

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

*Revisar y
autografiar*



HABITOS BUCALES

T E S I S

Que para obtener el Título de

Cirujano Dentista

Presenta

Claudia Elizabeth Guzmán Kuri

México, 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.

INDICE

INTRODUCCION

- I.- DESARROLLO Y CRECIMIENTO
- II.- DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO
- III.- HABITOS PERNICIOSOS
- IV.- RECONOCIMIENTO DE LOS HABITOS
- V.- TRATAMIENTO DE LOS HABITOS
- VI.- TRATAMIENTO MECANICO
- VII.- CONCLUSIONES

INTRODUCCION

Esta tesis que presento tiene como fin de prevalecer un programa psicologico contemporaneo de habitos permisivos en niños. En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño esta regido por su herencia física y mental a medida que se desarrolla al estar en contacto con el medio.

El modelado sutil y no sutil de la personalidad de un niño continua en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clases.

Los hábitos que se adoptan o abandonan facilmente en el patrón de conducto del niño esta siendo entrenado para cambiar un hábito personal de conducta, antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más consistente con un mayor nivel de madurez y personalidad.

Y el objetivo principal es la descripción, reconocimiento y tratamiento con aparatología, fija y removible.

CAPITULO I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

En ciertas ocasiones existen discrepancias del diente y del maxilar. Con frecuencia esto se denomina discrepancia de tamaño arc-diente. La extensión del arco por lo general se determina como la extensión que tiene desde la superficie mesial de uno de los primeros molares permanentes alrededor de los puntos de contacto de los dientes a el mismo punto sobre el primer molar del lado opuesto.

Hay un margen entre la anchura mesiodistal de los molares deciduos y los premolares. A esto se le llama espacio libre de nacimiento.

Los molares inferiores deciduos son más grandes que los superiores; por lo tanto, el espacio libre es ligeramente mayor en el arco inferior que en superior.

Sin embargo, la transición de la dentición mixta a la adulta causa una disminución en la extensión del arco dentro del espacio libre. La oclusión en el plano terminal de los primeros molares permanentes en la dentición mixta es una maloclusión temporal, y retorna a una relación clase

1 al moverse el molar inferior hacia adelante mucho más -
que el superior.

Hay labilidad entre los incisivos deciduos y permanentes. Algo tiene que suceder durante este periodo para evitar el apifioamiento anterior de los dientes permanentes.

Ocurre crecimiento en la sutura palatina media -- del maxilar y en la sifis de la mandibula para acomodar los incisivos permanentes, que son más grandes.

La satura entre los maxilares deja de crecer activamente entre los siete y nueve años de edad, en tanto que la sifis de la mandibula cierra durante el primer año de vida. Por lo tanto, el crecimiento normal de la suturas no - puede mantener el ritmo de labilidad de los incisivos.

El espaciamiento interdental en la región de los incisivos deciduos es el medio más importante para obtener una transición armoniosa entre la dentición mixta y la permanente. Si no hay espación entre los incisivos deciduos, - se puede asegurar que se va a tener apifionamiento de los - dientes permanentes.

La secuencia de erupción de los dientes permanen-

tes es tan importante como la consideración del espacio en el arco dental.

Aunque es importante conocer la fecha de calcificación y erupción de los diferentes dientes, es más importante conocer y preservar su adecuada secuencia de erupción. También es importante darse cuenta de la secuencia de erupción es diferente en el arco superior que en el inferior. -

En el arco maxilar, el canino hace erupción después del primero y segundo premolares. En el arco inferior los premolares hacen erupción después de los caninos.

Una de las implicaciones clínicas de esta diferencia respecto a la época de erupción es la prevalencia de impacción dental entre el arco dental superior y el inferior. En la dentición superior, es común observar un canino implantado, ya que es un diente que cambia poco cuando falta espacio.

En el arco inferior el diente impactado más frecuentemente es el segundo premolar, debido a que hace erupción después del canino y del primer premolar.

Nunca se debe dejar un diente impactado, ya que -

hay la posibilidad de formación de un quiste y de otras deformidades del desarrollo, parece que el diente pierde su potencial de erupción si la raíz esta completamente formada. Entonces se debe exponer mediante cirugía y traerlo a la cavidad bucal después de crear el espacio suficiente en el arco dental sin embargo, se debe recordar que este tipo de fuerza de extorsión son más dañinas para el diente si no se tiene mucho cuidado. Las fuerzas ligeramente son esenciales en este tipo de movimiento para evitar la desvitalización del diente al moverlo dentro del arco.

Debido a que los caninos superiores permanentes tienen un patrón de erupción tardío, con frecuencia los incisivos superiores se desplazan distalmente causando un espaciamiento en la región anterior del arco. A esto se le llama denominado etapa de separamiento del desarrollo dental.

Los ápices de los incisivos se encuentran juntos porque:

- 1).- Los caninos presionan contra los ápices.
- 2).- La anchura de la base de la nariz no ha alcanzado sus disminuciones adecuadas.

Al aumentar el crecimiento en esta región, y al -

hacer erupción el canino hará que la coronas de los incisivos permanezcan juntas. De esta manera la mal oclusión temporal se corregirá por sí sola.

Desarrollo de la Dentición.

Con la frecuencia aberraciones en la erupción de los caninos los cuales pueden causar problemas al clínico. Sin embargo, si se inicia el tratamiento tempranamente en algunos casos, se puede resolver el problema de erupción dental normal. Existe otro problema que ocurre con frecuencia es que los caninos deciduos se exfolian prematuramente como resultado colapso lingual de los incisivos permanentes provocando una mal oclusión grave.

Sin embargo, con frecuencia no hay espacio suficiente para la erupción de los caninos. El paciente presenta una discrepancia entre la extensión del arco y el tamaño del diente debido al crecimiento insuficiente de maxilar, a dientes grandes o a una combinación de ambas. Se tienen que extraer ciertos dientes para reducir el problema de la extensión del arco; a esto se le llama extracción seriada.

Procesos y crecimientos locales en el maxilar su-

perior. El maxilar superior no es una verdadera unidad anatómica, ya que está formado por varios componentes; por eso es más correcto hablar del complejo maxilar superior o complejo nasomaxilar.

Los procesos de crecimiento de esta estructura son complicados por que involucran zonas limitrofes de la base del cráneo, de la órbita y del espacio nasal. Aquí trataremos sólo brevemente aquellos que están relacionados de manera directa con la dentición.

Una de las regiones de más intenso crecimiento es la tuberosidad maxilar. El crecimiento por aposición ósea en la superficie dorsal contribuye al alargamiento del arco alveolar, lo cual es una condición previa esencial para la posición y erupción de los molares. Para que la expansión del maxilar superior pueda realizarse hacia atrás en dirección a la apófisis pterigoidea del esfenoides debe alejarse de ésta, es decir debe ser desplazado hacia adelante en un movimiento coordinado tanto en espacio como en tiempo.

Frente al progresivo alargamiento del arco alveolar, también la apófisis esfenomaxilar debe ajustar su posi-

ción topografica.

A pesar de hacerse cada vez más prominente a causa del proceso de desplazamiento general, localmente tiene lugar una recolocación hacia atrás en relación con el arcodentario, por resorción en el lado dorsal.

En la región de la apófisis cigomática se encuentra en la apofisis alveolar, la llamada línea de inversión.

La superficie resortiva en la parte anterolateral y premaxilar. Con respecto al crecimiento alveolar vertical. La resorción en la región premaxilar, sin embargo, no origina una agresión marcada; pero es esencial para los procesos de remodelación necesarios en esa región.

Los que también están relacionados con la erupción dentaria anterior.

La bóveda palatina está dirigida en dirección del crecimiento y por eso es opsional. Según el principio de la V, resulta paulatinamente un ensanchamiento. Puesto que ambos lados de la V también tienen lugar aposición.

Después de la región de la tuberosidad, la zona más activa de crecimiento es la apófisis alveolar. El cre-

cimiento vertical compacto de la apofisis alveolar es condi
ción previa para el alojamiento de las raices dentarias, pe
ro también para la expansión del seno maxilar en desarrollo.
El piso de éste en muy estrecha relación con los apicés de-
los premolares y molares.

PROCESOS DE CRECIMIENTOS LOCALES EN EL MAXILAR INFERIOR.

Filogeneticamente, el maxilar inferior se ha reducido en el hombre a una sola unidad anatómica. El llamado dentarium.

Las dos placas óseas que se desarrollan por lateral del cartilago de Meckel unidades al nacer por el tejido • conectivo cartilaginoso en la región de sínfisis. Tejido -- que también se encuentra en los cóndilos. Estas partes cartilaginosas son de origen secundario y no son restos de un modelo cartilaginoso, como sucede en los huesos largos en forma de endidura epifisiaria.

Puede ser que en la sínfisis, inmediatamente después del nacimiento, el cartilago contribuya algo, por crecimiento al desarrollo transversal del maxilar inferior pero se osifica ya antes del segundo año de vida.

El mecanismo del crecimiento endondral del cartilago condíleo, empero, permanece activo durante todas las etapas del desarrollo. Capas cartilaginosas aisladas quedarán aún después de finalizar el crecimiento. Por influencias hormonales éstas pueden ser nuevamente estimuladas pa-

ra crecer. Así en un caso de granuloma eusínófilo en el lóbulo anterior de la hipófisis, en el adulto, el maxilar inferior puede hacerse más prognato a consecuencia de la proliferación del cartilago, sintoma típico de la acromegalia.

La base sigue el recorrido del nervio alveolar inferior desde el agujero mentoniano y se extiende en sentido posterosuperior respecto del cartilago condíleoniano y se extiende en sentido posterosuperior respecto del cartilago condileo y por delante de la sínfisis. La parte muscular abarca la regiónial y la apofisis coronoides y está bajo influencia del lazo muscular formado por el masetero y pterigoideo interno y el temporal. La función muscular determinada de la forma y extensión de esta región.

Al faltar esa función la región será débil y, en caso de atrofia, será resorbida. La parte alveolar resorbiéndose en forma paulatina, y depende de la existencia de los dientes; estos se pierden.

El cartilago con su cubierta conectiva, cumple en el cóndilo una doble función: sirve de cartilago articular y también parte del desarrollo. A pesar de su forma de crecimiento eodral no se le puede equiparar fácilmente a la -

endadura epifisarias. Se trata de cartilago secundario y - además contrariamente a la epifisis presenta algunas diferencias estructurales e histoquimicas, y en ciertas condiciones experimentales reacciona en forma distinta.

En forma coordinada con la contribución del cartilago condíleo al crecimiento, tiene lugar una aposición ex - terna en el borde posterior de la rama ascendente, correspondiente en el borde anterior, se resorve el hueso.

A causa de los procesos de aposición son más in - tensivos anmentan la dimensión anterosuperior de la ascendente. En conjunto, este proceso contribuye al alargamiento de xla rama horizontal de la mandibula y con ello la creación -- del espacio para molares. En las caras vestibular y lingual de la rama ascendente respectivas zonas son aposicionales o - resortivas, según su orientación de crecimiento condíleo se produce por aposición de la escotadura sigmoidea y de la app fisis coronoides.

En la rama horizontal tiene lugar aposición en la cara vestibular como lingual. Esto conduce a una ensancha - miento en la cortical. El agujero mentoniado derecho e iz - quierdo, después del 6° año de vida, muestra que ya hay po -

co aumento, . borde inferior y en la región anterior del cuerpo de la mandíbula se encuentra aposición mientras que en todo el resto se hay resorción. La dirección de crecimiento general del maxilar inferior hacia dorsal conduce a un evidente ensanchamiento puesto que ahí también hay una configuración en V. , las dos ramas ascendentes divergen hacia craneal.

La zona de crecimiento más intenso de la rama horizontal es la cara que mira hacia craneal. El crecimiento vertical de la apofisis alveolar depende de la erupción de los dientes. La apofisis alveolar crece por aposición periostica.

CAPITULO II

ETAPAS DE DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO A LOS TRES AÑOS.

1er. Mes.

Físico.

Saca la lengua saba chupar y tragar al nacer. Empuja los brazos y las piernas hacia afuera. Se mueve un poco de lado a lado.

Mental.

Abre su boca buscando el pezón cuando se le toca la mejilla legeramente. Aprieta el dedo si se toca la palma de su mano. Los ojos miran la cara de la madre, respondiendo a una sonrisa. Pone atención cuando se le habla.

2do. Mes.

Físico.

Abre sus manos con mayor frecuencia. Es probable que duerma toda la noche. (Si se le educa).

Mental.

Puede que reconozca la cara de la madre. Empieza-

a expresar infelicidad, emoción o placer. Puede mirar y seguir el movimiento de otros. Se tranquiliza cuando se le habla o se le sostiene. Le atraen los juguetes que están en su campo visual por sus sonidos o colores.

3er. Mes.

Físico.

Mejora el control de los ojos y de la cabeza. Puede apoyarse en los codos estando boca abajo. Puede alcanzar un objeto y sostenerlo en sus manos un momento.

Mental.

Fija la vista en la madre cuando lo alimenta y reacciona al oír su voz. Sonríe fácilmente. Lloro menos. Su horario de comer y dormir es mas regular.

4o. Mes.

Físico.

Se chupa y frunce los labios. Cuando tiene un objeto en la mano lo oprime. Puede levantar la cabeza y el pecho cuando está boca abajo.

Mental .

Es más activo sonríe en voz alta. Reconoce la voz de la madre . Le gustan los juegos y los juguetes. Se lleva los juguetes a la boca. Se anima al ver la comida. Reconoce nuevos alimentos y la cuchara como fuente de alimentos.

50. Mes.

Físico.

Coordina los movimientos de los ojos y manos. Su cabeza está más firme cuando se sienta. Quiere tocar, retener y probar objetos. Traga normalmente. Reacciona y busca a la voz humana.

Mental.

Sonríe y balbucea para ganar atención. Deja de -- llorar cuando la madre le habla. Evita la comida cuando esta satisfecho. Tiene hambre a horas regulares.

60. Mes.

Físico.

Empieza a morder normalmente. Abre la boca cuando ve la cucharilla. Trata de ayudar. Se sienta con apoyo . - Voltea la cabeza con facilidad.

Mental.

Balbucea, arrulla, gruñe y grita para expresar -- como se siente. Trata de imitar algunos sonidos.

7o. Mes.**Físico.**

Es probable que aparezcan los primeros dientes. - pasa un objeto de una mano a otra, Puede sentarse casi sin - ayuda.

Mental.

Quiere ser incluido con otros, se emociona cuando es momento de jugar, tiene sentido de humor, empieza a aprender la palabra "no"., Comienza a ser testarudo.

8o. Mes**Físico.**

Se sienta con buen control de cuerpo y de la cabeza. Empieza a gatear, usa los muebles para levantarse, pero aun necesita ayuda, puede estar de pie con las manos sueltas mientras se apoya, lame, muerde y chupa fuertemente.

Mental.

Mice adros con la mano, balbucea con muchos soni-

dos, solo o con otros, rechaza las cosas que no quiere.

9o. Mes.

Físico.

Desarrolla buen control de manos. Aparecen más --
dientes. Puede levantarse después de estar sentado, puede--
sentarse por más tiempo, resiste un horario fijo para comer.

Mental.

Juega solo puede actuar para otros. Es más sensi-
ble, por ejemplo, llora cuando otros niños lloran. Llora . -
cuando se separa de su madre. Trata de ganar la atención y
la aprobación.

10o. Mes.

Físico.

Introduce el dedo índice en su plato de comida o -
toca el pezón, puede caminar apoyandose en algo, trata de a-
yudar a vestirse, es posible que no duerma bien.

Mental.

Trata de imitar a sus padres, muestra emociones -
dolor, ira, felicidad, tiene miedo de lugares extraños, pre-
fiere sus juguetes favoritos, empieza a decir mamá y papá.

11o. Mes.

Físico.

Puede caminar usando los muebles como apoyo, bebe de una taza tragando 3 ó 4 veces. Come con los dedos desordenando todo. Sube escaleras, se sienta en cunclillas y se agacha.

Mental.

Empieza a entender parte de lo que se dice. Imita los movimientos de otras personas, quiere aprobación y trata de evitar desaprobación

12o. Mes.

Físico.

Escupe y saca la lengua deliberadamente, puede volverse estando de pie, es más fácil gatear que caminar, puede pararse decir adios con la mano, retroceder o llevarlos juguetes.

Mental.

De cariño a los adultos, a sus juguetes y a su rupa favorita, puede rechazar alimentos nuevos o ser alimen -

tado pos us madre. Reacciona a lugares extraños, empieza a notar la diferencia entre él otras personas.

15o Mes.

Físico.

Puede camina sin ayuda, intenta subir escaleras, - tiene mayor coordinación y logra poner un objeto sobre o - tro, es probable que aperzcan lo premolares.

Mentál.

Identifica objetos y los señala para que se los - den, comienza a balbucear a solas por más tiempo, incremen - ta su vocabulario.

18o. Mes.

Físico.

Puede arrojar objetos sin perder equilibrio, logra sentarse en una silla sin ayuda, empieza a correr, logra -- subir escaleras solo, ayudandose del barandal , empieza a tener control de esfinteres, puede que aparezcan los dientes- los dientes caninos.

Mental.

Incorpora más palabras en sus "conservaciones" -

Puede quitarse algunas prendas de ropa, obedece algunas instrucciones sencillas, puede hojear revistas o libros.

24o. Mes.

Físico.

Empieza a comer solo, ejercita sus músculos saltando, aprende a subir y bajar solo de muebles o escaleras interiores, es más activo.

Mental.

Aprende a trazar líneas y empieza a utilizar colores, su vocabulario se amplía a más de 200 palabras distintas, puede construir torres con cubos.

3o. Mes

Físico.

Puede patear una pelota, camina sobre la punta de los pies, crece con menos rapidez, se puede observar la aparición de los segundos molares.

Mental.

Maneja mejor los verbos en su lenguaje, utiliza -- juegos que requieren de mayor habilidad y destreza.

36o. Mes

Físico.

Se empieza a vestir por si mismo, puede coordinar sus movimientos siguiendo alguna melodía, va solo al baño.

Mental.

Canta, reconoce y diferencia los colores, puede expresar su imagen materna-paterna por medio de dibujos, -- construye oraciones con mayor facilidad y coherencia, memoriza canciones o comerciales.

CAPITULO III

HABITOS PERNICIOSOS.

Generalmente se afirma que un hábito bucal es comulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, cuando el grado de este ocurre a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocrridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de asilar, algunos autores iponen que los patrones iniciales de alimentación puede haber sido demasiado rápido, o que el niño recibía poco alimento en cada toma, o algún tipo de atención en la alimentación por biberón, así mismo se puede asegurar según algunos científicos que es producida por falta de amor y termura maternal esto juega un papel muy importante en muchos casos.

Aunque estos tipos de personalidad entran clara -

mente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentran que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza.

Algunos casos habrá que examinar cuidadosamente, la duración frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacer conscientemente. El niño mismo guiado por un odontólogo y sus padres si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

En los hábitos de succión no solo se emplean el pulgar y otros dedos en posiciones corrientes o no corrientes si no también otros tejidos como mejillas, labios o lenguas. Se utilizan frecuentemente para sustituir frecuentemente para sustituir a los dedos.

Succión labial o la mordida del labio generalmente se presenta en la edad escolar cuando apelar el buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este. El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios la-

biales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerzas el labio inferior sobre el superior, tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores = superiores.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante el acto de deglutir, hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lograr. Se puede utilizar ejercicios miofuncionales, como -- los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, para llevar los incisivos a una alineación adecuada, -- a un niño de más edad, preocupado por su aspecto y ceceo, -- se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la --

papila incisiva del techo de la boca y tragar con la lengua en esta posición. Se hace simular para evitar la succión - del pulgar excepto que las barras palatinas estan soldadas - en posición horizontal que se extienden hacia abajo desde - el paladar para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

Los problemas generales de conducta de los niños, en especial entre las edades de 3 y 5 años son bien conocidos. Algunos son dóciles y otros sumamente cooperadores, - pero muchos son muy aprensivos con respecto a los problemas y procedimientos orales.

En relación con este problema se emplean diversos agentes quimioterapeúticos, tales como, el fenergan y el de merol se emplean en ocasiones como preoperatorios. Esta -- combinación tiende a reducir la ansiedad y elevar el umbral del dolor.

Pero se advierte al clinico que debe familiarizar se perfectamente con la evaluaciones físicas adecuadas del paciente, así como las drogas antes de usarlas. La analgesia con oxido nitroso, utilizada a menudo, también requiere un estudio especial. El uso de analgésicos para el manejo-

de la ansiedad y el dolor requiere un estudio completo del control de la ansiedad y del dolor en odontología; no obstante, el empleo adecuado de estas técnicas posibilita la prestación del tratamiento oclusal en forma placentera a -- más niños en este grupo de edades.

FUNCION ORAL.

Los aparatos que interfieren en la funciones orales normales probablemente lleven al demoramiento de la motivación del paciente y al rechazo del tratamiento mecánico por parte del mismo.

Los aparatos no deben interferir en la respiración, deglución, fonación o ingestión normales a menos que sea de los objetivos. Los aparatos removibles deben tener un espesor mínimo de modo de no violar el espacio para la lengua. En las mordidas abierta en un plano de oclusión no debe hacerse la abertura tan excesiva como para que el paciente no pueda cerrar los labios. Si se quiere ajuste en la fonación, masticación o deglución, después de la inserción del aparato, deje que el niño practique bajo supervisión de modo que el puede hablar, comer y deglutir adecuadamente con el aparato en su sitio.

Es de particular importancia la correspondencia entre la deglución y la relación déntica. Es necesario asegurarse de que la bandas, brackets y arcos de alambre no interfieran en la oclusión si no es éste su objetivo. Tal interferencia puede complicar mucho el tratamiento y distorcionar los progresos.

CAPITULO IV

RECONOCIMIENTOS DE LOS HABITOS.

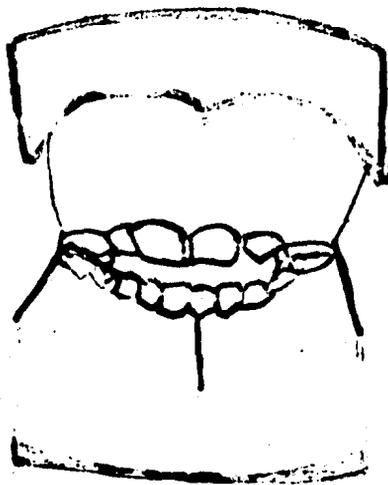
Existe un número en apariencia infinito de posibles anomalías aclusales. Aunque pueden reconocerse mal oclusiones severas, afortunadamente raras es necesario concentrar la atención en los problemas aclusales más comunes. Estos son lo que los odontopediatras verán a diario en sus prácticas si es que lo logran entenderlo e identificarlos.

La oclusión primaria es el fundamento sobre el cual se constituye la dentición permanente. A preocupación no está referida por lo común con la normalidad pero si no a conocer cómo afectarán las desviaciones el desarrollo de la oclusión permanente.

La causa probable de esta relación anómala puede ser esqueléticas, anatómicas, de desarrollo, funcionales - patológicas, iatrogénicas y de conducta.

De acuerdo con Angle, la parte más importante de la oclusión es el primer molar superior permanente.

En otras palabras, el arco inferior se encuentra



Una mordida abierta manifiesta por la imposibilidad de los incisivos de ocluir cuando los molares están en contacto lo cual constituye un signo de hábito. Nótese que, aunque los laterales superiores no han erupcionado completamente, los centrales lo han hecho y deberían estar en oclusión.

Los signos delatores de los hábitos requieren una observación muy cuidadosa. La erupción de los incisivos permanentes.

en relación con el superior en su descripción de malposiciones maxilomandibulares. A continuación se proporcionará una descripción de algunas de las mal oclusiones que con mayor frecuencia requieren tratamiento ortodóntico.

CLASE I

En la oclusión clase I se encuentra un sistema muscular bien balanceado; todas las oclusiones clase I son ideales, sin embargo no todas las oclusiones son clase I. Una clase I está asociada a esqueleto maxilomandibular normal; la discrepancia se encuentra entre el diente y el tamaño de la mandíbula del individuo.

A).- Oclusión clase I ideal. Las cúspides mesio bucales de los primeros molares superiores permanentes ocluyen en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes.

Todos los dientes tienen una oclusión ideal y una relación armoniosa con los labios y el tejido blando.

CLASE II

Se dice que existe una maloclusión clase II cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contra parte superior.

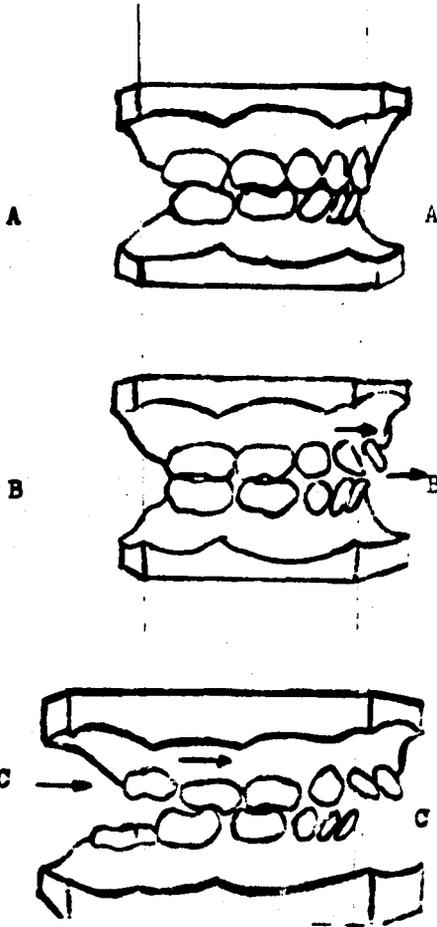
Esta distoclusión puede ser resultado de una mandíbula retrogenata, de un maxilar que se encuentra demaciado hacia adelante, o una combinación de ambas. La etiología exacta de esta discrepancia maxilomandibular sólo puede ser dada por un análisis cefalométrico lateral.

A diferencia de la oclusión clase I, donde existe un balance normal de las presiones musculares en una maloclusión de clase II se encuentra una musculatura anormal, con un labio superior hipotónico y uno inferior hipertónico, al igual que el músculo mentoniatado. Además, la lengua está colocada más abajo de lo normal y se asocia a un patrón de deglución infantil.

CLASE III.

Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobre crecimiento de la mandíbula creando una mesioclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos, el problema se complica cuando existe un maxilar insuficiente o retraído.

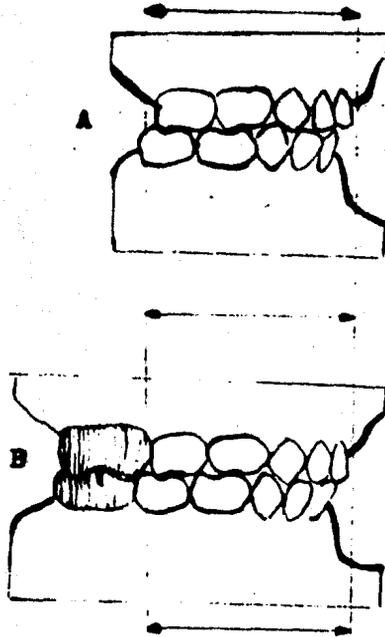
Otras características del prognatismo mandibular son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores. Generalmente la lengua tiene una posición más baja de la normal y la tonicidad de los labios es contraria a la que se encuentra en la maloclusión clase II. Esto es, una maloclusión clase III verdadera el labio superior es hipertónico en tanto que el inferior es hipofuncional.



A).- Oclusión normal.

B).- Protusión anterior, consecuencia de un hábito de presión.

C).- Escalón distal resultante del desplazamiento anterior de los dientes posteriores que siguió a la protusión de anteriores.



- A).- Nótese que el segundo molar superior primario esta por mesial de su antagonista inferior.
- B).- Cuando erupcionan los primeros molares permanentes con un escalón distal son guiados por las caras distales - de los segundos molares primarios y los primeros molares permanentes erupcionan sobre el escalón distal en una maloclusión clase II de Angle.

ESQUELETAL.

El maxilar superior está ubicado más adelante que la mandíbula en la cabeza ósea. La relación de los molares primarios refleja así una desarmonía esquelética fundamental si bien se debe estar alerta respecto de este problema, tales desarmonías no son comunes entre las edades de 3 y 5 -- años. La mayoría de las mal oclusiones no son hereditarias o congénitas, si no el resultado de hábitos orales y/o erupción ectópica de estas mal oclusiones esqueléticas justificarían un estudio de largo alcance sobre su etiología.

ANATOMICAS.

Los molares superiores primarios pueden ser más pequeños que lo habitual en relación con los molares inferiores primarios, por lo que ocuparan menos espacios; y como ambos molares se desplazan hacia adelante por las fuerzas oclusales o fuerzas eruptivas de los primeros molares permanentes, se produciría un escalón indeseable.

FUNCIONALES.

Los dientes se desgastan en los puntos de contacto. Tal desgaste puede ser excesivo si la dieta es parcial

mente dura o el esmalte es relativamente fragil. Si el esmalte es fragil se ve muchas facetas de desgaste.

Por otro parte si el esmalte es duro puede no haber desgaste, pero las presiones son transmitidas al hueso -- alveolar provocando su destrucción (si bien en presencia de irritación gingival) y movilidad de los dientes.

Así a causa del bruxismo, a la masticación, las caras proximales se pueden desgastar. Si el desgaste es más excesivo en el maxilar superior que el inferior resulta un escalón distal.

DE DESARROLLO.

Muy a menudo hay espacios en la dentición primaria hacia distal de los caninos y entre los molares primarios. Como resultado si los primarios molares permanentes son tan grandes o si erupcionan en forma oblicua, estos espacios pueden cerrarse por las presiones eruptivas o de desarrollo. A veces, ello ocurre en el maxilar superior, como resultado de los segundos molares superiores primarios se desplazan hacia una mesioclusión o una relación de escalón distal.

PATOLOGICAS.

En una época, una de las causas más comunes de una relación anómala de los segundos molares primarios era la caries dental. Con el advenimiento de las aguas fluoradas, la mejor higiene bucal, los dientríficos más efectivos y la odontología preventiva la incidencia de caries se redujo en forma considerable, por lo cual muchas mal oclusiones debidos a la caries fueron eliminadas. Hace mucho tiempo se considera la necesidad de guiar la erupción de los primeros molares permanentes, esta preocupación se asoció casi siempre con la perdida de los segundos molares primarios. -

No obstante, muchas veces se pasa por alto un cambio más sutil de 1 o 2 mm en los planos terminales de la - segundos molares primarios, que pueden tener como origen - las caries dental.

Este pequeño desplazamiento a menudo es suficiente para que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación de clase II de Angle y alteren completamente el desarrollo de la dentición permanente.

IATROGENICAS.

Los problemas causados por el dentista son considerados iatrogenicos. Si los molares primarios queda con contorno bajo al ser restaurados pueden desplazarse y producir un escalón distal.

Afortunadamente, este factor se redujo en gran medida por el más efectivos del paciente niño.

Por su puesto, si el paciente busca atención dental cuando las caras proximales están rotas y los dientes desplazados a una relación de escalón distal, puede ser necesario en ese sitio restaurar bajando el contorno. Esto debe considerarse como posible aplicación.

DE CONDUCTA.

De todos los factores que originan una relación indeseable en la caras distales de los molares primarios, los que más han llamado y atención son los referidos a hábitos nocivos. Los incisivos superiores se mantienen en su posición adecuada por un equilibrio de fuerzas ejerciendo desde lingual por la lengua y desde vestibular por el labio. Si las fuerzas musculares nocivas hacen migrar los --

dientes anteriores hacia vestibular, se generara un espacio que permitirá a los caninos y molares superiores primarios- que los sigan.

Al considerar el efecto deletéreo de los hábitos- hay propenciones a considerar solo la oclusión anterior; - pero esta anomalía no agota nuestra responsabilidad. No -- obstante, las degluciones atípicas y el empuje lingual son reflejos y están más profundamente grabados que la succión- del dedo, que es de naturaleza más voluntaria. Si ha de -- tratarse la conducta, en estos casos se requiere en general un programa más efectivo e intensivo. Si se necesita un aparato por otras razones, será conveniente considerar la incorporación de un protector lingual en este aparato. En -- algunos casos, cuando el niño pequeño es comunicativo, la -- terapia conductual debe complementarse con el uso de un protector lingual se diseña para corregir comportamiento reflejo en el niño pequeño y menos comunicativo, a veces cuando- menos se diga mejor. Todos los aparatos se presentan como- regalo para ayudar al niño recibe el aparato sólo si es -- bueno y como es tan bueno para el debe cuidarlo y no per- derlo ni romperlo.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS.

Como objetivo primordial tendremos el de la conducta del niño ante el odontopediatría, y sus familiares a si como el medio que lo rodea.

Enseguida el control de la conducta oral, a si como el de la higiene oral., la dieta y hábitos alimentarios. En cuanto a la conducta del niño no es muy conveniente precionar demasiado a la atención del niño y su capacidad de aprendizaje, debe hacerse el control de la placa antes de considerar el segundo grupo de hábitos, que son relacionados directamente con los problemas oclusales.

En última estancia el tratamiento de los hábitos alude a la corrección, el control o la eliminación de comportamientos orales indeseables, tales como la succión del dedo, a la mordedura y el patrón artificio de deglución.

Esto por lo general se hace enseñándole al paciente ejercicios luego guiándolo o motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios y luego guiándolo o motivando su conducta para un ejercicio adecuado.

En ocasiones pueden emplearse accesorios distintos de los aparatos convencionales.

Algunos de ellos son las pantallas orales, manipuladores, ejercitadores Nuk Sauger y protectores digitales. Algunos terapeutas miofuncionales de conducta prescriben una serie intensiva de 25 a 30 visitas que pueden ser de media hora o más de duración, en que se entrena todo el sistema neuro muscular oral.

En algunas ocasiones a causa del tiempo prolongado que se necesita estos servicios los prestan aveces personal profesional no odontológico como foniatras e higienistas dentales, si los hay. Aunque un programa extenso puede necesitarse con frecuencia en los niños mayores, en los más jóvenes una simple charla es suficiente a veces para terminar con el hábito de chuparse el dedo. No obstante, en ocasiones se necesita de una serie de ejercicios o una serie de el sistema muscular oral o ciertas partes de el -- uno de estos ejercicios se llama "bomba y trague."

Una gomita de ortodoncia o una pastilla de menta sin azúcar se pone en la punta de la lengua.

Esta se eleva entonces para que la goma o la pas-

tila puede presionada contra el extremo distal o posterior de la papila insiciva. Luego sin proyectar hacia adelante entre los dientes y los labios, el paciente sorbe y traga su saliva, manteniendo los dientes posteriores en oclusión.

Labios Juntos.- Puede utilizarse para corregir la respiración bucal, aumentar la fortaleza de los orbiculares de los labios y desarrollar mejor los reflejos de deglución correctos. Como al niño se le pide que mantenga los labios juntos durante por lo menos 5 minutos cada día, a este ejercicio se le denomina a menudo " la delicia de las madres." ejecutarlo, se coloca una gomita de ortodoncia en la punta de la lengua se presiona contra el extremo distal de la papila incisiva. El paciente cierra los labios y mantiene esta posición durante 5 minutos.

Tonicidad Muscular de labios se logra mediante ejercicios de labio con labio y la chinchada. Además hay ejercicios para ayudar a desarrollar la parte central y posterior de la lengua a sí como otros para deglución completa y correcta al beber comer y hablar.

Se debe lograr una comprensión más detallada de conducta en los reflejos de deglución y la respiración y --

y unir las con un íntimo conocimiento de la psicología del niño y la sociología de la familia para diseñar una forma adecuada de programa efectivo sobre una base individual.

Tales conceptos, como motivación y tiempos de condicionamientos y refuerzos son fundamentales. Por programas de condicionamiento y refuerzo, nos referimos a la frecuencia con la que debe efectuarse cada ejercicio por día y la naturaleza y los momentos de refuerzo o de recompensa para que éstos se hagan bien.

HABITOS LINGUALES O DEGLUCIONES ATIPICAS.

Los primeros fabricantes de tetinas de goma siguieron el modelo del pezón erecto de la lactancia, sin considerar su anatomía durante la función. El niño, al succinar el pecho, provoca una eversión del pezón para que penetre más profundamente en la boca. Esto hace que la lengua se mantenga hacia atrás y ayuda a desarrollar un patrón de declusión normal. No obstante la tetina de goma no funciona de esta manera. Como no podía ser llevada de esta manera atras como era necesario, el niño tuvo que desplazar su lengua hacia adelante para succionar y tragar, por lo que muchos niños que no se chupan el dedo pueden mantener sus lenguas adelantadas cuando succionan.

A menudo el niño suele desarrollar el hábito de succión-nocivos . La consecuencia puede ser el síndrome de aguja caliente, que consiste en una mordida abierta incisivos superiores sobresalientes e incisivos inferiores retruidos.

PROBLEMAS CAUSADOS POR HABITOS.

Estos son los problemas causados por hábitos. --
Uno de los problemas más comunes. Es el problema oclusales que los odontopediatras verán a diario en sus practicas si-
es que logran reconocerlos e identificarlos.

1.- HABITOS DIGITALES

2.- HABITOS LABIALES

3.- HABITOS LINGUALES O DEGLUCIONES ATIPICAS

HABITOS DIGITALES.

En realidad, no siempre el hábito de chuparse el dedo provoca un problema oclusal.

Las mal oclusiones se producen si el niño lo hace con bastante fuerza durante periodos de tiempo lo suficiente prolongados y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad.

Como resultado, el clinico se sorprende a menudo de ver a un niño pero sin problemas oclusales. Por su puesto, también es frecuente que a causa de una mal oclusión como mordida abierta o incisivos sobresalidos se busque un hábito digital como factor etiológico.

La imagen típica de incisivos superiores primarios en abanico, mordida abierta e incisivos inferiores retruidos sugiere inmediatamente un hábito digital.

El dedo responsable muchas veces puede identificarse.

HABITOS LABIALES.

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto o la transferencia de un hábito digital anterior. Otras veces son el resultado de los labios paspados irritados, aunque estos últimos hábitos pueden comenzar en el invierno o después de altas fiebres por eventuales paspaduras, a veces persisten cuando desaparece la irritación.

Los hábitos labiales también se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores quizá más frecuentes que los hábitos labiales sean las de -glusiones atípicas, empujes linguales y hábitos de chuparse la lengua.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO MECANICO.

Si los aparatos removibles se ven como accesorios exclusivos para tratar la oclusión en desarrollo sino como parte de un repertorio terapéutico, como pueden llevar a -- cabo muchos movimientos en forma efectiva y eficiente y algunos también si no mejor, que los aparatos con bandas. - Uno de esos movimientos que pueden ser hecho mejor por un - aparato removible es la corrección de la mordida cruzada bi lateral posterior dentoésqueletal con una placa hendida y - tornillo de expansión.

Otro caso es la retrusión de los caninos supe - riores que erupcionan altamente hacia mesial utilizando un - aparato bucal con un gancho direccional. Otras indicacio - nes y usos se expondran más adelante.

FUERZA, ANCLAJE Y RETENCION.

La fuerza ejercida por los aparatos removibles -- puede ser dirigida contra los dientes en forma individual - en muchas ocasiones por medio de resortes. En otros casos- como el arco vestibular, se dirigen sobre grupos de los - dientes, resortes inferiores recurvados. La fuerza total de sarrollada por un aparato removible con muchos resortes pue den crecer rápidamente. Por ejemplo en el caso siguiente - se pueden aplicar 90g de fuerza sobre arco vestibular para llevar hacia atrás a los incisivos. Se pueden dirigir 90 g de fuerza sobre cada molar, y 30 g contra cada premolar. -

Así, el aparato generara 360 o más gramos de fuer za. Según se estableció en fuerza dirigida contra los pla nos inclinados producen fuerzas dislocadas son de solo 120g pero la fuerza retentiva es de 75 g, las fuerzas ejercidas están más por la retención del aparato que por la fuerza -- que se requiere para mover ciertos dientes o la capacidad - del aparato para producir la fuerza.

En tal situación, las fuerzas ligeras para lograr un movimiento por vez serán la elección.

Como el tratamiento dental odontopediatrico se aplica a pacientes jovenes cuya encia no se ha retraido por completo y cuyos dientes, por lo tanto, son menos retentivos, la retención de los aparatos es este tipo de tratamiento es limitada. Por lo tanto, se han ensayado y se siguen ensayando fuerzas ligeras muy suaves mediante alambres más largos y helicoides como las técnicas de fuerzas ligeras con bandas. Ahora se emplean alambres de 0.016 pulgadas de diametro para confeccionar los resortes en lugar de los 0.022 pulgadas que en una época se utilizaban en forma rutinaria.

APARATOS OTODONTICOS REMOVIBLES.

El diseño y construcción de cualquier aparato ortodóntico removible debe comenzar con un detallado plan de movimiento de un caso. Si el tratamiento es muy complicado es importante tomar en cuenta cuántos movimientos se pueden llevar a cabo con aparato o en caso de ser necesario, se puede dividir el tratamiento en varios movimientos dentales sencillos empleando un aparato distinto para cada uno.

APARATOS DE ACRILICO Y ALAMBRE

Un aparato ortodóntico removible es aquel que puede ser retirado con facilidad para su limpieza, pero que está lo suficiente fijo a las estructuras de sostén como para aplicar una presión controlada sobre los dientes que van a ser movidos. El aparato ortodontico removible empleando con más frecuencia para realizar movimientos dentales menores es el acrilico y alambre. El aparato removible está diseñado de tal manera que consta de tres partes.

- 1.- La placa base de acrílico que cubre el paladar.
- 2.- Los ganchos de retención al rededor del premolares.
- 3.- La fuerza activa o elemento.

ACCION DE LOS APARATOS ORTODONTICOS REMOVIBLES.

La acción del aparato removible depende de la acción de los resortes auxiliares que se emplean. Al diseñar los resortes auxiliares es importante el diseño del resorte, de tal manera que ejerza la presión adecuada en una distancia apropiada. Se puede clasificar a los resortes en tres tipos; resortes labial de alambre, resorte de extremos libres o accesorios.

Resorte Labial de Alambre.

El primer tipo de resorte labial de alambre es aquel que tiene sus dos extremos unidos a la placa base, como el alambre labial de Hawley. El alambre labial debe ser doblado progresivamente en varias etapas, teniendo especial cuidado de lograr el ajuste adecuado en cada paso para estar seguros que se va a obtener un arco bien formado.

Probablemente el resorte que más se emplea en los aparatos removibles sea el alambre de Hawley. Se puede emplear tanto en el arco maxilar como en el mandibular para obtener inclinación palatina o lingual de los incisivos.

La indicación para el uso es el espaciamiento an-

terior generalizando causado por inclinación labial excesiva de los dientes anteriores. La activación de los dobles aplica una fuerza lingual o palatina sobre las superficies labiales de los dientes anteriores, y el retiro del acrílico de las porciones iguales palatinas del aparato guía a los dientes en dirección posterior. Con frecuencia se emplea un aparato Hawley inferior para lograr movimientos sistematicos, ya expuestos anteriormente.

APARATO DE HAWLEY.

Es un aparato de acrílico y alambre y puede ser utilizado para mover dientes activamente o para retenerlos en forma pasiva después de la corrección ortodóntica. 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 común para aparatos de acrílico y alambre removibles .

PLACA DE MORDIDA DE ACRILICO .

La placa de mordida de acrílico se emplea para desocluir los dientes posteriores. Esto se logra construyendo el dispositivo palatino de manera que permita a los dientes anteriores inferiores ocluir con la placa de acrílico - distal a los dientes anteriores superiores. Como resultado se aumenta la dimensión vertical y hay posibilidad de permitir la sobreerupción de los dientes posteriores de ambos arcos dentales.

El propósito de la placa de mordida de acrílico - superior es aumentar profunda. Al hacer erupción los dien-

tes posteriores, la mandíbula adopta una posición de descanso, lo que hace que se reflejen los músculos de la masticación que causan problemas en la alteración de la articulación temporomandibular.

APARATOS GENERALES Y ODONTOPEDIATRICOS.

Existen numerosos accesorios simples para corregir las mordidas cruzadas de los dientes anteriores o posteriores aislados. Algunos de ellos son las coronas sobredimensionales las gomas cruzadas y a veces un pequeño plano de mordida de plástico que puede hacerse en el arco antagonista. Estos accesorios empero, muy limitados. Es muy raro encontrar una mordida cruzada en la que no existen también otros problemas, como escalones distales y discrepancias entre el tamaño de los dientes y la longitud del arco.

Por eso es que prefiero un aparato más versátil para corregir incluso mordidas cruzadas simples.

APARATOS PARA MORDIDA CRUZADAS.

Los denominados aparatos para mordida cruzada incluyen el aparato removible de hawley con resortes recurvados el aparato removible de paladar hendido, el arco lingual y el arco palatino de porte o el arco en W.

Para convertir un aparato hawley o un arco lingual en un aparato de mordida cruzadas, o simplemente se le adicionan resortes. Al aparato removible de paladar hendido se le a de adpatar tornillos de expansión. El paciente o el padre deben hacer girar el tornillo de expansión una vuelta cada noche. Como se separan ambas partes del aparato, la fuerza se ejerce contra el hueso alveolar y tambien contra los otros dientes.

USOS E INDICACIONES.

Se aplican aqui las consideraciones generales con respectuosa los aparatos fijos.

Es necesario hacer algunos comentarios al respecto.

- 1.- El arco lingual y el aparato de hawley son más efectivos para inclinar los dientes ubi-

cados por delante de los primeros molares permanentes.

2.- El arco palatino de porter es más eficaz para mover los primeros molares superiores permanentes.

3.- Los paladares hendidos se utilizan cuando se desea cierto cambio de hueso alveolar.

Todos estos aparatos pueden usarse para corregir mordida cruzada tanto en anteriores como posteriores.

CONTRAINDICACIONES.

Son las que se refieren en general al aparato removible, semifijos o fijo en particular. Otras contraindicaciones que es preciso destacar son:

- 1.- Las maloclusiones esqueléticas ocurridas por la relación armoniosa entre los maxilares -- y/o una mala relación craneo maxilar. Estos estados pueden corregirse con facilidad mediante el uso de aparatos y no debe tratarlo mas que una persona idonea.
- 2.- Si existen otros problemas, resultaría insuficiente un aparato en especial para tratar mordidas cruzadas .

VENTAJAS.

Si la mordida cruzada es puramente dentaría, hay un espacio adecuado al que llevar los dientes; todo lo que necesita es un movimiento de inclinación, ya que estos aparatos para mordida cruzadas pueden ser muy efectivos. Además, con el aparato de paladar hendido es posible hacer un eficaz remodelado del hueso alveolar.

ESTADIOS EN QUE SE USA.

Puede utilizarse en cualquier estadio, a no ser que exista alguna otra contraindicación.

DESVENTAJAS.

- 1.- Dificultad para el tratamiento de los problemas esqueléticos.
- 2.- Limitación para el tratamiento de otros problemas dentarios.
- 3.- Puede lograr solo la inclinación de los dientes.
- 4.- Las demás desventajas que se refieren por lo general a los aparatos fijos o removibles.

APARATOS LABIOLINGUALES.

Toma su nombre de los gruesos alambres vestibular y lingual empleados. El alambre lingual según la modificación, es generalmente 0,030 pulgada de diametro, con asas y de arco semifijo, como ya se dijo el alambre vestibular es de 0,36 pulgada de diametro y se aloja en tubos vestibulares con un diametro interior (DI) de 0,36 pulgada. Tanto el arco vestibular como el lingual se le puede agregar distintos ganchos y resortes.

ACCION.

Los arcos linguales y vestibulares son rigidos.

El movimiento de los dientes se hace con resortes que de ordinarios son 0,022 pulgada de diametro; además puede colocarse gomas desde el gancho intermaxilar del arco vestibular superior a los ganchos en los molares inferiores.

Esta aparatología puede emplearse para retruir los dientes anterosuperiores o desplazar distolateralmente a los molares superiores.

USOS E INDICACIONES.

El aparato labiolingual puede efectuar los siguientes movimientos con relativa facilidad.

- 1.- Retruir los dientes anterosuperiores.
- 2.- Desplazar distolateralmente los molares superiores.
- 3.- Enderezar incisivos inferiores.
- 4.- Mantener espacio.
- 5.- Abrir espacio.
- 6.- Cerrar diastemas.
- 7.- Retruir caninos que erupcionan ectópicamente
- 8.- Realizar los movimientos antes descritos con protector lingual en el arco palatino superior.
- 9.- Corregir rotaciones menores de los incisivos
- 10.- Enderezar y corregir rotaciones de los molares.

CONTRAINDICACIONES Y LIMITACIONES.

Como los demás factores son iguales, enumeramos a continuación algunas de las limitaciones del aparato vestibulolingual. Aun cuando uno de los siguientes movimientos puede realizarse con el aparato labiolingual, esto requiere mayor destreza y tiempo que con los otros aparatos para:

- 1.- Corregir rotaciones de caninos.
- 2.- Corregir rotaciones de los premolares.
- 3.- Intruir dientes anteriores.
- 4.- Extruir dientes anteriores.
- 5.- Establecer el plano oclusal deseado.
- 6.- corregir graves rotaciones de los incisivos.
- 7.- Producir torque sobre las raíces de los incisivos, caninos o premolares (El torque se refiere al movimiento de un diente, de manera tal que el fulcrum coronario y el mayor movimiento ocurra hacia el ápice. Esto se puede lograr mejor con un aparato de arco de canto con técnica de furazas ligeras o alambre redondo.)

8.- Movimiento total del diente. (Indica el movimiento de los dientes en que la corona y la raíz se mueven igual distancia.

Los movimientos labiolinguales son fundamentales de inclinación. En consecuencia si los dientes anterosuperiores están por ejemplo en la posición vertical correcta (neutroversión) y se los retruyen con el aparato labiolingual, las posiciones de los incisivos pueden resultar efectivas para retruir los incisivos en neutroversión con menor perturbación de su inclinación axial.)

VENTAJAS.

El aparato labiolingual fue uno de los primeros - desarrollados en ortodoncia. Varias son sus ventajas para el desplazamiento distolateral de los molares superiores, y la inclinación y rotación menores de los incisivos. Estas son:

- 1.- Usa solo 4 bandas (como se confía tanto en ellas, debe estar correctamente adaptadas y comentadas).
- 2.- Mayor estética. De ordinario todo lo que se ve es el arco vestibular único.
- 3.- Lleve menos tiempo confeccionarlo e insertar lo que otra técnica de bandas.
- 4.- Los ajustes son simples. Es corregir que los resortes soldados puedan activarse y que se cambien los resortes en espiral abierto.
- 5.- Mejor higiene porque atrapada menos tiempo - la comida y hay mejor facilidad para la limpieza.

Parecería razonable que esté aparato debe utilizarse cuando se requiere en un caso particular. En que el -

vimiento de los dientes se haga forma efectiva con el aparato labiolingual. Hacer otra cosa sería ex~~agerar~~ el trata - miento.

En la terapia mecanica como en la medicina gene - ral, debe usarse el remedio más simple posible.

DESVENTAJAS.

Las del aparato labiolingual son las siguientes:

- 1.- Aquellas atribuidas en general a los aparatos fijos.
- 2.- Las limitaciones y contraindicaciones antes descritas. A causa de sus limitaciones se le han hecho mejores, historicamente, el aparato que se desarrolla a continuación fué de los alambres gemelos.

APARATOS EXTRAORALE.

Arco extraoral el aparato más común y la tira de anclaje cervical, uno de los arcos más versátiles es la serie 4 de Unitek con un arco interior con asas y un arco externo largo no alquilado. El diámetro del arco interno es de 0,045. El arco extraoral se activa con una banda cervical que contiene una tira Alastik (Unitek).

USOS.

Este aparato básico puede emplearse para desplazar en sentido distolateral los molares, retardar el crecimiento anterior del maxilar superior y retruir los dientes anteriores.

POSICIONADORES.

Un posicionador consiste en una pieza de material sintético elástico, semiduro, que se adapta tanto sobre los dientes inferiores como sobre los superiores, puede tener perforaciones para facilitar la respiración.

Se hace sobre modelo de los dientes del paciente.

No obstante antes de fabricar este aparato, los dientes a reponer se cortan del modelo y se vuelven a ubicarse en su posición correcta con cera. Se hace luego el aparato sobre los modelos del paciente, una vez que los dientes se ha posicionado correctamente con cera.

Metodos de operación.

Al comienzo el niño usa este aparato unas 14 horas por día en general desde la cena hasta el desayuno. Como el niño muerde sobre el ocurre un ligero movimiento en los dientes que son conducidos por las cavidades del aparato. La elasticidad de este permite conformarse a los dientes y luego con su memoria elástica, tanto el aparato como los dientes volveran a su posición correcta.

ACCION Y USOS.

ACCION Y USOS

El posicionador se utiliza por lo general como un accesorio de terminación para cambios menores en la posición de los dientes una vez retiradas las bandas.

CONTENEDORES.

Los contenedores son simples aparatos de Hawley - utilizados para mantener los dientes en su posición final - hasta que los tejidos periodontales se reorganicen por completo con los dientes en su nueva posición. Sin el uso de un contenedor muy a menudo la memoria elástica de la membrana periodontal hará que los dientes vuelvan a su posición original, pero para que la estabilización tenga éxito, los dientes en su posición final que debe ubicarse de tal manera que los músculos y las fuerzas oclusales que actúan sobre ellos queden en estado de equilibrio.

EFECTOS DENTALES DE SUCCION.

Generalmente se ha observado que el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas.

Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (6 a 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas o la inhibición de su erupción puede provenir de dos fuentes.

(1).- De la posición del dedo en la boca.

(2).- De la acción de la palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si, además de succionar presiona contra las piezas.

Observando el contorno de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de el dedo más limpio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento generalmente produce una apertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y según la acción de la palanca producida puede resultar una inclinación lingual de las piezas anteriores inferiores - produciendo una malposición individual.

EXAMEN CLINICO DEL TRATAMIENTO.

Las mordidas abiertas, los grandes diastemas, la protusión de los incisivos superiores y la retrusión de los incisivos inferiores sugieren a menudo hábitos.

Estos mismos signos serían resultado de los hábitos linguales labiales, o digitales o de sus combinaciones pero pueden también reflejar erupciones ectópicas o una desarmonía esquelética determinada por genética.

1.- Se observa el perfil y se palpan y visualizan los puntos A y B con frecuencia a los dientes. Si los puntos A y B son ubicados en un perfil esquelético normal, pero los dientes sobresalen de más, existen entonces maloclusión por posible consecuencia de un hábito. Si los dientes están en relación normal con las fosas incisivas pero los puntos A y B no están ubicados en un perfil esquelético normal, existe desarmonía esquelética cuya etiología puede ser genética, un hábito o ambas cosas a la vez. Por tanto, una vez determinada la presencia o ausencia del problema esquelético, debe determinarse la existencia de algún problema de conducta o de presión.

2.- 2.- La observación de la musculatura oral se utiliza para determinar la presencia de un hábito de presión. Pídale al niño que hable y observe su lengua y labios. ¿Sale la lengua durante la fonación? descansa su lengua entre los dientes cuando su boca esta en descanso? ¿hay algún problema de dicción? ¿sus labios son atrapados por los dientes? ¿se chupa los labios? dele al niño un vasito de agua y pídale que beba. ¿se observa que empuje lingual o movimiento de los labios cuando traga? si la respuesta es si algunas de las preguntas mencionadas existe un hábito operante y al despecho del componente genético, la conducta oral nociva ayuda a causar o mantener maloclusión. No obstante esto, el diagnostico no siempre es tan fácil.

3.- A continuación examine los dedos del niño y sus nudillos.

Si una uña esta practicamente limpia y corta en comparación de las otras, esta puede ser el que se chupa.

4.- Preguntele al niño que dedo tiene mejor sabor. Si el niño succiona, puede contestar, "no este no" y lo mas probable es que revele un hábito oral. Si el niño confiesa, no le crea sin certificarlo con el padre.

- 5.- Hable con el padre para confirmar o negar la presencia de la succión digital
- a).- Existe protrusión de los incisivos superiores
- b).- ¿ Estan los incisivos inferiores en linguoverversión?
- c).- ¿ Respira el niño correctamente ?
- d).- ¿ Existe un paladar anormalmente alto?
- e).- ¿ Los arcos dentarios están comprimidos ?
- f).- ¿ Los dientes superiores quedan atrapados por el labio inferior cuando el niño habla, descansa o sonríe ?
- g).- ¿ El examen de los dedos revela que uno en especial está limpio o erojecido, sugiriendo que se ha chupado con frecuencia ?
- h).- Cuando el paciente bebe agua, ¿ se proyecta la lengua hacia adelante, para crear el vacío necesario para la deglución?
- i).- ¿ Respira con la lengua descansando por detrás de sus incisivos inferiores ?
- j).- ¿ Tiene problemas de fonación como ceceo o emisiones laterales. ?
- k).- Esta la mordida abierta?

1) El niño tiene aspecto relajado o tenso ? se muerde las uñas o mastica los dedos ?

Como el aspecto o signo particular de una maloclusión puede ocurrir por diversos factores, es necesario efectuar un diagnóstico consiste en el examen del paciente y la detallada confección de la historia del niño y del padre.

En definitiva lo que se haga dependerá de la presencia de otros problemas, de que se requiera un tratamiento o no con aparatos, de la habilidad y el interés del dentista.

No obstante, si un hábito de succión entre los niños de 2 a 5 años produce la protusión del maxilar superior y si los molares primarios están en una relación de borde o no quedan trabados adecuadamente en una relación normal es posible que migren y produzcan un escalón distal capaz de generar una relación mesial del primer molar inferior permanente o sea una relación de clase II de Angle.

Vemos entonces que en determinadas circunstancias estos hábitos pueden afectar tanto la oclusión posterior -- como anterior. Pero como a veces constituyen la principal fuente de placer para muchos niños, en ciertas situaciones-

específicas la modificación de la conducta puede resultar -
inapropiada.

En condiciones normales, sin embargo, y teniendo-
bajo los demás factores debe notarse que antes de erupcio -
nar los primeros molares permanentes durante las edades de-
3 a 5 años los hábitos nocivos pueden producir maloclusio.-
nes mucho mas serias que si solo actuaran sobre los incisi-
vos permanentes en erupción.

Tambien es necesario notar que entre los incisi -
vos sino tambien la dentición posterior así como desarrollo
esqueletal.

CONCLUSIONES.

El tratamiento terapeutico de habitos perniciosos en niños, en la prevención y problemas oclusales.

El tratamiento de hábitos perniciosos, en odontopediatría, consiste en la prevención e intercepción y tratamiento de los problemas oclusales en los niños en sus sucesivos estadios del crecimiento y desarrollo oral.

Los procedimientos de control de tratamiento dental preventivo se ocupa en escencia, de la modificación de tales hábitos del paciente, como su higiene bucal personal, dieta y nutrición.

En prevención no nos ocupamos sólo del tratamiento de los efectos de un proceso patológico si no también de su causa. El fin de la terapia es ofrecer al paciente el tratamiento más breve posible que permita lograr un objetivo terapeutico específico con un rendimiento horario lo suficientemente satisfactorio para el profesional como para alentarle a estudiar y brindar un servicio.

El odontologo puede programar el tratamiento de los habitos y el que realiza con aparatos de modo que no se

practiquen al mismo tiempo.

Pese a todos estos esfuerzos, habrá ciertos casos difíciles que requieren largos tratamientos quirúrgicos, de hábitos y con aparatos. Un objetivo del tratamiento preventivo es menguar el numero de casos en un minimo.

Se termina el tratamiento del hábito cuando el comportamiento deseado esta sustentado por una base refleja.

BIBLIOGRAFIA

BARNETT/. Terapia oclusal en odontopediatria.

editorial panamericana.

ABRAHAMSEN, D: The emotional care of your child, New York,-

Trident pras.

SPIRO J. CHACONAS. ORTODONCIA./ EL MANUAL MODERNO.

SIDNEY B. FINN ODONTOLOGIA PEDJATRIÇA.

Editorial Interamericana.

RUDOLF P. HOTZ. ODONTOPEDIATRIA.

GRABER, T.M. OVERBITE - THE DENTIST, CHALLENGE.

MUSSEN. CONGER. KAGAN DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NI

ÑO. Biblioteca Técnica de psicología.

Editorial Trillas.

HELEN BEE. EL DESARROLLO DEL NIÑO.

Editorial Harla .

L. TESTUT- A. LATARJET. COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.

Editorial Salvat.