



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“HABITOS BUCALES INFANTILES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

**PIÑA SALAS MA. TERESA
RAMIREZ BALLESTEROS MA. DEBORAH**

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

" HABITOS BUCALES INFANTILES "

I.- INTRODUCCION

1.- ETIOLOGIA

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS

II.- HABITOS:

1.- SUCCION DE PULGAR Y OTROS DEDOS.

a) Hábito desde el nacimiento hasta los cuatro años.

b) Hábito activo después de los cuatro años.

c) Duración, frecuencia e intensidad.

2.- SUCCION Y MORDEDURA LABIAL Y LINGUAL.

3.- EMPUJE LINGUAL.

4.- EMPUJE DE FRENILLO.

5.- MORDEDURA DE UNAS.

6.- HABITOS DE POSTURA.

7.- HABITOS MASOQUISTAS.

8.- RESPIRACION BUCAL.

9.- DEGLUCION.

10.- BRUXISMO Y BRICOMANIA.

III.- TRASTORNOS EN DENTICION TEMPORAL Y MIXTA.

- 1.- CURSO DEL DESARROLLO NORMAL.
- 2.- TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA DENTADURA TEMPORAL.
- 3.- TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA DENTADURA DE CAMBIO.

IV.- TRATAMIENTOS:

- 1.- METODOS PSICOLOGICOS Y DE ADIESTRAMIENTO EXTRA BUCAL PARA CONTROL DE ALGUNOS HABITOS.
- 2.- INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR MALOS HABITOS NOCIVOS.
- 3.- USO Y CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES. FIJOS Y REMOVIBLES.
- 4.- EJERCICIOS MUSCULARES.

V.- CASOS CLINICOS.

CONCLUSIONES.

1. INTRODUCCION

El tema es motivo de gran controversia y que interesa a todos quienes trabajamos con niños. Los hábitos son sinónimos de vida. Cada individuo es un manojito de hábitos. Muchos son deseables y conservan tiempo y energía, otros son perniciosos y tienden a perturbar la función normal ó a deformarla.

Si bien los hábitos bucales perniciosos pueden producir maloclusión, los hábitos correctivos pueden ser nuestros grandes aliados.

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

Por ejemplo, vamos a la cama a horas establecidas, nos despertamos con la alarma del reloj, nos vestimos con la mente ocupada en otros problemas, ya sin causar esfuerzo consciente; éstos son buenos hábitos, socialmente, psicológicamente y físicamente no producen daño. Pero hay hábitos anormales que sí afectan adversamente a los individuos. Algunos de ellos son socialmente inaceptables (dro

gas y alcoholismo).

Los hábitos bucales infantiles han sido de gran interés observados y tratados tanto por el pediatra, psiquiatra, psicólogo, odontopediatra, ortodoncista, como por maestros y padres.

En general puede decirse que el odontólogo se interesa más por los cambios bucales, estructurales que resultan de hábitos perniciosos prolongados. El pediatra, psiquiatra y psicólogo, dan mayor importancia a los problemas de conducta, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto social inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal. Algunos padres tratan por dominación o penalidad, imponer sus demandas para la desaparición del hábito anormal, pero en general se ha observado que los resultados son pobres.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar nuevos hábitos aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos moldeando sutilmente y no sutil la personalidad del niño.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácil

mente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos, de estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales.

Se puede afirmar que un hábito bucal es compulsivo, cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo.

HABITOS BUCALES INFANTILES

1.- ETIOLOGIA.

Los actos infantiles que resultan en patrones mentales inconscientes, parecen surgir de cinco fuentes principales: instinto, insuficiencia o incorrecta salida para la energía, dolor o incomodidad, imitación o imposición de los padres.

Debe aclararse que los hábitos bucales infantiles expresan una necesidad emocional profundamente arraigada, aunque las etiologías específicas de estos hábitos son difíciles de aislar, se dice que los patrones iniciales de alimentación pueden ha--

ber 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 asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternales tiene un papel importante en muchos casos.

Puesto que el estado psíquico del paciente es sumamente importante para determinar cualquier disarmonía dentro del aparato masticador, se debe proceder a un interrogatorio cuidadoso a los padres para determinar si el niño tiene problemas serios de tensión psíquica, éstas deben ser reconocidas lo más precozmente posible, de lo contrario cualquier tratamiento del dentista sería inútil.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

De los estudios realizados sobre este tema, surgen varias tendencias y orientaciones, con predominio de las mecánicas, cuyo lema parece ser "Quebrar el hábito a toda costa y desde el comienzo".

Cuando el Departamento de Salud del Estado de New Jersey llamó a la "Conferencia sobre succión -

del pulgar" (1939), no se trabajaba con el concepto actual de salud: "Bienestar en lo físico, emocional y social".

En ese entonces Starr mantenía la idea "Me gusta pensar de la succión del pulgar como el primer acto de delincuencia".

Y que Rosenast, dentista, expresara: "Creo que la interferencia mecánica tiene un lugar definido para detener un hábito". Pensaba que remontarse a la causa, estaba fuera de su dominio, que se veía al niño demasiado tarde y desde el punto de vista dental, los hábitos bucales son significativos.

Forrest, dentista, sentía que la mejor época para quebrar el hábito de succión del pulgar era entre la edad de 1 y 3 años.

Lindner, pediatra húngaro, en 1879 señaló el carácter erótico de la actividad de succión.

Freud, aparece con sus "Tres contribuciones a la teoría del sexo".

Whitman (1951) señaló que el tratamiento "debe comenzar con la eliminación de las causas de las tensiones responsables del origen y mantenimiento del hábito; llegar a la causa original del tras-

torno y prevenir una recidiva".

Poldy (1950) aconseja que el dentista se interese en el desarrollo psicológico del paciente y trata de establecer las causas psicológicas de los hábitos, dice más adelante que la succión del pulgar se convierte en hábito porque es para el niño una experiencia siempre placentera.

Ribble (1943) estudia a fondo el problema de lo que puede significar la frustración de la satisfacción oral.

"La boca del bebé es el centro de su universo".

Peterson (1958) comienza por señalar que la succión del pulgar surge de la falta de contacto físico y afecto tempranos por parte de la madre al alimentarlo.

Erikson (1961) dice que el niño "vive y ama a través de la boca y la madre vive y ama a través de sus senos".

Kanner (1961) describe: "Las cosas agradables que hace un niño no son llamadas hábitos. Simplemente las hace. Los hábitos son las cosas que no debería hacer o las que, debiendo hacerlas, las hace de una manera que molesta a la gente".

Bettelheim (1962) señaló la desconfianza básica de la relación madre-hijo.

Dijo que un hábito no se quiebra; se transforma, elimina, pero no se quiebra.

II. HABITOS

1.- SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Durante los tres o cuatro meses de vida es un hábito frecuente y normal, puesto que es el único método por el cual un lactante obtiene normalmente alimentos y agua, siendo el método principal hasta el final del primer año.

Esta acción es uno de los primeros actos coordinados, a través del cual el niño puede proporcionarse satisfacción y hacerse algo menos dependientes del medio ambiente. Cuando la succión del pulgar persiste después de la lactancia, particularmente en los años preescolares, se debe pensar en la posibilidad de que exista un trastorno de adaptación. Se produce con mayor frecuencia cuando se acerca la hora de acostar al niño, cuando está mirando la televisión. o cuando se halla hambriento, insomne ó enfermo.

Puede producirse 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

problema entre hijo y padres. Si persiste continua e intensamente puede dar origen a una posición defectuosa de los dientes que a su vez requerirá una corrección ortodóntica.

Si se trata de un lactante la medida más importante consistirá en asegurar a los padres que esta actividad es completamente normal si éste ingiere su alimento con demasiada rapidez y obtiene escaso placer de succión, es aconsejable que las tetadas o la administración de biberones sea más lenta. A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia, trata de que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca, para ser lamidos, gustados y examinados por medio de sus sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, es decir es un objeto "bueno" se denomina introyección; el rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección.

En los niños de más de dos años las amenazas de castigo, el avergonzarlo y el recordarles constantemente que deben sacarse el dedo de la boca no suelen ser eficaces y tienden a reforzar la actividad.

a) Hábitos desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, del que obtiene la sensación de euforia y bienestar. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentido de calor por asociación y sentirse necesitado. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada.

Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia delante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia delante y hacia atrás, gracias a la guía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alterna. El niño siente el calor agradable del seno no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca.

El biberón solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios, el calor por asociación - dado por el seno materno y la fisiología de la lactancia no es imitada. El biberón solo exige que el niño chupe, no tiene que ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar; con el biberón la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar - de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

El destete deberá ser propuesto por lo menos hasta el primer cumpleaños, si la lactancia se realiza con biberón fisiológicamente diseñado, junto con el contacto materno y los mimos creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. Se recomienda el uso del chupón fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la erupción de todos los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia.

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, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.

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. A causa de que algunos 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 retroanódico, sobre mordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

b) Hábitos activos después de la edad de cuatro años.

La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos, provienen de hogares en que los molestos intentos 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 medio, esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo difi-

culta 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. La maduración de la deglución se ve retardada en chupaderos confirmados.

e) Duración, frecuencia e intensidad.

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante, igualmente importantes son la frecuencia y la intensidad. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el 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.

La intensidad del hábito es importante, ya que en algunos niños la función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles, produciendo gran ruido; en otros el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará ma

gros daños, si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra en garzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocado sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

Este trío de factores, deberán calificar las conclusiones de: Psiquiatra, Pediatra y Dentista. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final, si un niño ya posee una maloclusión de clase II división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal, pueden presentarse y en mayor grado. Siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedo confirmados tirando hacia adelante sobre la dentadura superior puedan provocar la creación de maloclusión unilateral de clase II en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo, lengua y labios solo aumentan esta posibilidad.

d) Efectos perjudiciales.

Las fuerzas que intervienen en el hábito de chuparse el dedo, se pueden dividir de la siguiente manera:

- 1.- La fuerza pasiva del pulgar contra el arco dental.
- 2.- La contracción anormal de los carrillos contra el lado del arco por acción de la succión.
- 3.- La presión muscular anormal del pulgar contra el paladar.

Los huesos faciales no están calcificados densamente en la primera infancia y ceden fácilmente a las presiones constantes, de manera que los hábitos anormales de succión con algún objeto entre los dientes son presiones desde el interior y el exterior de la boca que crean fuerzas anormales y producen la maloclusión en diversos grados y diversas calcificaciones.

Si la succión se realiza sin que existan tejidos o un cuerpo extraño entre los incisivos, los resultados nocivos que se manifiestan en los arcos dentales en crecimiento son: Un estrechamiento de los arcos maxilares y mandibulares en la región del canino y del molar y premolar caducos, y cierto estrechamiento en el área molar del maxilar, en muchos casos se observa una interrupción en la continuidad del arco, en las regiones del canino y del incisivo lateral, y las coronas de los caninos, de los molares y premolares caducos y de los molares -

de cada lado se inclinarán en sentido mesial con respecto a lo normal; esto sucederá algunas veces en el arco maxilar y otras veces en los dos arcos. Los dientes incisivos pueden estar sobrepuestos, mal colocados y en su inclinación labial correcto, tal vez con algunas giroversiones en sentido mesial y lingual. La mordida se cerrará como resultado de la presión de los labios sobre los dientes incisivos de la mandíbula que los hace inclinarse lingualmente y también los lleva a tomar posiciones de supraoclusión.

Si hay un tejido o cuerpo extraño entre los dientes incisivos, puede ocurrir una infraoclusión en esta área, que algunas veces estará asociada con una supraoclusión de los molares. Suele observarse una exagerada curva de Spee en la dentadura mandibular, también se observa hipertrofia de los músculos buccinadores y de los músculos de los labios cuando este hábito ha persistido durante algunos años.

El hábito de succión no sólo deforma los arcos dentarios por presión, sino también estorba la estabilidad del hueso alveolar porque hace que los planos inclinados de los dientes queden fuera de contacto funcional. Los maxilares se encuentran tan separados durante tanto tiempo cuando se prac-

tica este hábito, que se pierde gran parte del estímulo funcional producido por los esfuerzos oclusales sobre el hueso del borde alveolar y sobre los músculos de la masticación, de manera que no se adquiere estabilidad normal de las estructuras.

Sobre la oclusión se producen varios efectos que varían de acuerdo con el dedo que se elige y el método de succión. La oclusión abierta es el caso más frecuente y casi invariable. Otra anomalía frecuente es la proclinación de los incisivos superiores y retroclinación de los inferiores, por la dirección del pulgar dirigida hacia arriba y atrás, si el hábito persiste después de la erupción de los incisivos centrales superiores, a veces se llega a una relación de clase II división 1, de los incisivos por proclinación de los superiores por delante del labio inferior.

La succión digital tiene otra consecuencia más, es la de deprimir la lengua contra el piso de la boca, de forma que el arco superior pierde el soporte.

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 palanca que ejerce el niño contra otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera

si además de succionar presiona contra las piezas.

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

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultad de lenguaje. En algunos casos provoca deglución de aire, infección bucal y trastornos gastrointestinales.

2.- SUCCION Y MORDEDURA LABIAL Y LINGUAL.

Este hábito se practica en momentos de turbación o tensión emocional. El niño generalmente es tá inconsciente de la práctica hasta que se le llama la atención.

La succión o mordedura del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste. Es ra-

no observarlo después de los nueve años de edad.

Los labios son succionados generalmente el inferior, o más frecuentemente el niño desliza la lengua alrededor de los labios; los bordes de los labios se vuelven blandos y macerados, y a menudo hay una zona roja de irritación alrededor de la boca.

Morderse los labios, más a menudo el labio inferior, existe solo o acompañado a chuparse los labios. El comienzo es a los 4 o 5 meses, de ordinario cesa a los 10 o 14 meses de edad, en la que aparecen los incisivos laterales inferiores. El labio puede estar tan mordido que sangra, el morderse los labios a menudo cesa, cuando el niño se da cuenta de lo que está haciendo.

El hábito de morderse el labio inferior, produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara. Cuando este hábito es constante, tiende a mover labialmente los dientes anteriores del maxilar superior, estableciendo con ello una apertura de la mordida o infraclusiones de los dientes anteriores. Los molares pueden alargarse, aumentando la mordida abierta, en esta condición, debe recurrirse al ejercicio de la lengua.

Cuando el niño se chupa la lengua, se alargan los dientes posteriores produciendo también la apertura de la mordida en los dientes anteriores. Los hábitos viciosos de la lengua pueden producir grandes deformaciones.

El hábito vicioso de los labios puede analizarse de la siguiente manera:

- 1.- La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior.
- 2.- El labio inferior se vuelve hacia adentro.
- 3.- La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes.
- 4.- Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos superiores, que se inclinan lateralmente.

El grado de protusión depende del labio inferior, que conserva la deformidad.

Se aconseja el empleo de pomada labial, cold cream o vaselina a la piel blanda y a los labios agrietados, para eliminar superficies ásperas en las que el niño pueda morder ya que el humedecimiento del labio agrietado en tiempo de frío suele iniciar este hábito.

La lengua que está compuesta por diversos músculos, puede ser origen de muchas dificultades. Normalmente existe un equilibrio fisiológico entre los músculos de la lengua, en la parte interna de la línea de los dientes y la cortina de músculos faciales, en la parte exterior, que ayuda a determinar la posición de los dientes y de las estructuras óseas de la boca. Cuando se rompe el equilibrio, el empuje anormal de la lengua en la parte interna produce en los dientes diversos grados de maloclusión.

Los hábitos anormales de succión producen una oclusión desequilibrada, la cortina de músculos, compuesta por los músculos de la masticación y el orbicular de los labios comprimen los dientes, de manera que se pervierten las fuerzas del desarrollo normal y se afectan la forma del arco y la oclusión correcta.

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 premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad

dad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución.

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 chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona.

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

Con la erupción de los incisivos o a los 5 o 6 meses de edad la lengua no se retrae como debería hacerlo, y continúa proyectándose hacia adelante.

Con respecto acerca de la lactancia natural-comparada con la lactancia artificial, se indica que existe una correlación positiva, con mayor tendencia al hábito de lengua en alimentados artificialmente.

Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro, estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca,

proporcionando menos soporte para la arcada superior, clínicamente esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua así como su función. Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua, es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

Sea cual sea la causa del hábito de la lengua (tamaño, postura o función) funciona como una causa eficaz de la maloclusión, frecuentemente el resultado final es mordida abierta permanente y patología de los tejidos de soporte.

Se llega a observar la succión de los carrillos, que ocasiona un aplastamiento lateral de las arcadas, generalmente se acompañan con el hábito de morderse, que acarrea la intraversión de los sectores dentarios correspondientes. La mucosa del carrillo presenta un pronunciado relieve y las depresiones dentarias correspondientes.

El morderse los carrillos generalmente combinado con la succión a más de las linguoversiones del lado que se realizan, se observan intraversio-

nes de las piezas, así como alteraciones, hipertrofia y marcas características en la mucosa correspondiente. Al masticarse los carrillos los dientes participantes quedan en infraoclusión, o sea - que la mucosa del carrillo introducida entre las arcadas dentales actúan inclinando los dientes hacia dentro, con lo cual se fomenta la formación de una mordida cruzada local.

3.- 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 ésta 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 el 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 superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los in-

isivos inferiores con mordida abierta pronunciada y 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.

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, se pueden utilizar ejercicios bien fun- - cionales para llevar a los incisivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad, preocupado - por su aspecto y ceceo se le puede enseñar a colo- - car la punta de la lengua en la papila incisiva - del techo de la boca y a tragar con la lengua en - esta posición.

4.- EMPUJE DE FRENILLO.

Un hábito observado raras veces es el empuje del frenillo. Si los incisivos permanentes supe- - riores están espaciados a cierta distancia, el ni- - ño puede trabar su frenillo labial entre estas pie- - zas y dejarla en esa posición varias horas. Este - hábito probablemente se inicia como parte de un -

juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito - que desplaza las piezas, ya que mantienen separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por frenillo - - anormal.

5.- MORDEDURA DE UÑAS U ONICOFAGIA.

Es un hábito normal después de la edad de la succión.

Generalmente hace su aparición entre los cuatro y seis años de edad permaneciendo en un nivel- constante hasta la pubertad.

La mayoría de las personas que se muerden - las uñas abandonan el hábito en la última parte de la adolescencia, sólo se observa ocasionalmente en adultos.

El hábito es notablemente familiar pudiendo- existir antecedentes de este hábito en uno de los padres o en ambos, se presenta con mayor frecuencia en niñas.

El morderse las uñas se asocia ocasionalmen- te con morderse las uñas de los pies.

Se han realizado pruebas genéticas con fami-

lias, cuanto más estrecha es la relación genética, tanto mayor es la probabilidad de que el paciente tenga también el hábito.

El acto de morderse las uñas parece seguir - una secuencia de 4 posturas diferentes:

- 1.- La colocación de cualquiera de las manos cerca de la boca.
- 2.- El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- 3.- Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.
- 4.- El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

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 niños 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, aunque los padres pueden no encontrarlo aceptable so-

cialmente.

Puesto que el morderse las uñas, de igual modo que el chuparse el dedo, es más probable que sea practicado cuando el medio ambiente psicológico es insatisfactorio, deben hacerse intentos por aliviar las tensiones existentes en el hogar.

Mientras que la succión del pulgar es una actividad principalmente placentera y confortante, - la onicofagia es más bien una manifestación agresiva, constituye un medio inconsciente de dominar - los impulsos agresivos, no hay que llamar la atención al niño ni regañarlo; el tratamiento debe de ir dirigido a corregir la causa fundamental.

6. - HABITOS DE POSTURA.

La postura es la expresión sumada de reflejos musculares y, por lo tanto, es capaz de cambio y corrección.

Desde hace tiempo, los investigadores tratan de probar que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusión, por lo cual deberá formularse su diagnóstico o tratarse individualmente - por separado. Se ha acusado a muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que-

el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión del maxilar inferior. La mayor parte de tales acusaciones son mal fundadas.

Tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria porque el niño descansa su cabeza sobre las manos sobre períodos 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. Pero aún no ha sido probado que constituya el factor etiológico primario.

Hasta entonces, muchos ortodoncistas verán lo que consideran fundamentos clínicos de tales factores.

En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica.

7.- HABITOS MASOQUISTAS.

Ocasionalmente se encontrará un niño con hábitos de naturaleza masoquista, es decir consistiendo el hábito en satisfacer su ansia de lesionar algún órgano o tejido bucal, aún provocándose dolor.

Se presenta generalmente en edad escolar.

Por ejemplo: Un niño utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

El hábito había privado completamente a la pieza del tejido gingival marginal sin ligar, exponiendo el hueso alveolar.

El tratamiento en este caso consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo en cinta adhesiva.

Estos hábitos no son muy comunes, existiendo poca información al respecto por lo cual dificulta la observación e interés de los padres cuando el niño presenta dichos hábitos.

8.- RESPIRACION BUCAL.

Posiblemente en la mayor parte de los casos, el hábito común de respirar con la boca, tiene su origen en la primera infancia.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 categorías:

a) Por obstrucción.

b) Por hábito.

c) Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, - aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. También debe diferenciarse 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 ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membra-

na mucosa que cubre los conductos nasales, -
rinitis atrófica, condiciones climáticas - -
frías y cálidas o aire contaminado.

- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo de conducto nasal.
- 3.- Adenoides agrandadas.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo respirar por la boca puede corregirse por sí sólo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Las deformidades bucales del que respira por la boca son típicas, se ha observado clínicamente que dichos casos no responden bien al tratamiento en lo que se refiere a la mejora del aspecto facial aún cuando se muevan los dientes a su relación normal y se mantengan ahí de modo permanente cosa que es posible hacer. Los centros de crecimiento en el área defectuosa no responden al estímulo de las fuerzas oclusales mejoradas.

En consecuencia, los resultados estéticos son muy desalentadores.

En la actualidad, según se deduce de las investigaciones realizadas, el esfuerzo funcional - tiene poca o ninguna influencia para modificar el modo de crecimiento de esa base ósea. Sin embargo, el cambio de la relación oclusal de los dientes y la presión muscular anormal influye sobre la posición de los dientes, especialmente en el ajuste de la relación axial y en las posiciones que adoptan las unidades de ambas dentaduras en los planos horizontal y vertical.

Cuando entra en acción funcional esta dentadura mandibular de oclusión distal el punto de mayor esfuerzo oclusal sobre los molares mandibulares se transfiere de su posición normal —el centro de estos dientes— a la posición anterior, y esto contribuye a producir una perversión axial mesial de primeros molares de la mandíbula.

También se produce una perversión semejante en la posición axial de los dientes anteriores a los molares de la mandíbula, ya sean caducos o permanentes. Los molares permanentes y los premolares o molares caducos del maxilar, según sea el caso, alinean también sus posiciones axiales para conformarse a esta nueva línea de esfuerzo.

El labio inferior se acomoda en el espacio que existe ahora entre los incisivos de la mandíbula

la y del maxilar. Cuando el niño traga el labio - suele ser llevado contra los incisivos de la mandí**u**la, que se mueven lingualmente y se elevan.

Los caninos son llevados lingualmente e incli**u**nados distalmente, reduciendo el área que necesitan los dientes premolares en la dentadura. Es por ello que estos dientes no pueden brotar a su altura normal y permanecer en infraoclusión. De esta manera se crea una exagerada curva de Spee en la dentadura mandibular con pérdida de crecimiento vertical en el borde alveolar.

El arco maxilar y el hueso alveolar son presionados lateralmente por los músculos buccinadores que se encuentran en tensión a causa de que la mandíbula está deprimida. La lengua pierde el contacto con el arco dental del maxilar, por lo que su borde alveolar se estrecha considerablemente.

Debido a que la boca está abierta, rara vez funcionan los labios normalmente, lo que hace que el labio superior no se desarrolle y sea tan corto que en lugar de hacer presión sobre las coronas de los dientes incisivos del maxilar, descansa sobre el borde alveolar y sobre sus raíces. En dicha posición ejerce una presión que lleva estas raíces incisivas lingualmente en tanto que sus coronas son forzadas labialmente por la presión del labio infe-

rior que como se dijo antes encuentra que el lugar más conveniente para situarse es lingualmente con respecto a los incisivos maxilares, en el espacio que media entre estos dientes y los incisivos de la mandíbula.

También se verifica progresivamente el desplazamiento labial de las coronas de los incisivos maxilares debido al constante empuje de la lengua cuando el paciente intenta humedecer los labios anormalmente secos a causa de que respira por la boca.

Generalmente, el labio inferior es fofo y de aspecto desagradable.

A menudo el paciente lo chupa durante la deglución y esto aumenta la perversión axial labial de los incisivos maxilares.

En la mayor parte de los casos, observa una excesiva sobremordida que se debe a la falta de crecimiento vertical en las regiones mandibular y premolar de la mandíbula y a la supraoclusión de los dientes mandibulares.

9.- DEGLUCION INADECUADA.

La deglución anormal generalmente se ve aso-

ciada con la función muscular anormal. Pero están asociados diferentes grupos musculares y las exigencias funcionales sobre la musculatura del sistema estognomático son distintas a las necesarias para la masticación, respiración y habla.

Por ejemplo: Un hábito de deglución anormal conduce al aumento del movimiento del hueso hioi- des en algunos individuos.

Cuando un recién nacido intenta deglutir, debe empujar la lengua hacia adelante para crear un sello para la deglución. A esto se le llama deglución infantil o visceral. Cuando los dientes hacen erupción la proximidad de los incisivos y los caninos crea un sello para la deglución en el paciente adulto.

Si hay una mordida abierta anterior y los dientes de enfrente no se pueden aproximar, el paciente tiene que empujar la lengua hacia adelante para poder deglutir igual que el recién nacido.

Debido a que una persona promedio deglute al rededor de 900 a 1000 veces por día, empujar la lengua hacia adelante puede empeorar la mordida abierta anterior y otros síntomas asociados a este problema; la mayoría de estos casos se deben a una mordida abierta creada por un hábito de chupeteo.

Hay pocas circunstancias como la macroglasia, que pueden causar un movimiento hacia adelante de la lengua verdadero y un síndrome de mordida abierta anterior.

Los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral (infantil) prolongada así como de las actividades de lactancia que se extienden más allá del tiempo en que deberán ser reemplazadas por un comportamiento más madura.

La gran necesidad de recibir satisfacción emocional psicológica y sexual del lactante es más abstracta, aunque menos importante, que las exigencias concretas de la nutrición. Ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia significa que existe mayor posibilidad de presentarse la deglución infantil prolongada y de reacciones compensadoras en la forma de satisfacción por sustitución.

Los chupones interconstruidos son la lengua, el pulgar y los labios. Si no es posible llevar a cabo la lactancia natural —existen realmente algunos casos en los que ésta no es posible y si la madre no está dispuesta a dedicar tiempo y atención a este menester— podrá utilizarse un substitutivo fisiológico razonable.

Deberá pasar suficiente tiempo cargando al lactante en desarrollo, acariciándolo y mimándolo.

Los chupones correctamente diseñados son recomendables y constituyen un verdadero factor para evitar la retención prolongada de las facetas de comportamiento infantil.

10.- BRUXISMO Y BRICOMANIA.

Se definen como:

Bruxismo.- Rechinamiento rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño.

Bricomanía.- Contracción tetánica de los músculos masticadores, no puede ser estudiada clínicamente pero posiblemente se trate de una actividad-concomitante.

Aunque la causa precisa de bruxismo y la bricomanía es desconocida se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular.

Este hábito es observado tanto en niños como en adultos. Ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros-

hábitos como succión del pulgar, o morderse las uñas. En la mayoría de los casos duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

Para que se desarrolle tendrá que existir un factor psicológico, un dental y un muscular.

El bruxismo en sí es el contacto estático o dinámico de la oclusión de los dientes en momentos en que no hay función normal de masticación y deglución. Se divide en estático y dinámico, por lo que se considera un hábito parafuncional, generalmente ocurre de manera inconsciente y espontáneo, y puede repetirse a intervalos variables. Se produce durante el sueño ya sea de forma isométrica (contacto dental de apretamiento) o isotónico (rechinamiento).

Es la causa de más trastornos dentales que cualquier otro hábito dental.

A) Factor psicológico.

La tensión psicológica es un componente de bruxismo, si bien la tensión mental proporciona la

chispa para comenzar el hábito y el combustible para originarlo.

La fuente original de esta energía proviene de los impulsos proporcionados de las necesidades del individuo, cualquier necesidad no satisfecha ó un obstáculo de un deseo, que puede presentarse como frustración, cólera, ansiedad, miedo, pueden manifestarse por tensión y posiblemente el bruxismo.

Otras causas como enfermedad general y factores locales deben tomarse en cuenta, pero es importante relacionar la tensión fisiológica, aunque puede manifestarse en cualquier parte del organismo en el caso de bruxismo. Las estructuras de alrededor de la cavidad oral serán el foco de la tensión, las razones por lo cual se va a manifestar en la boca, estos hábitos, pueden entenderse mejor si evocamos la actividad del lactante puesto que la boca es el medio para recibir los alimentos y una de las maneras más tempranas para explorar el medio ambiente, estará unido estrechamente a emociones, frustraciones, ansiedad y cólera. Estas primeras asociaciones que son importantes y que suelen durar al parecer toda la vida, explican por qué el individuo adulto regresa a la cavidad oral durante los períodos de tensión, trabajo, comida, masticación o bruxismo.

La fase bucal es la primera etapa del desarrollo psicosexual del niño, el impulso vital y la necesidad de agredir o atacar.

Las fuerzas que actúan en el niño son parte del hábito del bruxismo, otros conceptos como fijación, desarrollo detenido y regresión ayudan a comprender la realidad del bruxismo.

B) Factor muscular.

Para que ocurra el bruxismo es preciso que ocurra en la musculatura masticatoria una tensión psicológica, para que sea descargado, como pasa en el músculo estriado donde la primera reacción a la tensión es un incremento de la tonicidad como preparación a la lucha o huida. Después viene la transformación de esta energía como descarga que se manifiesta a través del movimiento de la mandíbula, mientras el organismo trata de restablecer el equilibrio físico y mental otros conductores de tensión como el dolor, el esfuerzo físico para levantar objetos pesados, aumentan también la tensión muscular como en otros casos.

El grado de tensión psicológico es un factor que interviene también en el efecto de este aumento de tonicidad que se hará poniendo en contacto -

los dientes tanto estática como dinámicamente, el efecto neto de este tipo de tensión y movimientos es un círculo vicioso.

El suprimir nuestras emociones durante el día por motivos socioculturales, puede provocar el apretamiento o rechimamiento, lo cual a su vez aumenta la tensión.

Si los movimientos de rechimamiento durante el sueño reduce hasta cierto grado esta tensión, el bruxismo podría considerarse como un hábito saludable, lamentablemente este tipo de descarga es ineficaz y la tensión puede acumularse.

C) Factor dental.

Es indispensable para que ocurra el bruxismo que se presenten por lo menos dos dientes en contacto oclusal, pudiendo ser éstos artificiales y no necesariamente en oclusión normal, siempre y cuando cualquier tipo de movimiento mandibular pueda ponerlos en contacto.

Los niños rechinan con dientes temporales, de hecho se ha observado que niños pequeños que no tenían dientes para oponer a los incisivos centrales-inferiores que acababan de erupcionar, hablan lace-

rado la cresta gingival opuesta, y aunque esto no puede calificarse estrictamente como bruxismo, los elementos del hábito estaban presentes.

Muchos odontólogos opinan que cuando una persona está en reposo y los músculos en equilibrio, - el maxilar inferior se coloca estrictamente en relación al maxilar superior, esta posición se le ha llamado relación céntrica.

Cuando los dientes entran en contacto unos con otros de manera uniforme desde esa posición - tendremos la oclusión en relación céntrica, en cambio si los dientes encuentran algún obstáculo o debido a una tensión asimétrica el maxilar inferior es desplazado de tal manera que se crean interferencias. La oclusión funcional resultante no coincidirá con la oclusión en relación céntrica, este punto de interferencia antes de que los dientes entren en su máxima intercuspidación dentaria, se señala como un punto local donde ocurrirá el bruxismo, ese punto local lo hacemos nosotros en nuestras amalgamas o incrustaciones.

Tensión
psicológica

Músculo de
la masticación

factores
oclusales

A T M

Diente

Encía

Esmalte

Hueso alveolar

Dentina

Lámina dura

Pulpa

Cemento Lig. Parodontal

Músculos

tensión

fatiga

espasmos

distensión

Hipertrofia

Dolor limitación

Dolor incoordinación

Sensibilidad a la
presión

Contracción.

Ruido en la A T M

D) Signos y Síntomas.

El bruxismo se efectúa en un nivel subcons--

ciente en forma de arcos reflejos aprendidos patológicos, sin intervención del cerebro; por lo cual - en la mayoría de los casos su existencia es ignorada por el paciente quien acusa y narra los signos y síntomas de sus secuelas, pero no el hábito en sí.

Los signos y síntomas que conducen a un diagnóstico de bruxismo son:

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|
| | 1 | Facetas de desgaste parafuncionales. |
| | 2 | Erosión. |
| A) Dentarios | 3 | Movilidad exagerada. |
| | 4 | Periodontitis. |
| | 5 | Hipersensibilidad pulpar. |
| | 6 | Sonidos oclusales audibles. |
| | 1 | Hipertonicidad (espasmos). |
| | 2 | Miositis. |
| B) Neuromusculares. | 3 | Limitación de movimientos. |
| | 4 | Mialgias. |
| | 5 | Hipertrofias. |

Dentarios:

1. Facetas de desgaste parafuncionales.- Se distinguen de las funcionales porque aparecen en áreas

anormalmente ubicadas: bordes incisales de caninos e incisivos superiores, fosetas de balance en premolares y molares, facetas de retrusión, cúspides de obturaciones, etc. Son en general pequeñas, de gran lisura, de bordes bien definidos, brillantes en las etapas iniciales; " en forma de copas, en las etapas avanzadas.

El mecanismo del desgaste anormalmente rápido y excesivo del bruxismo es posible por el desprendimiento y trituración de prismas del esmalte entre las superficies oclusales friccionantes lo cual proporcionan las partículas pequeñas duras y ásperas capaces de abrasionar intensamente al propio esmalte.

2 Erosión.- La erosión se presenta siempre en dientes que están recibiendo evidentemente cargas oclusales excesivas en intensidad, duración y constancia.

La explicación parece estar en la toxicidad de productos de desecho del metabolismo de las estructuras periodontales involucradas, que no son eliminadas por la vía normal del torrente sanguíneo sino en forma de exudado a nivel del cuello dentario. Su acción sobre el esmalte se manifiesta en las caras vestibulares y no en las linguales, por-

que aquí son barridas más fácilmente por la lengua y la saliva.

3. Movilidad exagerada.- Se ha demostrado que dientes periodontalmente sanos en pacientes con bruxismo nocturno tienen un grado de movilidad - - apreciablemente mayor en la mañana que durante el resto del día. En casos extremos el paciente acusa la sensación de que en esos momentos sus dientes están flojos.

4. Periodontitis.- Dientes que reciben las fuerzas intensas y descontroladas del bruxismo, presentan con frecuencia un sonido sordo a la percusión y pueden acusar dolor al morder, especialmente en la mañana.

5. Hipersensibilidad pulpar.- Dientes que sufren esfuerzos oclusales traumáticos pueden ofrecer hiperemia pulpar, con síntomas dolorosos especialmente al frío.

6. Sonidos oclusales audibles.- Pueden manifestarse en el tipo excéntrico por frotamiento del bruxismo y durante el sueño. Aproximadamente en un 18% de los casos de bruxismo por frotamiento, existen sonidos audibles. Cuando se comprueba este signo es patognomónico del bruxismo.

Neuromusculares:

1. **Hipertonicidad (espasmos).**- Se manifiesta - por una resistencia incontrolable a los intentos - del operador de guiar la mandíbula tanto a la relación céntrica como a las posiciones de lateralidad.
2. **Miositis.**- El paciente presenta dolor a la - palpación de los músculos involucrados. Según el tipo de bruxismo y según la localización de las interferencias oclusales serán determinados músculos los afectados.
3. **Limitación de movimientos.**- Como consecuen--cia de los dolores provocados por la miositis, puede surgir una limitación de los movimientos mandi-bulares, esto es por estiramiento de las fibras y compresión de la zona inflamada. Este freno defensivo queda instalado y el movimiento limitado.
4. **Mialgias.**- Dolores musculares espontáneos, - no provocados, causados por el acumulamiento de - productos tóxicos, produce una verdadera agresión-química a las estructuras tisulares, que acusan de dolor espontáneo, sin necesidad de presiones o mo-vimientos.
5. **Hipertrofias.**- En casos de bruxismo crónico,

se observan fácilmente las consecuencias que sobre la armonía facial tienen estas hipertrofias funcionales de los músculos elevadores, principalmente -maseteros. Puede presentarse hipertrofia unilateral o bilateral.

III.- TRASTORNOS EN DENTACION TEMPORAL Y MIXTA.

Trataremos ahora el origen de las anomalías de posición y oclusión de mayor importancia, sin duda, para la profilaxis y su tratamiento precoz causal. Los influjos funcionales anormales podemos resumirlos bajo el título de "Malos Hábitos", - aunque no todos merecen esta denominación.

Dentro de todos los factores que determinan el desarrollo de la dentadura ocupan un sitio secundario, pero que en realidad es mucho más importante aún cuando en un caso dado es difícil valorar su influjo.

Tratamos de demostrar el influjo de la disfunción, de los "Malos Hábitos" sobre la formación de la dentadura. Hay que tener en cuenta que las condiciones no son nunca exactamente las mismas en un caso dado y que las reglas generales solamente tienen validez con carácter restringido.

A) Curso del desarrollo normal. - Para una mejor comprensión del modo aparente de la función y disfunción, debemos tener conocimiento del desarrollo normal de la dentadura.

Al examinar a los recién nacidos encontramos, casi sin excepción, una fase sagital de las apófisis alveolares en el sentido de una posición distal del maxilar inferior. Según mediciones en recién nacidos este grado asciende a $4 \text{ mm} \pm 2 \text{ mm}$. Las apófisis alveolares se tocan casi completamente o en gran parte, lo que facilita al lactante - desdentado una masticación bastante eficaz, mejor denominada como "trituración".

El impulso para usar su mandíbula, se convierte pronto en una distracción agradable, tanto antes como después de la erupción de los primeros dientes. Se comprende fácilmente que estas ganas de masticar sean despertadas y fomentadas por la alimentación al pecho de la madre, sobre todo si se tiene en cuenta la diferencia entre la alimentación por biberón y por el pecho.

El pecho obliga al lactante a ejecutar verdaderos movimientos de mordida avanzada; no chupa, sino que ordeña el pecho. Esto resulta para él un trabajo pesado, mientras que el biberón se vacía sin dificultad chupando en muy poco tiempo, quedando el maxilar inferior en su posición distal.

La diferencia en el desarrollo de la dentadura entre niños alimentados al pecho y por biberón no es tan grande, sucede que va siendo cada vez -

más rara una alimentación al pecho prolongada, de suerte que este factor etiológico de un desarrollo armónico de la dentadura tendrá pronto tan solo un valor teórico.

Normalmente el maxilar inferior acusa un retraso de crecimiento que se compensa con la erupción de los primeros incisivos superiores e inferiores, de modo que estos dientes pueden entrar ya en ligero contacto en forma de una moderada oclusión protusiva. La erupción de los siguientes - - dientes se produce más o menos conforme a la regla. A los dos y medio o tres años la primera dentadura es completa y se conserva inalterada, unos cuatro años en función. En esta época la dentadura es sana y eficaz, muestra ya claros indicios de abrasión pudiendo llegar hasta el extremo de perderse la mitad y hasta dos tercios de la altura primitiva de la corona. En ciertos casos, con ello se pierde - también la oclusión en tijera de los incisivos y - aparece una nueva oclusión, la isodoquia oclusal. - Al período puro de la primera dentadura, sigue la primera fase del cambio de dientes dinámica, muy - activa y decisiva para el desarrollo ulterior. El cambio de los dientes frontales y la erupción de - los primeros molares se produce en la mitad del período de la dentadura temporal. Con ella queda - constituida, en gran parte, la forma ulterior de -

la dentadura. La función se adapta a la forma. - Tan sólo pueden producirse cambios por el lado de las influencias hereditarias o por influjos patológicos intercurrentes.

Esta primera fase persiste sin cambios fundamentales por espacio de dos años aproximadamente, - siguiendo la segunda etapa del período de la dentadura temporal, cambiándose los dientes laterales e iniciándose la reforma de la llamada "zona de apoyo" terminando este período, de modo provisional, - con la erupción de los segundos molares.

Así pues, en el desarrollo de la dentadura - alternan fases muy activas con otras de relativa calma, siendo transición más o menos fluida. Hay que tener presente estas distintas etapas para poder comprender la estructuración de la terapéutica.

B) Trastornos del desarrollo de la dentadura temporal.- El curso del desarrollo normal puede ser alterado por los más diversos influjos ambientales con modificación de la forma de la dentadura, la oclusión, la posición de algún diente o grupo de dientes aunque siempre da una forma muy típica.

Los influjos ambientales entran en acción - en el mismo momento del nacimiento y existen casos

excepcionales en los cuales en trauma obstétrico - pueden causar una deformación de la mandíbula, como en el caso de una aplicación inadecuada de fórceps durante el parto.

El final de la edad del lactante y el comienzo del período del niño pequeño se expresa por la erupción de los incisivos temporales. Es aún poco conocido hasta qué punto la clase de oclusión de estos dientes determina el desarrollo futuro. Si al tener lugar la erupción de los +1, 1- se conserva todavía una fase sagital, existe el peligro de que los dientes se distancien los unos de los otros al crecer, desarrollándose un estado de "oclusión cubierta" de los incisivos temporales.

No cabe duda de que ello influye desde el principio sobre la función masticatoria al dificultar la inhibición del movimiento de mordida frontal y lateral la trituración. El niño se convierte en masticador temporal en lugar de masticador - masetero. La abrasión de los dientes de leche no se produce; falta la función libre como estímulo - del crecimiento; se han creado todas las condiciones previas para la formación de una disto-oclusión en la dentadura permanente.

Sin embargo, el vencer esta inhibición funcional en la oclusión cubierta en la dentadura tem

poral, la oclusión la cubierta de los incisivos temporales puede conducir a un "brinco de mordida". Se origina una oclusión frontal invertida, en cuya posición los dientes de leche son esmerilados.

El ajuste de la posición de los primeros incisivos puede tener lugar también en un sentido inverso, basta un pequeño predominio del crecimiento del maxilar inferior, con respecto del superior, y que los bordes de los incisivos lleguen a tocarse para que se produzca una oclusión frontal cubierta, pero invertida. Si en la oclusión protrusiva de los frontales pero invertida.

La supraoclusión de los incisivos temporales invertida, es bastante frecuente; y las probabilidades de que esta forma de oclusión sea transmitida a la dentadura permanente son muy grandes.

Aproximadamente a los 3 años, aparece otro factor que puede inhibirlo, promover la mencionada evolución hacia la oclusión distal o mesial, esta anomalía se expresa por una postura típica de la cabeza durante el sueño, la inclinación ventral de la cabeza o su opuesta la flexión dorsal.

Hay niños que se enrollan durante el sueño en posición lateral. La cabeza se inclina hacia el pecho, con esta postura durante el sueño, el ma

ilar inferior es empujado hacia adelante. Esta postura favorece por tanto un ajuste mesial de la posición de oclusión.

Otros niños duermen en posición de decúbito-supino o lateral pero con la cabeza echada hacia atrás; con ella los retractores de maxilar inferior, los músculos del piso de la boca se ponen tensos y tiran del maxilar en dirección posterior. Como esta postura del niño pequeño, aún del mayor, se conserva unas 12 horas de las 24, es fácil imaginarse que favorezca la hipoplasia del maxilar y una posición distal del mismo.

La posición dorsal de la cabeza durante el sueño depende también de otro hábito, la respiración bucal, ésta ejerce un influjo desfavorable sobre el desarrollo de la posición de la plasmación del perfil, además conduce con mayor frecuencia a enfermedades por enfriamiento.

Como la lengua no puede descansar normalmente sobre el tercio anterior del paladar, falta el estímulo funcional, de ésta sobre el maxilar superior, que amplía el paladar y la arcada dentaria superior.

La respiración bucal tiene otras consecuencias como la sequedad de las partes marginales de

la encla la cual conduce a menudo a una gingivitis crónica y constituye con ello el principio de una enfermedad parodontal.

La deficiencia de autolimpieza funcional mas ticatoria y la sequedad facilitan la formación de exudados que se adhieren firmemente, determinante de una descalcificación del esmalte y de una caries superficial.

C) Trastornos del desarrollo de la dentadura de cambio.

a) Primera Fase. Es decir, desde el momento en que aparecen los primeros dientes permanentes, los molares de seis años y el cambio de los incisivos.

El proceso que conduce a la oclusión neutra- está aún muy debatido, se atribuye la máxima impor- tancia al crecimiento hacia adelante del maxilar - inferior, un crecimiento estimulado por una función suficiente y favorecido por la abrasión de los pri- meros dientes.

De mayor importancia es la oclusión en la re- gión de los dientes frontales. La oclusión protru- siva de los primeros incisivos, con su bloqueo, - muestra una gran tendencia a una transmisión a la

dentadura permanente. Si durante esta fase del desarrollo dominan factores externos desfavorables - cabe esperar entonces con seguridad la formación de una oclusión distal.

En este período puede haber también un desarrollo inverso. En el caso de la isodaquia de la primera dentadura, una oclusión invertida de los incisivos, sobre todo de 1 + 1.

Es suficiente que la posición del germen o la dirección de la erupción de los dientes se desvíe unos pocos grados de la inclinación normal del eje hacia atrás o que se provoque un movimiento de avance del maxilar inferior.

Al lado de la oclusión protrusiva frontal, pero invertida, las dos anomalías de oclusión típicas, aparece un tercer grupo durante el cambio de los incisivos o después de él, denominado anomalía de posición; es decir apiñamiento de los dientes. - Este se presenta con giroversión, sobrepuestos, medio retenidos o dientes expulsados fuera de la arcada dental, variando el cuadro según la falta de espacio; esta anomalía se caracteriza por una desproporción entre la magnitud de los dientes, y la magnitud del maxilar o del tamaño de los dientes permanentes respecto a los temporales, pudiendo ser de origen hereditario o bien si se trata de un

retraso del crecimiento óseo.

A esta forma de "estrechez de posición genuina", basada en una desproporción entre magnitud de los dientes y del maxilar se añade otra forma, la llamada "estrechez falsa o sintomática" que se origina por la migración de los dientes a causa de - una pérdida prematura de los dientes de leche.

Describiremos los llamados malos hábitos, de especial importancia durante la transición de la - dentadura temporal a la permanente. Es indiscutible su influjo en el origen de las anomalías de posición y oclusión.

Dentro del concepto de malos hábitos están - los siguientes actos: Chupar en cualquier forma, - por ejemplo: el dedo, chupete, objetos (una esquina de una sábana), pero también la succión de la - lengua. Morder los labios, lengua, las uñas.

Comprimir con la lengua los dientes, especialmente los espacios y los intersticios

Respirar, tragar, de modo anormal.

Actitudes anómalas de todo el esqueleto.

Todos estos influjos anormales no deben con-

siderarse por separado, sino siempre conjuntamente.

Obran directamente sobre la dentadura o se hallan en una relación recíproca con otros factores; pueden ser en parte consecuencia, en parte factores acompañantes y en parte factores causales auténticos. Su acción durante las fases críticas del desarrollo de la dentadura es particularmente grande; es decir, sobre todo en la primera dentición tardía y la dentición precoz de cambio, en la transición desde la edad del lactante a la de niño pequeño y niño ya mayor.

Su reconocimiento y eliminación constituye, con frecuencia, la condición previa necesaria para una terapéutica lograda y permite de vez en cuando una "terapia causal pura".

b) Segunda fase. En esta fase de la dentición de cambio, otros factores pasan a ocupar el primer plano en el proceso:

La caries y la pérdida prematura de los molares y caninos temporales.

Esta es altamente decisiva para que una anomalía de posición u oclusión sea más o menos pronunciada o constante.

El concepto "zona de apoyo" está justificado, en la pérdida de los incisivos temporales antes de la erupción de los primeros molares, la oclusión es apoyada sólo por los incisivos temporales y los molares temporales en dirección vertical.

Estos dientes temporales forman la guía para la erupción de los 2 y 6 o sea que apoya el arco dental en dirección sagital.

Es importante la relación de tamaño entre C, D, E y 3, 4, 5. Además, el tiempo de erupción y sucesión de la erupción, la dirección de la misma, sobre todo de los incisivos, y la potencia de crecimiento de las partes óseas de los dientes y la osificación intraalveolar. Sobre el último desarrollo influyen de un modo fundamental una estrechez ya existente o esperada de las zonas de apoyo por caries de los dientes temporales.

Las consecuencias de un cambio desfavorable de los dientes son más graves, si con anterioridad existían ya anomalías de posición y oclusión.

IV TRATAMIENTOS

Para un mejor control del tratamiento para cualquier hábito, es indispensable el registro de ciertos datos en una historia clínica especializada.

Dirección: _____
 Nombre _____
 Teléfono _____

PROBLEMAS DE HABITOS
 BUCALES

Remitido por: Dentista ___ Médico ___ Otro ___

Especificar: _____

Edad: ___ años ___ meses Peso al nacer: ___ Kg

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Prematuro ___ -

Anomalías congénitas: ___ Especificar _____

Casa

Hermanos: Núm. de hermanos ___ Edades: _____

Número de hermanas ___ Edades: _____

Niño vive con: Madre ___ Padre ___ Otro ___ Especificar: _____

Otros en el hogar: _____

Padres Madre: calmada ____ Padre: calmado ____
 Enérgica ____ Enérgico ____
 Tensa ____ Tenso ____

Comportamiento social

Personalidad: Introverso ____ Juegos: Anormal ____
 Bien adaptado ____ Normal ____

Escuela: Atrasado ____
 Mismo ____
 Avanzado ____

Comentarios: _____

Salud general

Actual Buena ____ Bajo tratamiento ____ Enfermedades
salud: Regular ____ graves ____
 Mala ____

Comentarios: _____

Gripes anuales y

Otras enfermedades menores:

Frecuentes ____ Estación del año: Invierno ____
Ocasionales ____ Primavera ____
Rara vez ____ Verano ____
 Otoño ____

Reacción bajo tensión

Antagonista ____
Dócil ____
Defensiva ____

Comentarios: _____

Alimentación

Lactancia natural _____ Duración: _____ meses Edad al destete: _____

Lactancia con biberón _____ Duración: _____ meses Edad al destete: _____

Alimentación actual Buena _____

Hábitos: Buenos _____

Indiferente _____

Malos _____

Comentarios: _____

Sueño

Día: Regular _____ Noche: Número de horas: _____

Irregularmente _____ Profundamente _____

Rara vez _____ Frecuente interrupción _____

W. C.

Hábitos anormales _____ Comentarios: _____

normales _____

Edad de aprendizaje:

Defecación _____ años _____ meses Completamente aprendió _____ años _____ meses

Hábitos bucales

Chupar: Pulgar: Frecuentemente _____ Dedos: Frecuentemente _____

Ocasionalmente _____ Ocasionalmente _____

Rara vez _____ Rara vez _____

Edad comienzo del hábito: _____ años _____ meses _____

Edad en que lo abandonó : _____ años _____ meses _____

Aún continúa: _____ Día _____ Noche _____ Escuela _____ Mirando
T. V. _____

Hábitos: Mesarse los cabellos _____ Acariciar frazada _____

Tirarse de la oreja _____ Lamerse los labios _____

Hurgarse la nariz _____ Otro _____

Especificar: _____

Métodos utilizados para controlar el hábito:

Ninguno _____ Especificar: _____

Dental _____ _____

Otro _____ _____

Conocimiento del hábito por el niño:

Niño consciente _____ Especificar: _____

Reñido por hermanos _____ _____

Reñido por la madre _____ _____

Reñido por el padre _____ _____

Otros con hábito similar:

Ninguno _____ Padre _____ Hermano _____ Madre _____ Otro _____

Especificar: _____

Tratamiento:

Deseo del niño de cesar el hábito

Sí: Con tratamiento _____ No le importa _____

sin tratamiento _____ Ningún deseo _____

Actitud de los padres:

Madre: Sin tratamiento _____ Padre: Ningún tratamiento _____

<i>Tratamiento aparato</i>	_____	<i>Tratamiento aparato</i>	_____
<i>Ningún aparato</i>	_____	<i>Ningún aparato</i>	_____

Comentarios generales:

1.- METODOS PSICOLOGICOS Y DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES PARA CONTROL DE ALGUNOS HABITOS.

Aunque estos problemas de personalidad corresponden al psicólogo, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo cuando se encuentra que un hábito bucal normal causa la distorsión del hueso alveolar y posición de la pieza. 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 indispensable que el niño esté psicológicamente preparado y quiera romper el hábito, para que guiado por los padres y el odontólogo, él mismo - - abandone el hábito.

Es importante una relación amistosa entre el niño y el odontólogo para ser alentado a romper su hábito.

Se sugiere: Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (1 o 2 semanas), no criticar al niño si el hábito continúa, ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Por ejemplo en los casos de succión del pul--

gar y otros dedos, primeramente debe instruirse a los padres sobre la inocuidad de chuparse el dedo. La relación del hábito con la alineación de los dientes y la dentición permanente debe explicarse.

La aplicación de restricciones mecánicas o sustancias de sabor amargo y de cinta adhesiva al pulgar debe reprobarse. En primer lugar son inhumanos, además a menudo suscitan el negativismo del niño y le hacen mostrarse resistente.

El niño puede que continúe chupándose el dedo para llamar la atención y enojar a los padres, pudiéndose originar un nuevo trauma emocional.

Censurar, amenazar con castigos, avergonzar y recordarles constantemente que deben sacarse el dedo de la boca no suelen ser eficaces y tienden a reforzar la actividad, a socavar la confianza del niño en sí mismo y lo vuelven inseguro del afecto de sus padres, por lo que deben evitarse todas estas situaciones.

El chuparse el dedo no requiere tratamiento durante la lactancia o después cuando se practica sólo en relación con el sueño.

Debe tomarse en cuenta el cuidado y la posición del lactante durante su alimentación y cono--

cer las preferencias del niño.

La succión del dedo practicado frecuentemente durante las horas de vigilia después del primer año de vida, significa que el niño está excesivamente fatigado, aburrido o se siente infeliz. El tratamiento debe encaminarse a corregir la situación total, en vez del hábito. El niño debe tener adecuado descanso y abundantes medios para jugar.

Tomando en cuenta lo anterior se puede hacer que el niño mismo (5 o 6 años) aplique una substancia de sabor amargo al pulgar u otros dedos o se calce como un recordatorio; generalmente es suficiente para terminar el hábito.

Se ha utilizado el método del espejo, cuyo principio se funda en romper el hábito del niño haciéndolo consciente de él.

Se le aparta de su juego 2 veces al día y se le hace chuparse el dedo durante 10 minutos ante un espejo hasta que abandona el hábito. Cuando observamos succión y mordedura labial y lingual, antes de cualquier tratamiento intrabucal debemos concientizar al niño de la acción del hábito y de sus consecuencias evitando que el medio en el que se desenvuelve no sea propicio para que reinicie este hábito. Se aconseja el empleo de cold cream-

y vaselina aplicada en el labio inferior, para recordar al niño que no debe morderse el labio, ya que el humedecimiento del labio agrietado en tiempo frío suele iniciar este hábito.

En otros casos, como en empuje lingual y defrenillo que son menos frecuentes, se pueden utilizar ejercicios de adiestramiento para educar al niño consiguiendo que coloque su lengua en posición correcta y evitando que ésta ejerza una fuerza anormal al igual que su frenillo.

Sabiendo que en todos los hábitos el tratamiento sintomático mediante sustancias de sabor degradable, prohibiciones, reprimendas y burlas carecen de valor y en realidad es contraproducente y perjudicial.

Igualmente en el caso de mordedura de uñas, se debe procurar ante todo eliminar los factores emocionales que son causa del acto. También es aconsejable ablandar la cutícula con aceite de oliva, ya que esto quita los bordes dentados, que incitan al niño a romperlos; al igual el uso de ligeros guantes de algodón calzados por la noche pueden actuar como recordatorio de que las uñas no deben morderse. El niño puede aplicar una cinta adhesiva en las uñas con el mismo fin, pero en todos los casos el niño debe comprender que no hay

restricción implícita en este tratamiento.

Una aplicación a la vanidad del niño a menudo ejerce un excelente efecto terapéutico particularmente en niñas mayorcitas.

A la niña puede enseñársele a recortarse y limpiarse las uñas y puede obsequiársele un equipo de manicure para que lo use. Son importantes el estímulo y el elogio, porque se necesitan semanas para que las uñas crezcan y la niña es probable que se vuelva impaciente y se desanime. La niña que se muerde las uñas debe llevar siempre una lima para uñas, porque una uña irregular es una tentación irresistible a morderla.

La terapia psicológica en pacientes que presentan bruxismo es uno de los procedimientos dirigidos a la normalización del mecanismo neuromuscular, lo podemos dividir en:

a) Educación.- Pacientes que no saben que apretaban sus dientes, al serles explicados los severos daños que se están haciendo a sí mismos con este hábito inconsciente, cooperan eficazmente en la disminución y control de los estímulos diurnos.

b) Autosugestión.- Haciendo repetir durante el día: "no debo apretar mis dientes" o "no debo fro-

tar mis dientes", esta orden se graba en el subconsciente y se llega a producir una reducción real de los estímulos inconscientes.

c) Hipnosis.- No es muy aconsejable usarla; puesto que exige gran capacitación científica y ofrece ciertos riesgos. Si un paciente en intensa crisis emocional queda impedido por hipnosis de utilizar esta verdadera vía de escape que es el bruxismo, es posible que precipite una reacción psiconeurótica violenta cuyos alcances no se pueden prever.

d) Psicoterapia.- No hay duda que ésta, adecuadamente efectuada puede reducir la tensión psíquica, por lo tanto reducir las manifestaciones de bruxismo.

En general todos los hábitos ocasionados por tensión emocional y desadaptación ambiental se deben tratar eliminando primeramente la causa del acto, basándose en la aceptación del niño para romper el hábito, teniendo gran importancia el entendimiento y cooperación de los padres y el odontólogo debe ayudarles a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.

2.- INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCTIVOS.

La mayoría de los instrumentos intrabucales, son considerados por el niño instrumentos de castigo, sobre todo cuando el niño no ha sido preparado psicológicamente para su uso.

Puede añadir un complejo de culpabilidad, lo que puede provocar un cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

Ya para la colocación de cualquier instrumento intrabucal, debemos tener la comprensión del niño de la necesidad de utilizarlo, la cooperación - paterna, relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa en vez de una sensación de castigo, alguna meta en términos de tiempo y en forma de un premio material, madurez que haya adquirido el niño - para superar el período de adiestramiento, para que no produzca ansiedad a corto plazo.

3.- USO Y CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES, FIJOS Y REMOVIBLES.

Aparato utilizado para succión de pulgar y -

otros dedos. Una de las formas más eficaces es - una criba fija, se toma una impresión de alginato, en la primera visita, se vacían moldes de yeso de la misma, si se observan contactos proximales estrechos en zona de segundo molar temporal, se recomienda utilizar alambres de bronce como separadores. En los segundos molares temporales, que constituyen buenos dientes de soporte, se pueden colocar bandas de ortodoncia o coronas metálicas completas. El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040, el alambre de base en forma de U, se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el "E" hasta el nicho entre los "D" y los "C", en este punto se hace un dobléz agudo - para llevar en dirección recta hasta el nicho entre el "D" y "C" opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival.

Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular. Recuérdese que - salvo pueda cambiarse la posición de la lengua y - disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen. En el nicho del "D" y "C" - opuestos se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del "E". El aparato central consta de espolones y un asa de alambre -

del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba, a un ángulo aproximadamente de 45° respecto al plano oclusal. Las dos patas del asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente.

La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas o bandas colocadas a los segundos molares temporales.

Ya colocado el aparato en el niño, deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central y se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que se le dificultará su limpieza, y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra dentro de su boca, no se hace mención del dedo.

Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento, la dieta deberá ser blanda durante los primeros días, algunos niños salivarán excesivamente y otros se quejarán de dificultad al deglutir.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de 3 o 4 semanas. El aparato para hábito se lleva de 4 a 6 meses en la mayor parte de los ca--

sos. Si se observa que en tres meses desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro contra la recidiva.

Se retiran primero los espolones, tres semanas después si no hay pruebas de recurrencia, se retira la extensión posterior, tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo.

La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

En caso de un niño cooperativo, pueden utilizarse aparatos removibles como: el aparato Hawley, puesto que son pacientes muy motivados que solo necesitan un poco de aliento para romper el hábito de chupeteo. Este es un aparato de acrílico y alambre que puede ser utilizado para mover dientes activamente o para retenerlos en forma pasiva. Por lo general se obtiene retención del tejido, pero a

veces se puede lograr una mejor estabilidad del dispositivo mediante unos ganchos. Los ganchos circunferenciales son el medio de retención más comúnmente empleado para aparatos de acrílico y alambres removibles.

El alambre labial anterior, es la porción activa del aparato de Hawley, el extremo de la porción palatina del alambre se dobla circularmente y se coloca paralelo al paladar, el tamaño más común del alambre de Hawley es el que tiene 0.032 pulgadas de diámetro. El arco labial retrae a su inclinación normal a los dientes anteriores afectados por el hábito de chupeteo, ayudando a cerrar la mordida abierta, y hace que el niño no reciba ninguna satisfacción en el paladar, por lo que evita y controla las fuerzas que provocarían su deformación.

Para una mejor función, existen trampas, tanto para evitar el hábito de succión digital como para evitar el empuje lingual.

Como por ejemplo la trampa con punzón, que es un complemento del aparato reformador de hábitos, que utiliza un recordatorio afilado de alambre. La trampa puede consistir en un alambre engastado en el retenedor Hawley, o puede ser una de

fensa añadida a un arco lingual superior y utilizado como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para: romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior, distribuir la presión también a las piezas posteriores y hacer que el hábito se vuelva desagradable.

Otro ejemplo es la trampa de rastrillo, al igual que la de punzón puede ser en aparatos fijos o removibles. Este aparato más que recordar al niño lo castiga, ya que 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, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

El aparato utilizado para el tratamiento de proyección lingual, es una variante de la criba fija, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes superiores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

Un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar dos cosas: 1) Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución. 2) Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma - se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga - contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio in - cisal. El acto de deglución maduro es estimulado - por este tipo de aparato, mientras que la lengua - se adapta a su nueva función y posición.

Cuando el hábito de chuparse el dedo no cons - tituye un factor, es mejor eliminar la barra pala - tina cruzada y la extensión posterior a manera de - asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba restrictiva, sabemos que los soportes son - los segundos molares temporales y si existen ya - los primeros molares permanentes son preferibles - para la colocación de bandas.

La barra deberá hacer contacto con las super - ficies linguales prominentes de los segundos mola - res y primeros molares temporales. Como el apar - ato está siendo colocado para corregir una mordida - abierta, la oclusión no nos concierne en este mo - mento, al reducirse la mordida abierta debemos de asegurarnos de que la porción anterior de la barra

base y su criba no interfieran en la incisión. Una vez que se haya fabricado cuidadosamente la barra-base y ésta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba, se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base de 0.040 pulgadas. Se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de "V" de tal manera que se extiendan hacia abajo, atrás de los ángulos de los incisivos inferiores, en el momento de ocluir, no debe hacer interferencia para la erupción de estos dientes. El alambre base se suelda a las coronas o bandas metálicas, se limpia y se pule listo para colocarse en la boca.

Cuando la proyección lingual es dirigida y apoyada en los incisivos inferiores, se coloca un arco lingual soldado a dos bandas, sirviendo los caninos de soporte, al arco lingual se le colocan espolones soldados, que se extienden de canino a canino, los espolones se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritación de la lengua.

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito del labio. Se toman impresiones tanto superiores como inferiores totales, en el modelo se recortan los "6" inferiores o los "E" haciéndose un corte profundo en sentido gingival, se colocan coronas completas o bandas en los -

dientes pilares. Se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando de molares temporales, hasta el nicho entre el "C" y "D" o entre el canino y el incisivo lateral cualquier área interproximal puede servir para cruzar el alambre, después el alambre-base se dobla hasta el nivel del margen incisal la biolingual, que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado otra vez del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premola-res. La porción anterior del alambre no debe hacer contacto con las caras linguales de los incisivos superiores, en oclusión, el alambre debe de estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 o 3 mm. para permitir que éstos se desplacen hacia adelante, al modelo se le adapta papel de estaño antes de adaptar el acrílico endotérmico al armazón de alambre. El acrílico tiende a reducir la irritación de las mucosas en el labio inferior.

El aparato es cementado por un periodo de 6 a 8 meses dependiendo de la gravedad del hábito del labio y la cantidad de sobremordida; este aparato se reduce gradualmente antes de ser retirado.

El aparato de labio permite que la lengua - mueva los incisivos inferiores en sentido labial, - esto no solo mejora su inclinación axial sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

Cuando existe un hábito persistente de mor- derse el carrillo, puede utilizarse una criba remo- vible, para eliminar el hábito, o también puede - utilizarse una pantalla vestibular o bucal. Si ya se ha formado una hinchazón horizontal, como resul- tado de la irritación constante, la criba removi- ble de acrílico y alambre, impide el hábito de mor- der, permitiendo la erupción de los dientes. Para un hábito de proyección lingual posterior la masa- de acrílico deberá colocarse en el aspecto lingual y no en el aspecto vestibular.

El uso de pantallas vestibulares y bucales - son un excelente ejemplo de la canalización de las fuerzas musculares hacia direcciones favorables pa- ra corregir las maloclusiones en desarrollo, con- trolar la proyección de la lengua y la contracción excesiva del buccinador. La simple pantalla vesti- bular es un auxiliar para restaurar la función la- bial 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 pacien

te si así lo desea. La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, similar al activador - pero menos voluminoso. Utilizados solos, estos - aparatos son de alcance limitado para la corrección y solo deberán ser empleados como auxiliares interceptivos para perversiones musculares francas.

En pacientes que presentan el hábito de respiración bucal, aún cuando hayan sido intervenidos quirúrgicamente, o por contracción fisiológica, - puede continuar este hábito solo por costumbres.

En estos casos se puede intervenir colocando un aparato eficaz que obliga al niño a respirar - por la nariz; ésto se logra con la construcción de un protector bucal, que bloquee el paso del aire - por la boca y fuerce la inhalación y exhalación - del aire a través 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.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en 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, también 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 ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y 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 y común son las resinas sintéticas. Este tipo de protectores se puede hacer de Plexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada de espesor, se ajusta al vestíbulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector, a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al vertébrado desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras éstos están en oclusión, después se dibuja una línea punteada en la encía hacia el pliegue mucogingival, evitando ligaduras musculares, con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el Ple-

xiglas, éste se calienta y se adapta a los modelos.

El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxilares anteriores y deberá estar alejado de la encla bucal, en inferiores y superiores.

Deberá examinarse al paciente cada 3 semanas o mensualmente. En visitas posteriores se rebajan los modelos de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores, se vuelve a adaptar entonces el protector bucal a su nueva posición, los movimientos dentales se producen lentamente porque el paciente lo lleva un tercio de tiempo. Este movimiento es de naturaleza puramente fisiológica, - ya que usa los músculos del paciente. El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración.

En el tratamiento del bruxismo, las placas de mordida y las férulas oclusales ocupan un lugar preponderante en el plan terapéutico.

a) Férulas de estabilización, son usadas para crear estabilización mandibular contra el cráneo y contacto oclusal bilateral uniforme, simultáneo, - en dos tipos de pacientes; en oclusiones muy alteradas en las cuales el establecimiento inmediato de relaciones oclusales armónicas está impedido -

por dientes perdidos o inclinados, mordida cruzada, desviación mandibular, etc., y cuando la disarmonía oclusal causal es difícil de encontrar y el paciente acusa dolores agudos.

Estas férulas eliminan de inmediato a la interferencia oclusal, causante del círculo vicioso - patogénico, distribuyen la carga oclusal en el máximo de propioceptores periodontales y consiguen relación muscular, éstas deben cubrir toda la superficie oclusal en áreas desdentadas que tienen dientes antagonistas deben ser armónicos, bilaterales y simultáneas en todas las fases friccionales.

Esta férula está construida con acrílico rígido transparente autocurable, su retención se logra por propia elasticidad y sus bordes cervicales sobrepasan ligeramente el ecuador de la arcada dentaria.

Técnica.- En un modelo de yeso se marca el ecuador general de los dientes, se marca otra línea paralela a la anterior a 1 mm. y se aplican tiras de cera rosa con el fin de delimitar la futura férula. Se prepara acrílico transparente u se aplica sobre la arcada y se hace presión mientras polimeriza, se recortan excedentes y se pule. Ya colocado en boca, se ajustan los espacios interdentarios, -

Con papel de articular azul hacemos que el paciente golpee varias veces con fuerza hasta obtener zonas azules distribuidas en toda la superficie oclusal, esto se realiza para crear una oclusión estable, bilateral simultánea, con altura correcta dentro del espacio libre interoclusal.

A continuación debemos de lograr una oclusión estable en todas las fases funcionales, se agrega acrílico a toda la parte oclusal de la férula y se le pide al paciente que realice sus movimientos funcionales friccionales de lateralidad y protusión; se retira antes que endurezca el acrílico y se recortan los excesos dejando superficies lisas. El uso de esta férula se recomienda sea constante, solo con intervalos para comer.

b) Placas de relajación. Son usadas para lograr relajación de los músculos elevadores, actúan desorientando el patrón funcional adquirido patogénico, consecuencia del desvío mandibular para eludir interferencias oclusales.

La placa de relajación es una placa de acrílico transparente adosada al paladar, con una plataforma anterior continuada por una pestaña que se apoya en el borde incisal de los dientes anteriores para impedir que la placa se hunda y lesione el parodonto en palatino, la presión de los incisivos

vos inferiores en la plataforma, se retiene por me dio de ganchos de cada lado a nivel de segundo pre molar o primer molar, el único contacto oclusal de esta placa es con los dientes anteriores. inferio res, nada debe obstruir las excursiones de los bor des incisales inferiores en los movimientos mandibulares de lateralidad y protusión.

Estas placas deben ser usadas por periodos cortos de tiempo como 2 o 3 semanas, porque en caso contrario pueden permitir la extrusión de algún diente posterior, pero esto no constituye ninguna contraindicación, pues los objetivos que se buscan con el uso de estas placas se obtienen en pocos días.

4.- EJERCICIOS MUSCULARES.

Para ayudar a la corrección autónoma y prevenir el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua que pudieran acentuar una deformidad se recomiendan ejercicios labiales sencillos.

Las características más obvias de este tipo de problemas son hipotonicidad y flaccidez del labio superior.

Al niño se le pide que extienda el labio su-

perior lo más que pueda metiendo el borde bermellón abajo o atrás de los incisivos superiores.

Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un periodo de 4 a 5 meses, cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protusión de los incisivos superiores constituye también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior.

Primero el labio superior se extiende en la posición antes mencionada. El borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejercicio es muy valioso para los niños que respiran por la boca y que no suelen juntar los labios en descanso. Un mínimo de 30 minutos diarios es necesario para lograr resultados.

Donde exista una maloclusión franca de clase-II división 1, con sobremordida vertical y horizontal excesiva y función peribucal anormal, estos ejercicios son valiosos antes y durante el trata---

miento ortodóntico.

Sabemos que existe un componente sensorial - en el masaje labial, por lo que tal ejercicio bien puede servir de substitutivo de los hábitos de dedo y lengua, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar. Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse; un poco de vaselina controla este problema. Antes que el niño reciba un tratamiento de aparatos, es recomendable un sistema de ejercicios labiales, diarios los cuales tienden a contrarrestar la influencia deformante de la función peribucal muscular anormal compensadora asociada con la maloclusión, y aumentará la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios. El ejercicio atraerá la atención del niño hacia la protusión de los incisivos superiores. Estando consciente de su problema, procederá con mayor cuidado al proyectar actividades que pudieran provocar fractura de estos dientes predispuestos a los accidentes.

Para los niños con maloclusión de clase II - división 1, en desarrollo, tocar un instrumento de viento puede constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo. Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad la

bial. Es posible que todos los ejercicios de este tipo sean benéficos.

Sin importar el ejercicio empleado, éste deberá ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día durante un periodo de tiempo considerable para que puedan lograrse los resultados positivos deseados.

En el caso específico en niños con bruxismo, los ejercicios musculares pueden lograr la relajación de músculos espásticos, entrenar músculos con la idea de recuperar la elasticidad y potencia disminuida por desuso.

Cuando tenemos los pterigoideos con miositis, consecuencia de contracción sostenida por tiempo prolongado, lo indicado es lograr su relajación.

Si traccionamos fuerte entre la mandíbula hacia abajo se produce por reacción refleja la contracción de los elevadores y por inervación recíproca, la relajación de los depresores (pterigoideos externos).

Para evitar que la contracción de los elevadores sea isométrica y el ejercicio sirva para entrenar esos músculos, permitimos que la mandíbula pueda realizar un corto y rítmico movimiento de cierre y nueva apertura.

Por el contrario, si la miositis se presenta en los elevadores, hacemos abrir la mandíbula contra una resistencia (codo en la mesa y puño debajo del mentón). La contracción forzada de los depresores (pterigoideos externos) produce por inervación recíproca la relajación de los elevadores.

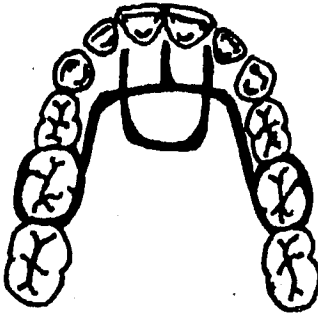
También aquí se debe permitir un pequeño movimiento de abrie y cierre, que ofrezca una actividad isotónica a los depresores, favorable para su biología funcional.

Hay situaciones en que por diversas condiciones de disfunción mandibular, los músculos de un lado han dejado de ser usados por cierto tiempo y hay necesidad de recuperar su elasticidad y potencia fisiológica y su coordinación con los demás grupos musculares en la función masticatoria. Cuando queremos entrenar los músculos que llevan la mandíbula a la izquierda, ponemos el puño delante y a la izquierda del mentón y hacemos el movimiento lateral contra esa resistencia, lo mismo por el lado derecho.

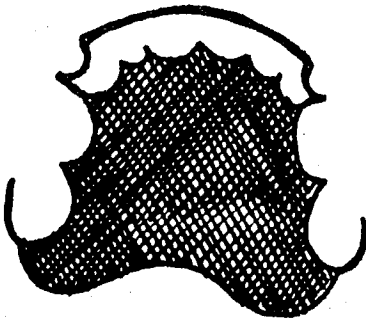
El ejercicio muscular en la fase protusiva es muy eficaz, para lograr la relajación de los músculos retrusores tan frecuentemente espásticos y con miositis.

Las posibilidades terapéuticas de estos ejercicios musculares son realmente notables en los ca sos en que el paciente presente la debida colabora ción.

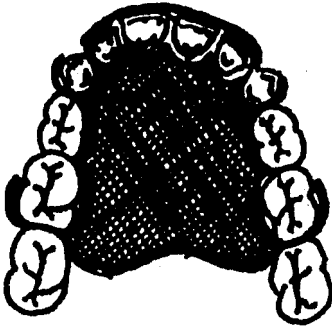
CRIBA FIJA



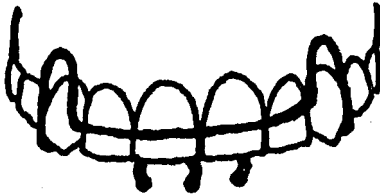
PLACA HAWLEY

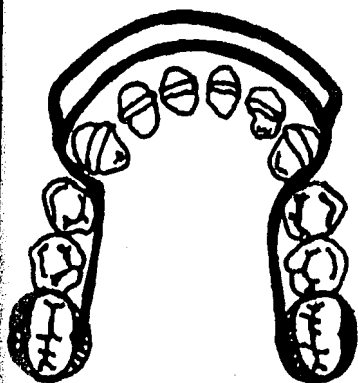


PLACA HAWLEY
CON PUNZON RECORDATORIO

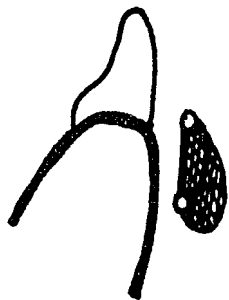
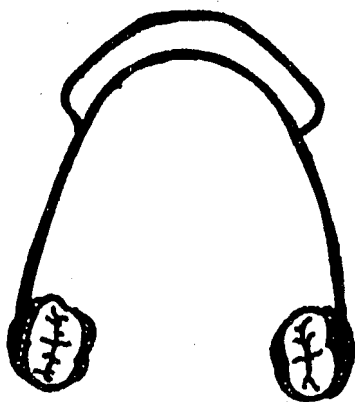


PLACA HAWLEY
CON TRAMPA DE RASTRILLO

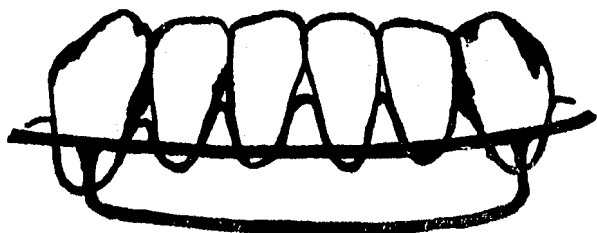




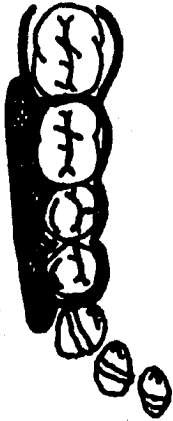
POSESIONADOR FIJO
PARA LABIO INFERIOR



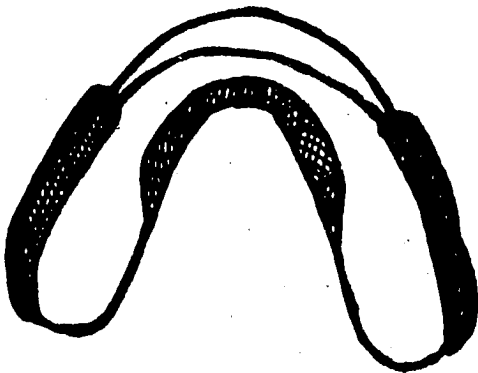
ALAMBRE
Y
ACRILICO



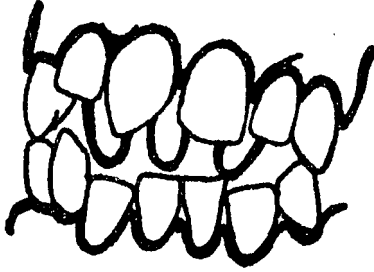
CRIBA REMOVIBLE
LATERAL



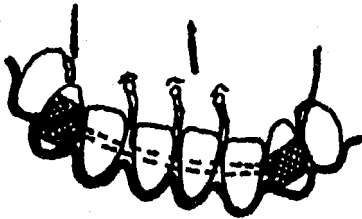
PANTALLA BUCAL Y
VESTIBULAR COMBINADAS

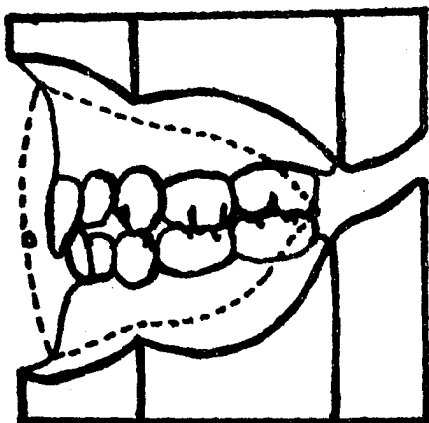


CRIBA FIJA LINGUAL
SUPERIOR

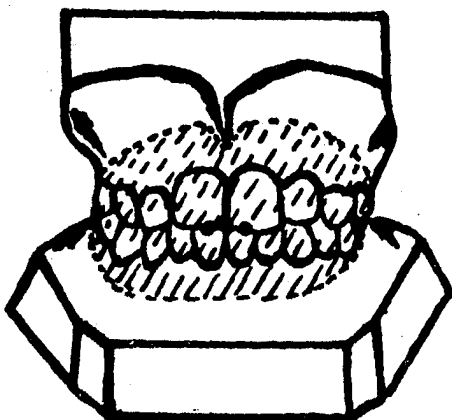


ARCO LINGUAL FIJO
INFERIOR





PROTECTOR BUCAL



V. CASOS CLINICOS

L.R. Tiene 6 años y 4 meses. Comenzó a chuparse el dedo a los 3 años, de día y de noche. Al mismo tiempo se tironea el cabello. El hábito se inicia cuando el niño y sus padres van a vivir con la abuela materna, en un ambiente cargado de ansiedad por problemas familiares.

Detalles significativos en la historia de L. R. Tomó pecho hasta los 9 meses y mamadera hasta los 2 años. Chupete nunca. A los 6 meses es operado de invaginación intestinal, bajo anestesia general. La madre describe esa intervención como - "muy brava". L.R. sufre de enuresis y retiene la materia fecal "a pesar de que se le dice de todo".

Es introvertido, se aparta de los demás niños. Le obligan a quedarse en las fiestas de cumpleaños, a las que no quiere concurrir. A los 4 años, concurrió al jardín de infantes. En la escuela es buen alumno "y no se chupa el dedo".

Mientras mira televisión se succiona. Dice-la madre: el ruido me vuelve loca, no lo puedo escuchar.

En cuanto a su salud general, tuvo todas las

eruptivas después de comenzar con el hábito. Dice la madre: no asimila el calcio y por eso hay que pincharlo siempre. Tiene anginas con frecuencia.

Hay una hermana mayor que lo manda y lo domina, pero él se defiende tirándole cosas. Su pulgar izquierdo muestra signos evidentes de la intensa y repetida succión. En cuanto a la oclusión dentaria, se observa articulación cruzada lateralizquierda de "B" a "6" y ninguna alteración en el sector anterior.

Se coloca aparatología removible para corregir la mordida cruzada. El niño usa bien el aparato. Seguimos controlando periódicamente hasta el momento que se asoman los centrales superiores y los laterales inferiores, más o menos a los 7 años. Aquí interrumpen el tratamiento. Sin explicaciones. Reaparece al cumplir 9 años. Hace 3 meses que no usa el aparato. Ocurrieron cosas en la casa. Hospitalización y muerte de la abuela paterna. "No quería usarlo". Los incisivos centrales superiores están ahora en franca labioversión, casi 1 cm. Succión del dedo en todo momento.

Cuando no está con el dedo en la boca, se chupa constantemente el labio inferior. La madre: "Le van a decir conejo". Y habla de llevarlo con la mejor psicoanalista. Nuestra sugerencia de psi

coterapia al comienzo de tratamiento no fue aceptada. Comenta la señora que, según su marido, los psicoanalistas no tendrían que existir en el mundo.

La mordida cruzada lateral está corregida. - La señora acepta recomenzar el tratamiento en marzo. El niño no regresa.

G.E.M. Tiene 8 años. Comenzó a chuparse el dedo a la semana de nacer y siguió constantemente, aumentando en intensidad. Ahora lo hace principalmente cuando mira la televisión. Hay una evidente maloclusión en el sector anterior.

Detalles significativos en la historia de G. La madre no le dió pecho. Le dió mamadera en sus brazos "pocos minutos" cada tres horas. A los 4 meses pasó a los alimentos sólidos. No se le dió chupete, por consejo de una vecina. Pero hace dos años (6 años de edad) pidió y se lo compraron. Le quemaron los dedos con fósforos, que le produjeron ampollas, pero siguió con la succión del dedo. "Le hablaron", nada. En la escuela le prometieron cosas y lo amenazaron y nada.

G. va a la escuela por la tarde. Juega con otros niños, casi todos mayores que él. Tiene una hermana de 11 años con quien se lleva como "perro y gato". El padre es muy poco comprensivo, muy -

nervioso, intolerante, platica una mala infancia.- La señora es asmática crónica, desde los dos años. Perdió a su madre a los 6, a su padre a los 12 y - estuvo hasta los 20 en un colegio religioso. Se ca - só a los 26. Su primer hijo nació muerto. Tomó - entonces pastillas para frenar la lactancia y a - los siete meses volvió a quedar embarazada.

Se le colocó un Hawley superior y a los cua- tro meses un Hawley inferior. Chupa el dedo bas- tante menos. Solo cuando está nervioso. Usa los- aparatos sin problemas. La maloclusión va corri- giéndose bien. Es contralada cada 15 días. Inte- rrumpe sin aviso después de 3 meses, cuando la - - oclusión estaba prácticamente normalizada. Reapa- rece al año 7 meses, sin mayores explicaciones por la ausencia. Hace dos meses rompió los aparatos.- El arco vestibular del superior y la placa infe- - - rior en la línea media, "no sabe cómo".

No puede dormir sin el dedo en la boca. "No me viene el sueño". Le suele decir a la madre que quiere dormir con ella. Y yo me lo llevo a mi ca- ma porque veo que sufre. Luego lo pasa a la cama- de él. Pero el dedo es chupado tan fuerte que le cuesta trabajo retirarlo de la boca. Durante el - día no se los chupa. Las relaciones con la herma- na andan mal. En la escuela es un gran problema.-

Fue por su cuenta a buscarse trabajo en una fábrica de zapatos. No le gusta el dinero que el padre le da cada 15 días. A la hermana le dice: "Yo te voy a dar algo de lo que gane". La madre siempre se dirige al niño llamándole siempre "papá". Había dejado de chupárselo por completo. A veces pide a la madre duerma con él.

Decidimos dejarle los 2 meses de vacaciones sin aparatos y observar la oclusión, que hasta ahora sigue bien. G. cumple 10 años 10 meses. Se le extrae el segundo molar superior temporal derecho y los 2 molares superiores izquierdos, que presentan movilidad. Va mejor el problema de la succión. Solamente con la T.V. y para dormir. La madre: - Creo que lo hace por mí, sabe que es tanto lo que me molesta. Ha mejorado en el colegio. La oclusión sigue sin novedad. Se citó 2 meses después - pero reapareció casi dos años después de su última cita. Ya cumplió 13 años y succiona el dedo en todo momento, inclusive cuando va por la calle ya le dicen: "Che Chupete". Por ahora no quiere saber nada de aparatos.

W.G. Tiene 7 años y 2 meses. Se succiona los dedos índice y mayor, con la cara palmar hacia adelante, en cualquier momento, solo para al dor-

mir. Hay labioversión de los centrales y laterales superiores.

Detalles significativos en la historia de W. Tomó pecho sólo 7 u 8 días. La madre no tenía leche. A ninguno de sus otros hijos le dio pecho. - A W. le sigue una hermanita de 5 años con quien no se lleva (cambió cuando nació la niña). Luego hay 2 mellizos de 2 años a quienes quiere mucho. W. usó chupete hasta los 2 meses y entonces lo rechazó y pasó al dedo.

Tiene dificultades en la escuela, se levanta, camina, dibuja en el pizarrón, no termina de copiar a tiempo, problemas de conducta y aplicación.

No tuvo enfermedades en el primer año de vida. Fue operado de las amígdalas a los 3 años y medio, no sabía lo que se le iba a hacer, no fue con anestesia general, postoperatorio: normal. Pero aumentó la succión de los dedos. No tiene amigos. En un momento dejó la succión porque se lo pintaron con "Onicosan" pero vio a su prima de 6 años que se chupa el pulgar y reanudó.

La hermanita tuvo chupete hasta los 4 años y lo dejó. Los mellizos se chupan el dedo. El niño viene derivado de un pediatra, quien al mismo tiempo lo envía a una psicoanalista.

La madre acepta el aparato que se programa - una placa Hawley, concurre para que se le tome la impresión, pero no vuelve más, a pesar de los reiterados llamados telefónicos y promesas que sí lo hará.

N.L. Tiene 9 años y 2 meses. Se chupa el - dedo desde que nació. Detalles significativos en la historia de N.: Tomó el pecho 6 meses. Rechazó el chupete. Tomó mamadera hasta más de los 2 años. Hasta los 5 tomó leche sin inconvenientes y des---pués la rechazó. No hay otros problemas de alimentación. Se chupa el pulgar izquierdo en cualquier momento. Tiene problemas de conducta, es desobe---diente. No la aceptan en la escuela por mal com---portamiento. Se le retira y se le pone maestra - particular. A los 7 años, el médico del Consejo - la remite al Instituto de Higiene Mental. Un elec---trocardiograma muestra "saltos y nervios". Se le dan drogas e inyecciones: Vallium y Trineurides, - que la atontaban. El médico dice que puede ir a - la escuela, pero la directora no la acepta. Tiene un hermano mayor de 10 años 2 meses y cinco más pe---queños de 8, 6, 5, 3 y 1 año y medio. El de 6 - años se chupa el dedo cuando está aburrido o cansa---do y el menor también.

Con respecto a la succión del pulgar, a la -

señora le preocupa porque la gente mira y le echa la culpa. "Me siento incómoda, no puedo aguantarlo".

N. no tiene amigas y no las quiere tener, la señora aclara que ella quiere elegirle amigas, que no la deja que elija sola, "en la calle aprenden cosas que no deben aprender". Considera que lo de N. es porque lo quiso Dios. N. no obedece a su padre.

N. no pronuncia bien algunas palabras, la "S" no la pronuncia y corta palabras: Vamo a cata". Referimos a la niña a una psicóloga. El informe especializado dice: que la niña vive el mundo que la rodea como tremendamente catastrófico, cohabitando en un ambiente sumamente prohibitivo, rígido y con constantes amenazas. Su miedo a dañar es enorme, no por sus impulsos agresivos, sino que se encuentra incrementado en este caso por su grupo familiar en donde imperan las normas religiosas más estrictas con sus correspondientes castigos.

Su coeficiente intelectual es de 65, deficiente con una gran desorganización de características psicóticas acentuadas.

Se le colocó una placa de Hawley, los padres aceptaron ir a prácticas y consejos de orientación

psicológica. A los 3 meses, sigue usando la placa y la madre dice que se chupa menos el dedo. Los dientes 1 y 2 van mejorando sus posiciones. A los dos meses vuelve con los aparatos rotos, "no sabe cómo se rompieron". Está muy inquieta y ha vuelto a aumentar la succión. Se decide interrumpir el tratamiento 15 días pero no vuelve. Regresa a los 5 años, ya cumplió 15 años. En el tiempo transcurrido ninguna atención odontológica. Sigue la succión del dedo, aunque no constante, lo hace cuando tiene una pelea o un problema. Se coloca el aparato Hawley, lo usa bien 15 días y los rompe, se hace la compostura al mes y medio, pero al mes los vuelve a romper. Nueva compostura y mucha irregularidad en las citas durante 3 meses. Va bien pero interrumpe las citas 5 meses y regresa diciendo que no quiere seguir y perdió los aparatos.

M.E.D. De 7 años de edad. Se presentó al consultorio dental presentando una protusión del maxilar inferior y dolor. Se examinó al paciente y se averiguó que desde el nacimiento los padres colocaron a la niña para dormir sobre el estómago; al dormir así le ocasionó demasiada presión sobre la cara, además tenía la costumbre de colocar su brazo o su mano debajo de la cabeza, ejerciendo así demasiada presión al maxilar superior.

Se le informó a los padres de la causa que - le había producido esa malformación a la niña, además de concientizar a ésta y de instruirla para - que al dormir lo hiciera en varias posiciones.

Se aconsejó a la madre colocar un objeto duro en el estómago de la niña para que al volver a su antigua posición se encontrara con esta medida de prevención.

F.E.G. De 8 años de edad. Se presentó al consultorio dental para examen clínico, el niño presentaba protusión de los dientes anteriores superiores e inclinación lingual de los dientes inferiores.

Nos informa la madre que el niño se succiona ba el labio inferior desde la edad de dos años, - siendo muy difícil quitarle este hábito. El caso - ya se presentaba muy severo, el tratamiento fue ex - clusivamente de ortodoncia preventiva.

M.L.L. De 8 años de edad. Se presentó al - consultorio dental con un cuadro agudo de gingivi - tis descamativa, se averiguó que este paciente des - de la edad de seis años presentaba el hábito de - dormir con la boca abierta, lo cual era la causa - de la gingivitis. Se investigó por medio de exáme

nes clínicos, que esta niña padecía de amigdalitis y adenoides que obstruían la coreecta respiración y obligaban a la paciente a tener la lengua en posición adelantada, para lograr una mayor abertura de la faringe como vía respiratoria.

El tratamiento consistió en la aplicación de lubricantes y limpieza esmerada de la cavidad oral, con ayuda de antisépticos locales y el tratamiento quirúrgico, la extirpación de amígdalas y adenoides hipertróficas.

El paciente se presentó a examen de revisión al cabo de tres meses, concluyendo que ya no presentaba este hábito y la gingivitis descamativa había desaparecido.

L.M.A. De 8 años de edad. Se presentó al consultorio dental. Según el padre la niña desde la edad de siete años presentaba los dientes anteriores, superiores e inferiores a medio erupcionar.

Se investigó que la niña desde la edad de seis años (que fue cuando se le cayeron los dientes temporales), tenía el hábito de mantener la lengua entre los dientes, por lo cual se presentaba la incorrecta erupción de los dientes, la que había producido también una mordida abierta.

Se advirtió a la niña las consecuencias que había provocado por este hábito.

La corrección se llevó a cabo por medio de aparatos mecánicos de ortodoncia preventiva.

Resultado positivo.

J.V.M. De 5 años de edad. Se presentó al consultorio dental expresando molestias en los incisivos y según el interrogatorio, datos proporcionados por el padre y el examen bucal, presentaba desgaste de los 8 incisivos en el borde incisal y molestia al hacer presión.

Esto era a consecuencia de morderse las uñas desde la edad de tres años ocasionando el desgaste de los bordes incisales por abrasión y la molestia a consecuencia de la excesiva presión continua sobre los incisivos provocando una alteración periodontal.

El tratamiento fue la persuasión provocando dicho hábito al niño, además la ayuda esporádica de guantes.

L.M.B.L. De 13 años de edad. Se presentó al consultorio dental con los dientes anteriores -

separados y la mayoría de los superiores también - incluyendo los premolares; presentaban la común - mordida abierta.

Nos dimos cuenta por medio del examen clínico que el paciente tenía una lengua de tamaño muy desarrollado.

Durante el tratamiento al principio se limitó a un aparato mecánico que tuviera la lengua en su correcta posición. Posteriormente se aplicó un aparato de ortodoncia para colocar los dientes en su correcta alineación, desgraciadamente el paciente ya presentaba el caso muy severo y al quitarle los aparatos ortodónticos al poco tiempo, presentó nuevamente el hábito de mala deglución.

E.B.M. De seis años de edad. Se presentó al consultorio con los dientes en infraoclusión, - los dientes tenían inclinación hacia adentro de la cavidad bucal y la mucosa de los carrillos se introducía entre las arcadas dentales. La mordida - se presentaba cruzada.

Según la madre el niño desde muy pequeño tenía localizadas pequeñas escoriaciones en la mucosa de los carrillos a consecuencia del hábito de morderlos.

El tratamiento corrector en este caso fue -
por medios mecánicos, corrigiendo previamente el -
hábito haciendo ver al niño las anomalías prove--
nientes de éste.

El tratamiento ortodóntico preventivo.

Resultado: Positivo.

CONCLUSIONES.

Con este trabajo no intentamos descubrir algo nuevo, sino una investigación y recopilación de datos de diferentes autores en distintas épocas, - logrando una información completa sobre este tema y adquirir una mayor capacidad de conocimientos para un mejor diagnóstico y tratamiento.

Hemos aprendido dentro de los hábitos bucales infantiles la gran importancia del factor psicológico para el éxito de nuestro tratamiento con el uso de aparatología, ya que el niño es un órgano expresivo del sistema familiar.

Encontramos que la mayoría de estos hábitos se presentan como un refugio para el niño, por su inadaptabilidad e incomprensión del medio ambiente en el que crece.

Es importante conocer y diferenciar cuáles hábitos provocan trastornos en la dentición, ya sea por su frecuencia, duración, intensidad y edad en que se presentan.

Saber en qué casos y en qué momento se debe iniciar el tratamiento por medio de aparatos intra bucales y colocar el aparato idóneo, sin generalizar el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA.

Dr. T. M. GRABER

Tercera Edición.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

ORTODONCIA

SPIRO J. CHACONAS

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S. A.

ORTODONCIA PEDIATRICA

Dr. SIDNEY B. FINN

Cuarta Edición.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

TRATADO DE ORTODONCIA.

Dr. ROBERT E. MOYERS.

Primera Edición.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA

Dr. MED R. HOTZ.

Segunda Edición.

EDITORIAL CENTIFICO-MEDICA.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SAMUEL LEYT

Primera Edición.

EDITORIAL MUNDT S.A.I.C.y F.

TRATADO DE PEDIATRIA

WALDO E. NELSON, VICTOR C. VAUGHAN,

R. JAMES MAC KAY

Tomo I Sexta Edición.

SALVAT EDITORES, S. A.

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA
PRACTICA EN GENERAL.

ALVIN L. MORRIS, HARRY M. BAHANNAN

EDITORIAL LABOR, S.A.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS

JOHN CHARLES BRAUER.

EDITORIAL MUNDT.

IMPRESO EN ARGENTINA.

ORTODONCIA ACTUALIZADA.

WALTHER.

EDITORIAL MUNDT.

ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES.

KARL HAUPL.

EDITORIAL MUNDT. S.R.L.

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SAMUEL LEYT

ODONTO EDICIONES 1966

IMPRESO EN ARGENTINA.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NINO.

NORMAL Y PATOLOGICO.

HARRY BAKWIN, RUTH MORRIS BAKWIN

EDITORIAL INTERAMERICANA.

Cuarta Edición.

ORTODONCIA PRACTICA

G. M. ANDERSON

Primera Edición

EDITORIAL MUNDI.

OCLUSION.

Dr. SIGURD P. RAMFJORD

Dr. MAJOR M. A.S.H. Jr.

Segunda Edición.

EDITORIAL INTERAMERICANA.