

80
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



HABITOS BUCALES INFANTILES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

MARIA DEL CARMEN CASTAÑEDA ROBLEDO

MEXICO, D. F.

1986



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

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MAXILAR, MANDIBULA Y DENTICION.	
Desarrollo prenatal	4
Desarrollo posnatal	6
Crecimiento y desarrollo de la dentición	9
CAPITULO II	
ETIOLOGIA DE MALOCLUSION.	
Clasificación de factores etiológicos ...	19
Factores generales:	
Herencia	21
Defectos congénitos	23
Ambiente prenatal y posnatal	25
Ambiente metabólico predispo nente y enfermedades	26
Problemas nutricionales	26
Hábitos de presión anormales	27
Postura	33
Trauma y accidentes	33
Factores locales:	
Anomalías en el número de los dientes ...	33

<i>Anomalías en el tamaño de los dientes</i>	34
<i>Anomalías en la forma de los dientes</i>	34
<i>Frenillo labial anormal</i>	35
<i>Pérdida prematura de dientes</i>	35
<i>Retención prolongada de dientes</i>	36
<i>Erupción tardía de dientes permanentes</i> . . .	37
<i>Vía eruptiva anormal</i>	37
<i>Anquilosis</i>	38
<i>Caries dental</i>	38
<i>Restauraciones dentales inadecuadas</i>	38

CAPITULO III

CLASIFICACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO	41
<i>Indicaciones para mantenedores de espacio</i>	42
<i>Contraindicaciones para mantenedores de espacio</i>	42
<i>Mantenedores de espacio removibles</i>	43
<i>Mantenedores de espacio fijos</i>	44
<i>Mantenedores de espacio funcionales</i>	45
<i>Mantenedores de espacio no funcionales</i> . . .	45

CAPITULO IV

CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.	
<i>Mantenedores de espacio removibles</i>	48
<i>Mantenedores de espacio fijos</i>	53

CAPITULO V

<i>INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA</i>	
<i>ELIMINAR HABITOS NOCIVOS</i>	<i>60</i>
<i>Aparatos para Habito de Chuparse</i>	
<i>los dedos:</i>	
<i>Trampa con asa y espolones fija</i>	<i>62</i>
<i>Trampa con punzón removible</i>	<i>63</i>
<i>Trampa de rastrillo</i>	<i>63</i>
<i>Aparatos para Hábito de Empuje</i>	
<i>lingual:</i>	
<i>Criba lingual y Criba lingual modificada..</i>	<i>65</i>
<i>Trampa con puas vertical</i>	<i>68</i>
<i>Aparatos para Hábitos de</i>	
<i>Mordedura y Succión Labial:</i>	
<i>Presionador para labio</i>	<i>70</i>
<i>Pantalla bucal</i>	<i>72</i>
<i>Aparato para Bruxismo:</i>	
<i>Guarda nocturna</i>	<i>74</i>
<i>CONCLUSIONES ... ,</i>	<i>75</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>77</i>

INTRODUCCION.

El problema de los Hábitos Bucales Infantiles, es un punto de interés para el Pediatra, el Psicólogo y el Psiquiatra, como una manifestación de problemas de conducta profundamente --- arraigados; para los Padres del niño que se preocupan por el aspecto socialmente inaceptable -- cuando el niño exhibe algún hábito bucal; y para el Patólogo especialista en problemas de lenguaje y el Odontólogo que se interesan por los cambios bucales estructurales que se producen con hábitos prolongados.

La finalidad de esta tesis, es proporcionar al Odontólogo algunos conocimientos acerca de el crecimiento y desarrollo del maxilar, mandíbula, y dentición [ya que para conocer lo anormal, primero se debe conocer lo normal], etiología de -- maloclusión, clasificación y construcción de mantenedores de espacio [como aparatos preventivos de maloclusión y algunos hábitos], y aparatología para la corrección de hábitos infantiles, para que sea capaz de tratar casos prestando ayuda preventiva, interceptiva y correctiva limitada.

Es importante conocer y saber tratar los -

hábitos bucales de los niños porque en la práctica diaria del Odontólogo general, se presentan múltiples casos de maloclusión incipiente ó avanzada, que pueden ser el resultado de algún hábito bucal; es por eso que en esta tesis se presentan los que con mayor frecuencia son encontrados en el consultorio dental, y se proponen alternativas para su tratamiento.

C A P I T U L O I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE:
MAXILAR, MANDIBULA Y DENTICION.

AL DESARROLLO PRENATAL.

Después de dos semanas de la concepción, -- comienza la diferenciación cefálica y después -- de veintiun días, durante el período embrionario se empieza a formar la cabeza. En esta etapa, se encuentra la hendidura bucal, rodeada lateralmente por los procesos maxilares rudimentarios y bajo el surco bucal, un amplio arco mandibular; estas estructuras en conjunto, componen la cavidad bucal primitiva denominada también estomodeo.

Durante la cuarta semana, la prominencia -- frontal se une con las prominencias maxilares -- que han crecido hacia adelante, formando así el maxilar superior. Apartir de la quinta semana de vida del embrión se distingue claramente el arco mandibular y al final de la octava semana, ya se han unido las dos partes que lo componen, aunque todavía es corto.

Hacia la séptima semana, la lámina labial -- epitelial se hace aparente a lo largo del perimetro de los procesos maxilar y mandibular; ésta --

penetra el tejido conectivo subyacente para separar el tejido del futuro reborde alveolar. Al mismo tiempo aparece una segunda lámina, por lingual de la lámina labial y crece en el reborde alveolar, ésta es la lámina dental que dará origen a los órganos epiteliales del esmalte. Estos órganos junto con las papilas dentales adyacentes de origen conectivo, se diferencian rápidamente para formar el esmalte y la dentina de los dientes.

Durante el período fetal, entre la octava y decimosegunda semanas, encontramos que el crecimiento es sumamente rápido y durante ésta etapa el maxilar superior es en esencia un hueso membranoso. En la segunda mitad de éste período, aumenta su altura entre las regiones orbitaria y alveolar.

Respecto al paladar, durante el primer trimestre de vida intrauterina es de forma estrecha, de una amplitud moderada en el segundo trimestre y durante el último trimestre aumenta más rápidamente su anchura que su longitud.

En cuanto al maxilar inferior ó mandíbula, su borde alveolar se alarga más rápido que la rama y la anchura de este borde aumenta más que la anchura total. El cartilago de Meckel, que aparece durante el segundo mes, es precursor del me -

sénquima que se forma a su alrededor, y es el -
causante del crēcimiento del maxilar inferior; -
es precisamente a los lados de este cartilago -
que durante la séptima semana comienza a aparecer
el hueso y continua hacia la parte posterior has
ta cubrirla; ésta osificación cesa en el punto -
que será la espina de Spix.

B) DESARROLLO POSNATAL.

- Maxilar superior:

El crecimiento del maxilar superior es intra
membranoso, hacia abajo y adelante. Apartir del-
nacimiento hay aposición de hueso sobre el mar -
gen posterior de la tuberosidad del maxilar en -
sus extremos libres a lo largo de la cara palati
na de la arcada, que sirve para aumentar la lon-
gitud de ésta y para agrandar la dimensión ante-
roposterior de todo el cuerpo del maxilar supe -
rior.

Las apófisis palatinas del maxilar crecen -
hacia abajo por una combinación de deposición su
perficial sobre el lado bucal de la corteza pala
tina y resorción del lado nasal opuesto. La zo-
na premaxilar del maxilar superior crece hacia a
bajo como respuesta a la resorción del lado del-

periostio de la corteza labial.

El crecimiento palatino sigue el principio de la "V" en expansión, es decir, que al crecer los extremos libres de la tuberosidad del maxilar aumenta la distancia entre ellos. Los segmentos vestibulares se mueven hacia abajo y hacia afuera aumentando el ancho de la arcada superior.

Respecto al aumento de la altura del maxilar superior, un factor principal es la aposición de hueso alveolar al hacer erupción los dientes. Al ir descendiendo el maxilar hay aposición ósea sobre el piso de la órbita, resorción en el piso nasal y aposición ósea sobre la superficie palatina inferior.

El crecimiento del maxilar superior es mayor en altura, después en profundidad y finalmente en anchura; esta última a temprana edad y sin diferencia de sexo, pero el crecimiento hacia abajo y adelante depende del sexo en la pubertad, ya que en los varones se presenta de uno a tres años después que en la mujer.

- Maxilar inferior:

La mandíbula está formada principalmente por: el cuerpo, el proceso alveolar y las ramas.

Al nacer las ramas del maxilar inferior son

muy cortas, el desarrollo condilar es mínimo y - casi no existe eminencia articular. En la por -- ción media de la sínfisis existe una capa delgada de fibrocartilago y tejido conectivo que, entre los cuatro meses de edad y el final del primer año, es reemplazado por hueso.

Durante todo el primer año de vida posnatal el crecimiento por aposición ósea es muy activo: en el reborde alveolar, en la superficie distal-superior de las ramas ascendentes, en el cóndilo y a lo largo del borde inferior de la mandíbula- así como sobre sus superficies laterales.

El crecimiento mandibular ocurre en una amplia variedad de direcciones regionales, sin embargo, la tendencia predominante del crecimiento es hacia atrás y arriba, pero ocurre un desplazamiento simultáneo de toda la mandíbula hacia adelante y hacia abajo, de tal manera que el arco -mandibular es desplazado hacia abajo y adelante- al crecer verticalmente las ramas, al mismo tiempo éste crecimiento ocurre en los lados superior e inferior del cuerpo mandibular. El cóndilo contribuye al crecimiento continuado de la rama en dirección posterior mientras funciona en contacto movable con el cráneo. El borde posterior de la rama junto con el cóndilo crece en dirección-

posterior algo lateral.

La tuberosidad lingual crece al mismo tiempo y se mueve hacia atrás. El crecimiento continuo del hueso alveolar aumenta la altura del cuerpo mandibular, ya que los rebordes alveolares crecen hacia arriba y hacia afuera sobre un arco en continua expansión; el crecimiento de éste hueso aumenta como respuesta a la erupción dentaria y se resorbe al perderse los dientes. [fig. 1.1]

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA DENTICION:

La secuencia de la calcificación de los dientes primarios es:

incisivos centrales a las 14 semanas.

primeros molares a las 15.5 semanas.

incisivos laterales a las 16 semanas.

caninos a las 17 semanas.

segundos molares a las 18 semanas.

En esta etapa, el varón está sistemáticamente adelantado a la mujer para todos los dientes.

En cuanto la erupción de los dientes primarios ha comenzado, la formación radicular ya ha

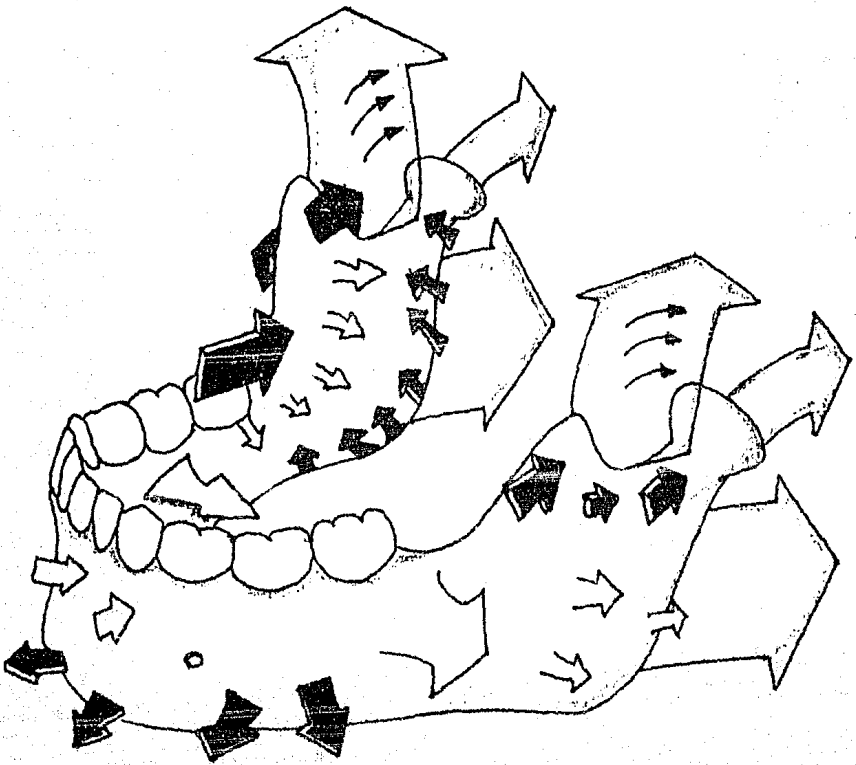


fig. 1.1

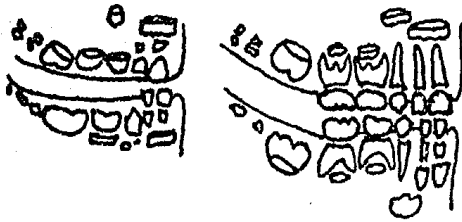
Se ilustran todos los movimientos regionales de crecimiento posnatal y remodelado del maxilar inferior,

comenzado; la cronología de la erupción de los -
dientes deciduos es:

Edad en meses.	Promedio de dientes.	%	Número de dientes.
6	1	33	1 ó más.
9	3	80	de 1 a 6
12	6	50	de 4 a 8
18	12	85	de 9 a 16
24	16	60	de 15 a 18
30	19	70	todos los primarios.

Durante la etapa de erupción de los dientes primarios no hay diferencias de sexo significativas. Al término de este tiempo, la formación de la raíz de los incisivos deciduos está terminada y la formación radicular de caninos y primeros molares está casi terminada. A los tres años, todas las raíces de los dientes primarios están completas. [fig. 1.2]

En la etapa de calcificación de los dientes permanentes, las niñas son más adelantadas que los niños. A los dos años de edad, la calcificación prosigue en los dientes permanentes en desarrollo, de los anteriores a los primeros molares; estos últimos van desplazándose con cambios en su posición dentro de sus respectivos huesos, hacia



6 meses.
(\pm 2 meses)

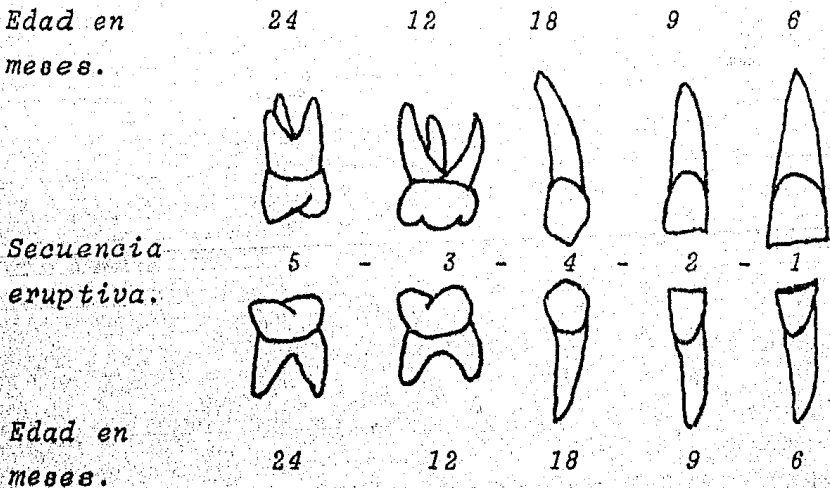
3 años.
(\pm 6 meses)

fig. 1.2

Demuestra la erupción de la dentadura decidua que empieza a los seis meses de edad y finaliza a los tres años.

fig. 1.3

Cronología de la erupción de la dentadura decidua.



el plano oclusal.

A los tres años de edad, las coronas de los primeros molares permanentes se encuentran totalmente desarrolladas y las raíces empiezan a formarse, las criptas de los segundos molares permanentes en desarrollo están definidas. Apartir de esta edad y hasta los seis años, continúa el desarrollo de los dientes permanentes avanzando más los incisivos superiores e inferiores. [fig. 1.3]

Durante la erupción de los dientes permanentes, ocurren muchas actividades al mismo tiempo: el diente primario se resorbe, la raíz del permanente se alarga, el proceso alveolar aumenta en altura y el diente permanente se mueve en el hueso. Los dientes permanentes comienzan sus movimientos eruptivos hasta después que se ha completado la corona anatómica de cada uno.

Alrededor de los seis años de edad, los dientes permanentes se están moviendo más hacia el reborde alveolar; los ápices de los incisivos primarios se están resorbiendo y los primeros molares permanentes están listos para hacer erupción.

Entre los seis y siete años hacen erupción los primeros molares permanentes, simultáneamente, los incisivos centrales deciduos son exfoliados-

y sus sucesores permanentes empiezan su proceso-eruptivo, por lo general los inferiores hacen erupción primero, seguidos por los superiores, finalizando este proceso alrededor de los siete y medio años. [fig. 1.4]

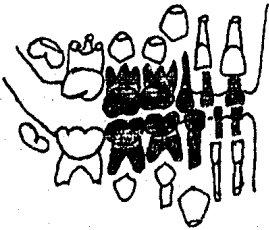
La erupción de los incisivos laterales generalmente se produce antes de los ocho y medio años de edad. Entre los nueve y diez años, todos los dientes permanentes, salvo los terceros molares, han terminado su formación coronaria y en este momento los ápices de caninos y molares primarios empiezan a resorberse.

De los diez a los doce años, existe una variación considerable en el orden de erupción de los caninos y premolares inferiores.

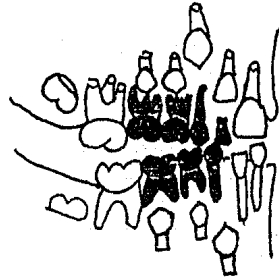
En el maxilar superior, el primer premolar casi siempre erupciona antes que el canino; este último y el segundo premolar hacen erupción casi al mismo tiempo. [fig. 1.5]

La erupción de los segundos molares, generalmente sucede después de la aparición de los segundos premolares, aunque en un 17% de los casos los segundos molares hacen erupción antes que los segundos premolares. En este caso, los primeros molares permanentes pueden inclinarse hacia mesial, retrasando aún más la erupción del segundo

fig. 1.4

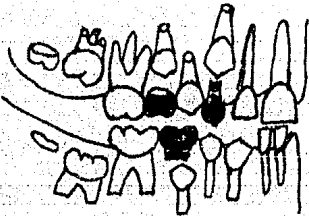


6 años.
(\pm 9 meses)

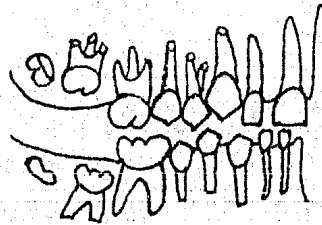


7 años.
(\pm 9 meses)

fig. 1.5



10 años.
(\pm 9 meses)



11 años.
(\pm meses)

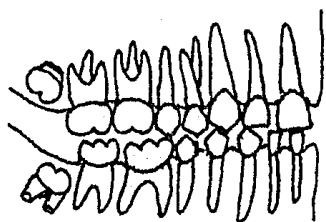
premolar permanente. Esta etapa de los 7 a 10 años es la etapa de dentición mixta.

Poco después de la erupción del segundo molar permanente, se encuentra el tercer molar ya en desarrollo.

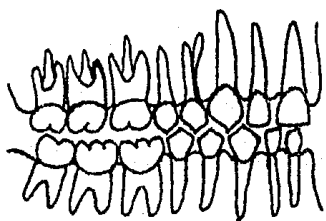
En el caso de los terceros molares ya sea en el hombre ó en la mujer, la erupción de estos es muy variable, y su salida hacia la cavidad bucal es mucho más variable cronológicamente hablando en el hombre que en la mujer, que alrededor de los 20 años de edad, en su mayoría, ya poseen sus terceros molares. [fig. 1.6]

Las raíces de todos los dientes permanentes habitualmente se completan cerrando su ápice unos meses después de lograr la oclusión en cada caso. En la tabla que muestra la figura 1.7 se puede observar la cronología de la erupción de la dentadura permanente.

fig. 1.6



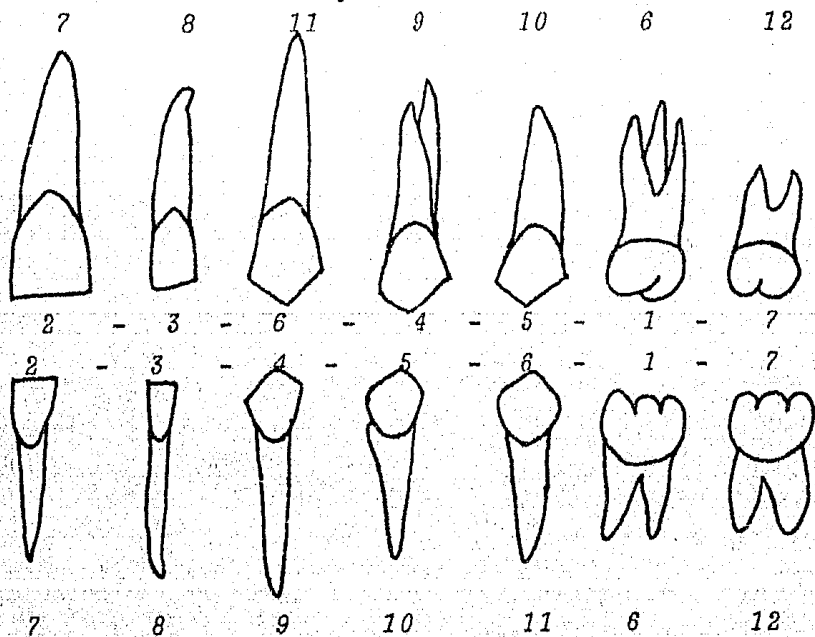
15 años.
(± 6 meses)



21 años.

fig. 1.7

Cronología de la erupción de la dentadura permanente.



C A P I T U L O I I

ETIOLOGIA DE MALOCLUSION.

CLASIFICACION DE FACTORES ETIOLOGICOS.

Según Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se pueden clasificar dentro de dos grandes grupos:

I) Factores Generales:

1. - Herencia'
2. - Defectos congénitos.
3. - Ambiente.
 - a) Prenatal. (Trauma, Dieta materna, Metabolismo materno, Varicela).
 - b) Posnatal. (Lesión en el nacimiento, Parálisis cerebral, lesión de la ATM, etc).
4. - Ambiente metabólico predisponente y enfermedades.
 - a) Desequilibrio endócrino.
 - b) Trastornos metabólicos.
 - c) Enfermedades infecciosas como poliomielitis.
5. - Problemas nutricionales.
6. - Hábitos de presión anormales y aberracio-

nes funcionales.

- a) Lactancia anormal.
 - b) Chuparse los dedos.
 - c) Hábitos de empuje lingual y chuparse la lengua.
 - d) Morderse el labio.
 - e) Hábitos anormales de deglución.
 - f) Defectos fonéticos.
 - g) Anomalías respiratorias.
 - h) Amígdalas y Adenoides.
 - i) Tics psicogénicos y Bruxismo.
- 7.- Postura.
- 8.- Trauma y accidentes.

III) Factores Locales:

- 1.- Anomalías de número
 - a) Dientes supernumerarios.
 - b) Dientes faltantes.
- 2.- Anomalías en el tamaño de los dientes.
- 3.- Anomalías en la forma de los dientes.
- 4.- Frenillo labial anormal.
- 5.- Pérdida prematura de Dientes.
- 6.- Retención prolongada de dientes.
- 7.- Erupción tardía de dientes permanentes.
- 8.- Vía de erupción anormal.
- 9.- Anquilosis.

10.- Caries dental.

11.- Restauraciones dentales inadecuadas.

FACTORES GENERALES.

HERENCIA: respecto al papel de la herencia en la etiología de la maloclusión, se puede dividir en cuatro partes que son:

A) Influencia racial hereditaria.

Las características dentales como las faciales, muestran influencia racial. En los grupos raciales homogéneos la frecuencia de maloclusión es baja. En ciertas poblaciones hay grupos relativamente puros genéticamente y la oclusión de esas personas pudiera llamarse normal; en cambio donde ha habido mezcla de razas la frecuencia de maloclusiones es mucho mayor.

B) Tipo facial hereditario.

Existen tres tipos generales: Braquicéfalo ó cabeza amplia y redonda, dolicocefalo ó cabeza larga y angosta, mesocéfalo que es una forma intermedia entre las anteriores.

Generalmente se encuentran caras con huesos anchos y arcadas dentarias anchas ó caras angostas y largas con arcadas correspondientes armónicamente, pero al ocurrir una mezcla de ca

racteres encontramos diferentes tipos de anomalías en la oclusión.

C) Influencia de la herencia en el patrón de crecimiento y desarrollo.

Junto con el patrón de crecimiento facial-transmitido individualmente, puede existir un gradiente de maduración básico.

La edad en que llega la pubertad junto con su crecimiento y desarrollo varía entre las diferentes razas y sexos, por ejemplo, se presenta a menor edad en las niñas que en los niños.

D) Características morfológicas hereditarias y dentofaciales específicas.

La herencia puede significar mucho al determinar las siguientes características:

- 1.- Tamaño de los dientes.
- 2.- Anchura y longitud de la arcada.
- 3.- Altura del paladar.
- 4.- Apiñamiento y espacios entre los dientes.
- 5.- Grado de sobremordida.
- 6.- Posición y conformación de la musculatura peribucal al tamaño y forma de la lengua.
- 7.- Características de los tejidos blandos.

El mismo patrón hereditario que determina esas características en un momento dado puede

también dar lugar a las siguientes condiciones:

- 1.- Anomalías congénitas.
- 2.- Asimetrías faciales.
- 3.- Micrognáthia y macrognáthia.
- 4.- Microdóncia y macrodóncia.
- 5.- Oligodóncia y Anodóncia.
- 6.- Variación en la forma de los dientes.
- 7.- Paladar y labio hendidos.
- 8.- Diastemas formados por frenillos.
- 9.- Sobremordidas profundas.
- 10.- Apiñamiento y giroversión de los dientes.
- 11.- Retrusión del maxilar superior.
- 12.- Prognatismo del maxilar inferior.

DEFECTOS CONGENITOS:

a) Labio y paladar hendidos: Estos defectos congénitos juntos ó separados se encuentran entre los más frecuentes en el hombre; aproximadamente la mitad de los niños con paladar y/ó labio hendido tienen antecedentes familiares de ésta anomalía. Para corregirla es necesario realizar un tratamiento quirúrgico que inevitablemente lleva a anomalías residuales qui-rúrgicas como son:

- mordida cruzada lingual del lado de la hendidura,
- premaxila desplazada hacia adelante ó en senu

tido lingual,

- incisivos superiores en malposición,
- anodóncia del incisivo lateral superior.

Para la corrección de estas anomalías es necesario mover segmentos óseos y no dientes.

- b) Parálisis cerebral: Es la falta de coordinación muscular atribuida a una lesión intracraneal. Los efectos de este trastorno neuromuscular pueden observarse en la integridad de la oclusión; existen grados diversos de función muscular anormal al masticar, deglutir respirar y hablar produciendo hábitos de presión anormal que trastornan el equilibrio necesario para el mantenimiento de la oclusión normal.
- c) Torticólis: Es la contracción del músculo esternocleidomastoideo, que puede provocar asimetrías faciales con maloclusión dentaria incorregible.
- d) Disostosis cleidocraneal: Es la falta de la clavícula ya sea unilateral ó bilateral, parcial ó total, acompañada de cierre tardío de las suturas del cráneo, retrusión del maxilar superior y protusión del inferior. Hay erupción tardía de los dientes permanentes y los dientes deciduos permanecen a veces hasta la

edad madura, las raíces de los dientes permanentes en ocasiones son cortas y delgadas.

e) Sífilis congénita: Se consideran característicos de esta enfermedad los dientes en forma anormal y malposición.

AMBIENTE:

a) Prenatal: La influencia prenatal en la maloclusión se refiere a la posición uterina, fibromas de la madre, lesiones amnióticas, dieta materna, anomalías inducidas por drogas, traumas y varicela.

b) Posnatal: Después del nacimiento, la plasticidad de los tejidos es tal que cualquier lesión es temporal, salvo en casos raros como cuando se ha lesionado la ATM en forma permanente durante el nacimiento como cuando es necesario el uso de forceps, pero esto es raro. Otra posibilidad, aunque no documentada, es la deformación del maxilar superior causada durante el parto. Pero aún más capaces de provocar maloclusiones son los accidentes que provocan lesiones sobre la dentición en desarrollo.

Las caídas que provocan fractura condilar pueden provocar asimetría facial marcada; el tejido de cicatrización de una quemadura, pue

de también provocar maloclusión.

AMBIENTE METABOLICO PREDISPONENTE Y ENFERMEDADES:

Se sabe que las fiebres exantémicas con frecuencia dejan marcas permanentes en las superficies dentarias, sin embargo, existen pruebas que indican que las enfermedades febriles pueden retrasar temporalmente el itinerario de erupción, -resorción y pérdida dentaria.

Algunas enfermedades endócrinas pueden ser la causa de alguna maloclusión. Las enfermedades con efectos paralizantes, como la poliomielitis son capaces de producir maloclusiones extrañas.

En pacientes con hipotiroidismo se encuentran con frecuencia dientes deciduos retenidos y dientes en malposición.

PROBLEMAS NUTRICIONALES:

Algunos trastornos nutricionales como el raquitismo, el escorbuto y beriberi, debidos a una dieta inadecuada, pueden provocar maloclusiones graves; con frecuencia, el problema principal es el trastorno del itinerario de erupción dentaria, que involucra pérdida prematura de los dientes, -retención prolongada, estado de salud inadecuado de los tejidos blandos y vías de erupción anorma

les.

HABITOS DE PRESION ANORMALES:

El hueso es un tejido que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él y es por ésto que los hábitos que aplican estas presiones se consideran como elementos causales de maloclusión. Este tipo de hábitos son:

- Hábitos bucales no compulsivos.- que son los que el niño adopta y abandona facilmente al madurar, desechando hábitos indeseables y formando ó adoptando hábitos nuevos y socialmente aceptables; un ejemplo de lo anterior se puede ver en personas que cuando son niños tienen el hábito de morder lápices ó chuparse el dedo y que al crecer abandonan éste hábito para adoptar el defumar que socialmente si es aceptado.

- Hábitos bucales compulsivos.- se consideran compulsivos a los hábitos bucales que han adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste recurre a su hábito como una válvula de escape ó de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven dificiles de soportar.

La etiología específica de cada hábito de estos-

son difíciles de aislar, pero algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, ó que el niño no recibía poco alimento en cada toma; también se acusa al sistema de alimentación por biberón y a que se puede haber producido demasiada tensión en el momento de la alimentación.

Además se acepta que, generalmente la inseguridad del niño, por falta de amor y ternura maternales, es algo muy importante en algunos casos.

A continuación se describen los Hábitos Bucales Infantiles más frecuentemente encontrados en el Consultorio Dental.

LACTANCIA ANORMAL:

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

En cambio la tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buxinador. De este modo, la --

acción de émbolo de la lengua, y el movimiento rítmico del maxilar inferior, es reducido; entonces el mamar se convierte en "chupar" ya que solo exige al niño que chupe, no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como al mamar, dando pie a problemas de oclusión posteriores.

SUCCION DE DEDOS:

Si se presta la atención debida a la lactancia, el hábito de Chuparse el dedo durante el -- primer año y medio de vida, se puede considerar normal, ya que desde el nacimiento el niño posee un mecanismo bién desarrollado para succionar, - esto forma parte de su adaptación al medio ambiente y desaparecerá al final del segundo año si no se le presta atención por parte de los padres; - ya que de lo contrario, el hábito puede prolongarse.

Si el hábito de chuparse el dedo se prolonga durante los tres primeros años de vida, el daño a la oclusión se limita al segmento anterior y - generalmente es temporal, solo reduce la sobremordida vertical, aumenta la sobremordida horizontal y crea espacios entre los incisivos superiores; - también puede existir un leve apiñamiento de los dientes anteriores inferiores ó malposición de -

Los mismos.

Después de la edad de cuatro años, los pacientes con hábito prolongado de chuparse el dedo, provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguran su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño.

En estos niños aumenta la deformación de la oclusión la sobremordida horizontal aumenta dificultando la deglución y durante ésta el labio inferior amortigua el lado lingual de los incisivos superiores desplazándolos aún más hacia adelante.

La maduración de la deglución se retarda en chupadedos y este puede ser un mecanismo deformante muy significativo. Esto lleva a cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de fuerzas musculares potentes creando una maloclusión franca como: mordida cruzada unilateral y bilateral.

HABITOS DE PRESION DE LABIO Y LENGUA:

La presión ejercida por labio y lengua frecuentemente está asociada con el hábito de chuparse el dedo; esto es porque al aumentar la sobremordida horizontal, al niño le es difícil cerrar los labios correctamente creando una presión --

anormal al deglutir, a ésto se agrega que el labio inferior se coloque detrás de los incisivos superiores desplazándolos hacia adelante y arriba al presionar sobre sus caras linguales.

Esto también ocurre en los niños con el hábito de chuparse ó morderse el labio inferior ó con el hábito de chuparse la lengua proyectándola hacia adelante, ya que éstos hábitos también ejercen una grán fuerza deformante.

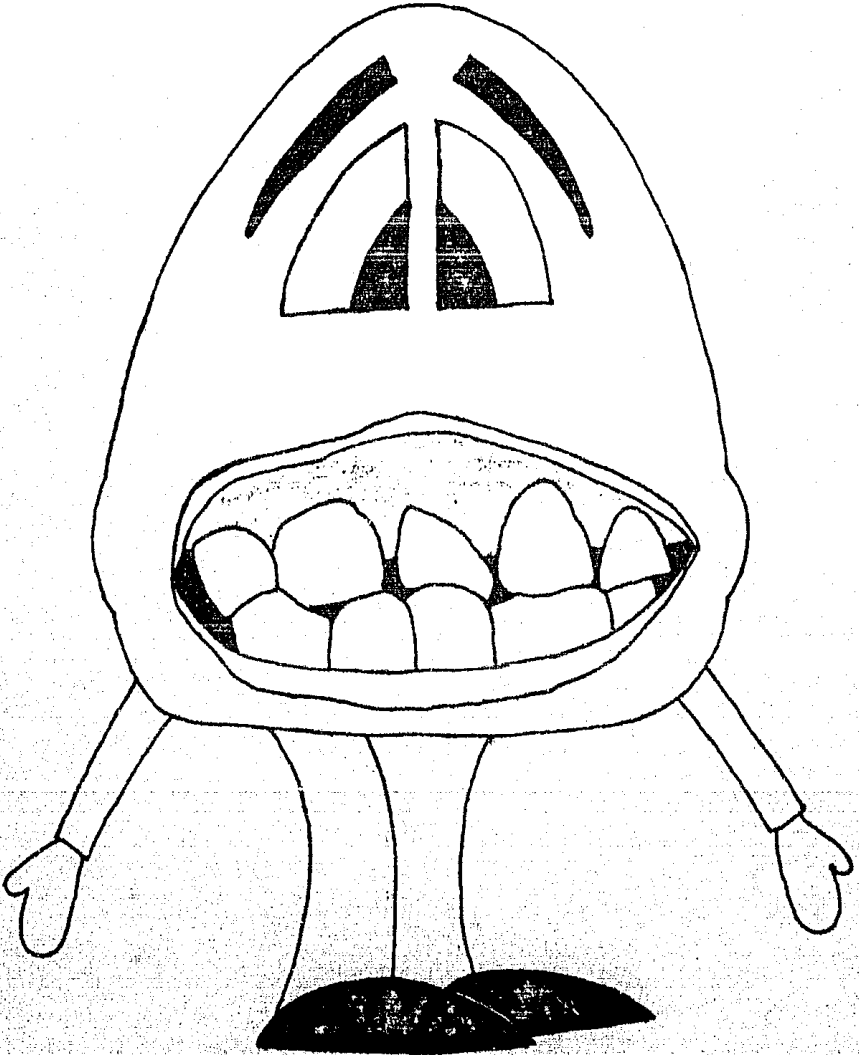
Generalmente la deformación consiste en una mordida cruzada bilateral con desplazamiento del maxilar inferior por conveniencia lateralmente bajo la influencia de los dientes. El resultado final frecuentemente es la mordida abierta permanente, maloclusión y patología de los tejidos de soporte de los dientes.

BRUXISMO:

El bruxismo como el rechinar rítmico de los dientes durante el sueño, resultado de la contracción de los músculos masticadores, puede ser el causante de una maloclusión por desgaste debido a factores psicogénicos; pero también puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. [fig. 2.1]

fig. 2.1

BRUXISMO.



POSTURA:

La mala postura como es que el mentón descansa sobre el pecho puede acentuar una maloclusión, pero no provocarla.

TRAUMA Y ACCIDENTES:

Generalmente los accidentes traumáticos en la dentadura decidua causan desviación del diente provocando una resorción anormal de la raíz, desviando a su sucesor permanente.

FACTORES LOCALES.

ANOMALIAS EN EL NUMERO DE LOS DIENTES:

a) Dientes supernumerarios:

Pueden formarse antes del nacimiento ó hasta los 10 ó 12 años de edad y aparecer en cualquier parte de la boca, aunque los más frecuentes son los mesiodents. Pueden apuntar en cualquier dirección y tener forma cónica ó estar bastante bien formados. Este tipo de dientes puede provocar desviación ó falta de algunos dientes permanentes y algunas veces retenerlos.

b) Dientes faltantes:

La falta congénita de dientes es más frecuente en la dentadura permanente que en la decidua. Si hay anodoncia de algún diente permanente, el

deciduo debe tratar de conservarse el mayor tiempo posible, si éste se pierde, la conservación del espacio será innecesaria, salvo que sirva como factor incitante para algún hábito de lengua, ó si hay tendencia al apiñamiento. En este último caso será necesario consultar al Ortodoncista.

ANOMALIAS EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES:

El tamaño de los dientes es determinado por la herencia. Generalmente los dientes grandes provocan apiñamiento más que los dientes chicos dando como resultado una maloclusión, ya sea por apiñamiento en caso de dientes grandes ó por diastemas cuando son dientes chicos.

ANOMALIAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES:

La anomalía de este tipo más frecuente es la lateral en forma de clavo y de tamaño pequeño ó la variación de forma de los centrales superiores, que algunas veces tienen un cingulo muy pronunciado y bordes marginales amplios, lo que hace que los dientes se desplacen hacia labial y alterar la mordida tanto horizontal como vertical.

La amelogénesis imperfecta ó hipoplásia, geminación, odontomas, fuciones y aberraciones sifiliticas congénitas, también son anomalías de

forma.

FRENILLO LABIAL ANORMAL:

El frenillo labial anormal se encuentra asociado con el diastéma, pero no siempre es provocado éste por un frenillo fibroso; por lo que es necesario realizar un cuidadoso examen antes de decidir cualquier tratamiento.

Frecuentemente el diastéma se cierra por sí solo al erupcionar los caninos, sin embargo, si entre los 10 y 12 años de edad, al levantar el labio se produce isquemia de los tejidos en dirección lingual a los incisivos centrales superiores, entonces es un frenillo patológico.

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES:

Cuando hay pérdida prematura de los dientes deciduos porque exista falta general de espacio en las arcadas y esta pérdida sea natural, accidental ó por extracción prematura, puede ser benéfico para el paciente si se controla el tiempo de erupción de cada diente permanente; pero si algún diente deciduo es exfoliado prematuramente por cualquier causa y no existía una oclusión normal de los dientes permanentes y deciduos, si se trata de una dentición mixta, y no hay ninguna -

anormalidad en la longitud de la arcada, debe conservarse ese espacio para asegurar la erupción normal de los dientes permanentes que faltan por erupcionar, sin que ningún otro diente deciduo ó permanente se incline sobre ese espacio y no permita la erupción del diente que aún se haya incluido.

Cuando la pérdida prematura se lleva a cabo en algún diente permanente, ya sea por caries, trauma ó negligencia, los problemas de maloclusión que acarrea, pueden ir desde un acortamiento de la arcada del lado de la pérdida, inclinación de los dientes contiguos, hasta la sobreerupción de los dientes antagonistas y problemas periodontales más tarde.

RETENCION PROLONGADA:

Si las raíces de los dientes deciduos no son rasorbidas a tiempo y en forma adecuada, sus sucesores permanentes no hacen erupción ó se desvían a una malposición. También se encuentra un patrón de desarrollo tardío en pacientes con hipotiroidismo ó con antecedentes de este. Otro factor que altera el patrón de desarrollo y erupción de la dentadura es el uso de fármacos (corticoides y cortisona).

ERUPCION TARDIA DE DIENTES PERMANENTES:

La erupción de los dientes permanentes puede ser retrasada por varios factores como:

- presencia de barreras de tejido óseo al haber-pérdida prematura de dientes deciduos,
- hipotiroidismo,
- retención prolongada de dientes deciduos ó sus raíces,
- obstrucción mecánica por dientes inclinados ó por aparatos ortodónticos.

VIA ERUPTIVA ANORMAL:

Los factores que pueden provocar una vía eruptiva anormal de los dientes permanentes son:

- existencia de un patrón hereditario de apiñamiento y falta de espacio,
- barreras físicas que los desvían como: dientes supernumerarios, raíces deciduas, fragmentos de raíz y barreras óseas,
- traumatismos,
- interferencias mecánicas por tratamiento de ortodoncia,
- quistes,
- también puede haber vías de erupción anormales de origen idiopático.

ANQUILOSIS:

Se puede encontrar más frecuentemente entre los seis y doce años de edad, los dientes están pegados al hueso circundante como resultado de algún traumatismo, en ciertos casos, en éste hay una erupción anormal del diente, ya que si es de ciduo el que se encuentra anquilosado, el permanente no erupciona; si es el permanente el que presenta el problema, no hará erupción y puede ser atrapado por los tejidos y dientes vecinos.

CARIES DENTAL:

Como factor local de maloclusión puede tener resultados aparatosos si no se le atiende a tiempo y en forma correcta, ya que puede conducir a la pérdida prematura de dientes deciduos o permanentes, acarreando con ello las consecuencias que ya se mencionaron en el inciso de pérdida prematura de dientes.

RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS:

Entre éste tipo de factores locales de maloclusión se encuentran:

- Contactos proximales muy apretados o demasiado abiertos.
- Restauraciones temporales mal colocadas (altas

o apretadas en proximal).

- Falta de detalles anatómicos en las restauraciones que provoquen contactos funcionales prematuros.

Todo esto puede provocar el aumento de la longitud de la arcada al presionar en proximal un diente contra otro, así como el desplazamiento del maxilar superior por conveniencia al alterar los contactos funcionales normales en la oclusión.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

Debido a que los mantenedores de espacio, - en algunos casos, pueden ser utilizados como instrumentos para evitar la creación de algún hábito nocivo ó para corregirlo; es necesario conocer - tanto su clasificación como sus características, ventajas y desventajas, para poder aplicarlos en caso necesario.

Los mantenedores de espacio se pueden clasificar de varias formas:

1.- Según su colocación en:

- a) Fijos.
- b) Removibles.
- c) Semifijos.

2.- Por su función:

- a) Activos (si se pretende hacer algún movi - miento dental).
- b) Pasivos.
- c) Funcionales (si el paciente puede morder - sobre el aparato)
- d) No funcionales.

3.- Por su confección y material en:

- a) Con bandas ó sin ellas.

b) De acrílico.

c) De metal.

4.- Ciertas combinaciones de las clasificaciones anteriores.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO:

- Cuando uno ó varios dientes se han perdido antes de tiempo y no hay evidencia de que el sucesor haga erupción pronto para evitar el cierre del arco.
- Cuando se ha perdido determinada cantidad de espacio.
- Cuando hay pérdida prematura de algún primer molar permanente y el segundo molar ya ha hecho erupción.
- Cuando se quieren soportar los dientes para un buen anclaje de un tratamiento de ortodoncia posterior.
- Para evitar algún hábito pernicioso por la existencia de espacios vacíos.

Todas estas indicaciones son con la finalidad de evitar maloclusiones posteriores.

CONTRAINDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO:

- Cuando el paciente no coopere en absoluto y tienda a desplazar el aparato si este es removible.
- En ausencia congénita de laterales y primeros molares permanentes (dependiendo del caso).

Mantenedores de espacio removibles:

Ventajas:

- 1.- Es fácil de limpiar.
- 2.- Permite la fácil limpieza de las piezas so porte.
- 3.- Mantiene ó restaura la dimensión vertical.
- 4.- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- 5.- Puede ser llevado solo parte del tiempo - permintiendo la circulación sanguínea a los tejidos blandos.
- 6.- Puede construirse en forma estética.
- 7.- Facilita la masticación y el habla.
- 8.- Ayuda a mantener la lengua en sus límites.
- 9.- Estimula la erupción de las piezas permanen tes.
- 10.- No es necesaria la construcción de bandas.
- 11.- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales.
- 12.- Puede hacerse lugar para permitir la erup-

ción de otros dientes sin necesidad de construir un aparato nuevo.

Desventajas:

- 1.- Puede perderse fácilmente.
- 2.- El paciente puede decidir no usarlo.
- 3.- Puede romperse.
- 4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula, si se incorporan grapas.
- 5.- Puede irritar los tejidos blandos.

Generalmente este tipo de mantenedores de espacio son más estéticos que los fijos y son más sencillos de fabricar; estos aparatos, en ocasiones se convierten en dentaduras parciales removibles, que exigen el mismo grado de precisión, cuidado y terminado que las prótesis en adultos.

Mantenedores de espacio fijos:

Ventajas:

- 1.- El paciente no se lo puede quitar a su antojo.
- 2.- Dura el tiempo que el Odontólogo desee en la boca.
- 3.- Es más fácil de limpiar a nivel de los so-
portes.
- 4.- El paciente se adapta más fácilmente al fi-
jo que al removible.

Desventajas:

- 1.- Puede facilitar la producción de caries en los dientes pilares si no se ajusta adecuadamente.
- 2.- Se pueden lastimar los tejidos blandos.
- 3.- Puede alterarse el patrón de la oclusión si se dejan puntos de contacto prematuros.

Mantenedores de espacio funcionales:

Características:

- a) Debe ser diseñado imitando la fisiología normal tanto de los tejidos blandos como de los dientes.
- b) Debe conservarse una dimensión mesiodistal- constante.
- c) Debe impedir la aplicación de fuerzas excesivas en los dientes de soporte.
- d) No tienen que interferir con la oclusión normal, sino que contribuir a mantenerla y evitar así que se fracture el aparato.

Mantenedores de espacio no funcionales:

Características:

- a) No reproduce la fisiología de los dientes ausentes, en su lugar se coloca una barra intermedia ó una malla ajustada al contorno

de los tejidos.

b) El diseño deberá permitir que el diente que posteriormente hará erupción lo haga entre los brazos del mantenedor.

Cualquiera que sea el mantenedor de espacio elegido para cada caso debe cumplir con los siguientes requerimientos:

- Tendrá que mantener la dimensión mesiodistal del diente perdido prematuramente.
- Si es posible, que sea funcional con el fin de evitar la sobreerupción de los dientes antagonistas.
- Que sea sencillo y resistente.
- No pondrá en peligro a los dientes restantes por la aplicación de fuerzas intolerables sobre los mismos.
- Tendrá que ser de fácil limpieza y no retener restos alimenticios que puedan provocar caries y enfermar los tejidos blandos circundantes.

C A P I T U L O I V

CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

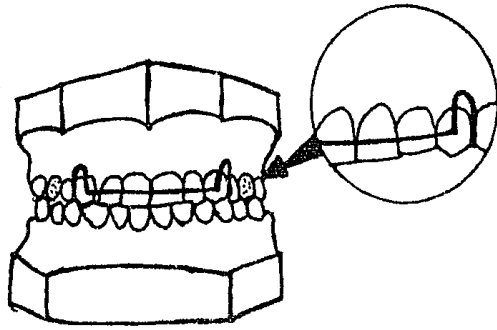
MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES:

La construcción de mantenedores de espacio de este tipo es más sencilla que la de los fijos y de costo menor, lo que los hace más accesibles para los pacientes.

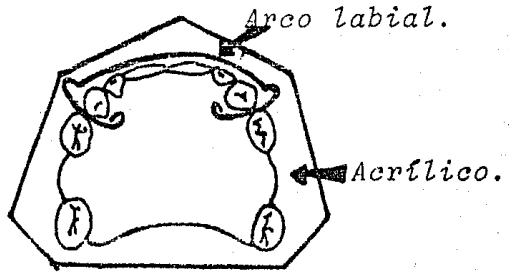
Amenudo el único hilo metálico incluido en estos instrumentos es solo un arco labial que ayuda, entre otras cosas, a retener el instrumento en la boca; generalmente no es necesario colocarlo en el maxilar inferior, aunque si es necesario no está contraindicado. Como se utiliza para lograr la retención del aparato, el alambre deberá estar colocado a nivel gingival sin tocar las papilas interdentes; para pasarlo de labial a lingual, se puede hacer através del intersticio oclusal entre el lateral y el canino ó en distal del canino, siempre evitando interreferencias oclusales.

Debe utilizarse un hilo metálico que no se deforme tan facilmente como es el de níquel y cromo de 0.8 a 0.68 mm. [fig. 4.1]

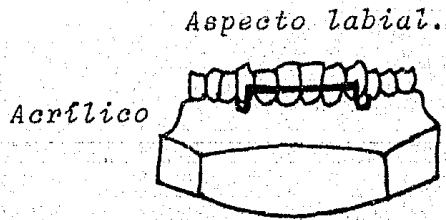
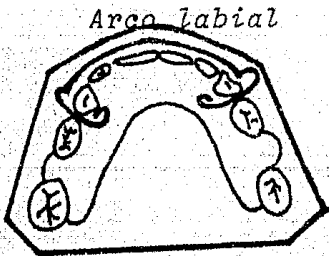
fig. 4.1



Superior.



Inferior.



Simple retención de espacio superior e inferior.

También se pueden utilizar los espolones - interproximales para lograr mayor retención cuando el paciente tiende a sacar de su lugar el aparato con el juego constante de su lengua. [fig. - 4.2]

Otro aditamento que se puede utilizar en los mantenedores de espacio removibles para darles-- retención, son las grapas simples ó de tipo Crozat, estas últimas se utilizan muy poco y son - superretentivas. Las simples pueden ser inter - proximales ó envolventes; las primeras cruzan so bre el intersticio interproximal desde el acrili co lingual y terminan en un rizo en el intersti - cio bucal; las grapas envolventes deben seguir - el contorno de la pieza dentaria y terminar en - la superficie mesio-bucal de esta. [fig. 4.3]

El rizo se puede utilizar también solo, no necesariamente con la grapa. [fig. 4.4]

Si el paciente no coopera en absoluto para llevar el aparato removible y no se puede sustituir por uno fijo, pueden usarse bandas de ortodoncia como partes del instrumento, ya que proporcionan mayor retención.

fig. 4.2

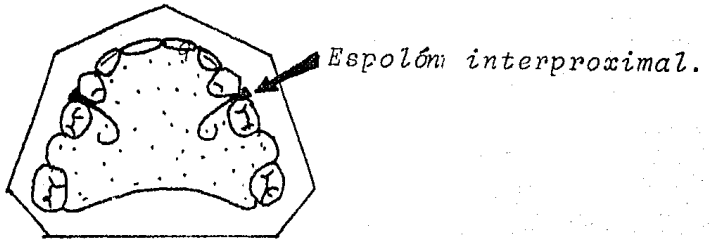


fig. 4.3

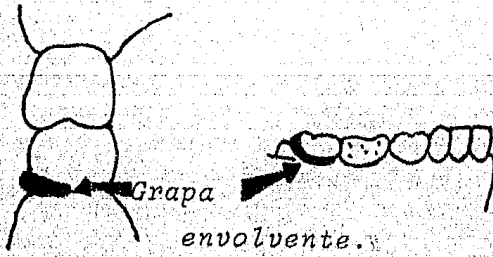
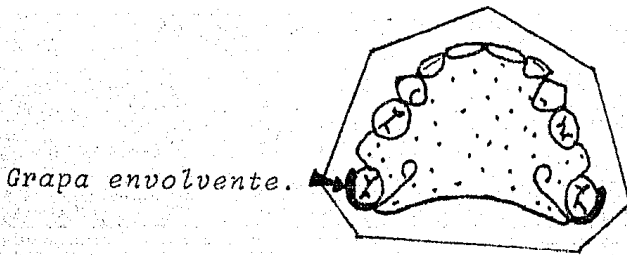
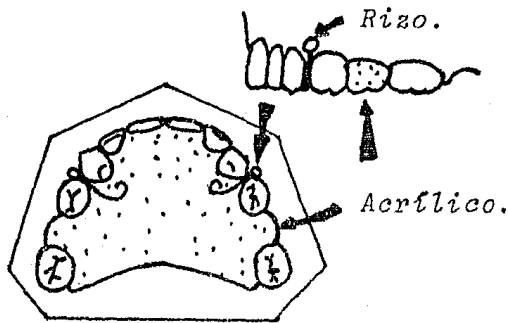


fig. 4.4



Cuando hay pérdida prematura de molares primarios, a ambas piezas de cada lado del espacio-desdentado se le colocan bandas y se les puede soldar una barra entre ellas ó puede usarse una combinación de banda y rizo.

Para utilizar las bandas de ortodoncia en los mantenedores de espacio removibles, se debe tomar una impresión con las bandas adaptadas y colocadas en su lugar, después se fijan en la impresión ayudándonos con una grapa para papel, con el fin de que no se muevan al correr la impresión en yeso, una vez fraguado se procede a la fabricación del aparato.

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS:

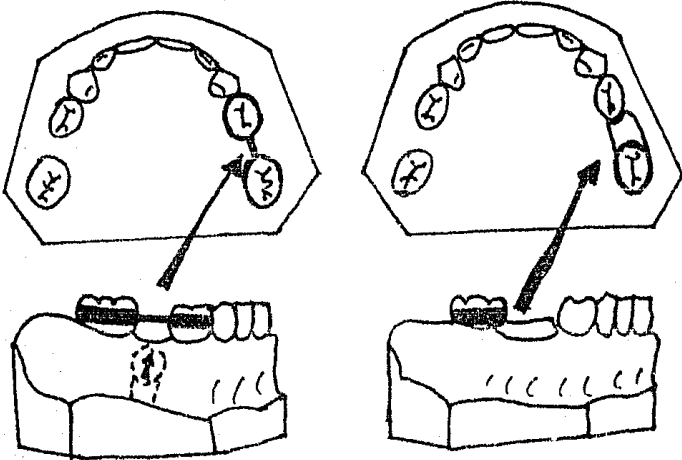
En general los mantenedores de espacio fijos se fabrican con los mismos componentes, solamente varía la forma da cada uno según sean los requerimientos, y el tamaño y el material dependen del caso y el segmento en el que se necesite; pueden ser funcionales, no funcionales, activos-ó pasivos.

Para limitar el tiempo necesario en el síllón dental, se toma una impresión de la boca del paciente y se corre en yeso, después se procede a fabricar el aparato sobre el modelo de yeso.

Siempre se van a utilizar para este tipo de aparatos, bandas de ortodoncia ó, de preferencia, coronas de acero inoxidable prefabricadas adecuadas a la forma y tamaño de la pieza que va a servir de soporte; se recorta en el modelo de yeso la porción gingival de esa pieza 2mm. aproximadamente imaginando el contorno del diente bajo el tejido gingival; se ajusta perfectamente la corona a nivel gingival recortándola, abombándola y contorneando sus bordes; se debe checar que no queden puntos prematuros de contacto en la oclu-

sión. [figs. 4.5 y 4.6]

fig. 4.5



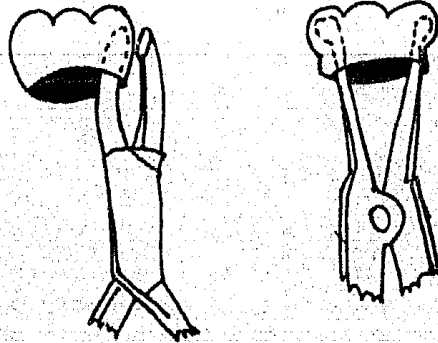
BANDA Y BARRA

BANDA Y RIZO

Mantenedores de espacio que emplean bandas.

Fig. 4.6

Coronas de acero inoxidable.



Sobre las coronas se podrán soldar los aditamentos necesarios para el aparato deseado con pasta para soldar de flúor y soldadura de plata.

Los aditamentos a los que me refiero son: - tubos de media caña, resortes y alambres como barras intermedias ó rizos.

Por ejemplo, para conservar el espacio del primer molar decíduo, se puede colocar una corona de acero en el segundo molar decíduo y a ésta soldarle un rizo de alambre que deberá ir bien uadaptado a la mucosa y hacer contacto con el canino decíduo sin aplicar fuerza para moverlo.

En ocasiones puede ser necesario utilizar - un arco lingual fijo, en estos casos, se hace - una impresión del paciente que se corre en yeso - y ahí se preparan los molares que van a servir - de soporte para ajustarles las coronas como describí anteriormente ó si se prefiere colocar bandas de ortodoncia. Después se ajusta un arco de alambre de níquel y cromo ó de acero inoxidable de 0.036 a 0.040 plg. al modelo orientándolo -- hacia el aspecto lingual del sitio en que se puede prever la erupción de los dientes aún incluidos. La porción en forma de "U" debe descansar -

sobre los cingulos de cada incisivo inferior; al final se pule y se coloca en la boca del paciente adiestrandolo para su uso. [fig. 4.7]

Si se necesita de un mantenedor de espacio-fijo no funcional activo, puede utilizarse el mantenedor de espacio de Mayne. Este se fabrica ajustando una banda al diente soporte, se fija en la impresión con una grapa para papel y modelina como se mencionó antes y se corre en yeso, una vez fraguado, se saca el modelo y en la cara vestibular de la banda se suelda un alambre de 0.036 plg., se lleva hacia la superficie disto-vestibular de la otra pieza adyacente al espacio desdentado y ahí se dobla en sentido lingual rodeando la cara distal de esta pieza; al terminar esta cara, se corta el alambre y se pule, éste alambre puede ser doblado para desplazar al diente en sentido mesial y recuperar el espacio que se ha perdido. [fig. 4.8]

Otro mantenedor de espacio muy utilizado cuando hay pérdida prematura del segundo molar deciduo es el de Banda y espolón distal; que como su nombre indica consta de una banda de ortodoncia ajustada al primer molar deciduo que lleva

fig. 4.7

ARCO LINGUAL FIJO.

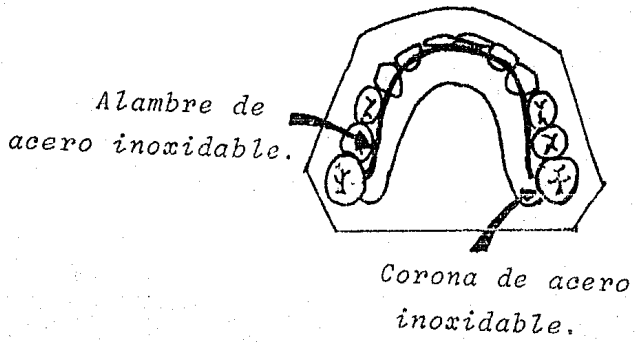
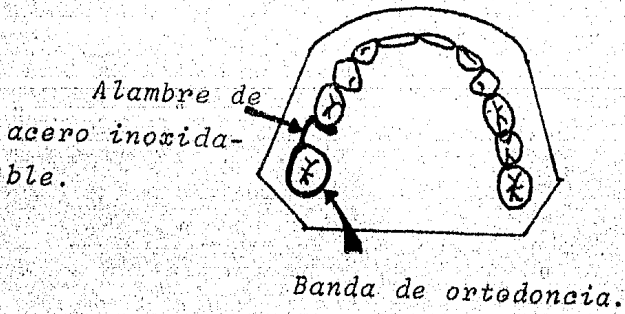


fig. 4.8

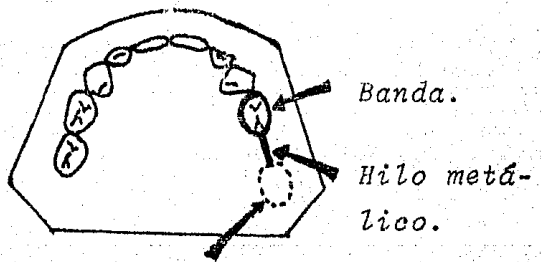
MANTENEDOR DE ESPACIO DE MAYNE.



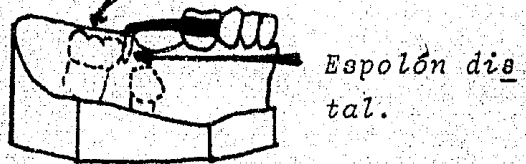
soldado un espolón en su cara distal; esto es un alambre que va desde la cara distal de la banda en dirección recta hacia atrás hasta el punto donde, auxiliados por una radiografía, se localiza la cara mesial del primer molar permanente aún - incluido; en este punto se dobla el alambre hacia la encía calculando que penetre en ella unos milímetros, los suficientes para que toque la cara mesial del primer molar permanente y así guíe su erupción sin inclinarse hacia el espacio desdentado; finalmente se afila el espolón, se pule y se cementa en la boca del paciente. [fig. 1.9]

fig. 4.9

MANTENEDOR DE ESPACIO DE BANDA Y ESPOLÓN DISTAL.



Posición del primer molar.



C A P I T U L O V

INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA
ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.

Los hábitos bucales infantiles son hábitos nocivos que se consideran como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares in maduros y sumamente maleables así como de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas dentales.

La mayoría de los instrumentos intrabucales utilizados para eliminar hábitos nocivos de cualquier tipo al ser colocados en la boca de un niño, son considerados por éste como un castigo, que puede provocar trastornos emocionales peores que cualquier movimiento dental que el hábito pueda producir y más difícil aún de curar.

Por lo anterior, es necesario contar con la aprobación del niño para que coopere y estar de acuerdo con los padres de él para que la colocación de estos aparatos no sea nociva para la conducta y mentalidad del niño y asegure el éxito del tratamiento, al no ser considerado como castigo sino como ayuda para el niño; esto se puede

lograr mediante el convencimiento amable y amistoso de parte del Odontólogo y de los padres hacia el niño.

Existen varios tipos de instrumentos para eliminar hábitos bucales nocivos y se clasifican en: fijos y removibles.

Siempre que se vaya a construir uno de estos aparatos, se debe elegir el más apropiado de acuerdo a la edad del paciente, su dentadura y a su hábito bucal, ya que en niños menores de 6 años, puede ser que no acepten bien los aparatos-removibles desplazándolos a su antojo, entonces será mejor colocar uno fijo; en cambio, en niños que tienen entre 8 y 9 años de edad, un instrumento fijo puede causarles la sensación de ser castigados, en éste caso se puede hablar con el niño y una vez que él acepte, se le podrá colocar un aparato removible estableciendo con él un acuerdo sobre el tiempo que deberá llevarlo puesto y que no podrá retirarlo cuando él desee, además se le deberán enseñar los cuidados que tendrá que proporcionarle.

APARATOS PARA HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS:

- Trampa con asa y espolones fija:

Este instrumento sirve para reeducar al niño con hábito de chuparse los dedos; consta de dos coronas de acero inoxidable que se adaptan a los segundos molares deciduos ó a los primeros molares permanentes dependiendo de la edad y del tiempo que vaya a durar el aparato en la boca de el paciente, se fabrica una barra base central de alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo de 0.040 plg. que vaya desde una de las coronas a nivel gingival en dirección recta hasta el nicho entre el primer molar deciduo y el canino-deciduo del mismo lado sin seguir el contorno del paladar para reducir la succión; en ese punto se hace un doblés que haga llegar el alambre hasta el nicho del canino y primer molar opuesto, nuevamente se hace otro doblés para llevar el alambre a nivel gingival y en dirección recta posterior hasta la corona del segundo molar deciduo de ese lado ó del primer molar permanente según sea el caso.

Enseguida se construye del mismo alambre una "U" que junto con un espolón palatino medio se sueldan a la barra base en el centro de ésta y los tres espolones se doblan hacia el paladar.

Después se suelda el aparato central a las coronas ó bandas si se prefiere utilizar éstas - últimas.

Se alisan los espolones y se pule el aparato. Entonces se coloca en la boca y se cementa.

Para retirarlo, se quitan primero los espolones, después el asa y finalmente la barra base con las coronas ó bandas. Esto último se hace 5- ó 6 meses después de haber cementado el aparato. [fig. 5.1]

- Trampa con punzón removible:

Es un aparato removible muy útil para eliminar el hábito de succión de dedos, tiene un "recordatorio" afilado de alambre, montado en un paladar de acrílico con suficiente retención ó combinado con ganchos adicionales y una barra vestibular. Además de que desalienta el hábito, lo vuelve desagradable para el niño.

- Trampa de rastrillo:

Es otro aparato de tipo removible que sirve, además de corregir el hábito de chuparse los dedos, para eliminar el hábito de empuje lingual y

fig. 5.1

TRAMPA CON ASA Y ESPOLONES FIJA.

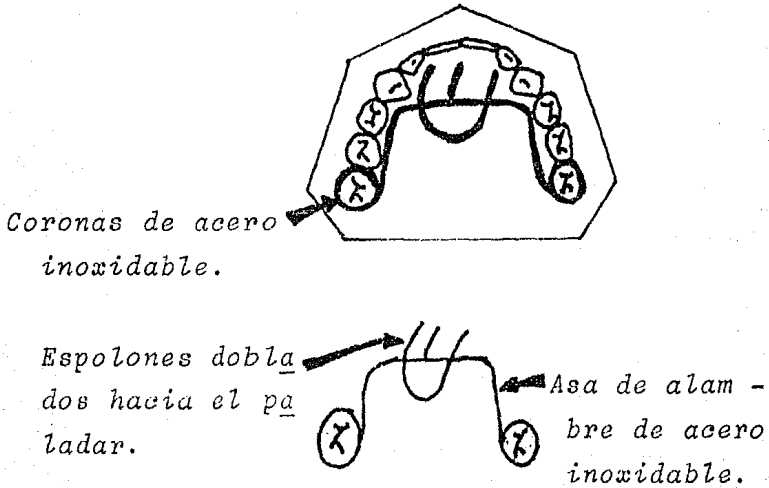
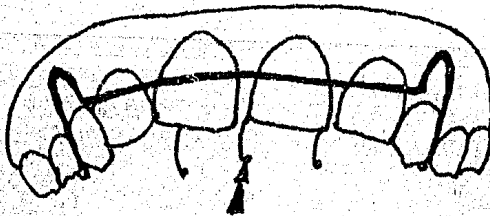


fig. 5.2

TRAMPA DE RASTRILLO REMOVIBLE.



el de deglución defectuosa.

Este instrumento, más que un "recordatorio" es un castigo verdaderamente, que consta de púas ó espolones romos que se proyectan del retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina, y que castigan al paciente cada vez que éste se entrega a su hábito. [fig. 5.2]

APARATOS PARA HABITO DE EMPUJE LINGUAL:

Además de la trampa de rastrillo que se mencionó anteriormente, existen:

- Criba lingual y Criba lingual modificada:

Son aparatos fijos que sirven para eliminar la proyección lingual enérgica ya sea en sentido anterior ó lateral; además funciona como émbolo durante la deglución forzando en ese momento a la lengua para que se aproxime a la bóveda palatina y haga contacto con las arrugas palatinas, de éste modo no se introduce la lengua en el espacio interincisal evitando así la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

Para su construcción se seleccionan coronas

de acero inoxidable para los segundos molares deciduos ó para los primeros molares permanentes, - ó si se prefiere se pueden construirse bandas para cualesquiera de estos molares; enseguida se adaptan sobre un modelo de yeso previamente elaborado y preparado. Después, con alambre de níquel y cromo ó de acero inoxidable, se hace un arco en "U" que va desde un extremo del modelo al nivel de la pieza de soporte hacia adelante hasta los caninos al nivel del margen gingival, haciendo contacto con las superficies más prominentes de los molares deciduos por su lado palatino, de este punto se dobla el alambre en "U" hacia el canino opuesto pasando por debajo del margen gingival de los incisivos superiores, de ahí se vuelve a doblar para llevar el alambre hacia atrás en línea recta tocando las superficies palatinas más prominentes de los molares deciduos a nivel del margen gingival hasta la corona de la pieza-soporte de ese lado.

Esta barra base debe asumir la posición pasiva, ya que solo servirá para sostener la criba que se fabricará del mismo alambre; ésta se hace soldando un extremo del alambre a la barra base a nivel del canino y desde este punto en adelante se harán varios dobleces hacia abajo y arriba

en forma de "V" de manera que se extiendan en -- dirección vertical hacia atrás de los cingulos - de los incisivos inferiores al poner los modelos en oclusión; los dobleces que forman la criba de berán ser tantos como sean necesarios para poder llegar al canino opuesto y ahí soldar el otro ex tremo del alambre sobre la barra base.

Este alambre se coloca en el modelo de yeso y se suelda a las coronas metálicas ó a las bandas según sea el caso, después se limpia y se pu le, finalmente se cementa en la boca del paciente.

Dependiendo de la gravedad del caso, serán necesarios de 4 a 9 meses para eliminarlo. Cuando esto haya sucedido el aparato deberá retirarse gradualmente.

Cuando el hábito de proyección lingual es - hacia los segmentos posteriores, provocando in - fraoclusión de los segmentos superiores e infe - riores y consecuentemente problemas funcionales - y del habla, se puede utilizar una criba lingual modificada que se fabrica de igual forma que la que se mencionó anteriormente pero en éste caso - colocando la criba en el sitio necesario para -

contener la proyección de la lengua. [fig. 5.3]

- Trampa con puas vertical:

Es un instrumento removible similar a la Trampa de rastrillo descrito anteriormente para el hábito de succión de dedos; excepto que en este aparato, las puas palatinas están en posición vertical hasta llegar al nivel de los cingulos de los dientes anteriores inferiores para contener la lengua y evitar así el empuje lingual.

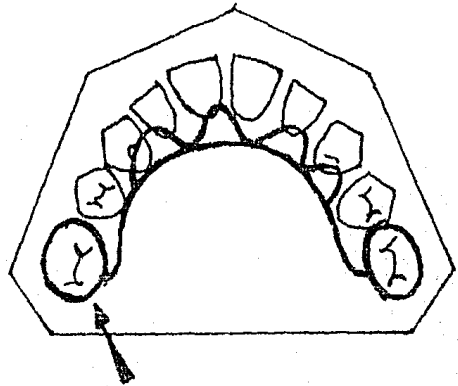
Las puas deben ser romas y perfectamente pulidas para evitar la irritación de la lengua.

Existe un aparato que también tiene puas y que sirve para eliminar el hábito de empuje lingual, y que es muy parecido a la Trampa con puas vertical, pero este otro aparato es inferior y fijo.

Consta de una armazón compuesta por dos coronas metálicas colocadas en los caninos inferiores de las cuales se sostiene una barra base que a la vez soporta tres puas romas que tienen una curvatura ligera hacia lingual haciendo las veces de una "jaula" que impide que la lengua se proyecte hacia adelante. La desventaja de este apa-

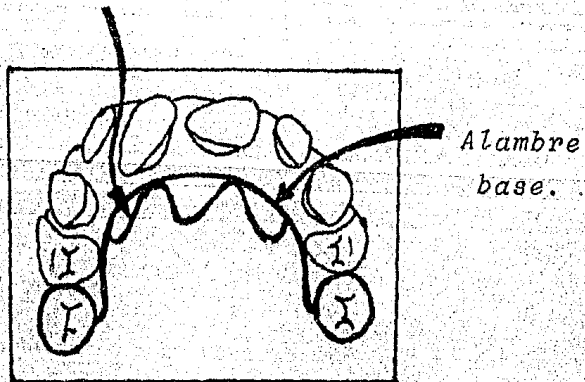
fig. 5.3

CRIBA LINGUAL



Corona de acero inoxidable.

Criba de alambre.



rato es que si es muy tosco ó si el paciente no logra adaptarse a él, puede haber problemas de lenguaje y de deglución.

APARATOS PARA HABITOS DE MORDEDURA Y SUCCION LABIAL.

- Presionador para Labio:

El presionador para labio es un aparato fijo que por lo tanto utiliza coronas de acero -- inoxidable ó bandas metálicas de ortodoncia, que se ajustan y se colocan en un modelo de yeso previamente elaborado sobre los molares deseados, a continuación se adapta un alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo de 0.040 plg., se suelda uno de sus extremos sobre la corona del diente soporte y se le lleva de atrás hacia adelante tocando las superficies más prominentes de los molares deciduos inferiores hasta el nicho entre el primer molar deciduo y el canino deciduo ó canino y lateral deciduos, según sea el tamaño del espacio interproximal que permita cruzar de lingual a labial el alambre base y de ahí doblarlo hacia gingival lo suficiente como para que al hacer oclusión, éste no interfiera con ella al

tocar las caras linguales de los incisivos superiores; de este punto se lleva el alambre haciendo un arco que siga la forma del contorno de los incisivos pero separado de estos 2 ó 3 mm. hasta llegar al nicho entre canino y lateral ó canino y primer molar deciduos del lado opuesto, se vuelve a cruzar el alambre pero de labial a lingual y de ahí se lleva hasta la corona del diente soporte tocando las superficies linguales más prominentes de los molares deciduos a nivel gingival, en ese punto se suelda el otro extremo del alambre en la corona ó banda.

Enseguida, con otro tramo de alambre, se hace otra barra que se suelda en uno de sus extremos sobre el nicho por el que cruzó la barra base y se lleva gingivalmente 6 u 8 mm., se dobla y le da forma cruzando la enca de los incisivos inferiores paralelo a la barra base; al llegar a la zona del nicho opuesto se dobla y se suelda en el punto en que toca al alambre base.

Después se pule y al modelo de yeso se le cubre con papel de estaño en la zona de los incisivos, se coloca encima el aparato y se le poneacrílico endotérmico cubriendo la parte vestibular.

lar de la armazón de alambre para engrosarla, -- una vez que ha polimerizado, se pule perfectamente el acrílico para evitar la irritación de la mucosa labial cuando el paciente intente practicar su hábito impidiendo que el labio pueda llegar hasta el sitio en que pueda ser atrapado por los dientes ó succionado.

Una vez terminado, se cementa en la boca del paciente asegurándose de que no interfiera con la oclusión normal. Al cabo de 3 ó 6 meses cuando ya se ha eliminado el hábito se retira el aparato gradualmente. [fig. 5.4]

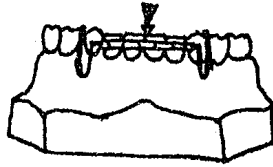
- Pantalla bucal:

Con este aparato se bloquea el paso del -- aire por la boca obligando al niño a respirar -- por la nariz al mismo tiempo que impide que se pueda atrapar el labio ya sea para morderlo ó para succionarlo y evita el empuje del frenillo labial por hábito; pero antes de decidir utilizarlo el Odontólogo se debe asegurar de que el conducto nasifaríngeo esté lo suficientemente abierto como para que pase el aire através de éste.

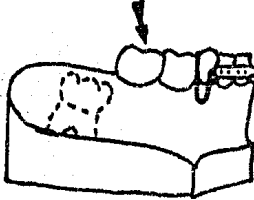
Este aparato conciste en un escudo de acrí-

fig. 5.4

PRESIONADOR PARA LABIO.



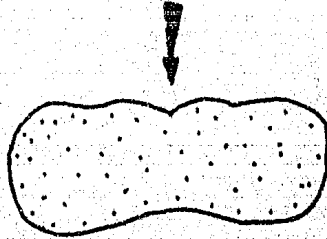
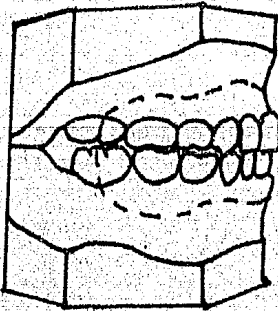
Corona de acero.



Acrylic.

fig. 5.5

PANTALLA BUCAL.



lico removible bien pulido insertado en la boca y que descansa sobre los pliegues labiales; se utiliza por la noche hasta eliminar el hábito. [fig. 5.5]

APARATO PARA CORREGIR BRUXISMO:

- Guarda nocturna:

Este instrumento consiste en una férula de caucho blando, que se lleva sobre los dientes inferiores durante las noches ya que es cuando más frecuentemente se presenta este hábito.

El caucho blando no es una superficie resistente al frotamiento y el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

ción del cartilago condíleo. El mecanismo de crecimiento cartilaginoso en el maxilar inferior aumenta su longitud total, al mismo tiempo, la altura de la rama mandibular. El reemplazamiento del cartilago es completamente diferente de como ocurre, en el centro epifisario; parece que el cartilago condíleo es reabsorbido y luego invadido por osteoblastos en su superficie exterior.

d) DESARROLLO Y ERUPCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES

El desarrollo y erupción dental, (odontogénesis), se encuentran condicionadas en el proceso de crecimiento, el cual justifica la presencia de las dos denticiones que el ser humano experimenta en su vida.

Las láminas que preceden a las etapas de desarrollo dental son seis:

1. LAMINA DENTAL. La edad embrionaria de su aparición se observa a las seis semanas y media, ya que las células ectodérmicas de la capa basal, del estomodeo anterior comienza a dividirse, dando un engrosamiento prominente, al continuar la actividad mitótica, el epitelio crece dentro del mesénquima formando dos arcos. Una se localiza en el arco maxilar superior y otra en el arco mandibular.

2. LAMINA VESTIBULAR. Banda del surco labial, vaina epitelial, se desarrolla cerca de la lámina dental casi concomitante a ésta, la única diferencia es que se encuentra cerca

CONCLUSIONES.

Al concluir ésta tesis, se han encontrado datos interesantes que ayudarán al Odontólogo a diagnosticar, prevenir y corregir los Hábitos Bucales que con mayor frecuencia se presentan en los niños.

Además de los instrumentos intrabucales de los que se habló en ésta tesis para la corrección de hábitos bucales determinados, se debe recordar la importancia de los manenedores de espacio no solo como medios para evitar movimientos dentales no deseados, sino como aparatos útiles para evitar ciertos hábitos nocivos en los niños.

Con los datos que se proporcionan en ésta tesis, el Odontólogo podrá elegir el instrumento más adecuado para cada caso, tomando siempre en cuenta que no ha de interferir con el crecimiento y desarrollo de los maxilares superior e inferior; no debe hacer caso omiso del itinerario de erupción de los dientes, para lograr que los instrumentos utilizados permanezcan el tiempo deseado en función; finalmente, debe fabricar

el aparato con precisión para no dañar otros tejidos ni obstaculizar las funciones del habla, - respiración y deglución del paciente.

No hay que olvidar que cualquiera que sea - el tratamiento que se vaya a aplicar, al niño no debe parecerle un castigo, para que así coopere - y asegure el éxito del tratamiento.

B I B L I O G R A F I A .

T.M. GRABER., Ortodoncia. Teoría y Práctica.
Tercera edición: Interamericana.
México, 1983 p. 892

MOYERS, Robert E., Manual de Ortodoncia.
Tercera edición: Mundi
México, 1960 p. 508

FINN, Sidney B., Odontología Pediátrica.
Cuarta edición: Interamericana.
México, 1983 p. 613

SIM, Joseph M., Movimientos dentarios menores en niños.
Segunda edición: Mundi.
Buenos Aires, 1980 p. 551

CLINICAS ODONTOLOGICAS
DE NORTEAMERICA.,

Traumatismo Dentofacial.
Primera edición: Interame-
ricana.
México, 1982 p. 632

BARVER, John Charles., Odontología Pediátrica.
Primera edición: El Manual
Moderno.
México, 1984 p. 431