobre la posible presencia de un mesiodens por un diastema extremadamente ancho entre los incisivos centrales superiores permanentes.

Un trastorno en la erupción de la dentadura puede hacer que existan demasiadas piezas o pocas, según existan un patrón de erupción retrasada o precoz. Ciertos trasternos hormonales y del desarrollo pueden causar una desorganización de -- los patrones normales de erupción de la dentadura. Dentaduras retrasadas o precoces pueden resultar de ello, y el número de piezas presentes varía en gran manera.

TAMAÑO DE LAS PIEZAS. Es raro encontrar macrodoncia (dientes demasiados grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños) auténtica. Sin embargo, pueden encontrarse piezas separadas o muy pequeñas, por ejemplo, laterales en forma de clavos. Asi mismo los dientes separados tienden a parecer grandes, como ocurre en la geminación y la fusión. La herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del

tamaño de las piezas. Anomalías hormonales y del desarrollo serán otros factores que habrá que tomar consideración.

COLOR DE LAS PIEZAS. La tinción anormal de las piezas de los niños pueden dividirse en dos tipos: extrínseca e intrínseca. La tinción extrínseca puede causarse por bacterias cromógenicas que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en las piezas de los niños. El cambio de color generalizado del esmalte y a la dentina se debe probablemente a factores intrínsecos tales como discrasia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la serie de tetraciclina.

OCLUSION DE LAS PIEZAS. En esta etapa del examen, puede probarse o comprobarse la oclusión del niño preguntandole: ¿quieres por favor morder sobre tus dientes posteriores? cuando el niño cierra, el dentista guía la mandibula suave, pero firmemente, a la posición más retraída, pero cómoda, de los cóndilos. La interdigitación de molar y canino deberá ser comprobada cuidadosamente de manera bilateral. Al detectar maloclusión en su etapa muy temprana se puede informar a los padres de que más adelante será necesario consultar un ortodoncista.

MALFORMACIONES DE LOS DIENTES. Lesiones fisicas o hipoplasia del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados. Adicionalmente, las piezas pueden estar dilaceradas, empequeñecidas, germinadas, fusionadas, con entalladuras y en

forma de clavo, causa de trastornos hereditarios, sistemáticos o del desarrollo. Se han dado términos especiales a muchas de estas anomalías tales como dens in dente, incisivo de hutchinson, coronaria bífida, hipoplasia de Turner y molar en forma - de frambuesa.

Las caries son causa de más destrucción de tejidos - dentales que cualquier otro tipo de afección. Es deber del --- odontopediatra detectar este proceso patógeno en sus etapas -- más tempranas por medios clinicos y radiográficos.

METODO PARA DIAGNOSTICAR
RECOPILACION DE HECHOS

Existen ciertos signos patognomónicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diagnóstico. Por ejemplo, inflamación muy obvia y drenaje pueden asociarse con un molar altamente cariogéno; sin embargo, deberán recogerse y relacionarse sistemáticamente todos los hechos que se refieren a la historia del niño. A menudo, es necesario que el odontólogo diagnostique antes de que todos los hechos hayan sido todos recogidos, para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso. Por ejemplo en lo que concierne a habitos bucales por los trastornos - que causan y por su evidencia en algunos casos. En algunos casos puede ser necesario un periodo de observación antes del -- diagnóstico final, y la institución de tratamiento adecuado. -

La pulpitis en piezas restauradas a menudo es difícil de diag-- nosticar. Si todas las pruebas fracasan en la diferenciación -- del diente afectado, el dentista puede decidir esperar varios - dias antes de hacer el diagnóstico e instituir el tratamiento.

EVALUACION DE HECHOS

Debe haber evaluación crítica de los hechos recogidos con relación al cuadro general y a la queja principal. Frecuentemente los padres dan deficientemente el historial. En ese caso, los signos y síntomas clínicos que el dentista observa por sí mismo tienen más fuerza que los hechos declarados. Interrogar a los padres sobre el dolor dental no siempre da resultados satisfactorios.

FORMULACION DEL DIAGNOSTICO

El historial, el examen clínico y las pruebas de laboratorio proporcionáran los hechos esenciales necesarios para -- llegar a un diagnóstico. De los hechos recogidos se pueden sugerir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que haya más de una enfermedad al mismo tiempo. Sin embargo, generalmente el examinador puede desmenusar los hechos para identificar una entidad patógena que podrá tratarse adecuadamente. En casos poco corriente es necesario a veces consultar a otros especialistas o médicos generales antes de poder llegar a un --

diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

El historial, investigaciones radiográficas, y exámenes clínicos a conciencia ayudarán al odontólogo a formular su diagnóstico.

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento. Deben evaluarse tres consideraciones antes de llevar acabo cualquier tratamiento. Deben evaluarse tres condiciones o consideraciones antes de llevar acabo cualquier tratamiento: Urgencia, secuencias y resultados probables. Una secuencia bien organizada de tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición de tratamiento, y pérdida de tiempo, energía y dinero. Sugerimos este diseño general de planeación de tratamiento para odontopediatría.

ESBOZO DE PLANEACION DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO

1.- Tratamiento médico

a) Envío a un médico general

2.- Tratamiento general

a) premedicación

b) terapéutica para infección bucal

3.- Tratamiento preparatorio

a) profilaxis bucal

b) control de caries

c) consulta con ortodoncista

d) cirugía bucal

e) Terapéutica de endodoncia

4.- Tratamiento correctivo

a) operatoria dental

b) prótesis dental

c) terapéutica de ortodoncia

5.- Examenes por recordatorio periódicos y tratamientos de mantenimiento

PLAN IDEAL DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MEDICO

Gran número de familias hoy en día tiene pediatras o médicos de cabecera familiarizados con el historial médico del niño. A veces, el niño ha estado bajo el cuidado de otros especialistas médicos (psiquiatra, oftalmólogo, cirujano plástico, otolaringólogo, cardiólogo, etc). Cuando el historial y el examen sugieren que existe un problema médico, el odontólogo deberá consultar al médico del niño para asegurarse de la salud y seguridad de este durante el tratamiento. Si uno de los padres no está seguro sobre alguna enfermedad (por ejemplo, fiebre reumática), pero ha podido afirmativamente a preguntas que su-

gieren que existe tal enfermedad deberá enviarse este caso a algún médico para que haga la evaluación. Es evidente la necesidad de esta información ya que se recetarían antibióticos incluso antes de profilaxia bucal, si hubiera confirmación de fiebre reumática en el historial.

El odontólogo tiene oportunidad de tomar radiográfias de la mano del niño con su aparato de radiografía dentales. Al comparar las películas de manos de niños de estatura excesiva o estatura insuficiente con los estándares publicados, el odontólogo puede sospechar alguna anomalía del desarrollo o nutricional. Esta información deberá discutirse con el médico del niño, que puede sugerir que se hagan más estudios de laboratorio.

Discrasias sanguíneas se reflejan a menudo en la cavidad bucal por cambios de color, tamaño, forma y consistencia de los tejidos bucales blandos. El odontólogo frecuentemente tiene la oportunidad de examinar la mucosa del niño con más frecuencia que el médico. Por lo tanto, es deber del odontólogo evaluar los cambios de tejido y trasmitir cualquier información pertinente al médico del niño.

Los pacientes deberán ser recomendados a especialistas médicos por medio del médico familiar o del pediatra, o después de haberlo consultado. Raras veces está calificado el dentista para ordenar y evaluar pruebas de diagnóstico médico muy complejas. Esta responsabilidad la asume mejor el especialista

médico quien puede aconsejar al odontólogo sobre como satisfa-- cer las necesidades dentales del niño con seguridad.

TRATAMIENTO SISTEMATICO

Frecuentemente, es necesario premedicar a niños aprensivos, espásmicos o con problemas cardiacos. Esta premedicación deberá hacerse solo después de consultar en el médico del niño. Las dosis exactas de todas las drogas que se han de usar deberán incluirse en el plan de tratamiento. Cuando los ayudantes - conciernen el horario de citas del niño para premedicación, deberá hacerse que el personal auxiliar tome conciencia del régimen de premedicación que habrá de seguirse en cada cita. Se puede perder gran cantidad de valioso tiempo en la silla si el --- odontólogo tiene que esperar hasta que las drogas surtan efecto.

La quimioterapia general puede causar cambios en los tejidos bucales, que hace más dificiles los trabajos de restauración y a veces imposible. El médico muchas veces no se da --- cuenta de que un niño que toma difenilhidantoína sódica ha desarrollado un tejido gingival altamente hipertrófico. Este problema deberá discutirse con el médico, con la esperanza de que se haga alguna substitución de drogas aliviar el problema y que -- prosiga el tratamiento odontólogico.

TRATAMIENTO PREPARATORIO

Después de que se establece el estado médico y el ré-

gimen de premedicación del niño, deberán limpiarse sus dientes a fondo. Esto da al odontólogo espléndida oportunidad de enseñarle a cepillarse los dientes y otros elementos de cuidado en casa. También se puede aprender mucho sobre el temperamento -- del paciente, su aprensión y su salud bucal durante la instrucción de cuidados caseros y profilaxia bucal. El tratamiento de afecciones inflamatorias agudas tales como abscesos alveolares, úlceras traumaticas, gingivoestomatitis herpética y algún caso de gingivitis neocrosante puede generalmente posponerse, esperando resultados favorables de drogas o tratamientos quirúrgicos.

Si se sigue de cerca la profilaxia inicial, deberá - hacerse una evaluación de la suceptibilidad del niño a la ca-- ries. Si es evidente caries activa, la madre del niño deberá - ser cuidadosamente interrogada sobre su dieta. Si el enfoque - adecuado el odontólogo podra ofrecer a los padres una oportunidad interesante y retadora de reducir la caries en el niño (y sus hermanos). Existen varios medios, entre los cuales se en-- cuentran los floruros sistemáticos y tópicos, substituciones - en la dieta y comidas más regulares sin comer entre horas. Estas medidas pueden instituirse conjuntamente con la elimina--- ción de caries y colocación de restauraciones permanentes o -- temporales.

A veces, es necesario consultar a algún especialista

dental: por ejemplo, cuando es evidente un amontonamiento de - piezas o alineación defectuosa. Es este caso, deberá consultar se inmediatamente a un ortodoncista. Frecuentemente se puede - adoptar medidas ortodónticas preventivas conjuntamente con procedimientos de restauración. Puede buscarse el consejo de un - ortodontista antes de llevar a cabo los cuidados operatorios - en piezas dudosas en caso de conclusión inadecuada.

Durante las primeras citas, deberán excavarse las -- piezas escenciales gravemente cariogénas. Si una pieza sera extraída o deberán retenrse para tratamiento endodóntico es una decisión que deberán tomar con gran cuidado los padres y el -- odontólogo. Deberán considerarse desde un punto de vista práctico y odontólogico todas las posibilidades de tratamientos alternados y futuros, tales como problemas de remplazamiento, -- que siendo de precio más módico, no son tan perfectos como el ideal.

TRATAMIENTO DE CORRECCION

Solo después de que se han iniciado las fases médi-- cas y preparatorias podrá empezarse el tratamiento correctivo final. La secuencia sigue siendo importante, incluso en esta - fase del plan de tratamiento. Por ejemplo, todas las caries deberán eliminarse de las piezas y deberán pulirse las restauraciones antes de iniciar cuidados de ortodoncia.

Cuando se está dando tratamiento correctivo al niño, el odontólogo tiene oportunidad de observar los resultados de la instrucción de higiene bucal que le dio en las visitas iniciales. Al terminar el tratamiento, el odontólogo conciensudo dará una fecha determinada para la próxima visita de recordatorio. El intervalo puede variar de tres meses (en casos raros de caries extremadamente activas) a seis meses (para el niño normal).

PLANES ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO.

Existe un plan ideal de tratamiento para cada niño. Deberá presentarse a los padres usando modelos, radiografías y otros medios que puede tener preparados el odontólogo. En esta etapa, existe una tremenda capacidad para poder educar al paciente, lo que es un reto continuo para todo dentista consciente. Los honorarios para llevar a cabo el plan de tratamiento sugerido deberán ser claramente subrayados para evitar cualquier tipo de malentendido en fechas posteriores. A diferencia de los tratamientos para adultos, los tratamientos dentales para niños no deberán ser prasupuestos ni aún espaciados en un largo período de tiempo. De igual manera, hay pocas oportunidades de planes alternativos de tratamiento en odontopediatría.

Cuando se sugiere un plan alternativo de tratamiento, el odontólogo debe estar seguro de que los resultados serán los

más beneficiosos posibles y no serán de ninguna manera, perni--ciosos para la futura salud dental del niño.

REVISIONES DE UN PLAN DE TRATAMIENTO.

Una vez que se aprueba el plan de tratamiento, cual--quier revisión o alteración que sea necesaria deberá ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño. Los pa--dres aceptarán mejor un cambio de tratamiento, si el odontólogo se toma el tiempo de explicarles la causa de este nuevo tipo de acción. En algunos casos, el plan de tratamiento tendrá que ser revisado durante el tratamiento tendrá que ser correctivo; por ejemplo una exposición de pulpa patólogica e insospechada en un principio, puede necesitar la extracción de una piesa y el em--plazamiento de un aparato que mantenga el espacio. Las revisio-nes de planes de tratamiento deben ser previstas en caso de den ticiones mixtas y cuando el patrón de crecimiento del niño tie-ne probabilidades de ser poco corriente, o cuando los niños su-fren impedimentos graves o falta de armonía del esqueleto.

A continuación presentamos una historia clínica que - se adapta más concretamente a nuestro tema en desarrollo (Hábi-tos bucales) pero que de ninguna manera hace que sea imprescin-dible todo lo anteriormente.

Paciente_____ Edad_____ Sexo_____

Tipo de Hábito_____

Alimentación infantil

(a) Pecho_____¿Por cuánto tiempo?_____

¿Cuándo se lo pasó a la mamadera?_____

(b) Mamadera_____¿Cuándo se lo pasó a la taza_____

_____

Hábitos de sueño:

(a) Siestas, regularidad, duración, etc._____

(b) De noche, cantidad de horas, frecuencia de las interrupciones, normalidad, etc._____

Temores desusados_____

Hábitos y adiestramientos de esfínteres_____

Hábitos alimentarios_____

_____

Condiciones en el hogar:

(a) Hermanos: número y edad_____

(b) Temperamento de la madre_____

(c) Temperamento del padre_____

(d) Otras personas en el hogar_____

(e) Ocupación de la madre_____

(f) Ocupación del padre_____

Adaptación escolar:

(a) Dificultades sociales_____

(b) Hábitos de juego_____

(c) Dificultades de aprendizaje_____

Salud general del niño:

(a) Enfermedades principales de la infancia_____

(b) Número de resfríos y trastornos menores, por año

_____

(c) ¿Cuándo se enferma? ¿En invierno, o en verano, todo el año?_____

Respuesta bajo stress_____

¿A qué edad se inició el Hábito?_____

¿A sido ininterrumpido desde entonces?_____

(a) ¿Es diario o nocturno o ambos?_____

(b) ¿Mientras ve televisión?_____

(c) ¿Frecuencia, persistencia, intensidad?_____

¿Qué métodos han sido utilisados para quebrar el hábito?_____

¿Ha sido el niño retado por el hábito por la familia o por extraños_____

Hábitos similares o historia de hábitos en otros miembros de la familia_____

¿Actitud hacia la terapéutica?

(a) ¿Quiere el niño interrumpir la terapéutica_____

(b) ¿Quieren los padres que se le haga un aparato_____

(c) ¿Conoce el niño el propósito de la vista?_____

Comentarios adiconales:

Fecha de terminación_____

Considerando los trastornos que causan los hábitos bucales en la dentición es de fundamental importancia incluir alguna clasificación de la maloclusión en este capítulo que nos sirva como patrón para establecer los lineamientos debidos, aunque ningún hábito bucal por si solo, ejemplo: la succión del pulgar, no justifica la afirmación o conclusión de que succionar el dedo produsca la maloclusión. Deberá considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a este respecto.

A continuación:

CLASIFICACION DE LA MALOCLUSION SEGUN ANGLE.

A.- Clase 1. Relación normal mesiodistal del primer molar; las irregularidades se observan en otro lugar.

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

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

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

CAPITULO III

REFLEJO DE SUCCION

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión, incluso antes de nacer, se ha observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

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

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcansar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos

y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo, si la sensación producida es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsinando la cara y volviendo la cabesa en dirección opuesta al objeto. El intento de llevar a la boca un objeto bueno se denomina introyección. El rechaso de un objeto malo se denomina proyección. En este compartimiento podemos observar la laboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas pruebas bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentimientos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilisando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustaciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve al substituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y -

algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Se han logrado hallazgos interesantes de estudios realizados por pediatras para determinar cuál es la frecuencia --- real de succión del pulgar y los otros dedos en una sección --- transversal de pacientes observados en un consultorio pediátrico. En un estudio de este género. Traisman y Traisman, examinaron a 2650 lactantes y niños de más edad desde el nacimiento -- hasta los 16 años y observaron que el 46 por 100 de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa de este periodo. De estos, 25 por 100 comenzaron durante su primer año de vida. En promedio la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 --- años. Existían algunos, sin embargo, que habían continuado el - hábito hasta edades tan avanzadas como 12 o 15 años.

En un estudio en serie, conducido por Rakosi, de 693 niños considerados como succionadores de pulgar, 60 por 100 de ellos había abandonado el hábito después de menos de dos años. La mayoría de este grupo presentaba oclusión normal. De los 413 niños de este mismo grupo que presentaban algún tipo de maloclusión, se encontró que había continuado su hábito de succión del pulgar u otro dedo más de cuatro años. Esto llevó al investigador a concluir que la succión del pulgar podía ser un factor -- causal de maloclusión, especialmente la de segunda clase según la clasificación de Angle. Sin embargo, en muchos de estos ca--

sos se observó que, cuando se abandonaba el hábito, la dentadura permanente se normalizaba gradualmente y los efectos continuos causados por presiones continuas iniciales sobre las piezas y mandíbulas parecían tener poca importancía.

EFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar, y por igual contradictorias son las recomendaciones publicadas para la corrección del hábito. La succión del pulgar en el bebé es un problema que preocupa al pediatra y a los padres, pues a veces un problema de alimentación puede ser la causa de la iniciación del hábito. La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con amamantamiento demasiado rápido (mamadera) o con demasiada tensión presente durante el acto de lactancia.

Aunque se ha dicho con frecuencia que la succión del pulgar es normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños nunca tuvieron este hábito. Si bien es cierto que muchos niños se chupan los pulgares por periodos breves durante la primera infancia siendo normales, no estan bien asesorados los odontólogos que dicen a los padres que no se preocupen, que el niño finalmente dejará el hábito y que no habrá efectos perjudiciales. Es cierto que muchos niños dejan el hábito en sus años prescolares pero algunos lo conservan durante los años escola--

res y aveces la edad adulta, según informó Brody. Aun cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar u otro dedo no es un hábito socialmente aceptable; por - lo tanto, debe ser desalentado tan pronto como haya evidencias de que se esta desarrollando, cualquiera sea la edad del niño.

Salzmann cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares superiores e inferiores y sobre los arcos dentales incluida la oclusión dental, depende de una cantidad de factores. Estos factores incluyen la frecuencia con que se practique el hábito, el desarrollo óseo, duración del hábito, la dote génetica, el estado de salud del niño y otras más importantes.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varian mucho. Generalmente, se concuerda en -- que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurentes. La gravedad del desplazamiento de las piezs dependerá generalmente de le fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

Debe recalcarse que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes: 1) de la posición del dedo en la boca, 2) de la acción de palan

que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por fuerza que genera si, además de succionar, presiona contra - s piezas.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, si se puede decir qué mano pertenece el dedo ofensor. Esto se ede confirmar generalmente levantando de manera casual la ma- del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la ca- osidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produ- una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores su- riores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mor da; y, según la acción de palanca producida puede resultar -- a inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de -- s piezas mandibulares anteriores. Algunos examinadores consi- ran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse for- dos lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que pue e estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior - ilateral.

Según el hábito puede presentarse tendencia a produ-- ir sobre erupción en las piezas posteriores, aumentando por lo anto la mordida abierta. Se puede dudar de que la succión del ulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina. La -- rominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, mplazados labialmente los vuelve particularmente vulnerables -

ca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si, además de succionar, presiona contra - las piezas.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir qué mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horisontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida puede resultar -- una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de -- las piezas mandibulares anteriores. Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida crusada posterior - bilateral.

Según el hábito puede presentarse tendencia a produ-- cir sobre erupción en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Se puede dudar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina. La -- prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente los vuelve particularmente vulnerables -

a fracturas accidentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes lingual y dificultades del lenguaje.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprimirá hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un circulo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción del músculo mentalis al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores, con algo de fuerza, durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una mala oclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Revisando las estádisticas Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. Cumley cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, ta--

les como proporcionar al niño descanso y escapes por el juego.

La mayoría de los niños dejarán de succionarse el pulgar a los 5 años. Si el hábito persistiera, los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplina y que pueden ser ayudado con ayudarse a sí mismo.

Los hábitos bucales no son peculiares de ningún grupo de niño aunque Calisti y colaboradores informaron que había una cantidad superior significativa de hábitos bucales en el grupo socioeconómico superior que en los grupos medio e inferior.

Aunque el odontólogo es con frecuencia el primero y, en algunas veces, el único consultado respecto del hábito, la - succión del pulgar no suele ser un problema exclusivamente odontológico. Pero es obligación del odontólogo buscar evidencias - del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles si el hábito no fuera abandonado y, en casos elegidos, intentar ayudar al niño a superar el hábito.

PEDIATRIA

SUCCION DEL PULGAR.- Según los textos de pediatría esta succión y sus equivalentes, tales como la lengua, otros dedos de la mano y del pie, de tetinas de goma, de chupete o de un -- congujón de la sábana, son frecuentes y normales en los lactantes. La succión del pulgar es uno de los primeros actos coordinados a través del cual el niño puede proporcionarse satisfac--

ción y hacerse algo menos dependiente de su medio ambiente.

Cuando la succión del pulgar persiste después de la - lactancia particularmente en los años preescolares, se puede -- sospechar un trastorno de adaptación. Se produce con mayor frecuencia cuando se acerca la hora de acostar el niño, cuando está mirando la televisión o cuando se halla hambriento, insomne o enfermo. Puede manifestarse si el niño se siente desplazado - por otro niño más pequeño o si cree que los padres han dejado - de sentir interés por él. En la mayoría de los casos el hábito se pierde espontáneamente, sobre todo si no ha llegado a convertirse en un problema entre hijo y padres. Si persiste o continua e intensamente, puede dar origen a una posición defectuosa de los dientes, que a su vez requerirá una corrección ortodóncica.

Si se trata de un lactante, la medida más importante consistirá en asegurar a los padres que esta actividad es completamente normal. Si el lactante ingiere su alimento con demasiada rapidez y obtiene escaso placer de succión, es aconsejable que las tetadas o la administración de los biberones sean - algo más lentas.

En los niños de más de dos años, las amenazas de castigo, el avergonzarlos y el recordarles constantemente que deben sacarse el dedo de la boca no suelen ser eficaces y tienden a reforzar la actividad. La aplicación en el pulgar de sustan--

cias de sabor ble, el uso de dediles, mitde metal o de férulas ente ineficaz y puede dar ori un nuevo trauma emoc tratamiento efectivo es el recto, y consiste en re situación desfavorable o, e caso de que la succiónar constituya un síntoma neuro, en la mitigación nflictos interiorizados.

ORTODONCIA

Seg la mayoría de estos hábitos parecen alrededor de 5 años. El niño lo acostumbrves de mamila, cuandebriento o cansado, y como usuelo -- después de un l tipo de maloclusión que sarrolla depende de la del pulgar u otros dedos, d contrac ciones acompa los músculos de los carrill de la posición de lia durante el chupeteo. La ma abierta constituyeión anterior de los arcos oblema -- clínico más f La retracción de la mandíbu desarrolla si el pesno o del brazo la fuerza comente a adoptar una en retrusión. Cuando los inos son empujados lab el arco mandibular se cierrterior-- mente y la la mantenida contra el paladar fuerza de los músculcarrillos, que originan la ón, produce contracarco maxilar. Al producirse alteraciones en loss, a menudo se hace imposibl el piso

nasal baje a la posición deseada. El labio superior se vuelve - hipotónico, al inferior se le ve aprisionado bajo los incisivos maxilares y de este modo se establece la deformación. Algunas - maloclusiones por hábitos de chupeteo pueden corregirse por si mismo al interrupirse dicho hábito; pero por desgracía, muchas necesitan tratamiento ortodóncico. Si el hábito continúa por -- cierto tiempo, pueden acompañarse de otros. Son hábitos accesorios típicos estirar un mechón de pelo, acariciarse la naris con el dedo índice, o dar tirones al lóbulo de la oreja. Muchos niños muestran dificultad para dormirse a menos que se chupen el pulgar u otro dedo y se les permita, al mismo tiempo, acariciar cierto juguete de lana favorito o hasta algún trapo viejo suave.

CAPITULO IV

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una 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.

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

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y asi mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta general--

mente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternales, juega un papel muy importante en muchos - casos.

HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de -- conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El exito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medios de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazan de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del - niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones ex-- ternas por parte de sus padres, de sus compañeros de juegos y de clases. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan - no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente - reacciones anormales en las que el niño esta siendo entrenado - para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, aun nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madu-- rez y responsabilidad.

CAPITULO V

OTROS HABITOS BUCALES

a).- Succión labial, b).- Empuje lingual, c).- Empuje del frenillo, d).- Mordedura de uñas, e).- Hábitos de postura, f).- Hábitos masoquistas, g).- Aberturas de pasadores de pelo - h).- Respiración por la boca, i).- Bruxismo, j).- otros Hábitos.

En los hábitos de succión, no solo se emplean el pulgar y otros dedos en posiciones corrientes o no corrientes, sino que también otros tejidos como mejillas, labio o lengua, utilizando frecuentemente para substituir a los dedos.

SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque - el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando - apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este. 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 bucales ayuda - a enderezar los músculos labiales y al ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con la mordida abierta pronunciada al ceceo. Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lograr. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar para llevar los inci

sivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad, preocupado por su aspecto y ceceo, se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y atragar con su lengua en posición. Puede construirse una trampa de puas vertical. Se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

HABITOS LINGUALES Y DE DEGLUCION

Straub describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión 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 su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es 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.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, solo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros, además de la punta interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior. Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás, el acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto o menos en la de sueño, dependiendo la frecuencia del flujo salival.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal el músculo temporal se contrae. Si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

La posición anormal de la lengua está también con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los

incisivos inferiores y evitar la erupción normal. Straub cree - que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pue-- den ser responsables de mordidas abiertas y maloclusión de cla- se III.

La deglución viceral (infantil), descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pauta - refleja congénita. El bebe deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto el refle jo de la deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par entran en acción. Una demora en este cambio - podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamadera, o al uso de pezones que sea demasiado largos - o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado libremente, y por la demora en incorporar los - alimentos sólidos. Un hábito precoz de succión del pulgar tam-- bién podría ser responsable de esa conservación del patrón in-- fantil. Los pacientes que conservan su patrón anormal de deglu- ción pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión. El pronóstico en estos pacientes, aun con corrección ortodóncica - de la mordida abierta, es pobre.

La mordida abierta anterior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, es característica del tipo simple de hábitos de proyección lingual. Es frecuente observar que hay --

dientes que se ponen en contacto cuando se proyecta la lengua - hacia adelante. La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior.

Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera - intentar la terapéutica fucional. Andrews recomendó que el pa-- ciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en una mano y - un espejo adelante, se servirá un trago de agua, cerrará los -- dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropiezos.

También ha dado exito el empleo de una pastilla de -- menta sin azúcar; se indica al niño que mantenga la pastilla -- con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene asi la pastilla, fluye saliva y el niño - se ve obligado a deglutir.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una valla para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglu

ción.

La presencia de una mordida abierta anterior suele ser relacionada, inicialmente por lo menos, con un hábito de succión de los dedos. Después de haberse creado el espacio en la región, anterior, se mantiene porque se proyecta la lengua hacia él o la lengua simplemente ocupa el lugar. Gellen observó que si una mordida abierta tiene su origen en la dentición temporal y después se cierra espontáneamente, el cierre inicial suele comenzar hacia los 10 años en el 90 por 100 de los niños. Así, el odontólogo podría estar justificado en esperar hasta el décimo cumpleaños del niño antes de tomar medidas concretas, activas, para corregir la mordida anterior.

EMPUJE DEL FRENILLO

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ociosa, pero puede desarrollarse en hábitos que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal. Un paciente hacía alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlos así dos horas, después de haber tenido un

buen descanso.

MORDEDURA DE UÑAS.

Un hábito normal desarrollado después de la edad de - la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente, el niño- pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de - morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas se ha - observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas. Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las -- fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes le rodean. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas cuando el niño crece y se con-- vierte en adulto, otros objetos subetituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, cigarros puros, rapé,

lapices, gomas de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la persona como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

HABITOS DE POSTURA

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raras, deberá formularse su diagnóstico, o tratarse individualmente, por separado. En esta categoria entran ciertas ayudas de postura ortopédica. El braguero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis es ejemplo de esto.

HABITOS MASOQUISTAS, (AUTOMUTILACION)

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. Plessentt informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de 9 años, que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produsca automutilación con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto, las lesiones autoinflingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe enca

rar el problema de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe hacer un intento por determinar la causa. - Si se descubre que se debe a factores dentales locales puede -- ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los niños estará - involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá diri-- gir la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña - del dedo, en este caso se reportó uno que lo hacía en el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado completamente a la pieza de tejido gingival -- marginal sin ligar, exponiendo el hueso alveolar, aquí el tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva. Una niña de 14 años se provocó el denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los -- premolares superiores, para lo cual empleó la uña y un alfiler de gancho. Además se mordió la cara interna del carrillo y se - produjo grandes zonas de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la causa de la zona ulcerada de su boca, pues la - hija no les había revelado que se las había causado por sí sola. La historia reveló una niña desdichada, mal adaptada en el ho-- gar y en la escuela. La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer la automutilación era una esca-

patoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes. Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO

Otro hábito nocivo, que fue común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para pelo con los incisivos anteriores, para colocarselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A veces a esta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo se hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

RESPIRACION POR LA BOCA

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: 1) por obstrucción; 2) por hábito, y 3) por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire através del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a tra--

véz de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca. Lo hace por costumbre el niño que respira continuamente por la boca, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anátomicas, es aquel cuyo labio superior corto no lo permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguirse a cuál de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños estomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genático de cara y nasofaringe estrecha estos niños presentan mayor propensidad a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaringeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por; 1) hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis a trófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado; 2) tabique nasal desviado con bloque del conducto nasal, y 3) adenoides agrandados. Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los ni--

ños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo. respirar por la boca puede corregirse por si solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

PROTECTOR BUCAL. Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire atraves de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico. Massler y Swemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no

forzada como cuando se intruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, - deberá enviársele a un rinólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y - entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bu-- cal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como facies adenoidea aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara se estrecha, las piezas supe-- riores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen --- abiertos, con el labio inferior extendiendose tras los incisi-- vos superiores. Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando un mas superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respira-- ción bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a malclusiones en niños que respiran por la boca.

Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir malo-- clusiones de segunda clase también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración - bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la - lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores que los que respiran por laboca lo sigan haciendo y -- que los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para multiples - propósitos, y debería utilizarse más extensamente. El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más generalmente - utilizado, son las resinas sintéticas.

BRUXISMO.

El bruxismo es el apretamiento o rechinamiento agre - sivo, repetitivo o continuo de los dientes durante el día o la-

noche, sin propositos funcionales, los terminos más usados son:

1.- Neuralgía traumática.

2.- Efecto de Karolyi

3.- Necrosis del hábito oclusal

4.- Parafunción

Miller dice que el rechinamiento nocturno de los dientes se conoce con el nombre de bruxismo, y el hábito de rechinar los dientes en el dia se denomina bruxomanía. También se puede clasificar aquí el apretamiento que es un cierre continuo o intermitente de los maxilares bajo presión y el golpeteo que son contactos dentarios repetidos que se realizan sobre superficies dentarias aisladas o restauraciones dentarias. El bruxismo, el apretamiento y el golpeteo son diferentes hábitos oclusales que son considerados juntos, porque su etiología es la misma y producen síntomas comparables. Este es generalmente un hábito producido durante el sueño, nocturno, aunque puede observarse también cuando el niño esta despierto. Por lo general los pacientes que llevan acabo este hábito de noche no estan concientes de él, pero se quejan de dolor o sensación de cansancio en los maxilares o músculos, en particular al levantarse por la mañana, que se irradia a la cabeza y el cuello, una sensación de ardor en los músculos o dolor de cabeza. La frecuencia de este hábito varía entre 5 y más de 20%. El hábito se practica con

mayor frecuencia de noche y si se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión de tanto los dientes temporales como permanentes. Cuando la práctica consiste en la edad adulta, el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la articulación temporomandibular.

Los niños nerviosos pueden desarrollar briquismo, el cual podrá continuar consciente o inconsciente por un período indefinido. El odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa. Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenante del briquismo, en particular si se combina con tensión nerviosa. Por lo tanto, el ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias.

ETILOGIA.- En una revisión al tema realizado por Nadler, y más recientemente por Meklas, se consigna que las causas son: 1) locales, 2) generales, 3) psicológicas, y 4) ocupacionales, pero en sí, las causas exactas del bruxismo permanecen en la obscuridad según corrobore en diversos libros, pero por lo general se la atribuye a anormalidades oclusales, a tensión emocional, o a unas y otras.

Meklas dice que los factores locales están relacionados con algún tipo de alteración oclusal leve que produce molestia leve y tensión crónica, aunque no se reconozca. Se ha dicho que muchas veces el bruxismo se convierte en hábito como resul-

tado de un intento inconsciente del paciente por poner una ma-- yor cantidad de dientes en contacto o por contrarrestar una si- tuación local. En niños, el hábito suele tener relación con la transición de la dentición primaria a la permanente y puede ser producto de un esfuerzo inconsciente por ubicar los planos den- tales individuales de manera que la musculatura repose.

Los factores generales han sido propuestos como impor tantes desde el punto de vista etiológicos, pero resulta difí-- cil determinar el papel de la mayor parte de ellos. Han sido -- mencionados como factores causales trastornos gastrointestina-- les, deficiencia nutricionales, deficiencia nutricionales asin- tómaticas, trastornos alérgicos y endocrinos, enfermedades orgá nicas como corea epilepsia y meningitis. En ciertos casos exis- ten antecedentes hereditarios.

Algunos investigadores suponen que los factores psico lógicos son la causa común. La tensión emocional se expresa --- através de una cantidad de hábitos nerviosos, uno de los cuales puede ser el bruxismo. Así pues, cuando una persona siente te-- mor, ira, rechazo u otras emociones que no pueden expresar, per manecen ocultas en el subconscients, pero se manifiestan periódicamente de muchas maneras. Se ha observado que este padecimien to es común en las instituciones de salud mental. Esta es una - manifestación de tensión nervioso también en niños y puede rela cionarse con el mordisqueo o mascado crónico de juguetes.

Las ocupaciones de cierto tipo favorecen el establecimiento de este hábito. Es frecuente que los atletas entregados a actividades físicas tengan bruxismo, si bien no se conoce a ciencia cierta la razón exacta de ello. Las ocupaciones en las cuales el trabajo debe ser de suma presición, como en relojeros, son propensas a causar bruxismo. Es voluntario en personas que habitualmente mascan goma, tabaco u objetos como palillos de dientes o lápices. Si bien voluntaria, también es una reacción nerviosa que puede conducir en última instancia al bruxismo involuntario o subconsciente.

EFECTOS DEL BRUXISMO, EL APRETAMIENTO Y EL GOLPETEO

El bruxismo produce atrición dentaria excesiva que se caracteriza por facetas en superficies dentarias que por lo general no son alcanzadas por los movimientos funcionales, y por facetas exageradas en áreas funcionales normales, ensanchamiento de las superficies oclusales, y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical. El bruxismo no causa necesariamente destrucción alveolar. El periodonto suele responder favorablemente al aumento de función mediante el ensanchamiento del ligamento periodental y la mayor densidad del hueso alveolar.

Sin embargo, el impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento puede lesionar el periodonto al privarlo de periodos funcionales que necesita para la reparación normal.

Al traumatismo al parodonto, los hábitos oclusales agravan la - enfermedad periodontal existente y llevan a la movilidad dentaria. La lesión periodontal es más intensa alrededor de dientes en contacto prematuro. Los Hábitos de golpeteo que se concen--- tran sobre un diente aislado o sectores de arco son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y --- apretamiento.

Los hábitos oclusales también pueden originar alteraciones temporomandibulares secundarias a la hipertonicidad de - los músculos masticatorios o la reducción de la dimensión vertical por la atrición excesiva no compensada por la erupción pasiva.

En general los signos característicos son patrones de desgaste oclusal astillamiento, fractura de los dientes, movilidad, aumento de tono (hipertrofia) adolorimiento de los músculos y en algunas ocasiones exostosis (neoformaciones).

TRATAMIENTO.- El tratamiento entra en el campo del médico familiar el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando nos forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando es la

misma que la de un protector bucal.

Si la causa subyacente del bruxismo es emocional, ha de corregirse el factor nervioso si se desea curar la enfermedad. Se pueden confeccionar férulas removibles para usar durante la noche con la finalidad de inmovilizar los maxilares o guiar los movimientos para reducir al mínimo la lesión periodontal. Si la enfermedad no es tratada, pueden originarse serios trastornos periodontales, y temporomandibulares. Sheppard recomendó la construcción de una placa de mordida palatina, la que permite la erupción continuada de los dientes posteriores. Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito. Un protector plástico de la mordida, de vinilo, que recubra las superficies oclusales de todos los dientes, más de 2mm de las caras vestibular y lingual, puede ser utilizado para impedir la abrasión continuada de los dientes. La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna. Para superar este hábito también es buena la fisiotérapia.

En los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el briquiemo. Una dosis de 25 mg de clohidrato de hidrosizina (atarax), una hora antes de dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito no se pueden esperar cambios notables en unas pocas no-

ches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso observado.

En síntesis los tratamientos indicados son:

a) Psicotérapia

b) Ejercicios relajantes

c) Fisiotérapia

d) Terápia oclusal

e) Férulas para mordida.

PEDIATRIA

Para los pediatras el bruxismo se observa principalmente durante el sueño; puede ir asociado con otras varias alteraciones agudas y crónicas, incluyendo los ensueños perturbadores. Cuando se determina o es determinado por factores emocionales o ambientales, debemos pensar en que el niño encuentra dificultad en inhibir su agresividad. Puede encontrarse en la deficiencia mental y es muy frecuente en los estados de inconsciencia debido a una enfermedad, especialmente de origen intracraneal, por ejem. meningitis.

No existe ningún otro tratamiento, aparte el de mejorar la circunstancia ambiental causante del conflicto y tensión en el niño.

OTROS HABITOS.

Con frecuencia se ha señalado a este respecto, las pe

siciones adoptadas durante el sueño. Mantener constantemente a un niño pequeño en decúbito, sobre una superficie dura y plana, de moldear la cabeza, aplanando al occipucio o produciendo asimetría facial. Se han exagerado los alcances que pueden tener el uso de la almohada de dormir sobre el brazo. El chupeteo habitual de lápices, chupones y otros objetos duros puede ser tan dañoso al crecimiento facial como el chupeteo del pulgar u otro dedo.

CAPITULO VI

METODOS E INSTRUMENTACION COMO TRATAMIENTO

a) Metodos psicológicos utilizados para educar al niño, b) Metodos de adiestramiento extrabucales, c) Usos de instrumentos intrabucales para eliminar hábitos nocivos, d) Construcción de instrumentos: 1) trampa con punzón, 2) trampa con rastrillo, e) Precaución con relación a tratamientos demasiado tempranos y demasiado fuertes.

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posiciones de la piesa. Algunos ortodontistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios

tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra con el caso de una niña escolar de diez años, que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, esta perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos, menos drásticos, igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimientos de las padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Despues de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor que, naturalmente, no podía ser el niño que antes se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concretaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el registro especial de nuestro consultorio. Después de una visita corta y amistosa al consultorio se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. Naturalmente, el procedimiento completo implica que los padres esten de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa;

1).- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).

2).- No criticar al niño si el hábito continúa.

3).- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, son: recubrir el pulgar o el dedo del niño con substancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada y otro método que en alguna ocasión me indicó algún maestro en la escuela es el de colocar una venda o vendolete a la altura del codo de la mano que contiene el pulgar ya que por la parte anterior hay un pliegue en donde al momento de chuparse el dedo la venda produce una leve molestia al producirse vaso constricción, de donde empiesa a disminuir gradualmente el hábito, claro esto con niños que estan dispuestos a cooperar, es decir todos estos métodos tienen algo en común. Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse

pr os padres que la eliminación de este hábito puede -- ar lu l surgimiento de otro, aún más nocivo.

actitud de los padres durante este tipo de procedi iento e innegable importancia. Si exigen del niño una per- ección q te no puede lograr, el procedimiento estará conde ado al fr . En realidad, es posible que esta actitud pater a haya sic rcialmente responsable de la producción del hábi o. Sin emb si los padres recompensan de alguna manera al iño por dej hábito durante el procedimiento, por medio de us actos y d ún premio insignificante, esto impresionará - profundamente iño y le orientará hacia una meta clara.

En e mpo el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre lección de métodos o alternativas.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR [illegible] VOS

La may te los instrumentos intrabucales, fabrica- dos por el odonté y colocados en la boca del niño con o sin permiso de este, nsiderados por el niño como instrumentos de castigo. Pueden ucir trastornos emocionales más difici-- les y costosos de c que cualquier desplazamiento dental pro ducido por el hábit la mayoría de los niños, estos instru- mentos sirven para a un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que pued ultar en la aparente supresión del -- hábito, pero provocan cambio rápido de un niño de carácter

a lo res q eliminión de este hábito puede --
ar algimiede otión más nocivo.

La tud d padurante este tipo de procedi
s de gablortanSi exigen del niño una per-
que no pulogra procedimiento estará conde
fracen rad, eible que esta actitud pater
sido ialmrespole de la producción del hábi
embasi ldres pensan de alguna manera al
deji háburant procedimiento, por medio de
e y ión jo inficante, esto impresionará -
mentniño oriei hacia una esta clara.

En cam odorgo puede ayuñar a los padres
r scia elin de fos o alternativas.

NSTRIOS INCAIBA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS

Lería e inentos intrabucales, fabrica-
el ologolocan la boca del niño con o sin
de e son deraor el niño como instrumentos
igo. n pr tr nos emocionales más difici--
ostos curie cuer desplazamiento dental pro
por ebito. a ma de los niños, estos instru-
sirvera aun cijo de culpábilidad al hábito
l, l puedulta la aparente supresión del --
pervocan cam ápido de un niño de carácter

feliz a un niño nervioso. En estos casos, el costo de la curación es demasiado elevada.

Las siguientes son cinco preguntas que deberá hacerse el odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos.

1.- Comprensión del niño: ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño -- que le ayude?

2.- Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo que está usted tratando de hacer, y le han prometido cooperación total?

3.- Relación amistosa: ¿Ha establecido usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de este exista una situación de recompensa, en vez de una sensación de castigo?

4.- Definición de la meta: ¿Han elegido los padres - del paciente y usted una meta definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?

5.- Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?

El odontólogo inteligente que se formule estas preguntas y se asegure de que, una por una, la respuestas son --- afirmativas, generalmente puede sentirse seguro al aplicar un

instrumento de formación de nuevos hábitos. La mayoría de las - personas que informan de éxitos logrados con este tipo de ins-- trumentos concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condena a este al fracaso.

CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser construidos por el odontólogo. La - mejor manera de clasificarlos es, tal vez, en instrumentos fi-- jos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá de elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años, en quienes solo estan presentes las piezas primarias, los instrumentos removi-- bles. En este grupo entre los 8 y los 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siempre castigado, mientras que un - instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos, como la noche. Ciertamente, para el odontólogo la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar

que los de tipo fijo. La mayor desventaja de los instrumentos - removibles es que el niño lo lleva solo cuando él lo desea.

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa - puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para: 1) romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior; 2) distribuir la presión también a las piezas posteriores; 3) recordar al paciente que está entregandose a su hábito, y 4) hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

TRAMPA DE RASTRILLO

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el -- término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no solo la succión del pulgar, si

no también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

PRECAUCIONES CON RELACION A TRATAMIENTOS DEMASIADO TEMPRANOS Y DEMASIADO FUERTES

Después de haber desarrollado un enfoque técnica muy hábil con respecto al problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos con exceso y demasiado temprano. Klein ofrece un enfoque más precavido con su sugerencia de diferenciar el hábito de succión significativo del hábito de succión vacio, Describe el hábito significativo como aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento acertado de este tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión vacio es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar. En estos casos, la corrección del hábito se realisa mejor por medios odontólogicos es decir, por la aplicación de un instrumento recordatorio. Klein afirma que el niño deberá mostrar un sicero deseo de corregir el hábito, antes de que el odontólogo le aplique el aparato.

CONCLUCIONES

Despúes de consultar varia citas bibliográficas y encontrar diversas opiniones de diferentes especialidades, primordialmente entre pediatras y odontopediatras, no tanto en las definiciones o diagnóstico, sino en el tratamiento, porque tanto los métodos odontólogicos (aparatología) como psicológicos anteriormente citados, son eficaces como lo demuestran las estadísticas, llegue a la conclusión que para definir que tratamiento se va aplicar hay que realizar una excelente y minuciosa historía clínica y posteriormente valorar si nosotros podemos tratarlo con nuestra aparatología, o es necesario que sea remitido -- con un psicólogo, psiquiatra pediatra etc, estos utilizando métodos psicológicos. Una cosa muy importante es que si él niño - muestra entusiasmo en deshacerse de el hábito es decir coopera y nosotros notamos que existe cierto grado de maduración en él, con absoluta coperación de los padres siguiendo nuestras indicaciones, cualquiera de los métodos mencionados en esta tésis, resultaría eficas teniendo la plena seguridad que no se causará - algún trauma psicológico en nuestro pequeño paciente, y se eliminara el factor primario que es el hábito.

BIBLIOGRAFIA

1.- ODONTOPEDIATRIA I, facultad de Odontología división del - sistema de Universidad abierta.

2.- TRATADO DE ORTODONCIA, Moyers Robert. E., Segunda Edición interamericana.

3.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE, Mc. Donald E. - Ralph, editorial Mundi Buenos Aires, Segunda Edición.

4.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA Sindey B. Finn, Editorial Interamericana 1976.

5.- PERIODONTOLOGIA CLINICA, Irving Glickman, por nueva editorial interamericana, cuarta edición.

6.- TRATADO DE PEDIATRIA, Nelson, Vaugham, Mc kay, Salvat Mexicana de ediciones, Septima Edición, tomo I.

7.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, William G. Shafer, por nueva-Editorial interamericana, tercera edición.

8.- APUNTES DE OCLUSION, octavo semestre.