

110
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

GUILLERMO CUEVAS VELASCO



México, 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

Introducción	pág. 1
Historia Clínica del	
Hábito	pág. 1
Exámen Clínico del	
Hábito	pág. 4
Esquema	pág. 5
Análisis y Plan de	
Tratamiento	pág. 7
Hábito de Chuparse el	
Dedo	pág. 8
Hábito de Chuparse los	
Dedos Desde el Nacimiento	
Hasta los 4 Años de Edad.....	pág. 9
Hábito de Chuparse los	
Dedos Después de los	
4 Años.....	pág. 10
Esquema	pág. 11
Tratamiento de los	
Hábitos de Succión de	
Pulgar y otros Dedos.....	pág. 12
Esquema	pág. 13
Esquema	pág. 14
Esquema	pág. 16
Aparato Removible Indicado	
Para Controlar el Hábito	
de Dedo	pág. 17
Confección de	
Pantallas Orales	pág. 17

Esquema	pág. 18
Esquema	pág. 19
Hábito de Empuje	
Lingual	pág. 23
Esquema	pág. 23
Esquema	pág. 25
Esquema	pág. 26
Esquemas	pág. 27
Esquema	pág. 29
Esquema	pág. 31
Hábito de Chuparse	
y Morderse Los	
Labios	pág. 32
Esquema	pág. 32
Esquema	pág. 33
Esquema	pág. 34
Esquema	pág. 35
Esquema	pág. 36
Esquema	pág. 37
Respirador Bucal	pág. 38
Mordedura de Uñas	pág. 39
Bruxismo	pág. 41
Hábitos de postura	pág. 41
Empuje de Frenillo	pág. 42
Hábitos Masoquistas	pág. 42
Abertura de Pasadores de	
Pelo	pág. 42
Ejercicios Correctivos	pág. 43
Ejercicios de Masetero	
y Temporal	pág. 43

Ejercicio Pterigoideo	pág. 44
Ejercicios de Wilson Para	
Los Músculos Faciales	pág. 44
Ejercicio de la Lengua	pág. 45
Ejercicio Pasivo de	
Strang Para la Deglución	pág. 45
Ejercicio de Rogers Para	
El Orbicular de los Labios	pág. 46
Ejercicio Tónico General	
de Rogers	pág. 47
Conclusiones	pág. 48

H A B I T O S

I N T R O D U C C I O N

Durante todos los años de crecimiento y desarrollo y más tarde hasta llegar a la vejez, existen numerosas fuerzas extrínsecas e intrínsecas que actúan sobre el organismo humano. La mayoría de ellas son provechosas y útiles para la vida. La sociedad moderna se esfuerza por estimularlas hasta que se convierten en normas fijas de conducta consideradas como hábitos saludables. Estos, como ha dicho alguien, representan el baluarte de la organización humana. Algunas de estas fuerzas toman un rumbo equivocado y se vuelven nocivas para el crecimiento y desarrollo óptimo de los maxilares y de la faz.

El instinto y el hábito están compuestos por los mismos reflejos elementales. En el instinto, el modo y el orden de las reacciones son heredadas, el hábito es adquirido durante la vida del individuo.

El hábito se podría definir como la forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos. Algunas propensiones son instintivas; es decir, se inician en el nacimiento o inmediatamente después de él.

El dentista se encuentra frecuentemente ante los problemas que nacen de los hábitos de chuparse el dedo, morderse los labios o la lengua, adoptar posturas viciosas al dormir respirar con la boca y muchos otros hábitos que impiden el desarrollo de la oclusión óptima.

H I S T O R I A C L I N I C A D E L H A B I T O

La clasificación de la historia clínica es una responsabilidad profesional, por lo tanto, a pesar del personal, los formularios o las máquinas que se utilizan para estos procedimientos, la historia clínica será llevada a cabo por el odontólogo .

Cuando el dentista está confeccionando una historia, no está trabajando sobre un paciente, sino incluido en una relación interpersonal tanto con el paciente como con el padre. Blass ha enseñado que la odontología es un servicio personal, y que no hay área del tratamiento odontológico donde la relación entre el profesional y el paciente sea más íntima que en el tratamiento del hábito.

Algunos de los factores que el dentista debe tomar en cuenta al confeccionar la historia clínica son:

Establecimiento de transferencia.- Es preferible entrevistar primero a los padres ya que son estos quienes mejor conocen al niño, e indicarles la importancia del papel que desempeñarán en la terapia.

Historia estructurada versus historia no estructurada.- El objeto de una historia es obtener información. Si el profesional es muy formal e impersonal, el padre puede limitarse simplemente a contestar la serie rutinaria de preguntas sin revelar otras informaciones que también son importantes. Para evitarlo, algunos clínicos usan listas de preguntas bastante largas tediosas que impacientan a la mayoría de los padres solo por su longitud. Lo más provechoso es formular unas pocas preguntas críticas y dejar que el padre hable. La charla del padre y después la del niño establecerán una comunicación mucho mayor. Esta es quizá una de las razones por las cuales los formularios y las máquinas son inadecuados.

Observación de actitudes y conductas familiares.- El dentista debe notar el tono y modo con que los padres y el niño hablan con el profesional y entre sí. El extrovertido difícilmente dará oportunidad de hablar al dentista. El introvertido por lo general no responderá en forma adecuada. Cuando el niño pertenece al segundo grupo es más difícil llegar a él y motivarlo.

Los padres con dificultades para relacionarse con sus hijos serán de poca ayuda en el tratamiento.

Se explicará a los padres y al niño que los hábitos son muy comunes y constituyen la expresión del desarrollo del niño; y que el objeto es corregir

estas conductas y desechar sentimientos de culpa o castigo.

Consideraciones de tiempo.- Se explicará a los padres que se llevará algo de tiempo el efectuar la historia clínica y el plan de tratamiento.

Información específica.- El dentista necesitará información para lo siguiente:

- 1.- ¿ Existe algo que usted considera irregular en la mordida de su hijo?
- 2.- ¿ Su hijo se chupa el dedo, la ropa, el cabello u otros objetos? ,
¿ Cuándo ? , ¿ Durante cuanto tiempo ? , ¿ Con qué frecuencia ? , ¿ Con qué intensidad ?.
- 3.- ¿ Este hábito tiene mucho tiempo ? , ¿ Hubo un cambio reciente ? , ¿ Es reciente?.
- 4.- ¿ Usted lo siente asociado con la fatiga, la tensión, el hambre o la rivalidad entre hermanos ?.
- 5.- ¿ Su hijo se frota los dientes ?
- 6.- ¿ Tiene infecciones respiratorias frecuentes, resfrios, alergia o asma ?
- 7.- ¿ Se han extirpado las amígdalas o las adenoides ?
- 8.- ¿ Tiene dificultad para respirar ?
- 9.- ¿ Duerme con la boca abierta ?
- 10.-¿ Se le resecan mucho los labios en el invierno ?
- 11.-¿ Se mordisquea los labios a menudo ?
- 12.-¿ Toca algún instrumento de viento ?
- 13.-¿ Tiene inflamación de las amígdalas periódicas ?
- 14.-¿ Usó chupón ?
- 15.-¿ Se le dió pecho o biberón ? ,¿ Por cuánto tiempo ? ,¿ Cuándo comenzó a ingerir alimentos sólidos ? ,¿ A qué edad dejó el biberón ? ,¿ Tuvo algún hábito de succión de pequeño, (dedo, lengua o ropa)?.
- 16.- ¿ Come o comía habitualmente chupetines u otros elementos que se pueden chupar?
- 17.-¿ Cómo le va en el colegio ?
- 18.-¿ Tiene amigos ?

19.- ¿ Cómo se lleva con sus hermanos ?

20.- ¿ Está su hijo, o estuvo alguna vez, bajo tratamiento psiquiátrico ?

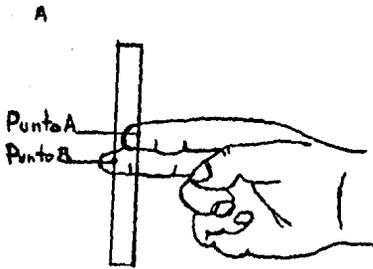
21.- ¿ Trabaja su madre, por cuánto tiempo, quién lo cuida cuando trabaja ?

Una vez completa la historia clínica de la conducta oral, se examinará al paciente para confirmar o modificar las impresiones obtenidas.

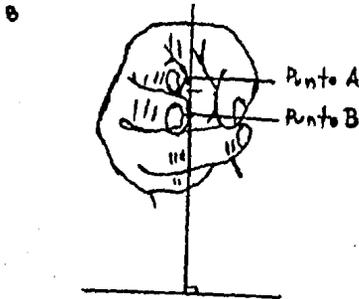
E X A M E N C L I N I C O D E L H A B I T O

Las mordidas abiertas, los grandes diastemas, la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los incisivos inferiores sugieren a menudo hábitos. Estos mismos signos serían resultado de hábitos linguales, labiales, o digitales o bien de combinaciones, pero pueden también reflejar erupciones ectópicas o una desarmonía del esqueleto determinada por factores genéticos.

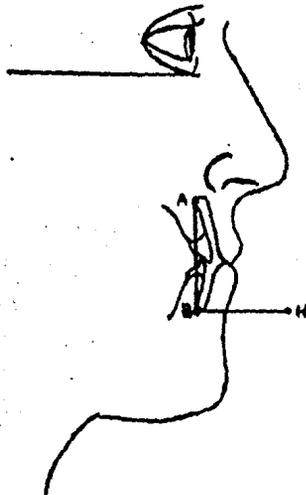
1.- Se observa el perfil y se palpan y visualizan los puntos A y B con referencia a los dientes. Si los puntos A y B son ubicados en un perfil de esqueleto normal, pero los dientes sobresalen de más, existe maloclusión por posible consecuencia de un hábito. Si los puntos A y B no están ubicados en un perfil esquelético normal, ésta desarmonía esquelética puede ser genética, o 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.



A. El punto "A" y el punto "B",
representan el centro de las
yemas de los dedos índice y
mayor.



B. Estos dedos se mantienen de
manera tal que el plano tangente
a los puntos "A" y "B" sea perpen
dicular a la horizontal.



Con la cabeza ubicada con la línea
que cruza desde el oído hasta el
ojo paralela a la horizontal,
considere mediante inspección y
palpación una línea que conecte
los puntos A y B. A continuación,

relacione ésta línea con la horizontal, visualizando una línea tirada
través del punto B desde la cara y paralela al plano horizontal.

En oclusión normal, el ángulo ABH tiende a 90°.

2.- Observación de la musculatura oral.- Se utiliza primero para determinar la presencia de un hábito de presión. Se le pide al niño que hable y se observan su lengua y labios. ¿ Sobresale su lengua durante la fonación ?, ¿ Descansa su lengua entre los dientes cuando su boca está en descanso ?, ¿ Hay algún problema de dicción ?, ¿ Sus labios son atrapados por los dientes?, ¿ Se chupa los labios ?. Se le da al niño un vaso con agua y se le pide que beba, ¿ Se observa empuje lingual o movimiento de los labios cuando traga ?. Si la respuesta es Sí a alguna de las preguntas mencionadas existe un hábito operante.

3.- A continuación se examinan los dedos, del niño y sus nudillos. Si una uña está particularmente limpia y corta en comparación con las demás, ese puede ser el dedo que se chupa, ¿ Se observan nudillos rojos o irritados ?, ¿ Se ven marcas de dientes sobre las manos ?. Si este exámen nos revela el elemento agresor, pregúntele al niño.

4.- Pregúntele al niño ¿ Que dedo sabe mejor ?, o bien tome un dedo y diga " apuesto que este es el dedo más rico ". Si el niño succiona, puede contestar " no, este no " y lo más 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 succión digital, se le aclarará que aunoue se chupe el dedo de vez en cuando también puede ocasionar movimiento anormal en los dientes ya que este hábito depende de la combinación de frecuencia, intensidad y duración de la presión.

Se observará:

- a) Si existe protrusión de los incisivos superiores.
- b) Están los incisivos inferiores en linguoversión.
- c) Respira el niño correctamente.
- d) Existe un paladar anormalmente alto.
- e) Los arcos dentinos 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 enrojecido, sugiriendo que se lo 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) Cuando respira su lengua descansa por detrás de los incisivos inferiores.
- j) Tiene problemas de fonación.
- k) ¿ Está la mordida abierta ?
- l) El niño tiene aspecto relajado o tenso.

ANÁLISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

La revisión analítica incluye lo siguiente:

- 1.- La naturaleza de la maloclusión ,relación esquelética, posición e inclinación de los dientes.
- 2.- La presencia o ausencia de un deslizamiento funcional.
- 3.- La revisión de hábitos bucales, como higiene o remoción de la placa bacteriana, hábitos digitales, vías nasales, respiración lingual y deglución atípica.
- 4.- Identificación de las causas de hábitos, como aberraciones alimentarias perinatales residuales, mecánicas, patológicas, emocionales o sus combinaciones.
- 5.- Indicación, como requisito previo para el tratamiento del hábito, de la posible necesidad o falta de necesidad de cirugía y psiquiatría o movimientos de los dientes.
- 6.- Inducción de los intereses motivacionales del paciente y la probable respuesta a los factores motivacionales específicos.
- 7.- El requerimiento y modificación de aparatos o complementos.
- 8.- Selección de ejercicios determinados, técnicas o ayudas para hábitos digitales, ubicación de la lengua, respiración bucal, desarrollo lingual

(punta, parte media y posterior), desarrollo labial (fuerza y longitud) y refuerzo funcional.

9.- Frecuencia y repeticiones de los ejercicios.

10.- Como puede el paciente supervisar sus ejercicios.

11.- Como puede el paciente controlar los resultados de los ejercicios.

12.- Cuál será el costo por todo el período del tratamiento.

Una vez que se ha encaminado con cuidado al paciente, realizando un análisis de los hábitos, planeando el tratamiento, el caso presentado al padre y si este lo aceptó, es el momento de que los siga. Aunque se debe respetar el esquema general. Cada niño es tratado según sus requerimientos.

El niño se presentará a consulta junto con los padres, se evalúan los logros y los cambios en la técnica, se revisa el aparato en caso de que se coloque alguno y se verá que tanto se ha progresado.

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

HABITO DE CHUPARSE EL DEDO

La frecuencia del hábito de chuparse el pulgar varía desde un 16 por 100 hasta 95 por 100, en forma similar, varían los datos acerca de la maloclusión, dependiendo de la fuente, la oclusión original y el tiempo que duró el hábito.

Se toman en cuenta ciertos aspectos como son: Morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito, fuerza de palancas producida por posiciones específicas y otros factores.

Hay correlación entre el hábito de chuparse el dedo y proyección de la lengua hacia adelante, se debe realizar un diagnóstico diferencial para determinar cual de los dos es el factor primario. Este diagnóstico es un tanto difícil por la íntima relación de la forma y la función, y la capacidad de

adaptación de ambos. Quizá sea mejor analizar el problema de chuparse el dedo sobre una base cronológica y tratar los diversos aspectos calificativos cuando estos se presenten.

HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 4 AÑOS DE EDAD

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. Mediante este acto satisface aquellos requisitos tan necesarios como son: sensación de euforia y bienestar, sentido de seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Por lo tanto se podría considerar normal el hábito de chuparse el dedo y la lengua durante el primer año de vida, desapareciendo al final del segundo año si se presta la debida atención a la lactancia.

Durante los tres primeros años de la vida, se ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal.

Existe controversia sobre los daños que puede causar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar; ya que los daños producidos son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II división 1 (segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas).

En el tipo de oclusión Clase II división 1, quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco existiendo o no el hábito de chuparse los dedos.

En el caso de que el niño posea oclusión normal y deje el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical

adaptación de ambos. Quizá sea mejor analizar el problema de chuparse el dedo sobre una base cronológica y tratar los diversos aspectos calificativos cuando estos se presenten.

HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 4 AÑOS DE EDAD

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. Mediante este acto satisface aquellos requisitos tan necesarios como son: sensación de euforia y bienestar, sentido de seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los labios del lactante son un órgano sensocial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Por lo tanto se podría considerar normal el hábito de chuparse el dedo y la lengua durante el primer año de vida, desapareciendo al final del segundo año si se presta la debida atención a la lactancia.

Durante los tres primeros años de la vida, se ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal.

Existe controversia sobre los daños que puede causar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar; ya que los daños producidos son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II división 1 (segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas).

En el tipo de oclusión Clase II división 1, quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco existiendo o no el hábito de chuparse los dedos.

En el caso de que el niño posea oclusión normal y deje el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical

aumentar la sobremordida horizontal, crear espacios entre los incisivos superiores; también puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

En la práctica aunque se ven mordidas abiertas severas, mordidas cruzadas vestibulares, protrusión de los dientes anteriores superiores; es poco probable que la relación bilateral de los segmentos vestibulares de Clase II pueda ser atribuida al hábito de chuparse los dedos.

H Á B Í T O D E C H U P A R S E L O S D E D O S D E S P U E S D E L O S 4 A Ñ O S

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio.

El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior desplaza a los incisivos superiores en dirección anterior. Al deglutir se crea un vacío parcial y como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

Existen pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupadedos confirmados. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología y la función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. De especial interés es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función.

En 13 casos estudiados por Baril y Moyers de chupadedos en posición postural con mordida abierta; muestra en 12, contracción preponderante del músculo borla de la barba.

El verdadero peligro por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente

para permitir la activación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo.

Por lo tanto los tres factores importantes son la duración, frecuencia e intensidad en el hábito.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca.

Si un niño ya posee una maloclusión de Clase II división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.



FIG. 6-69. El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los incisivos inferiores. Obsérvese que la lengua es desalojada por este hábito. (Tomado de Moyers, R. E.: Handbook of Orthodontics. 3rd ed., Year Book Medical Publishers, 1972.)

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS DE SUCCION DE PULGAR Y OTROS DEDOS

Como primer paso , es quizá mejor aliviar al niño de muchas de las presiones paternas con respecto a este hábito.

Es necesario evitar un sondeo demasiado obvio, orientado psicológicamente sobre las necesidades del niño durante el exámen inicial.

Debe recordarse que un hábito de succión digital no es una emergencia en Odontología. A veces es mejor ver al paciente en el consultorio varias ocasiones antes de empezar cualquier corrección para que el niño se empiece a adaptar a las sugerencias del dentista. Esto permite al odontólogo revalidar el nivel de cooperación de los padres y el niño.

El interés principal deberá centrarse en conocer si las estructuras en la boca del chico están afectadas por el hábito en forma numérica, moderada o grave. Cuanto menor sea la gravedad del cambio, menor será la necesidad de iniciar el tratamiento.

El odontólogo antes de tratar de colocar algún tipo de aparato para romper el hábito nocivo deberá hacerse las siguientes preguntas:

- 1.- Comprensión del niño. ¿ Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el aparato ?, ¿ Quiere el niño que le ayude ?.
- 2.- Cooperación paterna. ¿ Comprenden ambos padres lo que usted está tratando de hacer y le han prometido cooperación total?.
- 3.- Relación amistosa. ¿ Ha establecido usted, una relación amistosa con el niño; de manera que en la mente de este exista una situación de "recompensa", en vez de una sensación de castigo ?.
- 4.- Delimitación de la meta. ¿ Han elegido los padres del paciente y usted una "meta" definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?.
- 5.- Madurez. ¿ Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento que puede producir ansiedades a corto plazo ?.

El odontólogo inteligente que se formula estas preguntas y se asegura de que, una por una, las respuestas son afirmativas, generalmente puede sentirse seguro al aplicar un aparato de formación de nuevos hábitos.

La mayoría de las personas que informan de éxitos logrados con este tipo de aparatos coinciden en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento condena al fracaso.

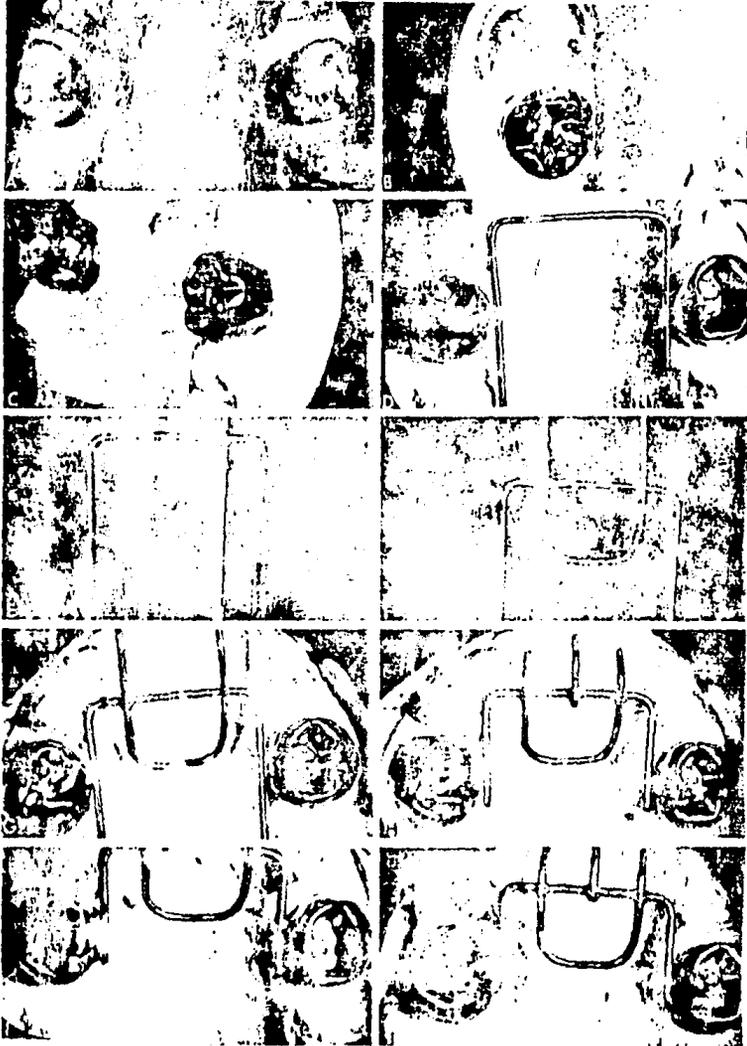
APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO

Una de las formas más eficaces es una criba fija.

Se toma una impresión total de la arcada superior con alginato y se vacía con yeso. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores son buenos dientes de soporte. Estos dientes soporte podrán llevar coronas de acero inoxidable o bandas de ortodoncia, recomendándose las coronas. Ya sea que se utilicen coronas o bandas; estas tienen que adaptarse bien a las piezas.



Dos tipos de aparato para hábito: uno con bandas para molar con asa y el otro con coronas de acero.



En las figuras anteriores podemos apreciar la fabricación del aparato para la reeducación del niño con hábito de chuparse los dedos.

A, Los segundos molares deciduos son recortados 3 mm en la circunferencia del margen gingival. B y C, Adaptando coronas de acero inoxidable metálicas. D, Barra con base central de acero o níquel y cromo 0.040 cruza el paladar en dirección mesial al primer molar deciduo a nivel del margen gingival. E y F, Asa y espolones formados mediante el soldado de alambre recto de 0.040 a un ángulo de 45 grados respecto a las patas del alambre base formando un asa de tal forma que se extienda hacia atrás hasta el tercio anterior del segundo molar deciduo, inclinado hacia el paladar un ángulo de 45 grados respecto al plano oclusal (G). A continuación, se suelda la otra pata del asa central, se suelda un espolón palatino medio a la barra base y los tres espolones se doblan hacia el paladar (H). Se coloca una cantidad abundante de pasta para soldar a las coronas de acero y al alambre base y se sueldan con soldadura de plata (I), y el aparato se retira del modelo y se alisan la unión de soldadura y los extremos de los espolones (J). El aparato se encuentra listo para ser pulido. Debemos de asegurarnos de hacer una ranura en el aspecto vestibular de cada corona antes de probarla dentro de la boca, de tal forma que exista un mínimo de presión sobre la encía.

Una vez limpio y pulido el aparato está listo para la inserción.

Al colocar el aparato toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste y se le pide al niño que muerda fuertemente. Esto es para adaptar los contornos oclusales y verificar si hay presión sobre la encía.

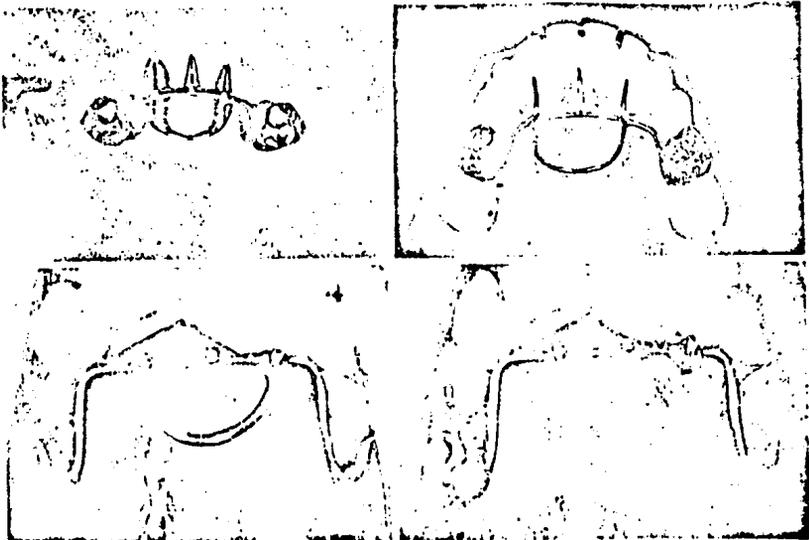
Los incisivos inferiores no deben ocluir contra las proyecciones anteriores del aparato central; en caso de que exista contacto, estos espolones se recortan y doblan hacia el paladar.

Los dientes soporte se aíslan, liman y secan y se coloca el aparato con

cemento, se quitan los excedentes de cemento y se le explica al niño que el aparato es para enderezar los dientes, no para desaparecer el hábito, y se le dice que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que tendrá dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente, con cuidado. A los padres se les indica que tendrá problemas con el habla, los cuales persistirán durante todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deben acudir a visitas de revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva por un período de tres meses, en que desaparece completamente el hábito y esto será seguro en contra de recidiva.

Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primero los espolones. Tres semanas después, si no hay señales de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después puede retirarse la barra palatina restante y las coronas.



En la figura anterior podemos apreciar el aparato para hábito terminado. Ha sido colocado sobre los primeros molares deciduos (arriba). El aparato se retira gradualmente, primero los espolones, después el asa y finalmente todo el aparato (abajo).

No deberán colocarse espolones afilados. La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y: de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

APARATO REMOVIBLE INDICADO PARA CONTROLAR EL HABITO DE DEDO

Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vestibular, o, una combinación de ambas. Estos aparatos tienen la desventaja de que pueden ser retirados por el paciente si lo desea.

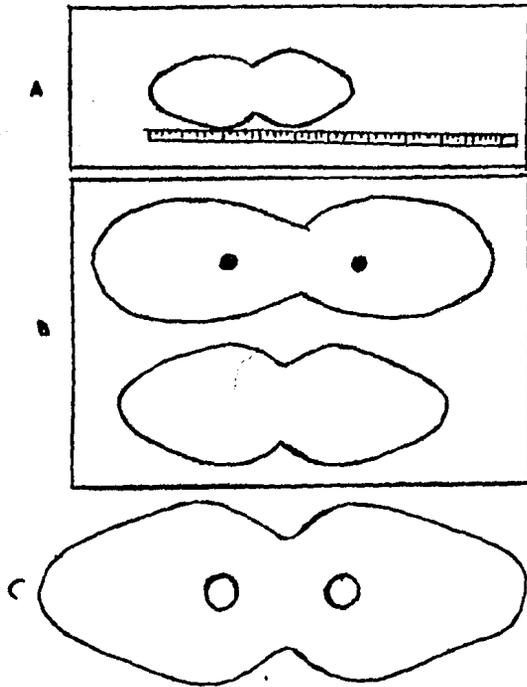
La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

CONFECCION DE PANTALLAS ORALES

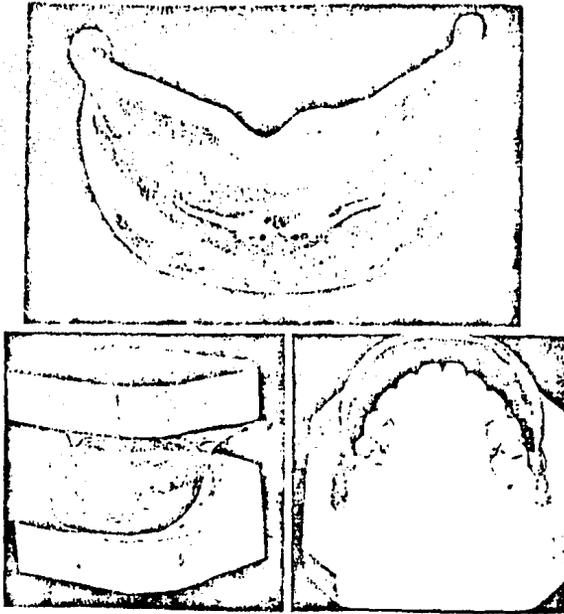
Para ser confeccionadas se usan varios métodos y materiales; goma, acrílico, Plexiglas o plástico termolábil.

Pantallas orales de goma.- Pueden ser recortadas de una goma natural de un octavo de pulgada de espesor; o se puede pedir un equipo de pantallas orales comercialmente preparadas.

Pantallas orales de acrílico.- Pueden ser confeccionadas rápidamente por el odontólogo o su asistente.



- A.- Molde de papel para una pantalla oral de acrílico que mide aproximadamente 3 y media pulgadas de largo,
- B.- Se muestra la pantalla de goma para hábitos de Rabinowitch (C-13), para compararla en tamaño y forma al molde de papel sugerido, Esta pantalla oral de goma viene prefabricada y solamente requiere un mínimo de suavidad en los márgenes de la pantalla con una rueda de goma Cratex. El tiempo de laboratorio ahorrado es considerable, cuando se emplea este tipo de pantalla.
- C.- Este modelo da el tamaño y la forma exactos para una pantalla oral. La asistente dental puede dibujar este contorno y se encontrará con que ahorra tiempo y esfuerzo en la confección de una pantalla de plástico o acrílico.



Pantalla vestibular. Obsérvense los pequeños agujeros para la respiración y la relación de los dientes con las estructuras de soporte. Si este tipo de aparato es utilizado conscientemente, es un buen elemento para impedir la proyección de la lengua y el chupado de los dedos. Es necesario dedicar atención a la obtención de un ajuste correcto para asegurar la cooperación del paciente.

Procedimiento.- Se obtienen dos modelos de yeso, superior e inferior de la boca del niño. Uno de los modelos servirá como registro y el otro para trabajo de laboratorio.

El modelo de trabajo se coloca en oclusión correcta, se envuelve con bandas de goma y se lubrican los dientes anteriores y zonas del tejido con vaselina. A dedo se bruñe una capa doble de hoja de estaño sobre los dientes anterosuperiores y anteroinferiores.

Se mezcla el polvo y líquido de acrílico de curado rápido para ortodoncia en un vaso de papel, donde se revuelve con una espátula de cemento. Se vacía el contenido mezclado en un bloque de papel para mezcla ya envaselinado y se deja que adquiera una consistencia gomosa. Se recoge la mezcla con el papel y se recorta la periferia según el molde de papel preparado previamente.

Se lleva la forma de acrílico sobre el modelo recubierto con hoja de estaño y se presiona sobre él suavemente con los dedos. Se pone en la olla de presión por 20 minutos.

Después de polimerizado el acrílico, se le puede retirar con facilidad y separarlo de la hoja de estaño y pulir sus márgenes.

Pantallas Orales de Plexiglas

Procedimiento.- Se pegan entre sí los modelos superior e inferior, poniendo yeso por lingual.

Se confecciona un molde de papel que siga aproximadamente la futura periferia de la pantalla oral y el límite de este papel se raya sobre una hoja de plexiglas de 1/16 ó 3/32 pulgadas de espesor.

Usando tijeras se recorta la pantalla oral, colocada contra el modelo y se calienta suavemente con un mechero Bunsen, como nincelándola. A medida que el plexiglas comienza a conformarse sobre el modelo, rápidamente se retuerce sobre él una compresa húmeda y se aplica presión a manera de un torniquete. Esta presión adapta prontamente la pantalla a los dientes.

Pantallas Orales de Plástico Termolábil

Estas se hacen mucho más rápido y limpio que cualquiera de las anteriores.

Procedimiento.- Se obtienen modelos y se unen entre sí con bandas de goma.

Se obtiene un molde de papel aproximadamente de la periferia de la pantalla oral y se transfiere a una hoja de plástico termolábil. Con una máquina de vacío y calentamiento Omnivac, se calienta la pantalla oral y se aplica al vacío. Después de haber conformado el material con calor, se le retira, recorta y vuelve a tratar con calor. Se enfría la pantalla oral y entonces queda lista para ser esterilizada en frío e insertada en la boca del niño.

Precauciones Después de la Confección y Antes de la Utilización de las Pantallas Orales

1.- No debe existir presión excesiva sobre los tejidos blandos ejercida por la pantalla oral al ser colocada en la boca; la presión principal debe ser soportada por los dientes anterosuperiores.

Se deben redondear los márgenes afilados de las pantallas de plástico blando para evitar abrasiones en la boca del niño.

2.- Si la pantalla oral se realiza en acrílico, todos los bordes pueden pulirse y se ha de dar lugar adecuado para el frenillo labial superior.

Además se pueden hacer dos orificios vestibulares de 4 mm de dm. en la pantalla, si el niño es respirador bucal nocturno.

3.- Al niño y a sus padres se les debe dar un diagrama donde se marquen diariamente las noches en que el niño use el aparato. El diagrama debe ser llevado al consultorio para que el profesional controle la frecuencia de uso.

4.- Se debe citar al niño una semana después de colocar el aparato para controlarle la oclusión y para ajustes una semana después de colocar el aparato; después podrá citarse con intervalos de 2 a 3 semanas. El éxito en el uso de la pantalla oral puede juzgarse objetivamente, pues el continuo cierre de la mordida

abierta anterior puede medirse en mm.

Ajustes de la Pantalla Oral

La mayoría de los ajustes consiste en el aumento de la presión sobre los dientes anterosuperiores para dar lugar al movimiento dentario producido desde el último ajuste. Habitualmente se podrá efectuar 0.5 a 1 mm. de ajuste en cada ocasión.

Los aparatos termolábiles se ajustan más fácilmente. En el modelo de trabajo se raspan los dientes anterosuperiores hasta el nivel deseado, se aplica un poco de calor y luego se presiona para remodelar ligeramente el aparato. Cuando la pantalla se adapta nuevamente en la boca del niño, dirá que siente una mayor presión sobre sus dientes anterosuperiores.

Para ajustar las pantallas orales de acrílico, se raspan sobre los modelos los dientes anterosuperiores, se lubrican y se cubren con una hoja de estaño, luego se le agrega la mezcla de acrílico nuevo al lado dentario de la pantalla oral y se le presiona en posición donde se le mantiene con bandas de goma. Luego puede colocarse la pantalla oral en una olla de presión durante 10 minutos.

No son necesarios los ajustes en las pantallas orales de goma, pero deben chequearse regularmente por intervalos de 2 a 3 semanas.

Se le informará a los pacientes que en los primeros días sus dientes anterosuperiores estarán sensibles pero que pasada esa molestia no vuelve, siempre y cuando se use la pantalla todas las noches como le ha sido indicado. También la irritación gingival que produzca "llaquitas" puede tornar incómodo el uso del aparato durante la primera semana más o menos. Los colutorios con solución salina pueden ayudar a los tejidos a adaptarse a las presiones de los bordes de la pantalla oral.

Es absolutamente imperativo que el nivel de motivación tanto del niño como de los padres se mantenga constante durante el tratamiento. Se puede esperar que

la mordida abierta anterior se cierre con un ritmo alrededor de 1 mm. por mes, si el niño usa su aparato según las instrucciones.

HABITO DE EMPUJE LINGUAL

La actividad anormal de la lengua con frecuencia está asociada con el hábito de dedo.

Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal.

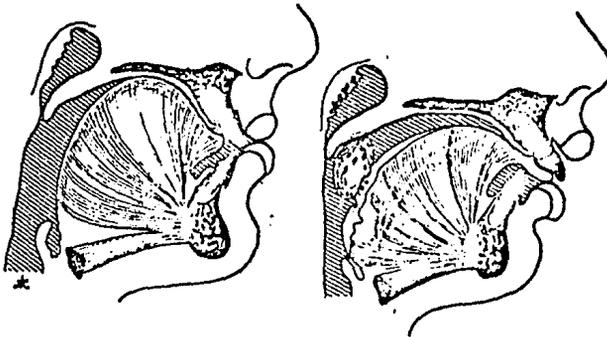


FIG. 6-78. Deglución normal y anormal. En el corte normal (A), los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdental lingual de la arcada superior. El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de la deglución, los labios se encuentran unidos íntimamente. En el acto de la deglución anormal (B), los dientes se encuentran a menudo separados, la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la sobremordida horizontal excesiva, y el dorso de la lengua se aleja de la bóveda palatina. Las amígdalas grandes pueden acentuar el hábito de proyectar la lengua. En lugar de que los labios formen un cierre firme entre sí, el labio superior permanece sin funcionar, mientras que el músculo borla de la barba ejerce una presión fuerte hacia adelante y hacia arriba, proyectando el labio inferior contra las superficies linguales de los incisivos superiores. (Tomado de Moyers, R. E.: Handbook of Orthodontics, 3rd ed. Year Book Medical Publishers, 1972.)

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de succionar. Con la persistencia de este hábito a manera de chupete " interconstruido ", el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto. Con la erupción de los incisivos a los seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. Puede existir un período transicional prolongado, según fué demostrado por Baril y Moyers, denominado patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos. La fuerza deformante de la lengua al proyectarse es obvia. Anderson afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. En su estudio, el 54.2% de los niños con hábito de lengua tenían antecedentes de chuparse los dedos. Entre los que solo presentaban el hábito de lengua, solo 25 % poseían antecedentes de chuparse el pulgar a los demás dedos.

Con respecto a la lactancia natural comparada con la lactancia artificial, los resultados indican nuevamente que existe una correlación positiva, con mayor tendencia al hábito de lengua en el grupo alimentado artificialmente. En su muestra, 83 % fueron alimentados con biberón y solo 17% fueron amamantados en forma natural. En la porción de la muestra positiva para el hábito de lengua, 91.7 % fueron alimentados con biberón y solo 8.3 % fueron amamantados naturalmente. En los estudios sin proyección lingual, los resultados indican que 82.5 % fueron alimentados con biberón y solo 17.4% fueron amamantados naturalmente.

Obviamente éste no es el único factor, pero deberá considerarse como auxiliar.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante,

aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares.

Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esta no es una situación sana para los dientes.

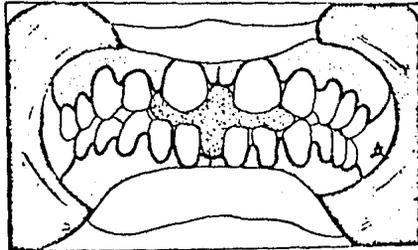


FIG. 6-79. Al desplazarse la lengua hacia adelante entre los dientes superiores e inferiores, las porciones periféricas ya no se encuentran contiguas a las superficies oclusales de los segmentos bucales. La sobreerupción de los dientes posteriores se facilita, creando mordida abierta con dimensiones oclusal y postural vertical idénticas.

Un efecto colateral podría ser el bruxismo, otro el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

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

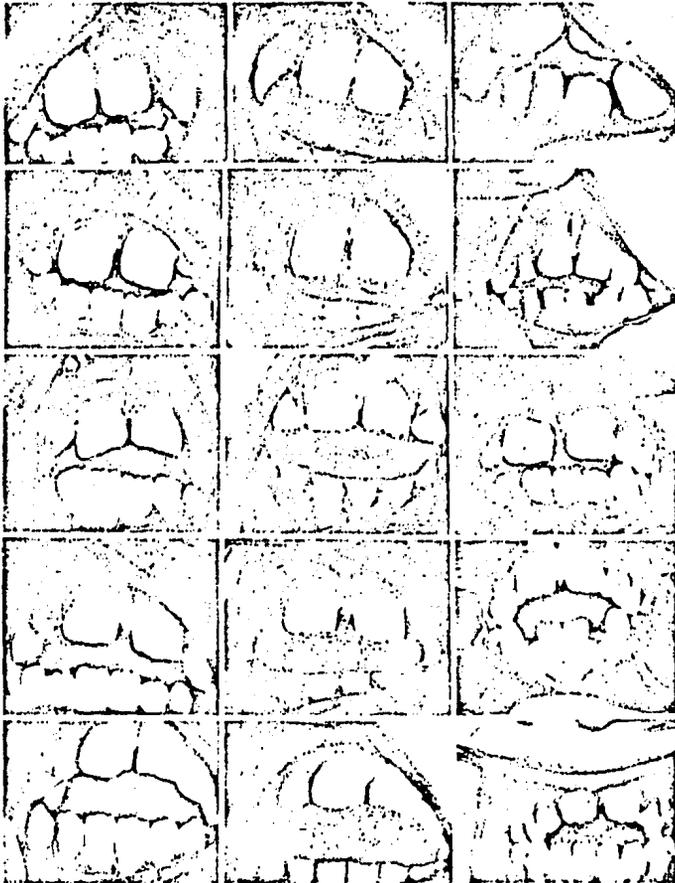


FIG. 6-80. Mordida abierta anterior, junto con hábito de proyectar la lengua y patrón de deglución visceral.



FIG. 6-81. Hábitos de lengua atípica. (Cortesía de: W. R. Mayne.)

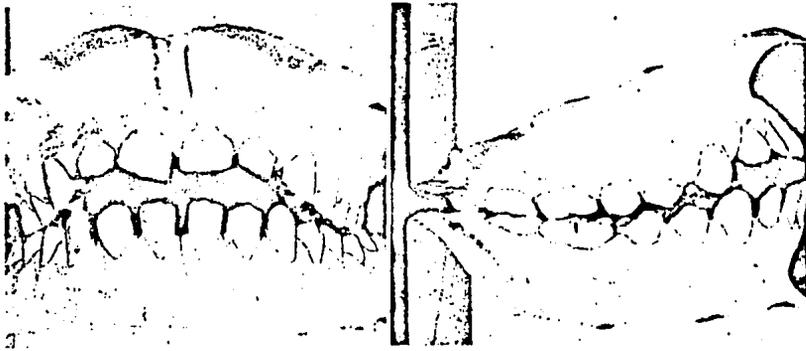


FIG. 6-83. Maloclusión provocada por macroglosia.

Aparato Para el Tratamiento de Empuje Lingual

Se toma una impresión con alginato de las arcadas dentarias, se obtienen modelos en yeso y se procede a adaptar coronas de acero inoxidable.

Se adapta una barra base de acero de 0.040 que irá desde el segundo molar temporal a través del contorno gingival palatino del primer molar, las rugosidades del paladar, e ir nuevamente hacia el contorno gingival palatino del primer molar y segundo molar del otro lado.

La criba se fabrica con alambre del mismo calibre que la barra base, de la cual un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes.

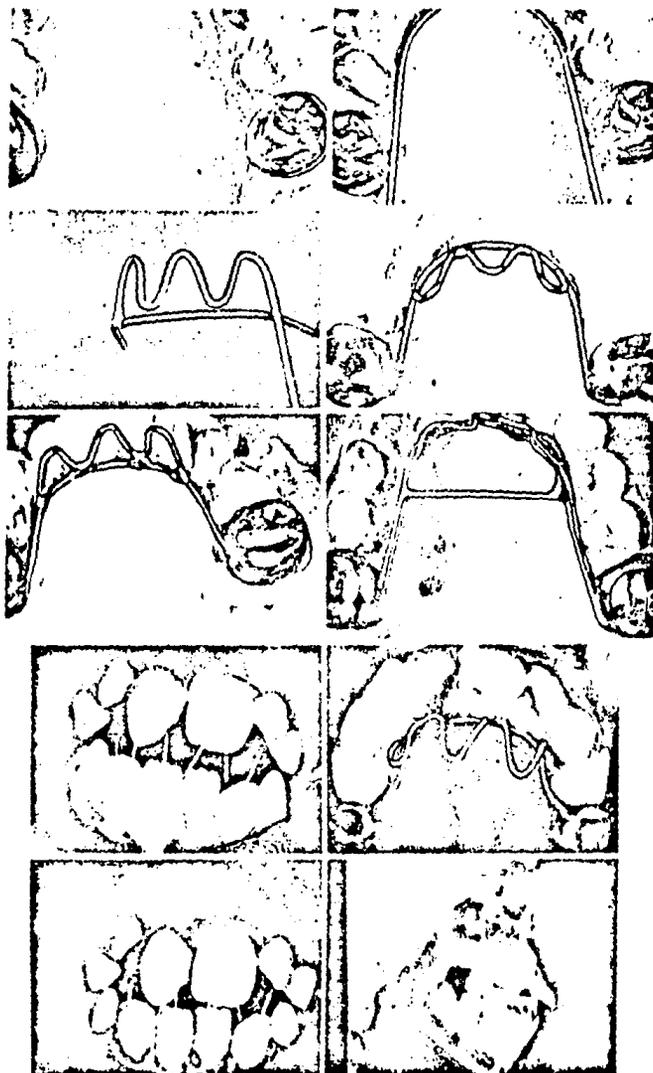


FIG. 14-14. Criba lingual para eliminar la deglución infantil o visceral y la proyección lingual, así como para estimular la función y postura lingual madura o somática. Al igual que con el aparato para dedo, se utilizan coronas metálicas completas. La porción de la criba es lisa y está pulida para evitar cualquier irritación y para facilitar la adaptación. En ocasiones, puede utilizarse una bacra que cruce el paladar, aunque no suele ser necesaria. Las imágenes inferiores son del mismo paciente. El cierre de la mordida abierta en la imagen inferior izquierda se presentó en un periodo de tres semanas. (Tomado de Graber, T. M.: The "three M's": muscles, malformation, and malocclusion. *Am. J. Orthodont.*, 49:418-450, 1963.)

Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de fluor y se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para colocar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte. Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior, puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

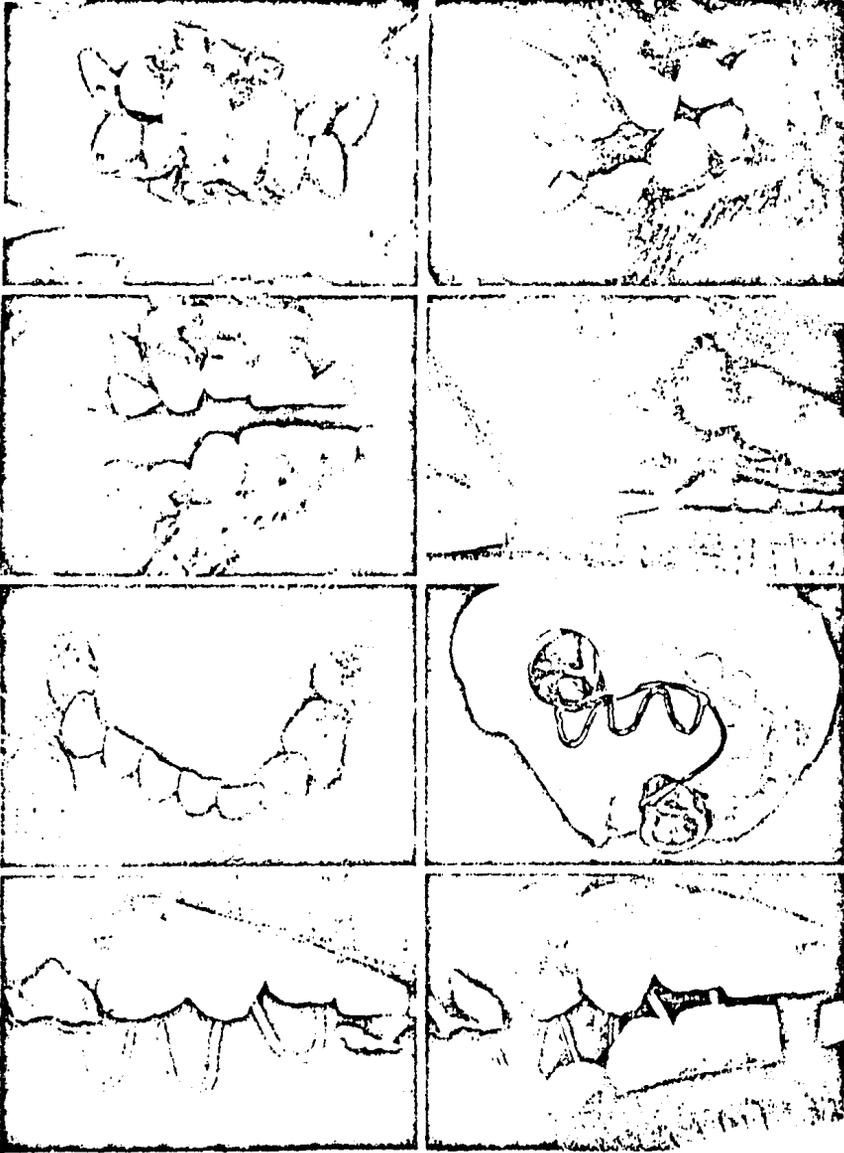


FIG. 14-17. Hábito de proyección lingual lateral, lo que ha provocado infraoclusión de los dientes posteriores y mordida abierta. Se utiliza una criba lingual modificada para evitar el hábito de proyección de la lengua. La erupción normal de los dientes elimina entonces el problema de mordida abierta. Se recomiendan coronas completas metálicas sobre las bandas de ortodoncia para los dientes de soporte.

Como aparato removible en el tratamiento de proyección lingual se podrá utilizar también la pantalla bucal.

HABITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS

Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa en los hábitos de morderse o chuparse los labios. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

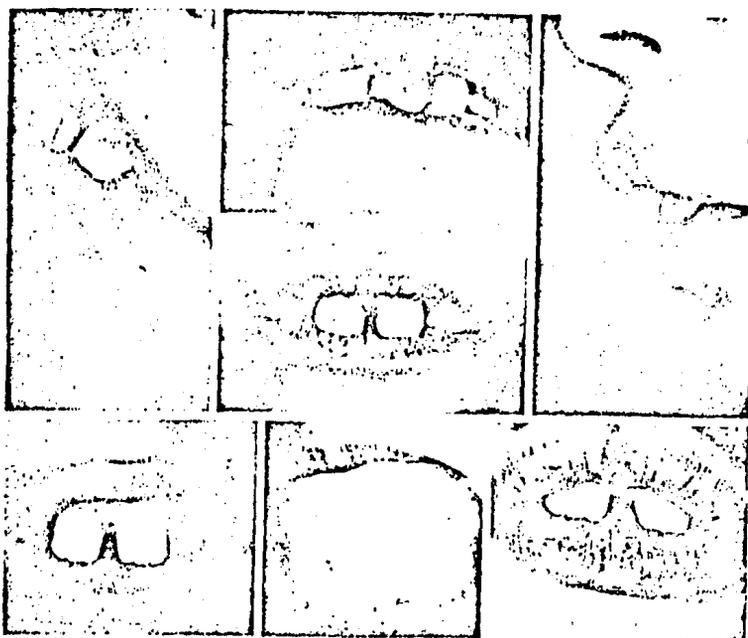


FIG. 6-70. La protrusión de los incisivos superiores, junto con la tendencia a la mordida abierta en el segmento anterior, en poco tiempo hace que el labio superior se acorte y se haga hipotónico y poco funcional. El labio inferior entra en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores aun en la posición postural de descanso (fotografía intermedia). Al deglutir, el labio puede ser desplazado completamente hacia el aspecto lingual de los incisivos superiores por la actividad del músculo boala de la barba.

Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba.



FIG. 6-71. Músculo borla de la barba hiperactivo. (Cortesía de W. R. Mayne.)

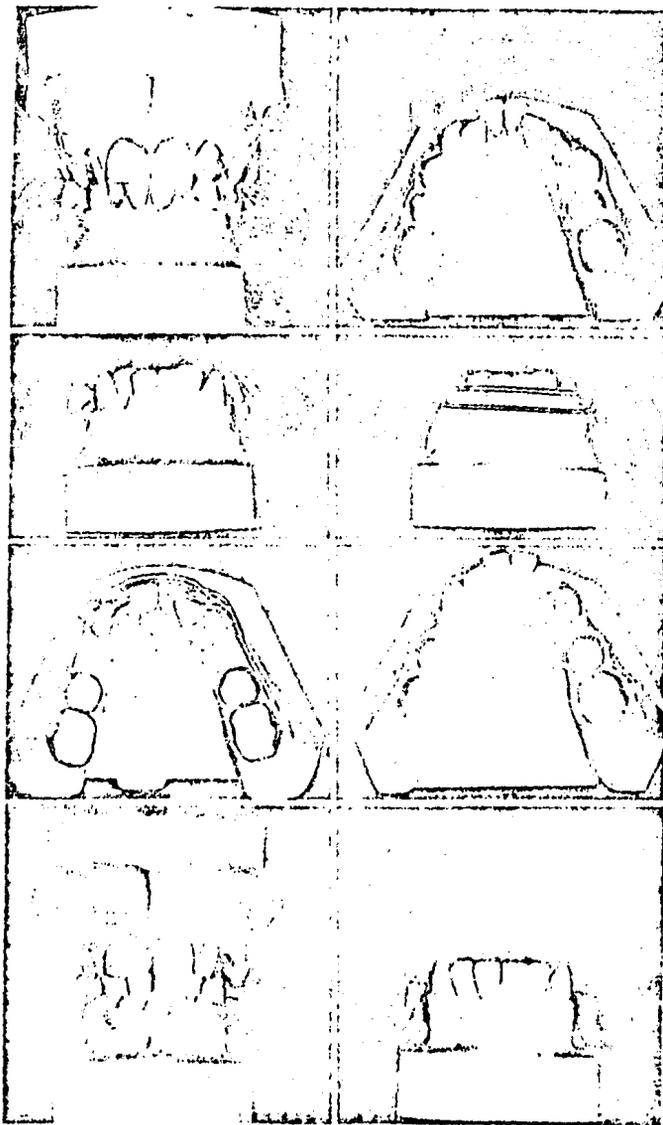
Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.

Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y arietamiento del labio.

Una consideración importante es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito del labio. Si existe maloclusión de clase II, división 1, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria

es buscar el fracaso. Se deberá tratar al paciente ortodónticamente y ya que haya sido establecida la oclusión normal; en caso de que persistiera el hábito es entonces cuando deberá tratarse este.

El número de casos en que es necesario colocar un aparato para labio es pequeño.



En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o, como dice la madre, " un hábito nervioso ", el aparato para hábito de labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes. Es muy agradable observar como la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

Aparato para el Tratamiento del Hábito de Morderse los Labios

Se toman impresiones de la arcada superior e inferior y se corren con yeso. Para facilitar el manejo los moldes pueden ser montados en un articulador de bisagra o de línea recta.

Se adaptan coronas de acero o bandas de ortodoncia en los dientes pilares que pueden ser los segundos molares deciduos o los primeros molares permanentes. Si éste aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen mayor posibilidad de resistir las fuerzas oclusales.

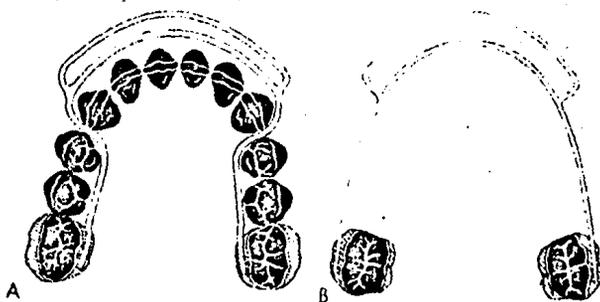


Fig. 14-19. Construcción de un "presionador para labio", para interceptar el hábito de morderse y chuparse el labio. Pueden utilizarse coronas metálicas completas en lugar de bandas de ortodoncia, si el aparato se va a llevar un tiempo prolongado. A, Arco lingual, cruzando a nivel del canino y del primer premolar (o canino a incisivo lateral). B, Tipo arco labial (ver fig. 14-18).

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral.

Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

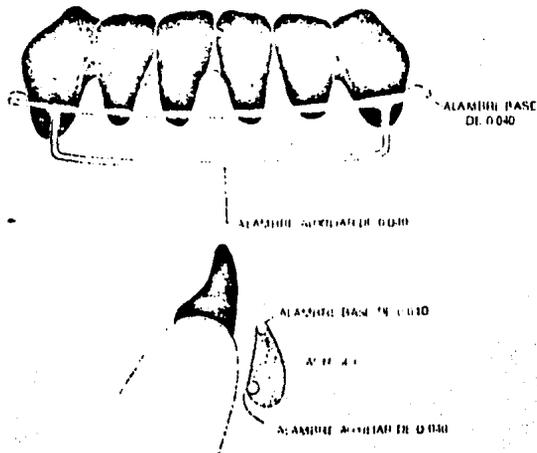
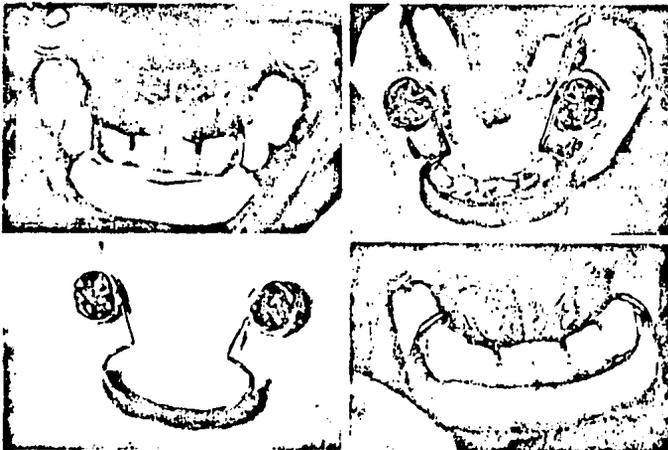


Fig. 14-20. Detalles labiales del aparato labial mostrando esqueleto de alambre (arriba) y porción acrílica que contiene los alambres (abajo).

La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales. A continuación se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal. Después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cementado sobre los dientes. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar. Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior.

Un período de uso del aparato de 8 a 9 meses es aceptable.

Se retiran las partes del aparato gradualmente. Los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después. No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular, asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.



En el aparato para hábito de labio, el operador deberá asegurarse que el aparato labial se encuentre 2 ó 3 mm. delante del aspecto labial de los incisivos inferiores.

Para el tratamiento de este hábito también se puede usar la pantalla oral.

R E S P I R A D O R R U C A L

En los niños se presenta con poca frecuencia el hábito de respirar por la boca.

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

- 1) Por obstrucción
- 2) Por hábito
- 3) Por anatomía

Quando respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Existiendo ésta dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad; se vé forzado a respirar por la boca. Cuando el niño que respira por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo, se vuelve hábito.

Quando el niño respira por la boca por razones anatómicas; es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo; manteniendo constantemente los labios separados. También si su tipo genético es de cara y naso faringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales.

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

- 1) Hipertrofia causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, por determinadas condiciones climáticas, por aire contaminado.

- 2) Tabique nasal desviado por bloqueo del conducto nasal.

3) Tejido adenoidal o faríngeo hiperplásico.

Cuando se ha corregido la obstrucción nasofaríngea por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede seguir respirando por la boca por costumbre.

Cuando esto sucede el odontólogo puede decidir colocar un aparato para obligar al niño a respirar por la nariz.

Antes de forzar al niño a respirar por la nariz el odontólogo deberá asegurarse que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire. Esto se puede comprobar usando una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales; el niño mantendrá los ojos cerrados para que la respiración sea totalmente natural y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz.

Se ha observado que las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como " facies adenoidea "; la cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores; los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada; esto se debe a la falta de estimulación muscular normal de la lengua y a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador.

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

El aparato que se utiliza para un respirador bucal es la pantalla oral.

Generalmente debe usarse durante toda la noche.

MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas.

El hábito de chunarse el dedo sirve para satisfacer la necesidad de obtener cierto placer en los labios, y se le considera como acto normal en el recién nacido durante los primeros meses de vida. Al parecer, el hábito de morderse las uñas satisface una necesidad semejante en el niño mayorcito. El cigarro sirve para el mismo fin en el adulto.

Todos estos hábitos son mecanismos para aliviar la tensión y por lo mismo, revelan la existencia de tensiones internas.

El acto de morderse las uñas (Billig) parece seguir una secuencia de cuatro posturas diferentes.

- 1.- La colocación de cualquiera de las dos manos cerca de la boca. Esta postura continúa por algún tiempo, desde unos cuantos segundos hasta medio minuto.
- 2.- El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- 3.- Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.
- 4.- El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente y lo palpa.

Durante el tiempo que dura esta serie de movimientos, el rostro adquiere una expresión grave. Si el niño se da cuenta de que lo observan, interrumpe su actividad con lo que, al parecer, es un sentimiento de culpa. Este último, quizá, se debe a que la sociedad condena el acto. A los que tienen el hábito muy arraigado suele serles difícil abandonarlo aún cuando se les ridiculice. En consecuencia, cada vez es más hondo el conflicto con la sociedad que los rodea y se sienten atormentados por un problema que no pueden resolver.

En un estudio de las fuerzas armadas, se observó que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a provocar maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una

marcada atrición. de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión por lo tanto no deberá considerarse malo a menos que perjudique realmente.

Tratamiento.- Como el hábito es sintomático, muchos investigadores coinciden en opinar que el tratamiento deberá esforzarse por reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo y, con ello, aliviar las tensiones internas.

B R U X I S M O

El bruxismo es el hábito de frotarse los dientes entre sí. Este es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque también se puede observar cuando el niño está despierto.

Con el frotamiento de los dientes se puede producir un sonido a distancia y también puede producir atrición de las piezas, inclusive el paciente llega a quejarse de molestias en la articulación temporomandibular.

Se cree que la causa del bruxismo tiene una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, que pueden presentar otros hábitos, como succión de pulgar o morderse las uñas, éstos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

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

Para llevar a cabo el tratamiento debe intervenir el médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra.

El odontólogo puede ayudar construyendo una guarda nocturna o pantalla oral de caucho blando, para ser usada durante la noche.

H A B I T O S D E P O S T U R A

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raros.

Los hábitos de presión y de inclinación que se forman por la costumbre de apoyarse en el mentón, por las posiciones que se adoptan al dormir con el

brazo bajo el rostro y por otras posturas peculiares son factores etiológicos de ciertas formas de maloclusión.

Es evidente que si éstos hábitos se interrumpen a una edad suficientemente temprana, los huesos de la cara y la posición de los dientes tenderán a continuar su desarrollo normal.

En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica.

EMPUJE DE FRENILLO

Este tipo de hábito se observa con poca frecuencia.

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas, quizá este hábito se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; éste efecto es similar al producido por un frenillo anormal.

HABITOS MASOQUISTAS

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista.

Un niño examinado por un odontólogo utilizó las uñas del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado completamente a la pieza del tejido gingival marginal, exponiendo el hueso alveolar.

El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica

ABERTURA DE PASADORES

DE PELO

Otro hábito nocivo, que es común entre las mujeres es abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores. En jóvenes que practican éste hábito se ha observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A ésta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo se le debe explicar al paciente los efectos nocivos que tiene éste hábito.

EJERCICIOS CORRECTIVOS

Alfred P. Rogers llama aparatos ortodónticos vivos a los músculos de la boca.

Solo se incluirán algunos de los ejercicios fundamentales que sirven para corregir los hábitos nocivos de la boca.

EJERCICIOS DE MASETERO Y TEMPORAL

En muchos niños que respiran por la boca, o bien, son débiles e hipotónicos, los músculos de la masticación son flojos y les falta fuerza y tono.

Si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta se aconseja el siguiente ejercicio:

1.- Ponga la punta del dedo índice sobre el músculo masetero, cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento.

Instrucciones para el paciente

2.- Junte los dientes.

3.- A continuación, contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal . Asegúrese de que la mandíbula permanece inmóvil y en la posición de ventaja mecánica.

4.- Mantenga la contracción de los músculos hasta que el niño cuente diez mentalmente . A continuación afloje los músculos.

5.- Repita cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.

6.- Deberá aumentarse gradualmente la cuenta hasta llegar a veinte. El esfuerzo muscular no debe ser excesivo.

7.- Este ejercicio deberá realizarse con regularidad tres veces al día.

Este ejercicio fortalecerá los músculos de la masticación y estimulará el buen funcionamiento de las estructuras óseas.

EJERCICIO PTERIGOIDEO

Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos y que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula pueden correr en muchos casos esa condición.

Instrucciones para el paciente

- 1.- Lleve la mandíbula tan adelante como le sea posible y después déjela que se retraiga hasta que los dientes tomen su relación normal.
- 2.- Apriete los dientes y contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal contando diez lentamente, como se indica para el ejercicio anterior.
- 3.- Deje descansar la mandíbula y llévela otra vez hacia adelante, repitiendo lo que se dejó en el punto anterior.
- 4.- Este ejercicio deberá continuarse hasta que se haya fijado el hábito fisiológico normal en relación con la posición de la mandíbula.

EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES

Cuando este ejercicio se hace de diez a cien veces al día, según las condiciones físicas y la capacidad del paciente, fortalece el orbicular de los labios y los músculos asociados de la boca y los carrillos.

Instrucciones para el paciente

- 1.- Lleve los molares del maxilar y la mandíbula a la posición de oclusión y consérvelos en ella.
- 2.- Contraiga todos los músculos de un carrillo, con lo que el ángulo de la boca se contrae en línea recta y hacia atrás.
- 3.- Conservando todavía ésta posición, empuje (con la mano, si es necesario) todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.
- 4.- Mientras se conservan tensos estos grupos de músculos, aspire profundamente el aire y déjelo escapar con lentitud.
- 5.- Repita los mismos movimientos en el lado opuesto.

EJERCICIO DE LA LENGUA

Se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo, cuyo tamaño sea aproximadamente igual al de 1/3 ó 1/4 de uno de los dulces llamados salvavidas, exactamente detrás de los incisivos superiores, donde es sostenido por la punta de la lengua. Se enseña cuidadosamente ésta posición al paciente y cuando se realiza cada acto de deglución, la punta de la lengua se mantiene en la posición correcta.

Existe sin embargo; un punto muy importante que no debe olvidarse, si el pedazo de caramelo se mantiene más atrás del paladar, y no exactamente detrás de los incisivos, será mantenido en ese lugar por el dorso de la lengua cuya punta podrá llenar nuevamente el espacio comprendido entre los dientes, con lo que fracasará el propósito del ejercicio. Durante la alimentación debe instarse al paciente a deglutir con la lengua correctamente.

EJERCICIO PASIVO DE STRANG PARA LA DEGLUCION

Con este ejercicio se entrenan los músculos que actúan en la deglución a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones nervertidas, esneialmente en lo que se refiere a la contracción exaquerada durante la succión y el esnasma de la lengua.

- 1.- Tengase a la mano un espejo y un vaso lleno de agua.
- 2.- Tome un pequeño sorbo de agua, lo suficientes para humedecer la boca.
- 3.- Observe cuidadosamente la boca en el espejo.
- 4.- Junte los dientes y mantengalos en ésta posición durante todo el ejercicio.
- 5.- Cierre suavemente los labios y traque, recordando tres cosas.
 - a) Mantener unidos los dientes.
 - b) Mantener los labios absolutamente inmóviles .
 - c) Mantener la lengua en la boca sin que haga presión contra los dientes anteriores.

6.- Repita lentamente la deglución tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo.

7.- Hágase esto durante dos minutos y, cuando menos tres veces al día. Repítalo con frecuencia entre períodos de práctica y, después de una semana, aumente la duración hasta tres minutos.

Si la perversión es muy marcada, puede ser necesario que el paciente aprenda este ejercicio por etapas. En este caso, hágase que practique primero la deglución con los dientes juntos, repitiendo ésta etapa durante una semana. Haga después que combine lo anterior manteniendo los labios quietos. Cuando haya aprendido a combinar estos dos enseñe a dominar el movimiento de la lengua. Si el paciente tiende a sacar la lengua durante la etapa final de la deglución, es muy difícil enseñarle a dominar este hábito. Strong ha hecho notar que si el paciente vuelve la lengua hacia atrás, hacia el paladar duro, y la mantiene en ese sitio durante el ejercicio, no puede sacarla entre los incisivos y, con el transcurso del tiempo, aprenderá a dominarla.

EJERCICIO DE ROGERS PARA EL ORBICULAR DE LOS LABIOS

Este ejercicio se efectúa con la ayuda de un ejercitador en forma de X.

Al funcionar el ejercicio el paciente lo sujeta por el mango agregado a la unión de los travesaños.

Se insertan los brazos A y B en la boca del paciente de manera que las puntas curvadas toquen los ángulos de la boca. El paciente contrae entonces el músculo orbicular de los labios. El movimiento de los brazos A y B, que tienden a unirse por la acción de los músculos de la boca, es resistido por la pieza elástica D (banda de goma), que es mantenida en tensión por los brazos E y F, los cuales se mueven separándose. Se aflojan los músculos de la boca y las palancas vuelven a su posición normal por la acción de la banda elástica; el paciente repetirá los movimientos de contracción y relajamiento de los músculos el número prescrito de veces. Al usar el ejercitador éste no deberá restirar los

labios. No debe olvidarse que el orbicular de los labios está compuesto principalmente por dos grupos de fibras, sin contar las fibras de los músculos que corta, por lo mismo, al hacer el esfuerzo con el ejercitador será necesario mantener las fibras en una relación tan normal como sea posible, esto se logra si se mantienen las fibras en la posición que adoptan al pronunciar la letra P. Se continúa el ejercicio con el elástico durante la primera semana, y cada día se aumenta el número de contracciones hasta llegar a 50 o 60. El número de las bandas puede aumentarse conforme aumenta la fuerza de los músculos. Para vez se hace necesario emplear más de dos bandas elásticas. El peso que deba levantar el músculo debe encontrarse dentro de su capacidad; el aumento de número de contracciones compensará lo liviano de la carga.

EJERCICIO TONICO GENERAL DE ROGERS

El propósito de este ejercicio es promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes, aunque también es valioso para todos los músculos de la cara.

Tome un sorbo abundante de agua tibia en la que se haya disuelto bicarbonato de sodio o sal.

Mantenga los dientes firmemente en oclusión y haga que el agua pase por los espacios interproximales hasta la cavidad de la boca y que vuelva al espacio lingual. Se repite este ejercicio hasta que los músculos muestran ligera fatiga. Deberá repetirse cinco o seis veces por la mañana y por la noche.

CONCLUSIONES

Como mencioné en la introducción, el dentista se enfrenta a los problemas que vienen a consecuencia de los hábitos.

En este trabajo he querido simplificar para mis compañeros éste problema, y, presentar de una manera sencilla, ordenada y, creo yo, completa, la forma de atención que requiere el caso en el que estemos encaminados a tratar.

Concluyendo que:

- 1.- No hay que olvidarnos de la historia clínica, aclarando con paciente y padres, puntos de interés para obtener la mayor información posible, así como; enterarlos a ellos.
- 2.- Llevar a cabo el exámen clínico del hábito, (conocer la causa) para poder establecer el:
- 3.- Plan de tratamiento, " Recordar que cada niño debe ser tratado según sus requerimientos ".
- 4.- Es conveniente que el niño acuda a consulta con sus padres.
- 5.- Se deben valorar los logros obtenidos, y;
- 6.- Consideraremos concluido el tratamiento del hábito siempre y cuando el comportamiento deseado esté sustentado por una base refleja.

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

- 1.- B. Finn, Sidney, Odontología Pediátrica, 4a. edición, Ed. Interamericana, México 1982.
- 2.- Hogeboom, Floyd E., Odontología Infantil e Higiene Odontológica, 6a. edición, Ed. Hispano Americana, México.
- 3.- M. Barnett, Edward, Terapia Oclusal en Odontopediatría, Ed. Médica Panamericana S.A., Argentina 1978.
- 4.- T.M. Graber, Ortodoncia, Ed. Iberoamericana.
- 5.- Ralph E. Mc. Donald, Odontología Para el Niño y el Adolescente.
- 6.- Leyt, Samuel, Odontología Pediátrica, Ed. Munde.