

381
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“Diagnostico y tratamiento en
habitos orales”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

Ma. Guadalupe Radilla Hernández



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 está 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

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DESARROLLO PRENATAL DE LAS ESTRUCTURAS DEL CRANEO,

CARA Y CAVIDAD BUCAL

PERIODO DEL HUEVO

PERIODO EMBRIONARIO

PERIODO FETAL

CRECIMIENTO DEL PALADAR

CRECIMIENTO DE LA LENGUA

CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

CAPITULO III

DEFINICION DE LOS HABITOS ORALES

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

ACTOS BUCALES COMPULSIVOS

DESCRIPCION DE LOS HABITOS BUCALES

SUCCION DE DEDO

HABITO DE LA LENGUA

BRUXISMO Y BRICOMANIA

RESPIRACION BUCAL

HABITO DE POSTURA

HABITO DE LABIO

AUTOMUTILACION

INTRODUCCION DE INSTRUMENTOS

EMPUJE DE FRENTILLO

MORDEDURA DE UÑAS

SECUELAS DE LOS HABITOS

SECUELAS DENTALES DE SUCCIONADORES DE DEDO

SECUELAS DE PRESION DE LABIO Y LENGUA

CONSECUENCIAS DE BRUXISMO

SECUELAS POR INTRODUCCION DE INSTRUMENTOS
(PASADOPES)

SECUELAS DE RESPIRADORES BUCALES

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE HABITOS BUCALES

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS CON APARATOLOGIA

USO DE INSTRUMENTOS PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS

APARATOS FIJOS Y REMOVIBLES

APARATOS REMOVIBLES PARA HABITOS ANORMALES DE DEDO,
LABIO Y LENGUA

APARATO PARA RESPIRADOR BUCAL

APARATO PARA EL HABITO DE MORDEDURA DE CARRILLOS

TRAMPA DE RASTRILLO

TRAMPA DE PUNZON

TRATAMIENTO PARA EMPUJE LINGUAL

TRATAMIENTO PARA ABERTURA DE PASADORES

TRATAMIENTO PARA BRUXISMO Y BRICUISMO

METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

HABITO DE DEDO

HABITO DE LENGUA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Al cursar la materia de Odontología Infantil, me di cuenta de los graves problemas que ocasionan una mala alimentación, principalmente en la etapa de la lactancia, el hecho de que el niño trate de satisfacer "su hambre" ocasiona problemas como son los hábitos bucales.

Hábitos de dedo, labio, lengua, etc. que van a repercutir irremediablemente (si el niño no es tratado en su problema original) en la cavidad oral; como son: malformaciones y malposiciones dentarias, aunado ésto a problemas de tipo psicológico que al niño posteriormente lo hará sentirse rechazado en el medio en que se desenvuelve.

Pero también tenemos que las malposiciones y malformaciones no solamente son debidas a problemas de tipo alimenticio; sino también a entidades de origen nervioso y que de alguna manera u otra estos hábitos van a servir como una especie de descarga a toda esta tensión que el niño siente.

Pueden ser ocasionados por problemas de tipo anatómico, como lo es el caso del respirador bucal. Esto es porque el niño busca la forma de adaptarse a su problema de la mejor manera para él.

Algunos afirman que los hábitos, principalmente el hábito de dedo es el primer acto de independencia del niño hacia la madre.

No importando tanto a qué se deban estos hábitos, sino a los problemas que ocasionan, deben ser motivos de preocupación para los padres, odontólogos y para el paciente mismo.

Para lograr una armonía en la cavidad oral, existen tratamientos de tipo psicológico, que van de sencillas pláticas y

ejercicios hasta tratamientos protésicos y ortodónticos muy complejos. Algunos de éstos son mencionados en este trabajo.

CAPITULO I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Como dos gemelos siameses unidos por la cabeza, el crecimiento y el desarrollo son prácticamente inseparables. Según Todd, "el crecimiento es un aumento de tamaño; el desarrollo es el progreso hacia la madurez". El crecimiento y el proceso del desarrollo varían considerablemente durante las dos principales etapas del ser humano.

Durante la etapa prenatal, el aumento de estatura es del orden de 5000 veces, mientras que solo existe un aumento de tres veces durante todo el periodo postnatal. El aumento de peso, según Krogman, es de 6500 millones de veces el del óvulo hasta el nacimiento y solo 20 veces desde el nacimiento hasta la madurez. Al final del cuarto mes de vida se ha duplicado el peso del niño al nacer. Aunque el crecimiento es un proceso ordenado, hay momentos en que se intensifica.

DESARROLLO PRENATAL DE LAS ESTRUCTURAS DEL CRANEO, CARA Y CAVIDAD BUCAL

La vida prenatal puede ser dividida arbitrariamente en tres periodos:

1. Periodo del huevo (desde la fecundación hasta el fin del día 14).
2. Periodo embrionario (del 14 hasta el día 56).
3. Periodo fetal (aprox. desde el 56 hasta el día 27a. del nacimiento).

PERIODO DEL HUEVO

Este periodo dura aproximadamente dos semanas y consiste primordialmente en la segmentación del huevo y su inserción a la pared del útero. Al final de este periodo el huevo mide 1.5 mm. de largo y ha comenzado la diferenciación cefálica.

PERIODO EMBRIONARIO

Veintidós días después de la concepción, cuando el embrión humano mide solo 3 mm. de largo, la cabeza comienza a formarse. En este momento, justamente antes de la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino primitivo, la cabeza está compuesta principalmente por el prosencéfalo. La porción inferior del prosencéfalo se convertirá en la prominencia o giba frontal, que se encuentra encima de la hendidura bucal en desarrollo. Rodeando la hendidura bucal lateralmente se encuentran los procesos maxilares rudimentarios. Bajo el surco bucal se encuentra un amplio arco mandibular. La cavidad bucal primitiva (rodeada por el proceso frontal), dos procesos maxilares y el arco mandibular en conjunto se denomina estomodeo.

Entre la tercera y la octava semanas de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara. Se profundiza la cavidad bucal primitiva, y se rompe la placa bucal, compuesta por dos capas (el revestimiento endodérmico del intestino anterior y el piso ectodérmico del estomodeo). Durante la cuarta semana, cuando el embrión mide 5 mm. de largo, es fácil ver la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal. Estas placas nasales, o engrosamientos, formarán posteriormente

la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior. La depresión que se forma en la línea media del labio superior se llama philtrum e indica la línea de unión de los procesos nasales medios y maxilares.

El tejido primordial que formará la cara se observa en la quinta semana de la vida. Debajo del estomodeo y los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media para formar las partes laterales del maxilar superior, se encuentran los cuatro sacos faríngeos (y posiblemente un saco faríngeo transitorio), que forman los arcos y surcos branquiales. Las paredes laterales de la faringe están divididas por dentro y por fuera en arcos branquiales. Solo los dos primeros arcos reciben nombres; estos son el maxilar inferior y el hiodeo. Los arcos están divididos por surcos identificados por un número. Los arcos branquiales son inervados por núcleos eferentes viscerales. El desarrollo embrionario comienza en realidad tarde, después de que el primordio de otras estructuras craneales (cerebro, nervios cerebrales, ojos, músculos, etc.) ya se han desarrollado. En este momento, aparecen condensaciones de tejido mesenquimatoso entre estas estructuras y alrededor de ellas, tomando una forma que reconocemos como el cráneo. Durante las siguientes dos o tres semanas de vida embrionaria desaparecen poco a poco la escotadura media que marca la unión del primordio, de tal manera que en la octava semana existe poco para indicar la región de unión y fusión.

La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de

14.5 mm. durante la séptima semana. Los ojos se mueven hacia la línea media.

El tejido mesenquimatoso condensado en la zona de la base del cráneo, así como en los arcos branquiales, se convierte en cartilago. De esta manera, se desarrolla el primordio del condocráneo y se une con las cápsulas óticas de los lados. Aparecen los primeros centros de osificación endocondral, siendo reemplazado el cartilago por hueso, dejando solo las sincondrosis, o centros de crecimiento cartilagosos.

Al mismo tiempo, aparecen las condensaciones de tejido mesenquimatoso del cráneo y de la cara, y comienza la formación intramembranosa de hueso. Al igual que con el cartilago, existe una condensación de tejido mesenquimatoso para formar el periostio.

Al comienzo de la octava semana, el tabique nasal se ha reducido aún más, la nariz es más prominente y comienza a formarse el pabellón del oído.

Al final de la octava semana, el embrión ha aumentado su longitud cuatro veces. Las fosetas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad bucal y pueden llamarse ahora narinas. Al mismo tiempo, se forma el tabique cartilaginoso, a partir de células mesenquimatosas de la prominencia frontal y del proceso nasal medio. Simultáneamente, se nota que existe una demarcación aguda entre los procesos nasales laterales y maxilares (el conducto nasolagrimal). Al cerrarse éste, se convierte en el conducto nasolagrimal.

El paladar primario se ha formado y existe comunicación entre cavidades nasal y bucal, a través de las coanas primitivas.

El paladar primario se desarrolla y forma la premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte inferior del labio superior.

Los ojos, sin párpados, comienzan a desplazarse hacia el plano sagital medio. Aunque las mitades laterales del maxilar inferior se han unido, cuando el embrión tiene 18 mm. de longitud, el maxilar inferior es aún relativamente corto. Es reconocible por su forma al final de la octava semana de la vida intrauterina. En este momento, la cabeza comienza a tomar proporciones humanas.

PERIODO FETAL

Entre la octava y decimosegunda semana, el feto triplica su longitud de 20 a 60 mm; se forman y cierran los párpados nasales. Aumenta de tamaño el maxilar inferior, y la relación anteroposterior maxilomandibular se asemeja a la del recién nacido. Los cambios observados durante estos dos últimos trimestres de la vida intrauterina, llamada arbitrariamente periodo fetal, son principalmente aumentos de tamaño y cambios de proporción. Durante la vida prenatal, el cuerpo aumenta de peso varios miles de millones de veces, pero el nacimiento a la madurez solo aumenta 20 veces.

Dixon divide el maxilar superior, ya que surge de un solo centro de osificación, en dos áreas, basándose en la relación con el nervio infraorbitario: 1) áreas neural y alveolar, y 2) apófisis frontal, cigomática y palatina.

En la última mitad del periodo fetal, el maxilar superior

aumenta su altura mediante el crecimiento óseo entre las regiones orbitaria y alveolar.

Para el maxilar inferior los cambios son resumidos por Ingha:

1. La placa alveolar (borde) se alarga más rápidamente que la rama. ..
2. La relación entre la longitud de la placa alveolar y la longitud mandibular total es casi constante.
3. La anchura de la placa alveolar aumenta más que la anchura total.
4. La relación de la anchura entre el ángulo del maxilar inferior y la amplitud total es casi constante durante la vida fetal.

CRECIMIENTO DEL PALADAR

La porción principal del paladar surge de la parte del maxilar superior que se origina de los procesos maxilares. El proceso nasal medio también contribuye a la formación del paladar, ya que sus aspectos más profundos dan origen a una porción triangular media pequeña del paladar, identificada como el segmento premaxilar. Los segmentos laterales surgen como proyecciones de los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media por proliferación diferencial. Al proliferar hacia abajo y hacia atrás el tabique nasal, las proyecciones palatinas se aprovechan del crecimiento rápido del maxilar inferior, lo que permite que la lengua caiga en su sitio caudal. Debido a que la base de la lengua no se encuentra ya interpuesta entre los procesos palatinos, la comunicación buconasal se reduce. Los

procesos palatinos continúan creciendo hasta unirse en la porción inferior con el tabique nasal que prolifera hacia abajo, formando el paladar duro. Esta fusión progresa de adelante hacia atrás y alcanza el paladar blando. La falta de unión entre los procesos palatinos y el tabique nasal da origen a uno de los defectos congénitos más frecuentes que se conoce como: paladar hendido.

CRECIMIENTO DE LA LENGUA

Patten se refiere a la lengua inicialmente como un saco de membrana mucosa que se llena posteriormente con músculo en crecimiento. La superficie de la lengua y los músculos linguales provienen de estructuras embrionarias diferentes. Durante la quinta semana de la vida embrionaria, aparecen en el aspecto interno del arco del maxilar inferior protuberancias mesenquimatosas cubiertas con una capa de epitelio. Estas se llaman protuberancias linguales laterales. Una pequeña proyección media se alza entre ellas, el tubérculo impar. En dirección caudal a este tubérculo se encuentra la cúpula, que une el segundo y tercer arcos branquiales para formar una elevación media y central que se extiende hacia atrás hasta la epiglotis. Tejido del mesodermo del segundo, tercer y cuarto arcos branquiales crece a cada lado de la cúpula y contribuye a la estructura de la lengua. El punto en que se unen el primero y el segundo arcos branquiales, está marcado por el agujero ciego, justamente atrás del surco terminal. Este sirve de línea divisoria entre la base o raíz de la lengua y su porción activa. Como el saco de mucosa cubierta del cuerpo de la lengua se

origina a partir de las primeras prominencias linguales laterales del arco del maxilar inferior, parte de su inervación proviene de la rama mandibular del quinto nervio craneal. El hiodo o segundo arco, contribuye a la inervación de las papilas gustativas, o séptimo nervio. La mayor porción de la lengua está cubierta por tejido que se origina a partir del ectodermo del estomodeo. Las papilas de la lengua aparecen desde la onceava semana de la vida del feto. A las 14 semanas aparecen las papilas fungiformes, y a las 12 semanas aparecen en las papilas circunvaladas.

Bajo la cubierta ectodérmica se encuentra una masa cinética de fibras musculares especializadas, bien desarrolladas, admirablemente preparadas, antes del nacimiento, para llevar a cabo las múltiples funciones que exige la deglución y la lactancia.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR

Existe una gran aceleración del crecimiento del maxilar inferior entre la octava y decimosegunda semana de la vida fetal. Como resultado del aumento en la longitud del maxilar inferior, el meato auditivo externo parece moverse en sentido contrario. El cartilago delgado (cartila de Meckel), que aparece durante el segundo mes, es precursor del mesénquima que se forma a su alrededor y es causante del crecimiento del maxilar inferior. En el aspecto proximal, cercano al condrocráneo, se puede observar el martillo, yunque y estribo del oído. El yunque, martillo y estribo están casi totalmente formados a los tres meses.

El hueso comienza a aparecer a los lados del cartilago de Meckel durante la séptima semana, y continúa hasta que el aspecto posterior se encuentra cubierto de hueso. La osificación cesa en el punto que será la espina de Spix. La parte restante del cartilago de Meckel formará el ligamente esfenomaxilar y la apofisis espinosa del esfenoides. La parte del cartilago de Meckel encapsulada con hueso parece haber servido de férula para la osificación intramembranosa y se deteriora en su mayoría. El desarrollo y osificación tempranos de los huesos del sistema estomagnático es muy evidente en una radiografía lateral de un feto de 69 mm, tomada las 14 semanas.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

Antes de empezar cualquier tratamiento, es importante conocer los posibles factores etiológicos que ocasionan problemas como hábitos u otras anomalías, una correcta historia clínica nos llevará a un diagnóstico acertado.

Una completa historia clínica debe contener ciertos datos que nos lleven a un solo diagnóstico, que no se pueden pasar por alto. Datos como por ejemplo:

- Datos generales
- Examen clínico
- Radiografías

En los datos generales las preguntas más comunes y necesarias son: Nombre del paciente, este dato se determina como método de filiación e identificación del paciente, los apellidos nos pueden dar en algunas ocasiones orientación sobre el grupo étnico al que pertenece.

En el caso de pacientes pequeños se les preguntará el diminutivo, esto para crear confianza en el niño.

La edad es muy importante en la historia clínica ya que en alguna etapa de la vida se presentan ciertas enfermedades como rubéola, sarampión, etc., así como también enfermedades inflamatorias del tipo de parotiditis, hepatitis de tipo viral, etc.

Lugar de nacimiento también es muy importante ya que esto algunas veces nos ayuda a dar un buen diagnóstico.

Después de estos datos recibidos proseguiremos al estudio de

aparatos y sistemas, (en este caso la historia clínica estará enfocada a niños).

Las preguntas que le hacen son si goza de buena salud, si ha estado sometido a tratamiento clínico, si ha estado hospitalizado, si presenta alergias, si el niño presenta problemas de tipo nervioso, si hay hemorragias en pequeñas cortadas o de cualquier otro índole. el tipo de alimentación, la dieta, aseo personal, etc.

Ya obtenida toda la información general se procede al estudio o examen bucal:

a) Tejidos blandos

Labios, mucosa bucal, paladar, velo del paladar, lengua, piso de boca, ganglios, tejido gingival, etc.

b) Examen dental

Higiene oral, dientes, si hay caries, si hay ausencia congénita, la forma de los dientes, etc. La oclusión, si hay sobremordidas, apiñamiento anteriores, mordida abierta, etc.

Es bien importante tomar modelos de estudio ya que nos proporcionarán una copia fiel de la oclusión del paciente, esto nos servirá para correlacionar datos adicionales o verificar la veracidad de los datos proporcionados. Se toma también la mordida en cera, esto es para relacionar los modelos superior e inferior, es de mucha ayuda en pacientes con mordida abierta.

La toma de radiografías intrabucal y panorámica. Al hacer la historia clínica a simple vista, no podemos observar más allá, como por ejemplo la inclinación de las raíces de los permanentes, la forma de éstas, etc., con las radiografías daremos un diagnóstico más acertado.

c) Hábitos

Para poder llegar al fondo de las cosas, el odontólogo tendrá que hacer preguntas muy específicas como: ¿ si el niño chupa la ropa, dedos, cabellos u otros objetos, la frecuencia con que lo hace, la intensidad, desde cuándo lo hace, si el niño frota sus dientes, si el niño es muy nervioso, problemas de respiración, si duerme con la boca abierta, si toma biberón, a qué edad lo dejó, tiene amigos, problemas en el colegio? Además si tiene problemas de lenguaje.

Se procede posteriormente a dar un diagnóstico y a elaborar un plan de tratamiento.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CLINICA INFANTIL

I.- Información General

Nombre:		Diminutivo	Edad	
Fecha de Nac.	Lugar de Nac.	Dirección		
Teléfono	Grado Escolar	Padre o acompañante		
Nombre del alumno		Fecha de examen	1er.Ex.	2do.Ex.

Señale una de las casillas

- | | Si | No |
|--|-----|-----|
| 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? | () | () |
| 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? | () | () |
| ¿ Por qué motivo ? _____ | | |
| 3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? | () | () |
| 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ? | () | () |
| ¿ A cuáles ? _____ | | |
| 5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ? | () | () |
| ¿ Qué clase de medicamento ? _____ | | |
| 6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? | () | () |
| ¿ Qué trastornos ? _____ | | |
| 7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes: | | |

	Edad		Edad		Edad
Asma () _____		Sarampión () _____		Fiebre reumática () _____	
Paladar hendido () _____		Tosferina () _____		Faringitis () _____	
Epilepsia () _____		Varicela () _____		Fiebre Exantemática () _____	
Enf. Cardíaca () _____		Escarlatina () _____		Orzuelo () _____	
Hepatitis () _____		Difteria () _____		_____	
Enf. Renal () _____		Tifoidea () _____		_____	
Trastorno Hepático () _____		Papera () _____		_____	
Trastorno del lenguaje () _____		Poliomielitis () _____		_____	

- | | Si | No |
|--|-----|-----|
| 8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes ? | () | () |
| 9.- ¿ Tiene dificultades en la Escuela ? | () | () |
| 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____ | | |

- 11.- Motivo de la consulta: _____
- 12.- Recomendado por: _____ Experiencias Odontológicas si no previas () ()
- 13.- Observaciones: _____ Actitud del niño hacia el Odontólogo Favorable Desfavorable

II.- Tejidos Blandos.

Labios _____ Lengua _____
Mucosa bucal _____ Piso Boca _____
Paladar _____ Glándulas salivales _____
Velo del paladar _____ Ganglios _____
Amígdalas _____ Observaciones: _____
Tejido Gingival _____

III.- EXAMEN DENTAL.

Higiene Oral: Bueno () Regular () Malo ()
Métodos y frecuencia _____
Dientes: _____
Faltantes _____ ausencia congénita _____ Anomalías de _____
Forma _____ Tamaño _____ Color _____ Número _____ Posición _____
Textura _____
Observaciones: _____ Fracturas _____

OCCLUSION:

Neurooclusión _____ Mordida abierta _____
Distoclusión _____ Mordida cruzada anterior _____
Mesioclusión _____ Mordida cruzada posterior _____
Sobremordida _____ Observaciones: _____
Apilamiento anterior _____

IV.- HABITOS.

Succión del pulgar () Protrusión de lengua ()
Otros dedos () Otros _____
Morder labios () Anotaciones: _____
Respirador bucal () _____

V.- ORTODONCIA PREVENTIVA y/o INTERCEPTIVA

Edo. actual del problema: _____ Diagnóstico _____

Análisis de dentición mixta: _____ Plan de tratamiento: _____

Prescripción: _____
Drogas _____
Observaciones: _____
Dosis _____

CAPITULO III

DEFINICION DE LOS HABITOS ORALES

Un hábito bucal puede tener sus raíces en profundos problemas psicológicos, tales como depresiones ocasionadas por separación de los padres, falta de amor, malos tratos, etc., de tal manera que aún cuando el niño sea tratado por el C.D. el mal hábito bucal puede ser reemplazado por otros hábitos, como tirarse del pelo o hurgarse la nariz, de tal forma que en ocasiones es difícil romper el hábito y en otros es posible.

De todas las formas posibles generalmente cuando el niño con malos hábitos acude al C.D. ya se han presentado cambios estructurales dañinos sobre los bordes alveolares inmaduros, y sumamente maleables, y cambios potenciales en emplazamientos de las piezas y en oclusiones.

Por ello, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denomina no compulsivos.

ACTOS BUCALES COMPULSIVOS

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de

ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea.

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

DESCRIPCION DE LOS HABITOS BUCALES

SUCCION DE DEDO.

Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de embolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia

abajo y hacia arriba; hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccionador se contrae y relaja en forma alternados. El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca.

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, se cree que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

El hábito de chuparse el pulgar y otros dedos es importante por la preocupación que causa a sus padres. Se necesita saber qué daños puede provocar, si es que existen, qué factores conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada.

Aparte del efecto de chuparse continuamente el pulgar, existe otro aspecto que exige consideración. El pulgar es un cuerpo duro y, si se coloca con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante la premaxila junto con los dientes incisivos, de tal manera que los incisivos superiores se proyectan hacia adelante más allá del labio superior.

Basel y Ilg, del Laboratorio de Desarrollo Infantil, de Yale, afirma que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente

al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase I, división I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrocrático, segmento premaxilar procrático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta, y arcadas dentarias estrechas, son el resultado de chuparse los dedos. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos proviene de hogares en que los molestos instintos de que el niño dejara el hábito aseguraron su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. Existen buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupadedos

confirmados. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de la lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana. La función anormal del músculo de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior.

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros factores:

a) La frecuencia.- Del hábito durante el día y la noche afecta al resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca.

b) La intensidad.- Del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chuparse el dedo puede escucharse hasta la habitación próxima, en otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccionador. Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera del fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se encuentra engerzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

c) La duración.- La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante.

La duración, frecuencia e intensidad, este trío de factores, deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar este hábito. Pero al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración, higiene mental poco deseable. En otros niños, el hábito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia, es un hábito condicionado por la repetición constante y el niño aún no transfiere sus actividades para obtener placer a actividades maduras y extrovertidas propias de niños mayores.

Cuando se observa que el niño tiene el hábito de chuparse los dedos persistentemente, así como maloclusión, resulta fácil interpretar esta relación simbiótica y así ganar arbitrariamente la causa y el efecto. Puede ser correcto afirmar que el chupado del dedo es un factor en la deformación de los dientes y las estructuras de soporte, pero solamente es un factor de un síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección de lengua, deglución anormal, mordedura de labio, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculos del labio superior hiperactivos y quizá hiperactividad del músculo buccionador.

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 relacionado con un 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 ese problema. Si bien es cierto que muchos niños normales se chupan los pulgares por períodos breves de tiempo, durante la primera infancia, no están bien asesorados los odontólogos que dicen a los padres que no se preocupen, que el niño fácilmente dejará el hábito y que no habrá efectos perjudiciales. Es cierto que muchos niños dejan el hábito en sus años preescolares, pero algunos lo conservan durante los años escolares y a veces a la edad adulta, aún cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptable, por lo tanto, debe ser desalentado tan pronto como haya evidencias de que se está desarrollando, cualquiera que sea la edad del niño.

Balzmann 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, la duración del hábito, el desarrollo óseo, la dote genética, el estado de salud del niño y otros más, también importantes.

Rakosi efectuó un estudio seriado de 673 niños que tenían el hábito de succión. En el 60% el hábito se interrumpió después de una duración de menos de 2 años. Los niños de este grupo tenían lo que se consideraba una oclusión normal. En un estudio de 413

niños con maloclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de 4 años. Se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar era un factor causal en la producción de una maloclusión, en especial de Clase II. En casos aislados, la deformidad parecía corregirse por sí misma en la dentición temporal si se había practicado el hábito por menos de 4 años. En la mayoría de las instancias parecía haber una tendencia demostrable en la dentición permanente a superar gradualmente las influencias nocivas del hábito.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 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.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres, o a los animales o insectos. La historia revelará a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres, algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela. Los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de la succión puede o no ser un síntoma suelto o aislado, sino en vez uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión lo que

permite al niño alimentarse de su madre y agarrarse de ella. Este patrón de succión del niño responde a la necesidad de alimentarse, a medida que se desarrolla su oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que han 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 y gustados.

Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo, si la sensación es desagradable, lo escupe. En esta forma los niños prueban con los sentidos disponibles, lo que es bueno y malo.

Si los objetos introducidos en la boca son caliente y blandos traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre de otro malestar al introducir su dedo o pulgar en la boca, éste se vuelve el sustituto de la madre. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y algunos consideran ésto como uno de los primeros síntomas de independencia y desarrollo o separación de la madre.

HABITO DE LA LENGUA

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua, dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de deglución. En realidad, muchos niños que

chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente, pero desgraciadamente más poderoso. Con menor frecuencia, adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparte la lengua por la sensación de placer que les proporciona.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión. En algunos casos, el proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función.

La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la lengua (la punta) 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 compensado 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. Primero, la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en solo la región incisiva y canina. En otros, además de la punta interponen los lados de la lengua.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante la 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 bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protrucción e inclinación labial de los incisivos

superiores, pudiendo presentarse además depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta anterior, el C.D. debe dar igual importancia al hábito de empuje lingual o una lengua agrandada que pueden ser causa de la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrucción y no sólo preocuparse por el hábito de succión del pulgar.

Este hábito puede ser consecuencia de la succión de un chupón con orificio demasiado grande y el niño trata de reducirlo con la lengua o de respiración bucal cuando el niño pierde los dientes temporales o cuando tiene dificultad al respirar porque padece una sinusitis. Es el más fácil de detectar al tragar saliva, ya que ésta sale por los espacios de las piezas que faltan.

También en este hábito los dientes anteriores tienden a vestibularizarse.

Durante el acto de la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo de su grado de formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de deglución. Se ha demostrado que en algunas zonas, la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento, la premaxilar aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrucción de los incisivos centrales superiores y la creación de la mordida anterior, las exigencias para la actividad muscular de

compensación son mayores. Este ciclo nocivo se repite en cada deglución. Esto provoca una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión. En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores erupcionan y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

Es muy importante tomar en cuenta el tamaño de la lengua, así como su función. El efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se representa en un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia. La presencia de amígdalas blandas o adenoides también contribuye a la posición anormal de la lengua, ya que se ha demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

En estos casos, el resultado final de estas anomalías es la mordida permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

BRUXISMO Y BRICOMANIA

Este hábito que consiste en frotar los dientes entre sí, es

nocturno y a veces diurno, es posible que tenga una base emocional, ya que generalmente ocurre en niños muy nerviosos e irritables. También puede ser ocasionado por interferencias oclusales y enfermedades periodontales, corea, epilepsia y meningitis.

Es posible que el bruxismo y la bricomania, tan frecuentes en niños y adultos, también pueden ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda, pero también existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar y bruxismo. Los individuos nerviosos son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo. La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios. La bricomania no puede ser estudiada clínicamente, pero posiblemente se trata de una actividad concomitante.

La imagen del bruxismo es igualmente clara, existe gran correlación clínica entre la maloclusión y la frecuencia del bruxismo o bricomania. La falta de armonía oclusal o la sobremordida excesiva con frecuencia están asociadas con estas aberraciones funcionales. Aunque la causa precisa del bruxismo y la bricomania es desconocida, se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, la maloclusión con puntos de contacto prematuros o la sobremordida

profunda es capaz de "disparar" este hábito.

El bruxismo, que suele considerarse un hábito bucal en los niños, es un desgaste, frotamiento o rechinamiento de los dientes de carácter no funcional. Reding y colaboradores informaron que un 15% de los niños y adultos jóvenes de su grupo de estudio practicaban algún grado de bruxismo. 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 los permanentes. Cuando la práctica consiste en la edad adulta, el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la ATM.

Los niños nerviosos pueden desarrollar bruxismo, el cual podrá continuar consciente e inconscientemente por un período indefinido. Ramfjer cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenamiento del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa.

La manifestación clínica es:

- Faceta de desgaste oclusal no funcionales.
- Sensibilidad de los músculos de la masticación.
- Incremento del tono muscular y espasmos
- Hipertrofia de los músculos masticadores.
- Rigidez y dolor de la ATM
- Aumento de la movilidad dentaria.
- Gingivitis ulcerativa aguda.

RESPIRACION BUCAL

El hábito de respirar por la boca también se encuentra

íntimamente ligado con la función muscular anormal. Por mucho tiempo considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico y, en menor grado, el resultado de la maloclusión. Es posible que el hábito de la respiración bucal contribuye a las tres facetas de la dinámica de la maloclusión.

El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde y obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia. Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos del oído medio con frecuencia se ven asociados a esta situación. Tales padecimientos no son constantes; muchos otros factores están incluidos, entre los cuales encontramos la resistencia individual.

A algunos niños les es imposible cerrar los labios debido a la protrusión de sus piezas superiores. En otros existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, pero esto puede ser costumbre, postura, tejido inadecuado o mal tono muscular. A menudo, los niños mantienen la boca abierta al estar atentos a algo o a alguien, pero pocos respiran realmente por la boca. Sin embargo, la encía, se seca al entrar en contacto con el aire y el proceso constante de humedecer y secar representa una irritación para los tejidos gingivales. La saliva que rodea a la encía expuesta se vuelve viscosa, se acumulan desechos en la encía, así como en las superficies de las piezas, y la población bacteriana aumenta de gran manera.

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

- Por obstrucción

- Por anatomía
- Por hábito

Por obstrucción.- Son aquellos que presentan resistencia incrementada o por obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre aunque se haya eliminado la obstrucción que los condicionaba a hacerlo.

Por anatomía.- Es aquel cuyo labio superior es corto, el cual no le permite cerrar por completo sin tener que realizar grandes esfuerzos y mantiene los labios separados.

Con frecuencia se presenta respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estrechos. Por su tipo genético de cara y nasofaringe estrechos, estos niños son más propensos a tener obstrucciones nasales que aquellos que presentan espacios nasofaríngeos amplios como las personas braquiocéfálicos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser originada:

- a) hipertrofia de los turbinatos causados por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- c) Adenoides agrandadas.

Por hábito.- Como consecuencia de los problemas anatómicos aún cuando la respiración bucal ha sido corregida quirúrgicamente o por contracción fisiológica, el niño puede seguir respirando por

la boca, por costumbre. Esto puede presentarse cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "facies adenoides" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto.

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

HABITO DE POSTURA

Aún no se ha probado que se constituya como un factor etiológico primario el que las malas condiciones posturales puedan provocar maloclusiones. Se ha acusado a muchos niños encorvados, con la cabeza clavada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión de la mandíbula.

Tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria por que el niño descansa su cabeza sobre las manos durante periodos indeterminados cada día, o que duerma sobre su brazo, puño o almohada cada noche. La mala postura y la maloclusión dentaria pueden ser resultado de una causa común. La mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

HABITO DE LABIO

Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden

atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa en los hábitos de morderse o chuparse los labios. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba que en realidad extiende el labio superior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad normal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y delante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta el volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio.

AUTOMUTILACION

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños, se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales.

Es probable que se produzcan automutilaciones 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 autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. el C.D. debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar 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 dirigir la familia hacia personas de consulta competente.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pacientes.

INTRODUCCION DE INSTRUMENTOS

Entre otros hábitos nocivos se encuentran la introducción de objetos como abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, destapar refrescos con el canino y premolares; morder lápices, gomas de borrar, mordeduras de uñas, que pueden ocasionar pequeñas fracturas de los bordes incisales de los dientes anteriores con gingivitis asociada al trauma continuado y piezas parcialmente privada del esmalte labial.

En personas que practicaban el hábito de abrir pasadores con

los incisivos anteriores, se ha observado incisivos aserrados y piezas con pérdida parcial del esmalte.

EMPUJE DE FRENILLO

Es un hábito que se presenta raras veces y sucede en ocasiones cuando hay un diatema en los incisivos centrales superiores, el niño puede trabar el frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición por varias horas. Este hábito se puede comenzar como un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que puede separar los incisivos centrales superiores, va que a estos los mantiene separados.

MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Aproximadamente un 80% de todos los individuos se muerden o 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 impuresas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

El acto de morderse las uñas normalmente alivia la tensión, es un hábito, como cualquiera y no deberá considerarse malo a menos que perjudique realmente en forma física o moral tanto al

niño como a las personas que lo rodean.

A medida que el niño va creciendo y se convierte en adulto, este hábito puede ser sustituido por gomas de mascar, cigarros, puros, lápices, gomas de borrar e incluso las mejillas o la lengua, como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

SECUELAS DE LOS HABITOS

Los hábitos causan malformaciones; en la cavidad oral, la estética, el aspecto psicológico y principalmente las malformaciones son el motivo principal de la visita del paciente y de los padres al consultorio dental.

Buscar un tratamiento adecuado, para la solución del o de los problemas que se presentan.

SECUELAS DENTALES DE SUCCIONADORES DE DEDO

Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de 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) puede producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- De la posición del dedo en la boca
- De la acción de la palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que, además de succionar, presiona contra las piezas.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores, superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal 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.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto, la mordida abierta. 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 linguales y dificultades del lenguaje.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división 1, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse el dedo. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de la

vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

SECUELAS DE PRESION DE LABIO Y LENGUA

Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borbia de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina en la literatura postura de descanso incompetente del labio.

Al igual que la lengua, los labios pueden deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplastamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos

graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta el volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior.

La manifestación clínica es:

- Enrojecimiento de labios
- Resequedad de labios
- Protrusión alveolar (superior)
- Retrusión alveolar inferior
- Falso prognatismo (clase III)
- Mordida cruzada en anteriores
- Hay diastemas.

CONSECUENCIAS DEL BRUXISMO

La manifestación clínica es:

- Faceta de desgaste oclusal no funcionales
- Sensibilidad de los músculos de la masticación
- Incremento del tono muscular y espasmos
- Hipertrofia de los músculos masticadores
- Rigidez y dolor de la ATM
- Aumento de la movilidad dentaria
- Gingivitis ulcerativa aguda

Hábito de postura: Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raras.

SECUELAS POR INTRODUCCION DE INSTRUMENTOS (pasadores)

Otro hábito nocivo, que fué común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

SECUELAS EN RESPIRADORES BUCALES

Este hábito está muy relacionado con la función muscular anormal. Se considera como un factor asociado de la maloclusión dentaria.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describen como "Facies adenoides" a pesar de que no se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause este aspecto, frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca.

Las afecciones del aparato respiratorio son más frecuentes en las personas que respiran por la boca porque el efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales como cornetes agrandados.

Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos del oído medio también se asocian en muchos casos.

Una mordida anterior que permita el escape anterior interfiere la producción normal de las palabras.

La corrección de la maloclusión con frecuencia elimina espontáneamente los defectos del habla.

CAPITULO IV
TRATAMIENTO DE HABITOS BUCALES

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

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.

Métodos.- El procedimiento completo indica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

- 1) Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (1-2 semanas)
- 2) No criticar al niño si el hábito continúa
- 3) Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

A pesar del interés de muchos psicólogos de orientación freudiana y pediatras en el sentido de que el hábito de chuparse los dedos es síntoma de una neurosis profunda y que el destierro del hábito causará problemas en el adulto, las pruebas clínicas de estas afirmaciones no existen.

Palermo sugiere que el chuparse el pulgar surge de una reacción progresiva de estímulo y recompensa, y que desaparecerá espontáneamente, salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención. Los hábitos asociados como torcerse el pelo,

taparse con la cobija, etc., desaparecen junto con el hábito del dedo.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente. En ocasiones, una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

Se dice que clínicamente es provechoso exigir al paciente realizar los ejercicios de labio y lengua; por ejemplo pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios cinco o diez minutos antes de acostarse. Esto con frecuencia proporciona suficiente satisfacción y relajamiento disminuyendo la necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse. La leche tibia o la música suave al retirarse también tienden a reducir el deseo de chuparse los dedos.

Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir consulta con el psiquiatra. Sin embargo, estos casos son los menos. En la mayor parte de los casos los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos.

Culley cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso, 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 autodisciplinarse y que puede ser ayudado con ayudarse a sí mismo.

Si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar la fase de succión a la de masticación. Se podría lograr una reorientación de la actividad de succión a actividades masticatorias.

En niños mayores el empleo de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles cómo el hábito de succión del pulgar les perjudicará la boca si se mantiene.

NI uno de los enfoques correctores recomendados para la succión del pulgar deberá ser considerado sin antes tener una cuidadosa historia clínica bien complementada en un intento por descubrir la causa. Hablando con el niño y con los padres, a menudo el C.D. podrá establecer si el hábito está relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío si es adquirido por imitación, o si es el resultado de un problema de tipo emocional complejo.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación

El niño puede tener temores desusados como a la obscuridad, a la separación de los padres o a los animales o insectos. La historia resolverá a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres; algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela. Los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de la succión puede no ser síntoma suelto, aislado, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos o inestabilidad emocional resultantes

de una serie de acontecimientos pasados.

En los pacientes sin perturbaciones psicogénas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo o inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el briqueo. Una dosis de 25 mg. de clorhidrato de hidroxizina (atarax), una hora antes de dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito.

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS CON APARATOLOGIA

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esa tarea. Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea doloroso y que no interfiera en la oclusión; ha de actuar como recordador, únicamente.

El uso indiscriminado de los aparatos destinados a romper hábitos, cuando el hábito es el resultado de un problema emocional puede provocar una serie de reacciones indeseables.

Algunos odontólogos practicaron un enfoque totalmente distinto, si resultaba evidente que el niño quería dejar el hábito. Este enfoque implica la cooperación de los padres y su consentimiento para ignorar el hábito y no mencionárselo al niño, en conversaciones privadas con el niño, el odontólogo discute el problema y sus efectos. Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleva el pulgar a la boca y que cada semana llame al C.D. e informe de su progreso en

la cesación del hábito. Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito es evidencia de que progresa e indicio de que finalmente el niño lo dejará.

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante. Los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar rezongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareños antes que el niño pueda superar el hábito.

USO DE INSTRUMENTOS PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS

La mayoría de los instrumentos intrabucales, prefabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir el complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

APARATOS FIJOS Y REMOVIBLES

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales que pueden ser construidos por el odontólogo. Se

clasifican en fijos y removibles.

Si el niño coopera, el odontólogo elijirá el instrumento más apropiado tomando en consideración la edad del niño. Los niños de menos de 6 años, en quienes solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño, en la edad de dentadura mixta, cuando hay piezas permanentes en procesos de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitirle libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos, como la noche.

En virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios. El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal. Como resultado, la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se evita el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos. Si los pacientes son niños sanos y normales, se observarán pocas secuelas desfavorables, salvo el defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado o inmediatamente después de que es retirado.

APARATOS RENOVIBLES PARA HABITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO, LENGUA

Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo; es la pantalla bucal o vestibular que es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos. También puede utilizarse para interceptar hábitos de chuparse los dedos, aunque tiene la desventaja de que puede ser retirado fácilmente por el paciente si lo desea.

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Puede agregarse ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional. Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si es utilizada asiduamente y construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo. Deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bucal. Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los aparatos fijos. Las pantallas vestibulares y bucales también pueden ser utilizados con aparatos fijos ventajosamente.

APARATOS PARA RESPIRADOR BUCAL

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "facies adenoides" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause éste aspecto.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la nariz. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y, se emplea para evitar la respiración bucal. 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, se lleva durante la noche evitando que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior, en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuercen éstas entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. 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.

APARATO PARA EL HABITO DE MORDEDURA DE CARRILLOS

Los hábitos musculares anormales pueden también causar mordida abierta o malposición individual de los dientes en los segmentos bucales, aunque en la mayoría de las veces está

afectada la zona anterior.

Cuando se presenta la mordedura de carrillos, se usa una criva removible o una pantalla vestibular o bucal en la zona afectada por el hábito para erradicar el problema.

TRAMPA DE RASTRILLÓ

Pueden ser fijos o removibles, sin embargo, más que recordar al niño lo castiga. 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 sólo la succión del pulgar sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

TRAMPA CON PUNZON

Este 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 con un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

- Roquer la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- Distribuir la presión también a las piezas anteriores.
- Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el

paciente.

TRATAMIENTO PARA EMPUJE LINGUAL

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir.

TRATAMIENTO PARA ABERTURA DE PASADORES

A esta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de éste.

TRATAMIENTO PARA BRUXISMO Y BRUQUISMO

Uno de los factores causales más importantes de maloclusiones es el hábito de apretamiento y rechinariento. Las fuerzas aplicadas son mucho más intensas que las masticatorias.

Hay diversas maneras de abordar la reducción del efecto perjudicial de estos hábitos.

1. Corrección de contactos oclusales prematuros en relación céntrica, que impidan un cierre armonioso de los dientes. Dichos contactos prematuros pueden ser tan irritantes para el paciente que el trate de eliminarlos por medio del desgaste.

2. Eliminación de inflamación gingival y periodontal, que puede causar una ligera sensación de escozor que es aliviada por apretamiento o rechinariento, en cierto porcentaje de casos, esta medida o la precedente bastan para detener el hábito.

3. Sugerencia. Se discute el problema con el paciente, quien se da cuenta del gran daño que se causa a si mismo. Muchos pacientes llegan a eliminar o disminuir el hábito mientras están despiertos, si se les llama la atención sobre el problema.

4. Autosugerencia. El paciente repite frecuentemente una frase como esta: "labios juntos, dientes separados". Puede repetir una y otra vez antes de ir a dormir: "me despertaré si rechino los dientes". Para que estas frases produzcan efecto, el dentista debe convencer al paciente de que darán resultado. Algunos pacientes son más sugestionables que otros, y estas prácticas tienen éxito con ellos.

5. Tratamiento de la tensión nerviosa. Estos hábitos son por lo general la expresión de tensión emocional y en casos graves fueron derivados al psiquiatra para buscar ayuda. Por supuesto, no se recurre a este medio en una gran mayoría de pacientes con hábitos de bruxismo. En circunstancias especiales, es útil consultar con el médico del paciente respecto del uso temporario de sedantes o drogas tranquilizantes. Indudablemente, el uso prolongado de esta droga no es indicado con el único propósito de detener los hábitos bucales.

6. Cambio de hábitos de dormir. Si el paciente puede aprender a dormir de espaldas, sin almohada, la cabeza es echada hacia atrás y se estiran los músculos de apertura de la mandíbula y actúan para impedir el rechinar.

7. El uso de goteras nocturnas de acrílico. Se puede confeccionar una gotera de acrílico para recubrir las superficies oclusales de los dientes superiores con una superficie lisa para que ocluyan los dientes inferiores. Los dientes se deslizan en

la superficie pulida, y el hecho de no recibir la satisfacción que le proporciona al paciente el rechinar de dientes, puede interrumpir el hábito. No se obtiene el mismo resultado con un aparato del tipo posicionador, con el cual los dientes se sostienen firmemente en su lugar, ya que encuentra casi la misma resistencia en movimientos de lateralidad como cuando se interdigitan sin el aparato.

El aparato puede tener paladar entero o ser una herradura que cubra el paladar alrededor de un tercio de centímetro a partir del margen gingival. Se extiende hasta cubrir aproximadamente una tercera parte de la superficie vestibular de todos los dientes.

El tratamiento también entra en el campo del médico familiar y el psiquiatra.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

HABITO DE DEDO

Algunos métodos son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias 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.

Aconsejar a los padres para que obliguen al niño a eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de la vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia. El fracaso de los intentos mal aconsejados para

eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, dá a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. Generalmente lo consigue. Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente. En ocasiones, una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el psiquiatra. Sin embargo, estos casos son los menos. En la mayoría de los casos, los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos.

HABITO DE LENGUA.

Existe otro método muy provechoso también para el hábito de lengua, que es el de colocar la lengua contra la papila palatina anterior, y el paciente deglute, con la lengua en dicha posición. Esto se hace diez veces el primer día y lentamente se aumenta a cincuenta veces en cada uno de los intervalos durante el día.

El objetivo principal de este ejercicio es entrenar la lengua para que se mantenga alejada de los dientes anteriores

durante la deglución. Si esto se practica lo suficiente, se corrigen hábitos anormales de lengua durante la deglución en cierto porcentaje de casos.

CONCLUSIONES

Toda esta recopilación sobre hábitos bucales infantiles, es con el fin de hacer resaltar su importancia.

Estos hábitos, que son la consecuencia de otros problemas menos graves quitas, que el propio hábito, pero no menos importantes.

Cuando estos hábitos no son tratados en una etapa temprana, son nocivos tanto para la salud bucal como para la salud general del paciente.

Existen ciertas características o signos clínicos que nos muestran la presencia de hábitos.

Es por eso la gran importancia de elaborar una detallada Historia Clínica antes de dar un diagnóstico y de empezar un tratamiento.

Una excelente Historia Clínica nos dará la pauta para elaborar un buen plan de tratamiento, ya que ésta cuando está bien detallada nos informará sobre signos y síntomas clínicos que nos reflejará el problema del paciente como es el caso del Respirador Bucal, donde existe una resequeidad muy notoria en la mucosa.

Cuando existe hábito de succión de dedo, éste se ve de muy diferente manera a los demás; además con frecuencia hay una clara protrusión de los dientes antero-superiores.

En el caso de bruxismo y briquismo existe un marcado desgaste en las caras oclusales de los dientes, también hay dolor en la articulación temporal mandibular; cefaleas y muchos signos más, que nos corroboran la importancia de eliminar estos hábitos.

Es importante también una amplia comunicación con los padres y con los niños, explicarles qué son los hábitos; porqué se presentan; y cuál es el tratamiento ideal para ellos, tomando en cuenta las características de cada caso.

También es muy importante explicar a los niños porqué tienen esos hábitos; y las consecuencias de seguir con ellos.

Explicarles que el tratamiento que se le haga, ya sea por medio de pláticas o de aparatos no son un castigo; sino algo que les hace bien; que les va a servir para una futura oclusión normal.

Todo esto se maneja psicológicamente, adoptando una actitud agradable y a la vez convincente de que el tratamiento va a tener buen resultado. Debe ser de tal manera que el niño sienta confianza en el Cirujano Dentista para que el tratamiento dé los mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Ortodancia Teoría y Práctica
Dr. T. M. Graber
Tercera Edición; Septiembre de 1977
Editorial Interamericana
- Odontología para el Niño y el Adolescente
Ralph E. Mc Donald
Traducción Dr. Horacio Martínez
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina
- Tesis: Hábitos Orales en Odontología
Aurora Tenorio M.
1985
- Odontología Pediátrica
Sidney B. Finn
Editorial Interamericana
México, D.F. 1983
- Un Atlas de Odontopediatría
David B. Law, Thompson M. Lewis, John Davis
Editorial Mundi, S. A. I. D. y F.
Buenos Aires, Argentina, 1972.