

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**IMPORTANCIA DE LOS HABITOS ORALES
EN ODONTOLOGIA**

*DIRIGI Y REVISÉ
22-V-84*

imp. C.D. JOSÉ T. ESCAMILLA PGR82

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Epitacio Rogerio Garrido Gómez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

PAG.

INTRODUCCION 1

I.- ANTECEDENTES Y TEORIAS 3

II.-METODOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS HABITOS ORALES

1) - Historia Clínica 9

2) - Estudios Radiológicos 25

3) - Modelos de Estudio. 28

4) - Estudios Fotográficos 30

III.-CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES

1) - Compulsivos 31

2) - No Compulsivos 31

3) - Primarios 32

4) - Secundarios 33

IV.- ETIOLOGIA DE LOS HABITOS ORALES

1) - Problemas Emocionales 34

2) - Problemas en la alimentación 56

3) - Problemas en la Deglución 60

4) - Problemas del Lenguaje 65

V.- PRINCIPALES HABITOS ORALES

1) - De Succión del dedo pulgar y otros dedos 69
2) - Hábito de Lengua (Lengua Protráctil) 76
3) - Bruxismo 83
4) - Hábito de Respiración Bucal 85
4) - Hábitos Diversos 87

VI.- EFECTOS DE LOS HABITOS ORALES 93

VII.- METODOS PARA EL CONTROL DE LOS HABITOS ORALES

1) - Intraorales 99
2) - Extraorales 134
3) - Psicológicos 134
4) - Terapéutica Miofuncional 136

VIII.- CONCLUSIONES 142

IX.- BIBLIOGRAFIA 144

INTRODUCCION

Para la elaboración de esta Tesis se eligió el tema "IMPORTANCIA DE LOS HABITOS ORALES EN LA ODONTOLOGIA" por las secuelas y limitaciones Anatomofuncionales que dejan en la cavidad oral, sobre todo porque es con mayor frecuencia en la infancia donde se presentan este tipo de problemas, y dado que con un diagnóstico temprano, se podría hacer un tratamiento oportuno, pero desafortunadamente cuando los Padres asisten al odontólogo, el hábito además de encontrarse presente en el niño, ya ha dejado secuelas.

Por lo que en este trabajo se incluye desde los métodos con que cuenta el odontólogo para el diagnóstico de los hábitos orales y que en gran parte dependerá de este diagnóstico el tratamiento acertado. La clasificación de estos hábitos por su relación directa con el aspecto emocional, es por lo que el odontólogo debe lograr la colaboración de los padres para eliminarlo.

Otro aspecto fundamental para el tratamiento de los hábitos orales, es el conocer e identificar la etiología de estos, para así eliminar de ser posible el problema desde su origen.

De tal manera que también se hace una breve descripción de los principales hábitos, así como de algunos métodos para su control.

Este trabajo se elaboró de la manera más sencilla posible, - ya que podría ser de utilidad para estudiantes que se intersen en el tema y para lo padres y familiares de niños con - este tipo de problemas.

1.- ANTECEDENTES Y TEORIAS

Las enfermedades de nuestros antepasados que dejaron huellas en sus huesos, no se debieron exclusivamente al azar sino que refleja su herencia, clima, dieta, actividades, cultura en general, de ahí que el estudio de las Patologías Bucales se remonta a épocas antiguas y sobre todo del México Preshispánico.

Sin embargo el estudio de enfermedades que no sólo dejaban huellas en los huesos sino en músculos y dientes se lograron de fuentes no tan directas, en el estudio de las representaciones artísticas de seres deformes y patológicos en la cerámica, pintura y esculturas.

De tal forma que el estudio de anomalías anatomofuncionales de la cavidad oral, con respecto a la práctica de diversos hábitos orales se efectúa aproximadamente desde hace sesenta años.

Un hábito bucal lo podemos definir de la siguiente manera "Es la disposición adquirida por actos que se repiten muchas veces, día tras día, y que resultan de una modificación de conducta o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo, que tiende a alterar el equilibrio dentro de la boca; dicho equilibrio está dado por la interrelación de dientes y arcadas así como de las fuerzas musculares intraorales y extraorales con la musculatura bucal, peribucal y el sistema nervioso central y periférico".

Así tenemos que:

En 1921 Hellman estudió a 354 pacientes con maloclusiones: de estos 219 considerados clase II. De los 354 90 eran succionadores de lengua, labio o digitales.

En 1930 se estudiaron 170 niños de 9 años de edad con maloclusiones 70 tenían un mal hábito bucal, 35 succionaban el pulgar.

En 1938 Swenhart estudió la relación entre maloclusión y la succión digital. En 38 casos elegidos al azar encontró que 34 presentaban protrusión maxilar; 24 mordida abierta; 27 eran respiradores bucales; 22 eran clase I; 4 eran clase II.

De lo que se infiere que como consecuencia del hábito oral, algunos pacientes presentaban una o más - afecciones.

En 1945 Bliss estudió a 300 niños y encontró que el 17% (51 niños) presentaban succión digital.

En 1964 Ray estudió a 32 personas entre los 20 y 60 años. - Todas ellas presentaban problemas periodontales, mis mos que el autor asocia a anomalías de la deglución.

En 1966 Brasil y Moyers estudiaron 24 casos con maloclusión y en ellas se encontró que 10 personas presentaban - deglución infantil, 9 degluciones de adulto y el res to deglución mixta.

En 1967 Blin estudió a 100 individuos y encontró que 56 presentaban hábitos orales de lengua.

En 1968 Leech examinó a 500 niños, cuyas edades fluctúan entre los 2 y 13 años. Estudiando las anomalías maxi - lares y la conducta bucofacial de esos niños; 216 - presentaron deglución atípica, 125 interposición lin gual y contracciones labiales, 30 eran respiradores bucales.

En 1969 Apareció uno de los trabajos más concluyentes, publi cados por Straub, quien estudió 478 casos de los cua les todos presentaron deglución atípica y maloclusiones; 171 presentaron succión digital.

En 1971 Ward estudió 358 casos, de los cuales 136 eran succionadores digitales; 170 presentaban maloclusiones y 26 presentaban deglución atípica.

En 1973 Kortsch examinó 660 casos; 106 eran succionadores digitales 134 presentaban deglución atípica; 18 presentaban amígdalas inflamadas; 64 trastornos en la deglución y la palabra; en 55 casos se encontró succión del pulgar, deglución atípica y dislalia.

En 1976 Tani publicó una estadística sobre 2324 niños de edades de los 6 a los 10 años; 416 presentaron mordida abierta

En 1977 Garliner estudió a un grupo de 985 niños con problemas de deglución atípica y maloclusiones y llegó a la conclusión de que este problema se encuentra íntimamente ligado a la deficiente alimentación materno infantil.

Como nos pudimos dar cuenta, el interés por estudiar este tipo de patologías en un mayor número de personas fue notable, es así que actualmente existe importante interés por parte de -- Odontólogos, Médicos, Odontopediatras, Psiquiatras, Psicólogos Foniatras, Terapeutas y otros profesionistas que desean ayudar a resolver este tipo de afecciones, que ocasionan limitaciones anatomofuncionales y psicológicas sobre los menores de edad - y que pueden ser corregidos con el tratamiento adecuado.

Dentro de los estudios de las anomalías de la cavidad oral con respecto a los hábitos bucales existen algunas teorías que considero importante mencionar por su fundamento científico.

TEORIA PSICOANALITICA

Entre las más antiguas, una de las más importantes es la enunciada por FREUD y menciona que "El concepto sexual lo abarca todo" Por lo que en su biografía dice: "La sexualidad está divorciada de su conexión demasiado estrecha con los genitales, y se considera como una función más amplia del cuerpo, que tiene como meta final el placer y secundariamente la reproducción". En términos generales podemos concluir que para la

la escuela Freudiana el término sexual denota la obtención de placer en cualesquiera de sus manifestaciones.

Es así como FREUD da como ejemplo el "Chupeteo del Pulgar" en un infante, como una caracterización del placer sexual, que es estudiado por SERBA dice lo siguiente: "Un niño chupetea el pulgar con labios y carrillos, sin obtener por ello, ningún tipo de gratificación, desde un punto de vista de autoconservación. Es en el acto mismo del chupeteo que se pueden observar reacciones propias del acto sexual adulto; los niños chupetean sus dedos en forma rítmica, al igual que la mayoría de los actos sexuales adultos, con el mismo movimiento, iniciándose en un movimiento lento, para luego incrementarse en el punto de excitación y posteriormente decrecer".

La analogía que existe entre la succión y el acto sexual adulto, es sin duda la búsqueda del placer en ambos casos. Quien haya podido observar la calma que invade al infante, después de haberse chupado el dedo, deberá reconocer que existe cierta similitud, con la que invade al adulto después de copular. Si se preguntara a un niño de corta edad, porqué se chupa el dedo, seguramente respondería "por que me agrada".

ETAPA ORAL

Como primera manifestación de sexualidad en el infante, se verá en la necesidad de obtener placer a través de su boca. La succión, aunque para muchos sea la necesidad relevante de obtener alimento, será también un requerimiento Psicológico del niño.

Al succionar el pecho el niño no sólo satisface su necesidad de alimentación sino que adquiere la primera sensación de captar el mundo exterior.

Trata de integrar las sensaciones de todo lo que le rodea, a través de su único medio posible "su boca".

"Su sentido de seguridad esta relacionado con la boca" dice - la Pediatra Norteamericana Margaret Ribble, al referirse a - la importancia de la Etapa Oral.

Otro aspecto importante es el incremento sanguíneo a la cabeza y la cara contribuyendo así, al ulterior desarrollo armónico de la musculatura facial y probablemente del cerebro. En cuanto a "La teoría de la doble fusión" postulada por - - FREUD, establece que el niño desempeña la actividad de alimentación conjuntamente con la obtención de placer; así mismo menciona que el niño, a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autocráticos y placeres relacionados con las zonas erógenas, razón por la cual debe esperarse que el hábito desaparezca entre los 2 y 3 años de edad. Por eso debe suponerse que si persiste el hábito a los 5 o más años de edad, tendrá algún problema de tipo emocional.

TEORIA DE LA CONDUCTA

Sin pruebas de lo contrario, se podría suponer, que de tener el hábito, será causa de problemas emocionales posteriores - o peor aún que la ansiedad y la tensión seguirán aumentando alrededor del niño. Estas teorías, en completa contradicción con la teoría Psicoanalítica es atribuida al estudio analizado por Spek y Wolpe (Generalmente conocidos como terapia de la conducta). Según en recientes investigaciones, el Dr. - - Kimble considera a los síntomas neuróticos como patrones de conductas adquiridas, los cuales por alguna razón llegan a ser inadaptados. Estos síntomas podrán ser de dos clases:

1.- Exceso de reacciones condicionadas.

Son adquiridas como respuesta a una motivación. Estos hábitos pueden estar bien encaminados en algunas ocasiones, pero pueden llegar a ser indeseables en otras.

2.- Reacciones condicionadas deficientes.

Son reacciones normalmente adquiridas por la mayoría de los individuos que viven en una sociedad a la cual se adaptan, pero que por alguna u otra razón no han sido adquiridas por todas las personas.

TEORIA DE LA PERDIDA DE LA FUNCION.

Se basa esta teoría en que la succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito.

Levy sigue diciendo Fletcher llega a creer que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón son causa de la instalación del chupeteo.

II.- METODOS PARA EL DIAGNOSTICO DE HABITOS ORALES.

1) HISTORIA CLINICA.

La historia clínica comprende la historia médica del paciente a través de la cual, se obtiene información de trastornos físicos, emocionales, caracteres hereditarios, hábitos y datos del medio ambiente que los rodea; su elaboración debe llevarse a cabo en forma ordenada y sistemática, de tal manera que facilite la recolección de datos.

El enfoque y la duración de la historia clínica dependerá de las circunstancias que rodean a cada caso; en situaciones - - ideales, los padres pueden completar el cuestionario en la - sala de espera durante la primera visita, esto es útil para - instruir a los padres, sobre el interés que tiene el odontólogo por el niño que está a su cuidado.

El cirujano dentista, revisará el cuestionario y lo completará con anotaciones especiales, en el registro del paciente.

La historia clínica de un paciente de Odontopediatría puede dividirse en:

- A) -Estadísticas vitales o Datos Generales.
- B) -Antecedentes
 - Hereditarios
 - Familiares
 - Personales
- C) -Padecimiento Actual.
- D) -Examen Clínico.
 - Apreciación General del Paciente
 - Examen bucal detallado
- E) -Exámenes suplementarios y pruebas especiales. anteriores.

A) ESTADISTICAS VITALES O DATOS GENERALES.

Son esenciales para tener el registro de nuestro paciente en el consultorio, de esta información el odontólogo obtiene, - una visión del nivel social de la familia, se anotan datos - como: nombre, edad, sexo, año escolar, nacionalidad, direc - ción y teléfono, además deberá anotar el nombre del médico - del niño (pediatra) para consultarle o para obtener informa - ción médica adicional, cuando se necesite.

B) ANTECEDENTES

Son una parte importante de la historia clínica, ya que faci - lita el diagnóstico y permiten preveer la evolución y la res - puesta al tratamiento.

- Antecedentes Heredo Familiares

Proporcionan orientación sobre el desarrollo hereditario - del paciente, también es útil, ya que informa al odontólo - go sobre el valor que los padres conceden a sus propios - dientes, puesto que la actitud, de los padres hacia la - - odontología, puede reflejarse en el miedo del infante y en los deseos de los padres con relación a los servicios odo - tológicos.

- Antecedentes Personales

Se dividen en dos partes:

- Historia Prenatal y Natal
- Historia Posnatal y de Lactancia.

Las historias prenatal y natal proporcionan indicadores so - bre el origen del color, forma y estructura anormal de dien - tes temporales y de dientes permanentes.

El odontopediatra analiza los efectos de las drogas y trastor - nos metabólicos, que ocurren durante las etapas de formación del niño.

El Historial posnatal y de lactancia, revisa los sistemas vitales del paciente, también registra información de tratamientos previos por ejemplo: de caries, trastornos del desarrollo con importancia dental, problemas nerviosos, - el comportamiento del niño y su actitud en relación con - el medio, así como también hábitos de nutrición (dieta - suficiente o insuficiente), otros hábitos, trastornos del metabolismo del hueso, enfermedades anteriores, operaciones, alergias a alimentos o a algún medicamento.

C) - PADECIMIENTO ACTUAL

Se registra la queja principal, con las palabras de la madre o del niño, este puede ser un problema agudo, o sólo un deseo de atención rutinaria.

En los casos en que exista una patología en evolución, en el momento de la consulta odontopediátrica, es indispensable obtener un pequeño resumen al respecto, que incluya - el tratamiento que se ha utilizado.

D) - EXAMEN CLINICO

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones, procedimientos y exámenes todo esto de manera sonriente y amable, ya que la cooperación del niño determina el curso de acción a seguir.

El examen clínico completo deberá ser una evaluación a conciencia de la situación del paciente.

DISEÑO DE UN EXAMEN ODONTOPEDIATRICO

- **Apreciación o perspectiva general del paciente:**
(incluyendo estatura, andar, lenguaje, mano, temperatura) - -
Examen de la cabeza y cuello (tamaño y forma de la cabeza piel y pelo), inflamación facial y asimetría, articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz, cuello.
- **Examen bucal detallado:**
alimento, labios, mucosa labial y bucal, saliva, tejido gingival y espacio sublingual, paladar, faringe y amígdalas, dientes
- **EXAMENES SUPLEMENTARIOS Y PRUEBAS ESPECIALES ANTERIORES**

Apreciación o perspectiva general del paciente.

E S T A T U R A

Se hace una perspectiva general de la estatura del niño desde que entra a la sala de recepción, la comprensión de la estatura requiere conocimientos prácticos lineales. Esto incluye las características de crecimiento en las diferentes edades y efectos de herencia, nutrición, enfermedad, anomalías de desarrollo y secreciones endócrinas.

A N D A R

Cuando el infante entra al consultorio dental, el odontólogo puede apreciar rápidamente su andar, y ver si este es anormal o afectado.

Entre algunos tipos de andar, hay los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo y atáxico.

L E N G U A J E

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos del lenguaje:

- Afasia
- Lenguaje retardado
- Tartamudeo
- Trastornos articulatorios del lenguaje.

- La afasia es rara y denota pérdida del lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.
- Algunas causas de retraso del lenguaje son: pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso del desarrollo general, defectos sensoriales, falta de motivación, estimulación inadecuada del medio.
- El tartamudeo o lenguaje repetitivo ocurre casi en todos los niños en algún período antes de ir a la escuela.
- Los trastornos articulatorios del lenguaje son: omisión, inserción, distorsión, substitución del sonido "C" por el sonido "S" que produce ceceo.

Los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica central, paladar hendido o maloclusión, a menudo tienen dificultades articulatorias.

M A N O S

El dentista puede observar todas las lesiones primarias y secundarias de piel, tales como máculas, pápulas, vesículas y úlceras.

Las uñas pueden estar mordidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión.

T E M P E R A T U R A

La fiebre o elevación de la temperatura, no se puede considerar igual para todos los niños en todos los momentos.

Los abscesos dentales o las enfermedades gingivales agudas y también algunas infecciones respiratorias y bucales, dan como resultado estados febriles en los niños.

EXAMEN DE LA CABEZA Y CUELLO.

- Tamaño y forma de la cabeza.

El tamaño de la cabeza del niño puede ser normal, demasiado grande o demasiado pequeña.

La cabeza demasiado grande (macrocefalia) se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatismos.

La cabeza pequeña (microcefalia) puede deberse a trastornos del crecimiento, enfermedad o traumas que afecten el sistema nervioso.

Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas por un cierre prematuro de las suturas, interferencia del crecimiento de los huesos craneales, o presiones anormales dentro del cráneo.

- PELO Y PIEL

La alopecia o pérdida del cabello puede observarse en pacientes de muy corta edad en el caso raro del niño que tiene displasia ectodermal congénita, el pelo puede estar ausente o ser muy escaso, de color claro y delgado.

Hay otros desequilibrios hormonales, que pueden causar pérdida del cabello, mientras que la adicción de medicación hormonal, puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo del cabello.

La piel de la cara al igual que de las manos, puede observarse para detectar señales de enfermedad.

Un odontólogo cuidadoso puede desear posponer una visita dental, si ve que el niño tiene extensas y dolorosas lesiones de herpes o algún otro tipo de lesión en los labios o en la cara.

INFLAMACION FACIAL Y ASIMETRIA.

Las infecciones ya sean de origen bacteriano-viral y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

El examen bucal es de gran importancia, en el momento de hacer el diagnóstico de la etiología de cualquier inflamación de la cara.

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica, se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron que nacieron antes de su término normal, afectan a la forma de la cara de manera permanente.

Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Es fundamental la exploración de la articulación temporomandibular, para llegar al diagnóstico de: limitación de movimiento, subluxación y dislocación de desviaciones mandibulares.

Debe palparse suavemente inflamaciones o enrojecimientos sobre la región de la articulación, para determinar el grado de firmeza y extensión.

Puede observarse el trismus o espasmo de los músculos masticatorios, cuando hay infección que sigue a una extracción de algún molar mandibular permanente. El tétanos es una enfermedad poco común que puede producir trismus.

O I D O S

El odontólogo debe determinar si el dolor referido, originado en la dentadura, es la posible causa del dolor de oídos; si al hacer un examen radiográfico no se encuentra problema dental alguno, deberá enviarse al niño con el médico.

O J O S

La inflamación que está asociada con las piezas maxilares puede extenderse a la región orbital, causando la inflamación de los párpados y conjuntivitis.

Frecuentemente niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica y alergia, tienen cierta hinchazón en los párpados y en los tejidos peri orbitales.

N A R I Z

A causa de la gran proximidad de la nariz con la cavidad oral la extensión de la inflamación, a través del maxilar superior puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz.

Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz por ejemplo la nariz en silla de montar, característica de sífilis congénita.

La extensión de quistes o tumores desde dentro de la cavidad bucal pueden hacer intrusión en los conductos nasales.

C U E L L O

El odontólogo deberá mantenerse de pie atrás del niño y pasar de manera natural la parte plana de sus dedos sobre la región parótida, bajo el cuerpo de la mandíbula, hacia las regiones submaxilares y sublinguales, y desde ahí palpar los ganglios del cuello.

Frecuentemente es evidente en el paciente, agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares, esto puede estar asociado con amígdalas infectadas inflamadas.

EXAMEN BUCAL DETALLADO

La apreciación general y de diagnóstico sistemático de la cabeza y el cuello sirven de introducción a la cavidad oral del niño. El dentista deberá evitar enfocar directamente su atención en las piezas dentales, descuidando así otras áreas de la boca.

A L I E N T O

El aliento de un niño sano es generalmente agradable e incluso dulce, mal aliento o halitosis, puede deberse a causas locales o generales.

Los factores locales incluyen:

Higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor.

Los factores generales incluyen:

Deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoideo, crecimientos malignos, trastornos del tracto digestivo superior, fiebre tifoidea, y otras infecciones.

La acidosis generalmente produce olor de acetona en el aliento.

L A B I O S , M U C U O S A L A B I A L Y B U C A L

Después de observar su forma, tamaño, color y textura de la superficie, deberán ser palpados usando el pulgar y el índice, frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas y fisuras.

Normalmente la mucosa labial es de color rosado, cualquier lesión o cambio de color o consistencia de la membrana mucosa, deberá ser evaluado cuidadosamente, las lesiones más comunes que se observan en la mucosa labial o bucal de los niños, son las que se asocian con virus de herpes simple.

S A L I V A

La parotiditis epidémica o paperas, se caracteriza por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilateral o bilateral de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensibles, hinchadas y pueden tener secreciones alteradas, cuando existen infecciones generales

Una secreción excesiva o purulenta del conducto de STENON puede indicar otros trastornos de las glándulas parótidas salivales sublinguales y submaxilares.

T E J I D O G I N G I V A L

Es fundamental examinar el color, tamaño, forma, consistencia y la fragilidad capilar de la encía.

Cuando hace erupción la pieza, el tejido que la rodea puede inflamarse y volverse doloroso e hinchado.

El color rojo e hinchazón es frecuente que se presente por inflamación producida por higiene bucal inadecuada, aunque también puede deberse a cambios metabólicos, nutricionales, por efecto de drogas y por trastornos del desarrollo.

Cuando se presentan fístulas de drenaje en tejido gingival unido, acompañados de sensibilidad, dolor y movilidad de diente, generalmente son diagnóstico de pieza con absceso.

L E N G U A Y E S P A C I O S U B L I N G U A L

Tiene importancia observar la forma, tamaño, color y movimiento de la lengua, ya que el agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo, o también puede asociarse con un quiste o neoplasma.

Una descamación de las papilas superficiales, asociada con cambio de color y sensibilidad, puede deberse a una avitaminosis, anemia, trastornos por tensión e inadecuados hábitos dietéticos.

Si el frenillo lingual está corto anormalmente, puede evitar que la punta de la lengua se incline hacia adelante, - éste frenillo puede ser la causa de ciertos defectos de fonación.

La sequedad de la lengua puede deberse a deshidratación en niños con problemas digestivos o con inadecuados hábitos, o puede ocurrir en los niños que respiran por la boca.

Deben observarse las costumbres que se realizan con la lengua para describir posibles asociaciones de maloclusión, - la inflamación en el suelo de la boca, puede hacer que la lengua se eleve y afecte la fonación y el movimiento lingual del infante.

P A L A D A R

La cabeza del paciente deberá estar inclinada ligeramente hacia atrás para poder observar directamente la forma, el color y cualquier tipo de lesión en el paladar blando y - duro.

La consistencia de las deformidades o inflamaciones deberá ser investigado con cuidado por medio de palpación. Cambios de color pueden ser causados por neoplasmas, enfermedades infecciosas y sistémicas, traumas o agentes químicos.

P A R I N G E Y A M I G D A L A S

El odontólogo debe observar cualquier cambio de color, úlcera o inflamación de la faringe y las amígdalas y sugerir que asista al médico.

D I E N T E S

Número de piezas.

En muy pocas ocasiones el odontólogo ve a un niño que sufre ausencia total de sus piezas (anodoncia) o algún trastorno donde se vea anodoncia parcial (oligodoncia), los dientes - que estan de más en la cavidad bucal (supernumerarios) se - observan en la mayoría de los casos en la línea media del - maxilar superior, pero pueden aparecer en cualquier parte - y son extraídos por el dentista.

Un trastorno en la erupción de la dentadura, puede hacer - que existan demasiadas o pocas, según exista un patrón de - erupción retardada o precoz.

Tamaño de las piezas

Es raro encontrar macrodoncia (dientes demasiado grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños) auténtica. La herencia desempeña casi siempre el papel principal, en la pre determinación del tamaño de las piezas.

Color de las piezas

La tinción normal de las piezas de los infantes puede dividirse en dos tipos: extrínseca e intrínseca.

La tinción extrínseca puede ser causada por bacterias, el - cambio de color generalizado del esmalte y la dentina se de be a factores intrínsecos como: la discracia sanguínea, ame logénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas como las tetraciclinas.

Oclusión de las piezas

En esta parte del examen se le indica al niño que muerda so bre sus dientes posteriores y que cierre, entonces el dentis ta guía la mandíbula hacia la posición más retraída de los cóndilos. La intergitación de molar y canino deberá ser comprobada de manera bilateral.

Malformación de los dientes.

Lesiones físicas e hipoplasia del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados. También encontramos anomalías como " DENSINDENTE", incisivo de HUTCHINSON, corona - - bífida e hipoplasia de TURNER.

Destrucción del tejido dentario

La caries es causa de más destrucción de tejidos dentales, - que cualquier otro tipo de afección.

El odontólogo puede diagnosticarlo por medios clínicos y exámenes suplementarios.

A través de los exámenes suplementarios podemos hacer la detección de caries, por ejemplo por medio de las radiografías y de instrumentos.

E) EXAMENES SUPLEMENTARIOS Y PRUEBAS ESPECIALES ANTERIORES

Tiene utilidad integrar al expediente todos los estudios anteriores como las radiografías y en el caso de pruebas especiales como las biopsias, y resultados en el uso de comprobadores de pulpa electrónicos, etc.

HISTORIA CLINICA INFANTIL

ESTADISTICAS VITALES

FECHA _____

Nombre del niño _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____
 Lugar de Nacimiento _____
 Nombre de la Persona que proporciona la información _____
 Nombre del Padre _____
 Nombre de la Madre _____
 Ocupación del Padre _____
 Ocupación de la Madre _____
 Dirección del niño _____
 Con quien vive el niño _____
 Pediatra actual del niño _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Queja principal _____
 Fecha en que se inicia _____
 Que le motivó para traer al niño al dentista _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES (SI) (NO)

HISTORIA DE LOS PADRES

Lleva usted dentaduras postizas - - - - - () ()
 Lleva su conyuge dentaduras postizas - - - - - () ()
 A que edad le extrajeron los dientes - - - - - () ()
 Porque le extrajeron los dientes _____
 Son o han sido sus dientes grisáceos, amarillentos o pardus-
 cos. () ()
 Desde cuando _____
 Padece alguna enfermedad hereditaria () ()
 Cual _____
 Padece ud., alguna enfermedad contagiosa () ()
 Cuál? _____
 Tiene miedo usted de asistir al dentista () ()
 ¿Porqué? _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Historia Prenatal

Existió alguna enfermedad durante el embarazo () ()
 De que tipo y cuando _____
 Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante () ()
 el embarazo.
 Que medicamentos utilizó _____
 Durante que tiempo y con que frecuencia los tomó _____
 Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o de calcio duran-
 te el embarazo _____
 Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su conyuge
 () ()
 Cual es su RH _____
 Tomó tabletas de fluoruro o existía éste en el agua _____

HISTORIA NATAL

(SI)

(NO)

Fué prematuro su hijo - - - - - () ()
 Tenía escorbuto al nacer - - - - - () ()
 Le hicieron transfusiones sanguíneas - - - - - () ()

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA

Tuvo convulsiones durante la etapa de lactancia - - () ()
 fué amamantado - - - - - () ()
 Durante cuanto tiempo _____
 Se le alimento con el biberón - - - - - () ()
 Durante cuanto tiempo _____ () ()
 Le administraron suplementos de fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales - - - - - () ()
 En caso afirmativo explique _____
 Durante cuanto tiempo se administró _____
 Con que frecuencia _____
 Utilizó su niño chupetes con azúcar - - - - - () ()
 Tuvo su hijo enfermedades durante la lactancia - - () ()
 Cuales _____
 Sufrió su hijo fiebre reumática - - - - - () ()
 Sufrió dolores en articulaciones durante su crecimiento - - - - - () ()
 Tiene diabetes - - - - - () ()
 Ha tenido afecciones renales - - - - - () ()
 Ha tenido afecciones del corazón - - - - - () ()
 Tiene anemia - - - - - () ()
 Ha recibido su hijo antibióticos - - - - - () ()
 A que edad _____
 Durante que tiempo _____
 Que antibióticos se le administraron _____
 Tuvo dificultades su hijo para aprender a caminar () ()
 Sufrió alguna operación durante la lactancia - - - () ()
 Porqué razón _____
 Ha sufrido alguna fractura _____ () ()
 Como ocurrió? _____
 Sufre frecuentemente accidentes menores - - - - - () ()
 Sufre frecuentemente heridas - - - - - () ()
 Tiene su hijo alguna incapacidad física o mental - () ()
 Explique _____
 Toma su hijo golosinas entre comidas - - - - - () ()
 Que tipo _____
 Sufre frecuentemente dolores de dientes - - - - - () ()
 Sangran sus encías con facilidad - - - - - () ()

	(SI)	(NO)
Es alergico a algún tipo de comida - - - - -	()	()
Es alergico a algún tipo de medicamento - - -	()	()
Cuál?		
<u>Tiene dificultad para detener algún sangrado</u>		
cuando se corta - - - - -	()	()
Le salen facilmente moretones - - - - -	()	()
Tiene problemas para hacer amigos - - - - -	()	()
Se lleva bien con los niños de su edad - - -	()	()
Tiene hermanos - - - - -	()	()
Cuales son sus edades - - - - -	()	()
Tiene problemas en la escuela - - - - -	()	()
de que tipo		
<u>Teme al dentista - - - - -</u>	()	()
Sabe ud, porque - - - - -	()	()
ha tenido experiencias desagradables con el		
dentista - - - - -	()	()

EXAMEN CLINICO

(SI)

(NO)

BOCA, NARIZ, GARGANTA

Respira a través de ambos orificios nasales - - () ()

En caso de ser negativo porque _____

Le extrajeron amígdalas o adenoides - - - - - () ()

Sufrió algún traumatismo de boca o nariz - - - - () ()

LABIO SUPERIOR

Normal _____ Corto _____ Funcional _____ No Funcional _____

LABIO INFERIOR

Normal _____ Corto _____ Funcional _____ No Funcional _____

MUSCULO BORLA DE LA BARBA Normal _____ Hiperactivo _____

Deglución. Normal _____ Anormal _____

RESPIRACION POR LA BOCA: Todo el tiempo _____ Solo por las noches _____

Dieta Actual. adecuada _____ inadecuada _____

Entre comidas _____ dulces _____ bebidas refrescantes _____

Frecuencia _____

PALADAR.---- Normal _____ Anormal _____LENGUA Normal _____ Anormal _____ Características _____PISO DE LA BOCA.- Normal _____ Anormal _____Encías y mucosa labial.- Normal _____ Anormal _____DIENTES

Dientes ausentes _____ Número _____

Dientes malformados _____ Número _____

Pérdida prematura de dientes temporales _____

Erupción tardía de dientes permanentes _____

Espacio del frenillo _____

Dientes Cariados _____

Restauraciones dentales deficientes _____
 Retención prolongada de dientes temporales _____
 Pérdida de dientes permanentes _____

HABITOS

Pulgar _____ Dedo _____ Lengua _____ Deglución _____
 Respiración Bucal _____ Cuerpos Extraños _____
 Imitaciones _____

Efectos causados por hábitos _____
 Se ha establecido algún tratamiento para eliminarlos _____
 Que tipo de tratamiento _____
 Cuáles han sido los resultados _____

R E S U M E N

Etiología del Hábito

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento que se empleará

Fechas

Radiografías

Fotografías

Modelos.

2.- ESTUDIOS RADIOLOGICOS

El papel de las radiografías es de gran ayuda, para hacer un buen diagnóstico, los datos que obtenemos de estas son: forma, tamaño, posición, número de dientes, relación de éstos con el hueso de soporte así como la densidad de éste y el estado que guarda el parodonto.

Se pueden observar lesiones cariosas interproximales, que no se pueden detectar con un explorador y que posteriormente destruyen los tejidos dentales; también se encuentran anomalías dentarias que son asintomáticas y no visibles en la boca, muchas de estas anomalías representan riesgos para el desarrollo de oclusiones de normal funcionamiento. Entre las anomalías que pueden alterar el desarrollo de una oclusión pueden ser: - Los dientes supernumerarios, macrodoncia, dientes fusionados, anquilosados y germinados, piezas en mala posición e impactados y piezas ausentes. Otras anomalías de importancia incluyen "Dens in Dente", odontomas e hipoplasia.

ALTERACION EN LA CALCIFICACION DE LAS PIEZAS

Las radiografías ayudan a reconocer y diagnosticar enfermedades sistémicas que tienen manifestaciones dentales y también enfermedades particulares de los dientes. Entre las enfermedades sistémicas podemos encontrar: osteogénesis imperfecta, sífilis congénita, fluorosis crónica, rickettsias y displasia ectodérmica.

Entre las enfermedades particulares de los dientes que producen alteraciones en la calcificación de éstas, podemos contar: amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y displasia dentinal.

ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En este caso la radiografía puede proporcionar un indicio temprano de un retraso del desarrollo, y puede indicar la extensión del retraso o la precocidad de erupción. La erupción retrasada puede indicar actividad glandular menoscabada, como se observa en hipotiroidismo y en el hipopituitarismo. Enfermedades metabólicas, tales como disostosis cleido craneal, pueden ocasionar erupción retrasada.

La erupción precoz es una observación muy común en casos de Hiperpituitarismo. A veces una pieza erupcionada en oclusión se sumerge.

Otro método para determinar la edad ósea física del niño son las radiografías de los huesos de la mano y del antebrazo. - La edad en el momento de osificación de los 8 huesos carpa - les debe ser utilizada, como un índice exacto del desarrollo físico del niño.

Ciertamente es más segura que la edad cronológica del niño. - Un retraso marcado en el tiempo de la erupción puede correlacionarse con la erupción, aparición y crecimiento retrasados de los huesos carpales.

Las radiografías cefalométricas proporcionan un método seguro de evaluar el crecimiento y desarrollo del cráneo, y además las partes del cráneo que sostienen los dientes.

ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL

Nos sirven de mucho las radiografías para diagnosticar una - enfermedad apical, una de las características de infecciones apicales es el engrosamiento de la membrana periodontal adyacente, factores generales y locales pueden dañar o destruir éste tejido, los factores locales son: irritación, oclusión traumática, falta de estimulación funcional y caries.

Los factores generales pueden ser: infecciones bacterianas o virales, avitaminosis y discrasias sanguíneas.

Las radiografías pueden ayudar no sólo en el diagnóstico - sino también establecer un pronóstico y evaluar el éxito de cualquier tratamiento.

ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE

Muchos cambios en la estructura ósea pueden observarse en la mandíbula y el maxilar superior radiográficamente e indicar - enfermedad general o local. Destrucciones óseas locales pueden indicar abscesos, quistes, tumores, ostiomielitis o en - fermedades periodontales. Entre las enfermedades generales -

que producen destrucción ósea están el raquitismo, el escorbuto, el hiperparatiroidismo, la disostosis cleidocraneal, discrasias sanguíneas como agranulocitosis, enfermedad de Paget, diabetes, granuloma eosinófilo y algunas enfermedades metabólicas.

CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS

Las radiografías rutinarias revelan frecuentemente que la pulpa ha muerto. Las radiografías son de gran utilidad para detectar las raíces fracturadas y resorbidas, fijaciones de piezas primarias sobre gérmenes de piezas permanentes, dilaceraciones, desplazamientos, anquilosis, fracturas óseas y cuerpos extraños.

EVALUACION PULPAR

A través de las radiografías podemos determinar la profundidad de las lesiones cariogénicas y su proximidad a la pulpa. Además nos permite evaluar el estado de los tejidos periapicales, así también muestra la forma de la pulpa y la guía más consistente disponible para la obturación de canales de raíz y para evaluar las obturaciones finales.

El éxito del recubrimiento pulpar o pulpotomía, puede observarse en los dientes por la formación de un puente de dentina subyacente al área de tratamiento.

La radiología para niños puede dividirse en 3 categorías generales:

- Examen General de la Boca
- Examen de Areas específicas
- Exámenes especiales.

EXAMEN GENERAL

En la primera visita al dentista se deberá realizar en el niño un examen completo de la boca y desde entonces deberá llevarse a cabo periódicamente.

La frecuencia de estos exámenes deberá regirse por la susceptibilidad a las caries y el patrón de crecimiento en el individuo. Aunque las películas extrabucales son menos útiles para localizar lesiones interproximales incipientes, son de gran ayuda para localizar cavidades más grandes y de gran efectividad, -

entre otras cosas, para encontrar patosis periapical, anomalías dentales, patrones de crecimiento deformados, cambios debidos a enfermedades generales y lesiones.

EXAMEN DE AREAS ESPECIFICAS

Patosis locales o lesiones pueden examinarse con películas intra bucales y también extrabucales; el examen puede consistir en película periapical única. En general los exámenes de un área consisten en exámenes para localizar lesiones óseas y objetos dentro de los tejidos blandos, evaluación de raíces múltiples, canales pulpaes y uniones temporomandibulares.

EXAMENES ESPECIALES

Los exámenes especiales se hacen para:

- Proporcionar una área de información específica
- Mostrar estructuras que no se ven en las radiografías dentales normales.

En niños se hacen dos radiografías para obtener información específica, que son de especial importancia.

La radiografía cefalométrica que se usa para comprobar el crecimiento y desarrollo del niño.

La radiografía de mano y muñeca-que se usa para determinar la edad ósea del paciente.

Las radiografías cefalométricas son proyecciones laterales del cráneo los trazos que se hacen en ésta describen matemáticamente el desarrollo del cráneo del niño.

La radiografía de mano y muñeca o de índice carpal, nos indica el número de huesos carpales presentes y su tamaño correspondiente e indican la etapa de desarrollo del niño.

3.- MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio nos proporcionan una copia de la oclusión del paciente, es muy importante contar con un juego de modelos de este tipo, para correlacionar datos adicionales tomados de radiografías intrabucales y cefalométricas, además de obtener

longitud total de las arcadas, espacios existentes y discrepancia en el tamaño de los dientes.

Los modelos de estudio tomados en el desarrollo del niño constituyen un registro permanente de la situación en que se encontraba.

También constituyen un registro continuo del desarrollo o falta del mismo. Para obtener una reproducción casi perfecta de los dientes y tejidos adyacentes, utilizamos un material para impresión llamado alginato. La mayor parte de los datos sacados del estudio cuidadoso de los modelos de yeso sirven para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante el examen bucal.

Datos que se obtienen de inmediato como los problemas de pérdida prematura, retención prolongada, falta de espacio, malposición, giroversión de dientes, diastema por frenillos, inserciones musculares y morfología de las papilas interdentarias; se pueden observar las anomalías de tamaño, forma y posición.

Las dudas acerca de la forma y simetría de la arcada, simetría de los dientes, tamaño de los dientes y discrepancia en uno de los maxilares puede ser resuelta, sólo si se toma el tiempo necesario para observar medir y apreciar el grosor del hueso alveolar sobre los dientes, la profundidad de la curva interna del hueso basal partiendo del margen gingival, la relación apical basal de los dientes en cada maxilar y las relaciones apicales basales de las arcadas dentarias superior e inferior, tanto antero posterior como de izquierda a derecha, son datos importantes que debemos obtener para llevar a cabo un diagnóstico completo y un plan de tratamiento adecuado.

Los problemas de migración, inclinación, curva normal de SPEE, y puntos prematuros, deben anotarse y correlacionarse, con las radiografías.

En cada visita posterior, se debe sacar los modelos de estudio y comparar el estado actual de la boca, con el estado de la misma cuando fueron tomados los modelos de yeso y observar que cambios han ocurrido, si son favorables o desfavorables, si existe migración, sobre erupción, puntos de contacto prematuros, facetas de desgaste anormales y sobremordida; se deben interceptar estos cambios antes de que se desarrollen.

4.- ESTUDIOS FOTOGRAFICOS.

Al igual que los modelos de yeso, la fotografia sirve para registro, de los dientes y tejidos de revestimiento en un momento determinado.

Es aún más importante cuando el dentista carece de equipo, que le permita hacer las radiografías cefalométricas.

Las fotografías extraorales muestran un registro permanente del perfil original y aspecto de la cara, comparados con datos similares posoperatorios, constituye un ejemplo gráfico para el paciente, como para los padres, sobre lo que se realizó.

Las fotografías intraorales muestran: forma, tamaño, posición, número, color, profundidad, lesiones de la estructura que se encuentran en la boca como son: dientes, maxilares, encías, frenillo, lengua, paladar, tonsilas, úvula, piso de la boca, labios - carrillos y también inserciones de frenillos.

III.- CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES.

- 1.- Hábitos orales compulsivos.
- 2.- Hábitos orales no compulsivos.
- 3.- Hábitos orales primarios.
- 4.- Hábitos orales secundarios.

1.- HABITOS ORALES COMPULSIVOS

Un hábito oral compulsivo es llamado así cuando se ha formado una fijación en el niño y acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por el medio ambiente que le rodea.

Estos hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada, y el realizar este hábito le sirve al niño de escudo, además es una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven difíciles de soportar, es decir se retrae hacia sí mismo, y es por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, que puede lograr la satisfacción que anhela.

La etiología específica es difícil de precisar, sin embargo algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación, pueden haber sido rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma, lo que ocasionaba insatisfacción, otra causa puede deberse a demasiada tensión en el momento de la alimentación por biberón, así mismo es aceptable generalmente que la inseguridad del niño juega un papel importante en muchos casos.

2.- HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS

En éste tipo de hábitos el éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas y en ciertos casos por amenazas de castigos fuertes por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño, continúa en la madurez al verse sometido a presiones externas, por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clases, así los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste se denominan "no compulsivos".

De estas situaciones no resultan generalmente relaciones en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más congruente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

3.- HABITOS ORALES PRIMARIOS.

Desde antes de nacer se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas, y al nacer se ha desarrollado un reflejo de funciones neuromusculares llamado "reflejo de succión" por lo que ENGEL afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado de succión "chupar" y esto constituye un intercambio importante con el mundo exterior con este mecanismo no sólo obtiene nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar tan indispensable en la primera parte de su vida, ya que este responde a una necesidad.

A través de la acción de "chupar o mamar" el recién nacido satisface algunas necesidades como la de seguridad, existe además un sentimiento de calor por asociación y el sentirse necesitado, cuando esto no se presenta, desarrolla el problema de hábitos orales, los ejemplos más comunes de éste tipo de hábitos son: el hábito de chuparse el dedo pulgar y el hábito de proyección lingual.

Este tipo de hábitos puede ocasionar una mal oclusión como resultado de la incapacidad de la musculatura peribucal anormal para satisfacer las exigencias cinestésicas neuromusculares y sensoriales del niño que crece.

Los hábitos primarios pueden ser simples o combinados: los simples son aquellos que están solos sin asociación de hábitos de otro tipo.

Los combinados son aquellos que estan asociados con otro tipo de hábitos como son torcerse el pelo, morder un contorno de la cobija, etc.

4.- HABITOS ORALES SECUNDARIOS

Este tipo de hábitos se adquieren generalmente a partir de hábitos primarios, estos pueden presentarse solos, pero por lo regular acompañan a un hábito primario.

Dentro de éste tipo de hábitos estan el chuparse o morderse los labios y las uñas, que generalmente se desarrollan después de la edad de succión del pulgar, o de la de morderse las uñas o los labios.

También se considera como hábito secundario el chupar los dedos como consecuencia de un hábito de proyección lingual, chupar el extremo de una cobija, cojerse la oreja durante el desarrollo de la succión digital, golpear la nariz o el labio al mismo tiempo que succiona el pulgar.

Estos hábitos suelen desaparecer cuando el hábito primario o principal es eliminado.

IV.- ETIOLOGIA DE LOS HABITOS ORALES

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Por desarrollo psicológico se entiende una serie complicada de acontecimientos, que se manifiestan exteriormente, como un patrón de conducta; también se refiere a la adquisición por parte del niño, de conocimientos, destrezas e intereses.

A pesar de que la maduración está determinada por factores propios del individuo, el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo, siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

El dentista que decide dedicarse a la atención de niños, estará en contacto con un ser inmaduro y en pleno desarrollo con características propias, por lo que es importante conocer sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales, para que así sea posible encauzarlos y canalizarlos de tal manera que la íntima relación, que idealmente debe existir entre el niño y su dentista sea altamente positiva.

1.- PROBLEMAS EMOCIONALES

PROBLEMA EMOCIONAL DEL MIEDO

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto esta presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.

El lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo, a medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otro modo, si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al niño contra daños y la destrucción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical.

Sin embargo las descargas del hipotálamo en el hombre pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que su corte altamente desarrollado, pueda hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar.

En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella cuando no puede llevar a cabo ésta, aumenta su miedo y entonces la intercomunicación entre el dentista y el niño puede ser muy difícil; puede ocurrir incluso con niños de más edad, una situación en la que el miedo sea de tal grado que no pueda razonar claramente.

Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas.

V A L O R D E L M I E D O

Contrariamente a lo que se cree generalmente, el miedo dirigido y controlado adecuadamente, puede ser muy valioso ya que los estímulos que lo producen pueden dañar realmente al niño.

La naturaleza de esta especial emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas ya sea de tipo social o físico.

Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, - su comportamiento puede volverse una amenaza para la socie - dad y puede incluso tener repercusiones desagradables en el futuro.

Si se le enseña al niño el temor al fuego, las probabilidad - des que tiene de quemarse son mayores, así pues, el enfoque del entrenamiento dado por sus padres, no deberá tender a - eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De este modo servirá de mecanismo protector, con - tra peligros reales y evitará comportamientos antisociales. Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene - razón para inspirar miedo, los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza, llevar a consulta dental al niño - no deberá ser nunca implicación de castigo, puesto que crea un gran temor hacia el odontólogo; de otro manera si el niño asiste al dentista con aprobación, con un buen trato odonto - lógico perderá el miedo.

T I P O S D E M I E D O

A) TEMORES OBJETIVOS

B) TEMORES SUBJETIVOS

A) TEMORES OBJETIVOS

Los temores objetivos son los producidos por estimulación fí - sica directa de los órganos sensoriales y generalmente no - son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven oyen, huelen o saborean y - son de naturaleza desagradable; un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan defi - cientemente, que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros, y es muy difícil que acuda al dentista por voluntad propia. -

Cuando lo hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para nuevamente establecer la confianza del niño con el dentista y tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, los temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores por parte de personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes del mismo color de los dentistas. También el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

B) TEMORES SUBJETIVOS

Estos temores están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente; un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión.

Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia; la imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente, un niño oye hablar de sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos errores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible, SHOBAN Y BARLAND informan que en los adultos el miedo a la odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello. En niños como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen miedo intenso a lo desconocido, cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo, hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella, su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa y hasta cuando el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo; la influencia paterna es de vital importancia en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo antes de la primera visita dental; en la actual odontología, no se puede infligir dolor innecesario. Ningún padre por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos, pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología, debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación, un niño que observe miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan reales como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres; con frecuencia los niños se identifican con sus padres; si el padre está triste, el niño se siente igual si el padre muestra miedo el niño está temeroso; la ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con la ansiedad de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse súbitamente, el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los 2 se dé cuenta, son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Una emoción, como por ejemplo ansiedad que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal, una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa es fácil darse cuenta de que incluso un ges-

to como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo, generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia estos temores pueden ser más intensos y no guardar proporción con el miedo objetivo que hubiese producido la experiencia en sí.

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás generalmente subjetivos, el miedo a los estímulos objetivos como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente; el niño sabe que la intensidad y la duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior, por otro lado los sugestivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que puede experimentarse no encuentra límites.

Los temores sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad. JERSILD ha estudiado las experiencias más temidas por los niños y no encontró relación entre éstas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos; los temores imaginarios por lo tanto aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tiene fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado, puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los temores de los niños varía; estas diferencias se pueden explicar por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir, un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo, puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son auténticos; frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos, tal vez si utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando este en casa. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado.

Independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostraran gran variedad en la adquisición y reacción al miedo, cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo; un niño físicamente sano, con funciones endócrinas normales responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta responderá más inteligentemente y rápidamente que niños retrasados mentalmente; a veces se encuentran situaciones en la que dos niños sometidos al mismo estímulo o experiencia y con igual capacidad mental, reaccionan en direcciones opuestas; por ejem, uno mostrará valor y tratará de combatir al agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir; estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los infantes individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales y para que ellos tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

M I E D O Y C R E C I M I E N T O

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento; los temores de un niño y la manera en que los manejan cambian con la edad. El comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

Un estudio realizado por HESS, muestra la edad temprana en la que acontecimientos y experiencias emocionales pueden influir en el individuo.

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente el miedo y tiene efectos duraderos, las experiencias dolorosas aumentan su eficacia; el aprendizaje por asociación normal, según HESS, se desarrolla posteriormente en la vida, después de la época de impresión.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos; ARSENIAN ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad. La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida, al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo, si es demasiado joven para comprender la razón del cambio; a medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer lo que asusta a un niño a los dos años de edad, puede no hacerlo cuando tenga seis, por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no el miedo al niño. El padre y el dentista deben estar concientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

El momento apropiado de hacer presente la odontología al niño es a la edad de 2 a 3 años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo, desde esta edad hasta la adolescencia; no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido; cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. El miedo y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad, a menos que el dolor sea intenso teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse, o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinado en la silla dental, puede causarle miedo; movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan, las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio, pueden temer el separarse de sus padres, si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a defender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres, cree que esta puede ser la razón de su abandono, puede creer que la odontología es su castigo.

Cuando los niños temen separarse de sus padres y si son niños muy jóvenes, puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de consulta; durante la primera visita la madre siempre deberá estar en el consultorio dental, ya que puede inspirar miedo esta sala tan poco familiar para el niño.

FRANKL demostró en un estudio que los niños de menos de cuatro años se beneficiaban con la estancia de la madre en la sala de operación durante el tratamiento dental y que los niños de más de 4 años de edad no mostraban diferencia, estuviera o no presente la mamá, en el momento del tratamiento odontológico; si la madre no le transmite sentimientos negativos es conveniente que asista a estas edades a la cita dental, ya que quiere decir que los niños están bien centrados.

Cuando el niño de corta edad sufra alguna lesión dental, es aconsejable que la madre asista a la consulta, ya que le da seguridad y se reduce el miedo, deberá pedirsele a la mamá que tenga al niño en sus brazos, mientras se hace el tratamiento de urgencia, lo más rápido y con el mínimo dolor posible.

Las personas desconocidas para el niño, que usen uniformes blancos, le inspirarán miedo, especialmente si les recuerda experiencias dolorosas del pasado; para el niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad cotidiana familiar, puede resultarle extraña y turbador el silencio extremado de la sala de espera, también un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo, a medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental desaparecerá su miedo a lo desconocido.

A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores y de cuatro a seis años disminuye gradualmente los temores antiguos, como de caerse, al ruido y a los extraños; cuando el niño gradualmente adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo, por experiencia personal o por capacidad de apreciar la seriedad del peligro, se pierden y olvidan muchos temores primitivos, el miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los 2 y 3 años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños, por esta razón, los niños que asisten a escuelas de corta edad, se vuelven más sociables, mientras que los niños que crecen y que no tienen muchos contactos sociales, pueden ser tímidos y desconfiados, hasta que se identifican con el odontólogo. **JERSILD HOLMES** exponen que el promedio de temores a los 3 años de edad es de 5.5. mientras que a los 6 años ha disminuido a 3.2. La disminución de temores se puede deber a:

- A) Darse cuenta de que no hay nada que temer
- B) Presiones Sociales, que le forcen a ocultar su miedo
- C) Imitación social
- D) Guía por parte de adultos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo - que los demás, tal vez por ser conscientes del peligro y mostrar se más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin - presencia de pruebas, a esta edad, los niños suelen tener espíri tu agresivo y aventurero y actividades amistosas; las niñas por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El temor al daño físico puede volverse general, a veces un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor, incluso el pin - chazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre - después de una extracción, puede producir reacciones completamen te desproporcionada con el grado de dolor, el miedo al daño se - asocia a menudo con odontología, porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle.

En la mente del niño se asocia muy a menudo el miedo al dolor - con el ser malo, ya que en alguna ocasión, cuando fué malo, fué perjudicado con algún tipo de castigo, puesto que el dentista - puede hacerle daño, el niño puede interpretar su visita al con - sultorio como castigo por haber sido malo. A esta edad el niño está desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está for mando con la disciplina correctiva de los padres. Los "si" y - los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de - ansiedad, si la disciplina ha sido defectuosa, pero pueden con - ducirle a buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

De los 4 a 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional; el niño está en inquietud constante, entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que - se le pide, a medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficien temente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagra dables, y suprimirlas hasta que puede lograr satisfacción. La - fantasía en este período tiene un papel importante, por ser tal - vez, mecanismo de protección, sirve como amortiguador de proble-

mas emocionales, los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos, al hacer esto, el niño no solo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. En la fantasía, los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en la realidad; la situación puede llevarse al reino de los juegos, puesto que se puede vencer al miedo sometido al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por juego imaginado y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos; en casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de como se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor en el niño para afrontar la visita dental.

A esta edad la válvula de seguridad que es la fantasía, es importante, y el dentista debe usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad; e inclusive a estas edades, el niño no está seguro de su capacidad para hacer frente a peligros potenciales y tiende a ser algo tímido, aunque los niños de esta edad obedecen órdenes con más prontitud., que los que tienen tres años.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología a la odontología fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar, solo unos cuantos conservan fobias definidas; el niño de esta edad demanda menos y se siente mejor, está desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea, el ego del niño alcanza su cenit cuando llega a la edad escolar.

A los 7 años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque pueda reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente, está en la edad de preocupaciones pero está resolviendo los miedos reales.

El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores, el niño de esta edad, puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando; si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad, ya sea levantando la mano o con algún otro gesto, a medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variados e individuales.

De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente, maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional, sin embargo presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos, no le gusta que lo forcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto, a todas les gustaría ser lo más atractivas posibles, este interés por los efectos cosméticos puede usarlo el dentista como motivación para buscar atención odontológica, están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego; los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las principales relaciones interpersonales.

Las relaciones entre padre e hijo son las más íntimas y por lo tanto las más potentes, para determinar el comportamiento emocional del niño, cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales, que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño.

Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio, en cambio si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos los niños serán bien educados, - se comportarán bien y por lo general serán buenos pacientes. Así pues los padres pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde, en la mayor parte de los casos, el comportamiento del infante en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen los padres hacia él; por lo tanto es necesario que los niños vivan con adultos emocionalmente maduros, dado que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamiento emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente. No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por si solos si sus padres están tratando de - resolver conflictos emocionales propios a través de ellos.

El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, pueden adquirir otros menos convenientes aparte; pero si los padres son emocionalmente maduros y viven en armonía familiar, el niño - podrá llegar a ser emocionalmente maduro.

Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia si mismos y - otra hacia sus hijos; esta falsedad no es eficaz ya que los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar por mucho tiempo, no es necesario ser perfecto para ser un - buen padre, si ambos padres muestran una perfección irreprochable el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación, y no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alternar satisfactoriamente con miembros de la no tan perfecta familia del Homo Sapiens.

Todo niño tiene necesidades básicas de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, así como limitaciones, necesidad de consuelo y apoyo que deben satisfacerse para que el niño logre la madurez como individuo bien centrado. Es necesario darle amor al niño para darle la sensación de que se le desea, le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacerle frente al medio que le rodea; la disciplina, es útil al niño porque le indica hasta dónde puede llegar, impone límites a los confines de su libertad pero dentro de esos límites será completamente libre; el niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en que puntos sus actos pueden crearle problemas. Cuando no existen restricciones al comportamiento infantil se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos, el primer contacto del niño con la autoridad son los padres, la manera en que es educado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad, la autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, pero nunca de manera excesiva.

La autoridad consistente y cariñosa es preferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y con quienes entre en contacto, si el niño llega al consultorio dental con padres aturdidos y desaliñados, que se quejan de que su hijo no quiere cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se podrá notar que gran parte de las dificultades se debe a la atmósfera emocional que existe en casa, todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales.

Existen razones definidas para explicar las actitudes extremadas que ciertos padres toman con sus hijos; muchos padres dándose perfecta cuenta de que toman actitudes desfavorables para sus hijos no se preocupan lo necesario por las consecuencias que puedan tener, esto también puede repercutir en el manejo del niño en el consultorio odontológico.

COMPORTAMIENTOS EXTREMOS EN LOS PADRES

Entre los comportamientos extremos de los padres, muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes.

A) Protección Excesiva.

Todo niño necesita amor y afecto; sin embargo, a causa de factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del infante, generalmente el niño está excesivamente protegido no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Por ejemplo, se le presta ayuda al niño en cada tarea, incluso - la mínima que trate de hacer por sí mismo; la madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse y toma parte activa en sus actividades sociales, juegos y trabajo se ven restringidos por miedo a - daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres iniciales de sus compañeros de juego. Este exceso de protección maternal - puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva; según BAKWIN Y BAKWIN no existen terminos medios, el que la madre vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende - de la disposición innata del niño y de cómo reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él, parece que hay una reacción de comportamiento inverso a las actitudes de los padres.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, - sumisos y temerosos; estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social, son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados, y con ansiedades profesionales, estos niños como puede imaginarse, son pacientes ideales si no son - excesivos en su actitud, por que son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina, sin embargo, a menudo, a causa - de la timidez del niño, el dentista, tiene que romper la primera barrera de timidez haciendo que el niño confie en su capacidad para ser buen paciente dental.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que lo rodea, a estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio; como les hacen creer que son superiores a los demás se vuelven desconsiderados, egoistas, tiranos, si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos, con un dentista extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión, e incluso forzarle para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; si esto falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse, hasta con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados y aunque no incorregibles, si muy difíciles de manejar en el consultorio dental, en una gran parte de los casos, debe usarse algo de disciplina, como medio para obtener su cooperación, una vez que comprendan el significado de la docilidad se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al odontólogo en forma hostil, insistiendo en que se le permita acompañarlo a la sala de consulta y no habrá razones que hagan desistir a la madre, ya dentro interpretará cualquier intento disciplinario por parte del dentista como brutalidad.

Exceso, de mimos es defecto común de los abuelos, el comportamiento de un niño educado en una casa donde viven los abuelos es generalmente el de un niño mimado; esto es especialmente si el padre y la madre están ausentes.

B) Rechazo

Hay varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales, el padre que es algo indiferente - tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados, no están - seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad; desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos, sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de - amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y - a veces con brutalidad; se les puede criticar constantemente, molestar y atormentar continuamente con demostraciones abiertas de desagrado.

Puede ser que estén tristemente descuidados y severamente castigados no extrañaría que estos niños desarrollen carencias - de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los - lleven a ansiedades profundas; puesto que el niño no tiene - seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, - combativo, desobediente, poco popular nervioso y demasiado - activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de - su edad lo encuentran poco agradable, y esto le hace buscar - la compañía de otros parecidos a él.

En el trato odontológico es difícil de manejar, la desobediencia del niño no habrá de tratarse con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo, estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad, en muchas ocasiones, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención; este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñarse le que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho - más agradable.

C) Ansiedad Excesiva.

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva por parte de los padres hacia el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente, se asocia generalmente con exceso de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo, se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad, estos niños por lo general son tímidos, huraños, y temerosos, se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos, son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que los sean.

Sin embargo es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores, pero si se alienta y asegura al niño este reaccionará de manera satisfactoria.

D) Dominación

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades con su edad cronológica, no aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores, más avanzados. Al entrenarlo forzan al niño, y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso rechazan estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo, puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y con el mayor retraso posible; si se les trata amable y considerablemente, estos niños llegarán a ser buenos pacientes odontológicos, por lo general su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

E) I d e n t i d a d

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas; si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso, estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños de padres dominantes y deberán ser manejados análogamente.

Es necesario en general, al considerar las actitudes paternas, en cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por parte de los hijos, para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren cierta supresión en casa, parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés, si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en que los ajustes son siempre necesarios.

Está claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales el tratamiento dental es solo una; si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que puede experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio sin compañía, el consultorio es una experiencia nueva para el niño, por lo tanto necesita la confianza y la seguridad que solo una madre o un padre le pueden dar.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres; estas actitudes pueden variar - según número de hijos y su posición en la familia, el hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres, el hijo mayor, por el contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es frecuentemente conservador y de comportamiento moderado, se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes, si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermano mayor. El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio, esto no es necesario si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien centrado.

Las relaciones entre hermanos aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño; entran a formar parte de la personalidad del niño, la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño, la rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia, puede influir en el patrón de comportamiento del niño.

Existen muchos factores, además de las relaciones con los padres y hermanos, que forman la personalidad del niño, entre estas, podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimientos, moralidad, etc. todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad, pueden constituir la diferencia, entre un niño feliz y uno confundido.

Los hogares desechos pueden ser dañinos para una buena personalidad; pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión, sin embargo, los hogares desechos son menos destructivos para la formación de carácter, que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar armonioso es aquel donde los hijos son queridos, un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, - donde se busca continuamente la felicidad y donde la sociabilidad recibe énfasis.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros al igual que sus compañeros de juegos, tienen un importante papel en la formación de la personalidad; a los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si los hace más heroicos a los ojos de los otros niños; exageran los dolores de una extracción o de operaciones dentales, lo que producirá efectos negativos - en el niño que está escuchando y que aún no ha ido al dentista para su primera visita, pero el hogar es sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño.

Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

2.- PROBLEMAS EN LA ALIMENTACION

Por razones tanto psicológicas como fisiológicas se considera que el amamantamiento personal del hijo por la madre constituye la mejor solución al problema de la lactancia. Así se colocará al recién nacido en posibilidad de resolver satisfactoriamente dos problemas angulares de su vida; uno de ellos físico y un biológico, al obligarle a luchar para alimentarse, con el siguiente desarrollo de los músculos orales, que en nada favorecen las mamilas, otro psicosomático, ya que el niño que se alimenta en brazos de su madre adquiere sentimientos de seguridad, alegría y protección (a este respecto se ha podido observar que entre los otomies y tarascos se acostumbra permitir que el niño permanezca durante varias horas en contacto con el pecho de la madre, comiendo o jugando simplemente; es significativo que en tales tribus no se presenten problemas de chupadores de dedos ni de deglución anormal). Aún cuando no es posible sustituir completamente el amamantamiento natural por medios artificiales, algunos investigadores han diseñado chupones fisiológicamente mejorados, cuyo diseño reproduce la mamila natural, y que aún se encuentran en proceso de experimentación.

El chupón ejercitador se ha diseñado en dos modelos; el primario, que puede utilizar el niño hasta los 18 meses y el secundario, que se emplea a partir de esta edad.

Aunque existen aún muchas preguntas por contestar en relación a la controversia existente entre la lactancia normal, natural y artificial, las investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural.

La sexualidad infantil y la gratificación bucal con entidades cinestésicas neuromusculares poderosas; y al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia delante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada.

El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia. El hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor y el afecto, y el calor por asociación. La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde bermellón) falta el calor por asociación, dado por el seno materno y la fisiología de la lactancia no es imitada,; debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo buccinador. La acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia, debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos.

Para realizar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Según las observaciones de ANDERSON los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles. Es un estudio que comparó la lactancia con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

BALTERS y colaboradores señalaron que mediaban otros factores, las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de la lactancia artificial, causan muchos problemas orodóncicos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe, no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior, como lo hace al mamar; con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño por lo tanto, deberá "eructar" con mayor frecuencia. Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla latex diseñada funcionalmente - elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores. Para satisfacer el fuerte deseo de mamar del niño y su dependencia de este mecanismo para la euforia fue perfeccionando el "ejercitador" "pacificador" (chupete). Se espera que esta tetilla anatómica, junto con el ejercitador usados correctamente, reduzcan considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, en el caso del dedo y el pulgar entre comidas y a la hora de dormir; se piensa que la madre no emplea tiempo suficiente amamantando a su hijo, se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación; por lo tanto no se puede establecer una norma firme e inflexible, la madre deberá resolver esta situación, al igual que muchas relaciones que tiene con sus hijos, pero si comete un error, es mejor que este error no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades mínimas de la lactancia.

La boca es una de las principales vías de comunicación y de fuente de gratificación; el destete deberá ser pospuesto por lo menos hasta el primer año de edad, si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, se cree que la frecuencia de los hábitos anormales de labio y lengua serán reducidos considerablemente.

El bruxismo y la bricomanía, tan frecuentes en niños y adultos, también es posible que puedan ser reducidos, al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación.

Es fundamental hacer notar la importancia de la alimentación al seno materno, ya que además de proporcionarle seguridad y alegría al niño tiene un gran valor nutritivo, porque su contenido en proteínas es muy grande y las cuales son asimiladas mejor que las de vaca por los lactantes, pues es mínima la cantidad excretada; el alto nivel de lactosa de la leche humana ayuda al infante en la asimilación de las proteínas y en la absorción del calcio, además la leche humana contiene mayor cantidad de grasas saturadas que de vaca y que son de gran ayuda para el niño, la leche humana contiene casi el doble de azúcar que la leche de vaca, agregaremos que la leche materna contiene de dos a diez veces mayor contenido vitamínico que la leche de vaca y mayor cantidad de hierro tan importante en el niño.

Por lo tanto debido a las características que contiene la leche materna el niño tendrá mayores posibilidades de constituirse y desarrollarse normalmente sin problemas de hábito orales.

El chupón fisiológicamente diseñado aún no se ha comprobado que sea lo más apropiado para el niño y está en proceso de investigación su funcionalidad para el lactante, pero hasta el momento no se ha encontrado un substituto artificial tan perfecto como es la alimentación por medio del pecho de la madre y todo lo que representa para el niño en su medio de vida.

3.- PROBLEMAS DE DEGLUCION.

STRAUB describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante el proceso. La deglución típica se produce con los dientes y con punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar.

En el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para obtener en contacto los maxilares, primero la lengua es proyectada hacia delante, entre los dientes.

F U N C I O N E S

MOYERS enumera las características del movimiento de deglución infantil como sigue:

- A) los maxilares se separan, con la lengua colocada entre las encías
- B) El maxilar inferior es estabilizado primordialmente por la contracción de los músculos del séptimo nervio craneal, y la lengua interpuesta.
- C) El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

De tal forma que, como se deja ver en las funciones las encías no están en contacto durante el acto de masticación. Con los alimentos líquidos especialmente, se suele oír un sonido característico. La actividad muscular instintiva y rítmica, de carácter peristáltico, conduce el líquido o bolo alimenticio hacia la faringe al abandonar la cavidad oral.

Con el cambio de alimentos semisólidos por alimentos sólidos y después de la erupción de los dientes, existe también una modificación en el acto de la deglución, la lengua ya no es colocada en el espacio entre las encías o superficies incisales de los dientes, que en realidad solo hacen contacto momentáneamente durante el acto de la deglución.

La proyección del maxilar inferior disminuye durante un período de transición de 6 a 12 meses; los músculos que cierran los maxilares se encargan de estabilizar el maxilar inferior, al reducir la fuerza de su contracción, los músculos de los carrillos y los labios. La porción de la lengua en forma de espátula concentra los alimentos y los lleva hacia atrás, la punta de la lengua ya no se mueve entre las encías de la región anterior, sino que adopta una posición cerca del agujero incisal en el momento de la "deglución"; esta "deglución somática" contrasta con la "deglución visceral" inmadura del recién nacido.

FLETCHER menciona, la deglución infantil es atribuible a una diferencia significativa en la morfología de la cavidad oral y al mayor tamaño de la lengua, así como a la orientación del sistema de suspensión. Mientras que en el recién nacido las dimensiones generales del cuerpo cambian en relación de cinco a uno, la lengua infantil solamente duplica su tamaño. La expansión de las inserciones periféricas continúa hasta el período posnatal avanzado, el cambio de patrón de deglución adulto., se presenta gradualmente en lo que se ha llamado el período de transición.

La maduración neuromuscular, el cambio en la postura de la cabeza y el efecto de la gravedad sobre el maxilar inferior son factores que afectan a este cambio. Generalmente a los 18 meses de edad, se observan las características de la deglución madura por MOYERS.

- A) Los dientes están juntos
- B) El maxilar inferior es estabilizado por la contracción de los elevadores del maxilar inferior, que son primordialmente músculo del quinto par craneal (trigémino)
- C) La punta de la lengua se coloca sobre el paladar arriba y atrás de los incisivos.
- D) Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

FLETCHER divide el ciclo de la deglución en cuatro fases, altamente integrados y coordinados sinérgicamente, estas son:

- A) La Deglución Preparatoria
 - B) La Fase Bucal de la Deglución
 - C) La Fase Faríngea de la Deglución
 - D) La Fase Esofágica de la Deglución
- A) La Fase Preparatoria comienza tan pronto como son tomados los líquidos, o después que el bolo ha sido masticado. El líquido o el bolo se colocan en posición preparatoria para la deglución sobre el dorso de la lengua (en el lactante, la acumulación del bolo puede observarse también entre la base de la lengua y la epiglotis), la cavidad bucal es cerrada por labios y lengua.
- B) Durante la fase bucal, el paladar blando se desplaza hacia arriba y la lengua cae hacia abajo y hacia atrás, al mismo tiempo la laringe y el hioides se desplazan hacia arriba, estos movimientos combinados crean un camino libre de interferencias para el bolo, al ser despedido de la cavidad oral mediante un movimiento ondulatorio de lengua. Mientras que los alimentos sólidos son empujados por la lengua, los alimentos fluyen delante de las constricciones linguales. La cavidad bucal, estabilizada por los músculos de la masticación, conserva un cierre anterior y lateral durante esta fase.
- C) La fase faríngea de la deglución comienza cuando el bolo pasa por las fauces. El tubo faríngeo se levanta en masa hacia arriba y la nasofaringe es obturada por el cierre del paladar blando contra la pared faríngea posterior (el borde passavant). El hueso hioides y la base de la lengua se desplazan hacia adelante, mientras que la lengua y la faringe continúan sus movimientos peristálticos para impulsar el bolo alimenticio.

D) La fase esofágica de la deglución comienza cuando el alimento pasa por el esfínter cricofaríngeo, mientras que los movimientos peristálticos llevan el alimento a través del esófago, el hueso hioides, paladar y lengua regresan a sus posiciones originales; por lo tanto las cuatro fases suceden suavemente, dificultando determinar el cambio preciso de cada fase.

El individuo típico deglute aproximadamente una vez cada minuto entre los alimentos y nueve veces durante las comidas, aún durante el sueño se realiza el acto de la deglución a intervalos regulares.

Existen varios cálculos acerca de la frecuencia de la deglución, que varían desde 2400 movimientos de deglución -somáticos y viscerales por períodos de 24 hrs.

Algunos observadores creen que los pacientes con ciertos tipos de maloclusión ejemplo (clase II, División I y problemas de mordida abierta), degluten con mayor frecuencia. El nivel de irritabilidad nerviosa y el uso del ciclo de deglución como un mecanismo de liberación de tensión puede aumentar la frecuencia de la deglución.

Es obvio que el acto de la deglución, repetido frecuentemente puede, ejercer un efecto profundo sobre el maxilar superior o inferior, especialmente si existe un mecanismo de deglución anormal. MOYERS cree que la retención prolongada del mecanismo de deglución infantil puede contribuir a la creación de la maloclusión. También es importante - agregar que una lengua poderosa, así como músculos peribucales de función anormal pueden deformar una dentición delicada.

Es de suma importancia que los padres presten atención a las consecuencias nocivas de la deglución infantil prolongada, así como de las actividades de la lactancia que se extienden más allá del tiempo en que deberán ser reemplazadas por un comportamiento más maduro (somático). La gran necesidad de recibir satisfacción emocional Psicológica y sensual del lactante es más abstracto, aunque no - menos importante, que las exigencias de la nutrición, ambos apetitos" el del Psique y el del tracto gastrointes-

tinal" son importantes, ignorar la necesidad de calor bienestar y euforia significa que existe mayor posibilidad de presentarse la deglución infantil prolongada y de reacciones compensadoras en la forma de satisfacción por substitución. Los chupones "interconstruidos" son la lengua, el pulgar y los labios si no es posible llevar a cabo la lactancia natural, y existen realmente algunos casos en que esto no es posible, y si la madre no esta en condiciones de dedicarle tiempo y atención al niño, podrá utilizarse un substituto fisiológico razonable. Deberá pasar suficiente tiempo cargando al lactante en desarrollo, acariciándolo, mimandolo y ayudando de esta manera a su normal desarrollo.

Aunque todos los mamíferos mastican, degluten y respiran, el habla está limitada al ser humano. Diferente a la masticación, deglución y respiración, que son de naturaleza refleja, el habla es principalmente una actividad aprendida, que depende de la maduración del organismo y que no exige demasiado a la musculatura peribucal. El habla debe distinguirse de los sonidos reflejos asociados con los estados fisiológicos. De aparición tardía en la evolución del hombre, el habla utiliza músculos que poseen otras funciones, WEST enumera las funciones diferentes del habla como sigue:

- A) Las innatas, automáticas y vegetativas, como: deglución, respiración, vómito y el acto de mamar.
- B) Las aprendidas, automáticas y vegetativas, como: morder, masticar y chupar.
- C) Las aprendidas, automáticas y emocionales como: muecas, amaneramientos y tics.
- D) Las innatas, automáticas y emocionales como: la risa, los pucherros y la sonrisa.
- E) Las aprendidas, no automáticas, discriminatorias y especialmente voluntarias como: movimientos exploratorios de la lengua, separación de los labios, besar, soplar.
- F) Las aprendidas, automáticas y prácticas como: silbar, tocar un instrumento de viento y tararear una melodía.

Es fácil ver porqué se utiliza un gran número de músculos; los músculos de las paredes del torso, conducto respiratorio, faringe, paladar blando, lengua, labios, cara, vías nasales son empleados para formar palabra.

La respiración simultánea necesaria para crear una columna de aire, es indispensable para producir vibraciones necesarias para el sonido, los labios, lengua y estructuras velofaríngeas modifican el chorro de aire saliente para producir vibraciones sonoras. Suponiendo que las estructuras son anormales, como en los casos de paladar hendido, los sonidos también serán anormales, a pesar de la actividad muscular de compensación.

La investigación actual eslabona los parámetros de volumen de flujo de aire, presión de respiración bucal y nasal y la fisiología neuromuscular observada en el complejo buco facial.

El mecanismo del habla funciona sobre el chorro de aire en diversas formas, controlando su mecanismo, dirección, flujo, liberación y presión, así como vía general y lingual. Estas acciones utilizan grupos musculares y exigen interacción compensadora si existe alguna anomalía en la zona. En el paladar hendido, en que existe insuficiencia palatina, la incapacidad para controlar la dirección del aire, puede provocar una reacción de adaptación en otra parte; por ejemplo mayor actividad de la pared retrofaringea (almohadilla de Pasaavant), agrandamiento de los cornetes, cambio de la posición del maxilar inferior, contracción de las narinas, agrandamiento de las amígdalas y adenoides.

Con respecto a la lengua, que llena la cavidad bucal al nacer solo los músculos extrínsecos que controlan principalmente el movimiento horizontal, necesarios para la deglución y el acto de mamar, se encuentran bien desarrollados.

Los músculos intrínsecos necesarios para el habla se encuentran poco desarrollados; la transición de movimientos bruscos de la lengua a movimientos delicados y controlado se extienden desde los primeros años de vida, los períodos de deglución infantil y transición, hasta la época del patrón de deglución maduro. Los labios así como la lengua, experimentan cambios preparatorios para el lenguaje; en los lactantes, dominan los reflejos para mamar y chupar, los primeros sonidos no exigen demasiado a los labios por ejemplo: "A A " Se cree que el grado de protrusión de los labios es importante para cambiar la longitud del tracto vocal. Con la reducción de la actividad de mamar y deglutir se observan movimientos periféricos más delicados de los labios que coinciden con la maduración de la lengua.

De bastante importancia para el dentista es la válvula velo faríngea en niños con paladar hendido, la función inadecuada de esta válvula es la regla, no la excepción, aún en casos de paladar hendido rehabilitados; en estos casos el movimiento hacia arriba y hacia atrás del paladar blando no es normal.

JENSEN estudió la relación de los dientes anteriores, así como el lenguaje, en oclusiones normales y maloclusiones de clase II, división I. Las pruebas son convincentes en el sentido de que existe actividad labial y lingual de compensación, que se adapta a la sobremordida horizontal anormal de la arcada dentaria. No es posible determinar que cantidad se debe a causa y efecto, pero no es incorrecto pensar, en esta era de las hipótesis de trabajo, que la actividad muscular compensadora puede, al menos, conservar las relaciones dento alveolares existentes, aunque no acentúe la anomalía.

Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología de habla; por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales. La articulación de las consonantes y vocales puede ser atribuida a mala adaptación funcional, a la maloclusión dentaria. BLOOMER afirma que los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos, debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Una maloclusión de clase II división I, con segmento premaxilar protrusivo, dificulta la producción normal de las consonantes bilabiales una mordida abierta anterior, que permite el escape anterior interfiere la producción normal de las sibilantes.

La mayor parte de los defectos son del orden de fenómenos dislállicos (articulación defectuosa causada por aprendizaje deficiente o anomalías de los órganos del habla externos, no debidos a lesiones del sistema nervioso central) algunas de las maloclusiones más graves no provocan anomalías fonéticas discernibles debido al excelente mecanismo de ajuste. Pero ciertos tipos de maloclusión son más difíciles de compensar y más capaces de provocar anomalías del habla.

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

V.- PRINCIPALES HABITOS ORALES.

1) DE SUCCION DEL DEDO PULGAR Y OTROS DEDOS

Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada, según GESSEL e IGL, afirman que el hábito de chuparse los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño durante el primer año de vida; y después desapareceran espontáneamente al final del segundo año de vida si se presta debida atención a la lactancia.

Aconsejar a los padres a eliminar el hábito de succión del dedo durante el primer año y medio de vida, es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su nuevo ambiente, algunos de ellos aceptarán la restricción y buscarán otras satisfacciones ambientales de comportamiento.

Pero muchos de ellos no lo harán y el hábito se acentuará de tal manera que no desaparece por si solo como si lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo.

El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres, para sacar el dedo de la boca, da a los niños una arma poderosa, o mecanismo para atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue. Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación. Esta observación dice GRABER es aplicable a niños de todas las edades, sobre todo en los primeros cuatro años de vida. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito. Esto puede ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado, junto con otros mecanismos infantiles.

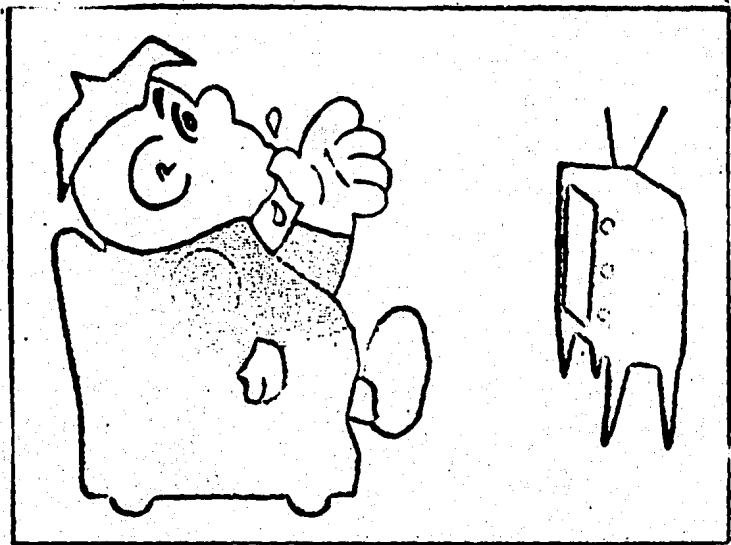
La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguraron su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño.

CUMLEY cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años, suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que se emplee el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres, también cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y escapes por el juego.

La mayoría de los niños dejarán de succionarse el pulgar a los 5 años. Si el hábito persistiera los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplina y que puede ser ayudado con ayudarse a sí mismo.

Los hábitos bucales no son peculiares de ningún grupo de niños aunque COLISTI y colaboradores informaron que había una cantidad superior significativa de hábitos bucales en el grupo socioeconómico superior que en los grupos medio e inferior. Es obligación del odontólogo buscar evidencias del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles si el hábito no fuera abandonado y en casos elegidos, intentar ayudar al niño a superar el hábito.

Si el niño tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a la de masticación. Se podría lograr una reorientación de la actividad de succión a actividades masticatorias, a veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con substituto como algo masticable; en niños mayores, el empleo de ayudas visuales puede ser útil, para mostrarles cómo el hábito de succión del pulgar les perjudicará si se mantiene.

HABITO DE SUCCION DEL PULGAR

**Cuando el hábito se repite y refuerza llega
formar un patrón de conducta adquirido.**

Es verdad que muchos niños dejan el hábito en sus años preescolares, pero algunos lo conservan durante los años escolares y a veces a la edad adulta. Aún cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptable según MAC DONALD por lo tanto debe ser desalentado tan pronto como haya evidencias de que se esta desarrollando, cualquiera que sea la edad del niño.

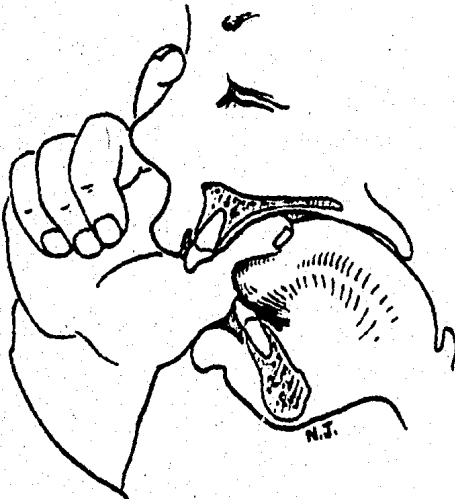
SALZMANN cree que el defecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares superiores e inferiores y sobre los arcos dentales, incluida la oclusión dental depende de una cantidad de factores. Estos factores incluyen la frecuencia con que practique el hábito, la duración del hábito, el desarrollo óseo - la dote genética, el estado de salud del niño y otros más. Se llegó a la conclusión que la succión del pulgar era un factor casual en la producción de una maloclusión. En casos aislados la deformidad parecía corregirse por sí misma en la dentición temporal, si se había practicado el hábito por menos de cuatro años.

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

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobre mordida vertical, aumentar la sobre mordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores, puede haber también apiñamiento o mal posición de los dientes anteriores inferiores.

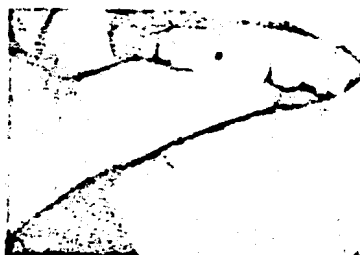
La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o brazo la forzan continuamente a adoptar una posición en retrusión.

Cuando los incisivos son empujados labialmente el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar.

MALOCCLUSION POR CHUPETEO DEL DEDO**HABITO DE SUCCION DEL PULGAR**

Adaptación de las musculaturas facial y bucal al chupeteo del dedo. Nótese la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que circundan la boca.

HABITO DE SUCCION DEL PULGAR Y MALOCLUSION



Succión lateral del pulgar



La maloclusión resultante,
con pronunciada mordida -
abierta anterior unilate -
ral.



Aparato removible cons -
truido para romper el
hábito.

La fuerza de los músculos de los carrillos, originan la succión produce contracción del arco maxilar.

Al producirse estas alteraciones en los maxilares, a menudo se hace imposible que el piso nasal baje a la posición deseada; el labio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le ve aprisionado bajo los incisivos maxilares y de este modo se establece la deformación.

También son importantes otros dos factores:

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

La intensidad del hábito también es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima.

La función muscular peribucal y las contorsiones de cara son fácilmente visibles, en otros el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador. Si el dedo índice es el favorito causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro 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. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito. Los Tres factores duración, frecuencia e intensidad deberán ser tomados en cuenta para valorar los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento.

La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final.

2.- HABITO DE LA LENGUA (LENGUA PROTRACTIL)

La lengua es el único órgano formado por músculos de tejido estriado insertados en un solo lado, razón por la cual está en condiciones de verificar movimientos reflejos y voluntarios que no puede hacer ningún musculo en el cuerpo humano.

Durante el acto de deglutir, las arcadas dentarias se unen en oclusión y el dorso de la lengua colecta saliva o el bolo alimenticio y lo lleva hacia la pared palatina para depositarla con movimientos reflejos en el esófago, previa obturación de las vías respiratorias por el ascenso de la laringe.

La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro y rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios.

Si la función de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

Según TULLEY, con la edad la lengua va reduciendo su tamaño y al mismo tiempo va aumentando el de la cavidad oral por el crecimiento de los maxilares; también en muchos casos basta la eliminación de las amígdalas y de las adenoides, para que la lengua encuentre un lugar en la faringe, acomodándose en la parte posterior de la cavidad bucal.

Este hecho es más notable en casos de amígdalas hipertróficas, que son o pueden ser causa de la lengua protractil. Al retraerse la lengua, dice Moyers, toca las amígdalas inflamadas, el dolor produce la caída de la mandíbula, para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea.

Por esta razón hay una notable y fuerte contracción del músculo mentoniano, muy típico y bien visible, cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la deglución. El equilibrio de los dientes en las arcadas dentarias es el resultado de la acción entre dos grupos musculares:

- Por dentro los de la lengua.
- Por fuera los de los labios y carrillos.

En el hábito normal de deglución en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores o inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en solo la región incisiva y canina. En otros además de la punta interponen los lados de la lengua, esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior. Pueden estar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae, si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contrae.

La posición anormal de la lengua está con frecuencia asociada a la maloclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

STRAUB cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones.

La mordida abierta anterior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, es característica del tipo simple de hábito de proyección lingual. Es frecuente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando se proyecta la lengua hacia adelante, la proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior.

La presencia de una mordida abierta anterior suele ser relacionada inicialmente con un hábito de succión de los dedos, después de haberse creado el espacio en la relación anterior se mantiene porque se proyecta la lengua hacia él, o la lengua simplemente ocupa el lugar. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución, esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar con la persistencia de este hábito de dedo a manera de chupete "interconstruido", el patrón de deglución maduro no se desarrolla según esta previsto. Con la erupción de los incisivos, a los 5 o 6 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 prolongando según fue demostrado por BARIL y MOYERS, denominado patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos, la fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia.

ANDERSON corrobora las observaciones de GRAVER y MOYERS cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

Con respecto a la pregunta acerca de 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.

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha sido llamado de diferente manera, tal como: deglución pervertida o desviada, deglución invertida, retención de la deglución infantil, -deglución con dientes separados, etc.

Sin embargo como no existe una sola característica constante - en esta actividad de proyectar la lengua, todos estos términos son demasiado restrictivos. Hasta ha sido criticado el utilizar los términos deglución "normal" y deglución "anormal"; no existe ninguna norma para este hábito de proyección lingual, - la maloclusión puede existir o no, los dientes pueden juntarse o no, las presiones labiales pueden ser "normales" o no. Aún - la forma de la arcada puede ser afectada o no, a pesar de to-das las pruebas que indican que la fuerza de la lengua es mayor que la presión opuesta de los labios.

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por - la lengua; dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución. WINDERS ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución - normal es hasta 4 veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua - a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante, - contra el segmento del maxilar, aumenta la severidad de la maloclusión.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función); también funciona como causa de la maloclusión, en algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobre mordida 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 interoclusal, la dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento; esta no es una situación sana para los dientes, un efecto, colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender.

La lengua en la boca proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente puede observarse como mordida oclusada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia 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 el efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se ilustra en dos casos: un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia.

Lo que también posiblemente contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides, como han demostrado algunos autores el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

Cualquiera que sea la causa, el resultado final frecuentemente es mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

A la gama de hábitos y malas costumbres que ocasiona la presión de la lengua y como consecuencia la mordida abierta, hay que añadir otra que se ha observado tanto en pacientes, como en cráneos humanos parece que la fractura de un diente, su pérdida, o una caries avanzada producen un hábito involuntario de presionar la punta de la lengua, exactamente en el lugar en donde se produjo el traumatismo.

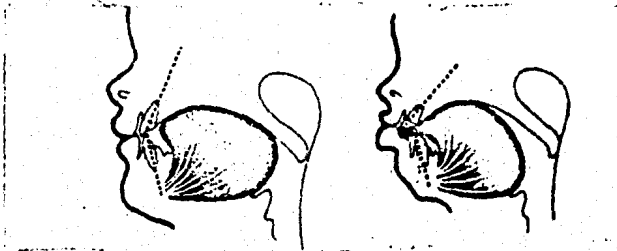
MALOCCLUSION

Maloclusión causada por hábito anormal de la lengua protráctil durante la deglución.

(A)

DEGLUCION NORMAL

(B)

DEGLUCION RETROGADA
Y EMPUJE LINGUAL

- (A) La posición de la lengua en la acción normal de deglución llena el paladar detrás de los incisivos superiores.
- (B) Con deglución retrogada y empuje lingual, donde se produce mordida abierta, la lengua se extiende en el espacio - que existe entre las piezas superiores e inferiores que - descansan en las superficies linguales de las piezas superiores anteriores.

3) BRUXISMO

El bruxismo (más correctamente briquismo como lo sugirió el renombrado filólogo Dr. IDEL) que suele considerarse un hábito bucal en los niños, es un desgaste, frotamiento o rechinar de los dientes, de carácter no funcional. Este hábito se practica con mayor frecuencia de noche y si se mantiene por un período prolongado puede provocar la abrasión tanto de los dientes temporales como los permanentes; cuando la práctica consiste en la edad adulta el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la articulación témporo-mandibular.

Los niños nerviosos pueden desarrollar briquismo, el cual podrá continuar consiente o inconcientemente por un período indefinido.

Cuando se considera que existe ese problema, se pregunta que fue primero el bruxismo o bricomania, la contracción tetánica de los músculos masticadores y rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño, causa maloclusión o es el resultado de la maloclusión.

La relación de causa y efecto no es muy clara, el bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda pero también se sabe que existe un componente psicogénico, cinestesico, neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar (bruxismo), los individuos nerviosos son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo; generalmente el bruxismo nocturno no puede ser duplicado durante las horas de vigilia; la magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios.

Un número significativo de denticiones deciduas muestran los efectos del bruxismo, la bricomania no puede ser estudiada clínicamente pero posiblemente se trata de una actividad con concomitante; la correlación con los hábitos erotogénicos, si es que los hay, no ha sido establecida.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionamiento de la oclusión en la mayor parte de los casos como "eslabón débil" - que deberá ser explotado por las exigencias psicogénicas; generalmente, existe una sobre mordida más profunda de lo normal, - una restauración alta, una unidad dental mal puesta, etc., el proceso se convierte en un círculo vicioso al agravarse algunas de las características oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y el rechinar.

Es necesario hacer muchas investigaciones sobre la naturaleza exacta del fenómeno de rechinar de los dientes, que provoca miositis y que es tan frecuente en personas de todas las edades en nuestra sociedad compleja y nerviosa.

Las causas exactas del bruxismo permanecen en la obscuridad; - tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente - en niños muy nerviosos e irritables y que pueden presentar - otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas. - Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

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

El odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa; RAMFJORD cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenante del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa. Por lo tanto el ajuste oclusal - debe ser el primer caso en este problema si existen interferencias.

4.- HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Los fenómenos de la masticación y deglución parecen ser bastante complicados y exigentes para los músculos posturales y masticatorios, así como los músculos no insertados de la expresión facial. Pero se debe añadir a estos la función respiratoria, la fisiología del sistema estomatognático es realmente asombrosa cuando comprendemos que estos tres fenómenos ocurren simultáneamente.

La respiración, como la masticación y la deglución, es una actividad refleja inherente. Las exigencias sobre la musculatura son sutiles y más difíciles de observar; resulta maravilloso observar el rápido y eficaz cierre y abertura de la epiglotis, conservando los alimentos fuera y permitiendo la entrada del aire vitalizador.

BOSMA y colaboradores han analizado la respiración en el lactante y han encontrado que la respiración silenciosa se lleva a cabo principalmente por la nariz, con la lengua próxima al paladar obturando la vía bucal. Tanto la faringe como la laringe se activan durante la respiración y es en esta zona donde el lactante distingue entre la respiración y las actividades relacionadas; tales como el quejido, tosido, llanto o estornudo. La postura también afecta significativamente a la respiración.

La reacción inicial a los estímulos ambientales se observa en la función respiratoria, especialmente la exhalación; la respiración conserva abierta la zona faríngea, ya que existe un colapso de la faringe en el lactante con traqueostomía.

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca; los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- A) Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

- B) El niño que respira continuamente por la boca, lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.
- C) El infante que respira por la boca por razones anatómicas, - es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño; también debe diferenciarse el segundo tipo de un niño que respira por la nariz pero que a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos; a causa de su tipo genético de cara y nasofarínge estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios, como se encuentran en los individuos braquicefálicos.

Puede afectar al crecimiento de la cara todos los fenómenos que se oponen a la fisiología respiratoria normal. Las personas que respiran por la boca muestran un alto porcentaje de maloclusiones. Generalmente no se observa un solo tipo, de maloclusiones, porque el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal puede ser uno de los que a continuación se mencionan: tabique nasal desviado, cornetes inflamados, inflamación e hipertrofia de las amígdalas y hábito de chupeteo.

El síndrome típico de respiración bucal está caracterizado por contracción de la dentadura superior, labio versión de los dientes superiores anteriores, hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior y frecuentemente, sobre mordida notable.

El hábito de respirar por la boca también se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal. Por mucho tiempo considerado un factor casual primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico y en menor grado, el resultado de la maloclusión. Al igual que con otro hábito cualquier señalamiento ar

bitrario de causa, asociación y efecto sería precario. Es posible que el hábito de la respiración bucal contribuya a las tres fases de la dinámica de la maloclusión.

Los especialistas en oído, nariz y garganta con frecuencia hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más frecuentes en quien respira por la boca. El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde y obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia. Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos del oído medio, con frecuencia se ven asociados en esta situación. Tales padecimientos no son constantes; muchos otros factores están incluidos, entre los cuales existen la resistencia individual.

Sin embargo si existe peligro para la salud del niño y si la "facies adenoidea" va en detrimento de la apariencia del niño es conveniente que el ortodoncista ayude en la medida de lo posible. En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios y estimula la respiración nasal normal.

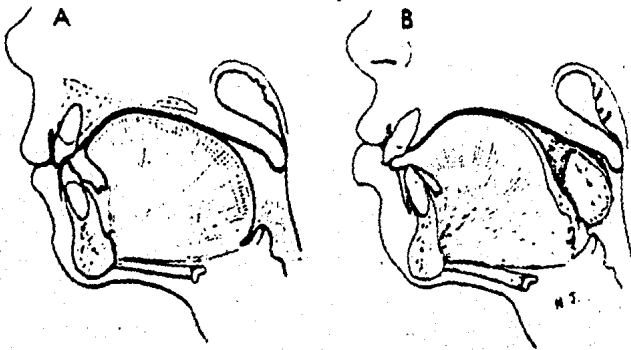
5) HABITOS DIVERSOS.

Existen diversos tipos de hábitos orales que pueden desarrollarse en los niños y aunque son poco frecuentes tienen bastante importancia.

Con frecuencia se han señalado a este respecto las posiciones adoptadas durante el sueño. Mantener constantemente a un pequeño en decúbito, sobre una superficie dura y plana, puede moldear la cabeza aplanando el occipucio o produciendo asimetría facial. Se ha exagerado los alcances que puede tener el uso de la almohada de dormir sobre el brazo.

El chupeteo habitual de lápices, chupones y otros objetos duros puede ser tan dañino al crecimiento facial como el chupeteo del pulgar u otro dedo.

LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCION NORMAL Y ANORMAL



NORMAL

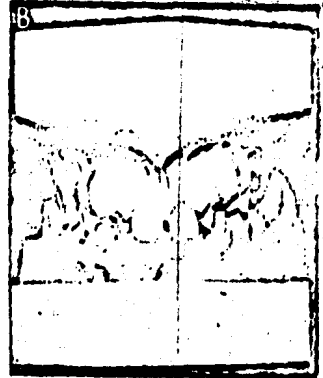
ANORMAL

- A) Los dientes están en contacto ligero, los labios cerrados y el dorso de la lengua elevado hasta tocar la bóveda palatina.
- B) Deglución anormal, debida a hipertrofia de las amígdalas, al retraerse la lengua toca las amígdalas inflamadas. El dolor produce caída de la mandíbula para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante alejándose así de la región faríngea, los labios se cierran para mantener a la lengua en la cavidad bucal. Por lo tanto hay contracción intensa del músculo mentoniano cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la deglución.

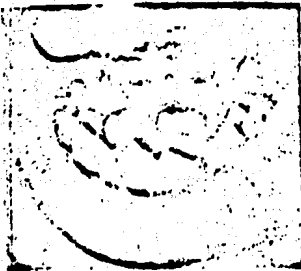
MALOCCLUSION Y RESPIRACION BUCAL



**Cara de una persona que
respira bucalmente.**



La maloclusión



**Hipertrofia de la encia
y mal alineamiento incisal.**



**Fibroma situado en la
línea media maxilar y
que causa diastema.**

Habito de Presión del Labio

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañando al chupeteo del dedo, casi siempre se trata del labio inferior, - aunque a veces se observan hábitos de morder el superior. Cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes maxilares, el resultado es labioversión de dichos dientes, a menudo una mordida abierta y algunas veces linguoversión de los incisivos mandibulares.

Succión Labial

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito - generalmente se presenta en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este.

Empuje del Frenillo

Un hábito observado varias veces es el de empuje del frenillo, - si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas.

El hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso pero puede desarrollarse un hábito que desplaza las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producto en ciertos casos por un frenillo anormal, - Un paciente hacía alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un buen descanso.

O N I C O F A G I A (MORDEDURA DE UÑAS)

Morderse las uñas ha sido mencionado frecuentemente como causa de malposición dental. La maloclusión asociada con este hábito tiende a ser de naturaleza más localizada que la observación anteriormente en los otros hábitos de presión. Los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo este hábito, y es frecuente que ocurra en ellos un desajuste social psicológico que tiene mayor importancia clínica que el hábito, que sólo constituye un síntoma de su problema fundamental.

A U T O M U T I L A C I O N (HABITO MASOQUISTA)

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales; PLESSET informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de nueve años de edad que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos. Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo; por lo tanto, las lesiones autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente, el odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera que la succión del pulgar, se debe hacer un intento por determinar la causa, si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido; sin embargo, en la mayoría de los niños estará involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá dirigir la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de 4 años se traumatizan los tejidos gingivales con la uña, a veces al punto de destruir el hueso - alveolar.

Una niña de 14 años se provocó denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores, para lo cual empleó la uña y un alfiler de gancho. Además se mordió la cara interna del carrillo y se produjo grandes zonas de necrosis; los padres no tenían noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de su boca, pues su hija no les había revelado que se las ocasionó por sí sola, la historia reveló una niña desdichada mal adaptada en el hogar y en la escuela. La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema, - al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en los pequeños pacientes; FISCHER opinó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebe de 15 semanas.

HABITO DE POSTURA.

Diversos investigadores tratan de probar que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusión; las personas que adoptan una postura corporal inadecuada, pueden presentar una posición mandibular defectuosa. Ambos pueden ser expresiones de salud precaria; por otro lado la persona que se mantiene erecta con su cabeza bien colocada sobre la columna vertebral, mantendrá casi reflejamente su mandíbula hacia adelante en una posición, la postura es la expresión de los reflejos musculares principalmente de origen propioceptivo y como tal un hábito susceptible de cambios y correcciones.

VI.- EFECTOS DE LOS HABITOS ORALES.

Los diversos efectos o consecuencias que desencadenan los hábitos orales son de considerable daño para el infante, ya que producen alteraciones anatomofuncionales y psicológicas importantes, y aun que lo ideal sería hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno de los hábitos orales, el paciente se presenta generalmente con el cirujano dentista cuando además de estar presente el hábito ya existen secuelas y el tratamiento consiste entonces en corregir el hábito y las secuelas de estos.

Algunos de los efectos de los hábitos orales que encontramos con más frecuencia son los siguientes:

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión varían ampliamente; generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes; la gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

Se debe hacer incapié que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- De la "posición" del dedo en la boca
- De la "acción de 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.

El chupeteo del pulgar con una considerable intensidad, frecuencia y duración causa deformación ósea en la región oral; la retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o del brazo la forzan continuamente al adoptar una posición en retracción.

Cuando los incisivos son empujados con el pulgar hacia los labios el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua se mantiene contra el paladar; produce alteraciones en los maxilares y a menudo hace imposible que el piso nasal baje a la posición normal, el labio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le ve aprisionado bajo los incisivos maxilares y de esta forma hay una deformación de estos cuando la lengua descansa entre los incisivos crea mordida abierta anterior; o cuando se colocan sus bordes entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, se produce mordida abierta sólo en los segmentos laterales. El habitual chupeteo de dedo chupones y de otros objetos duros puede crear daños al crecimiento facial.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor; esto se puede confirmar generalmente, lavantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores; esto aumenta la sobre mordida horizontal y abre la mordida y según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en la forma lingual de los incisivos superiores, para lograr esta posición se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba es fácil discernir la actividad normal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglu -

ción, al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias también lo puede hacer un hábito anormal del 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 ya adelante hasta una relación protrusiva, en casos graves el labio mismo presenta 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 supra sinficial, y hay agrietamiento del labio.

La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior; con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba; el labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico sin función y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina postura incompetente del labio; debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión; con una deglución anormal asociada con maloclusión Clase II División I puede existir proyección anterior de la punta de la lengua y retracción del labio inferior, la contracción anormal del músculo borla de la barba y la función de compensación de los otros músculos peribucales desplazan los incisivos superiores en sentido labial; el segmento anterior inferior se encuentra aplanado por la anomalía postural y funcional del labio inferior.

Por lo tanto la maloclusión original puede ser resultado de un patrón hereditario, pero ha sido agravada por la mal posición de compensación y mal funcionamiento de la musculatura asociada.

En la maloclusión de clase II, División I, el labio inferior continuamente desplaza el segmento premaxilar superior hacia arriba y hacia afuera contra un labio superior hipotónico, - - flácido y con poca función. Si existe una mordida abierta la lengua puede ser causa de esta deformación.

Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

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

La mordida abierta puede crear problemas de empuje lingual y dificultad del lenguaje, además de la simetría facial, puede atribuirse a una mordida unilateral infantil no corregida.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprime hacia adentro el labio inferior al degluir. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar al deglutir en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta a la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetua a la sobremordida abierta y la protrusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción del músculo mentalis al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores; al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de

las piezas anteriores superiores con algo de fuerza, durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual genera da contra las piezas por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

En la mayor parte de los casos, la corrección de la maloclusión elimina la actividad anormal de los labios, lengua y musculatura bucal.

El labio superior hipoactivo asociado con una maloclusión de clase II división I, se adaptan y se reintegran funcionalmente

Al igual que la función pervertida de la musculatura peribucal en maloclusión de clase II, división I tiende a aumentar la severidad de la sobremordida horizontal y vertical, por lo que la hipertonicidad que se desarrolla como reacción a la falta de armonía oclusal y la reacción de adaptación agravan las anomalías oclusales. El daño a los tejidos de soporte, la fatiga y el malestar pueden provocar dolor franco y trimus (contracción de los músculos masticadores), los trastornos de la articulación temporomandibular son el resultado lógico de la situación en deterioro y pueden convertirse en la entidad clínica predominante que se origina por una falta de armonía oclusal o maloclusión.

Con las maloclusiones de clase II, se encuentran asociadas ciertos hábitos anormales, el hábito de empujar la lengua y el hábito de chuparse los dedos suceden con mayor frecuencia en los niños que padecen maloclusiones de clase II división I.

Un hábito de deglución anormal conduce al aumento del movimiento del hueso hioides en algunos individuos.

Algunas causas por las que puede presentarse el hábito de respiración bucal son:

Afecciones del aparato respiratorio, trastornos del oído, adenoides y amígdalas crecidas, cornetes crecidos.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores, como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando un maxilar superior en forma de V y una boveda palatina elevada, el labio inferior emplaza el lingual a los incisivos superiores.

En el síndrome típico de respiración bucal encontramos contracción de la dentadura superior, labioversión de los dientes anteriores superiores; apiñamiento en ambos arcos de los dientes anteriores, hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior.

VII.- METODOS PARA EL CONTROL DE LOS HABITOS ORALES.

1) I N T R A O R A L E S

No todos los hábitos relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato intraoral, ya que no todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente.

En ocasiones una plática franca del problema con el niño, podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura. Como han demostrado WORMS, MESKINS, ISACSON TULLEY y otros que la maloclusión puede ser un problema ligado al tiempo, que es eliminado por sí sólo con la maduración del desarrollo.

Pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios 5 o 10 minutos antes de acostarse, esto con frecuencia proporciona suficiente satisfacción y relajamiento, disminuyendo la necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse. - La leche tibia o la música suave al retirarse también tienden a reducir el deseo de chuparse los dedos.

Si existe franco daño de maloclusión deberá hacerse una historia clínica completa, preferiblemente con el niño fuera de la habitación, si los hábitos de succionar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el psicólogo. - Sin embargo estos casos son los menos; en la mayor parte de los casos, los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos, si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los hermanos, deberá considerarse la utilización de un aparato. La mayoría de los instrumentos intrabucales fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin el permiso de este, son considerados por el niño instrumentos de castigo. - Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el há

bito, en la mayoría de los niños, estos sufrimientos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso. En estos casos el costo de la curación es demasiado elevado.

Las siguientes cinco preguntas son las que se debe hacer el odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper los diversos hábitos.

- A) Comprensión del niño: ¿comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿quiere el niño que le ayuden?.
- B) Cooperación paterna: ¿comprenden ambos padres lo que se está tratando de hacer y le han prometido cooperación total?
- C) Relación amistosa: ¿ha establecido el dentista una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de "recompensa", en vez de un "castigo".
- D) Definición de la meta: ¿Han elegido los padres del paciente y el odontólogo una "meta" definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el trate de alcanzar.
- E) Madurez: ¿ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?.

El odontólogo que desee un tratamiento que de buenos resultados debe hacerse estas preguntas y tratar si es posible de asegurarse de que todas estas preguntas tengan una respuesta afirmativa y así sentirse seguros generalmente de aplicar un instrumento de formación de nuevos hábitos. Por lo contrario cuando se colocan instrumentos dentro de la boca del niño y hay falta de preparación tanto del niño como de los padres, para aceptar el tratamiento, casi siempre condena a este al fracaso.

El repetido y esforzado chupeteo del pulgar, acompañado de fuertes contracciones bucales y labiales, parece ser el tipo de chupeteo - más relacionado con las maloclusiones. Nunca se ha medido la cantidad de fuerza de chupeteo del pulgar necesaria para causar alteración osea.

Además de la fuerza del chupeteo existen añadidos otros factores, - la duración, frecuencia y la posición del dedo. También influye el tipo de patrón facial, siempre hay que tener en cuenta el tipo de cara en el cual el hábito aparece; en algunas caras un hábito ligero es más perjudicial, que uno grave en otras. Así como varían los factores que causan el hábito, también varían las caras. El problema clínico está determinado por la combinación de hábitos y el factor de crecimiento de la cara.

STARR piensa que los hábitos de chupeteo están íntimamente relacionados con el acto de amamantamiento, los recién nacidos reciben - una notable satisfacción al chupar durante el amamantamiento. El - chupeteo sin relación con el proceso de alimentación es un desarrollo natural puesto que en el niño una de las primeras actividades musculares coordinadas es la reacción mano, boca alrededor de los 2 o 3 meses el pulgar parece estar mejor situado y es más adecuado en la actividad no alimentaria del chupeteo, no debe olvidarse el efecto tranquilizador del hábito.

El niño que chupa su pulgar y tira una manta suele cerrar sus ojos y abandonarse pacíficamente, tal como lo hace el niño en el regazo materno, este efecto apaciguador hay que tomarlo en cuenta, porque se usa frecuentemente al poner al lactante en la cama porque facilita que se duerma.

Puede deducirse fácilmente que los, lactantes crónicamente ansiosos, encontrarán un gran refugio en esa actividad que efectivamente diluye y reduce su ansiedad. Por lo tanto el hábito se observará con más frecuencia cuando hay una falta de armonía en la relación "materno infantil", STARR divide los aspectos clínicos del problema en tres fases:

A) Fase I chupeteo normal y de significación subclínica.

Esta fase comprende de los tres meses a los cuatro años, la mayor parte de los niños se chupan el pulgar u otro dedo durante este período, particularmente al dejar de mamar; esto suele desaparecer al final de la fase I. Sin embargo, si el niño muestra cualquier tendencia al "Chupeteo específico" de tipo vigoroso, debe tomarse una actitud profiláctica definida, debido al posible trastorno oclusal.

B) Fase II Chupeteo con significación clínica.

La segunda fase se extiende aproximadamente, de los dos a los cuatro años; esta práctica de chupeteo necesita mayor atención por dos razones:

- 1) Indica ansiedad a veces de significación clínica.
- 2) El final de la fase II se acerca a la época en que el hábito tiene efectos sobre dentición permanente; un programa firme y definido de corrección está indicado en este momento.

C) Fase III chupeteo intratable del pulgar.

Cualquier chupeteo del pulgar que persiste después de los cuatro años, enfrenta al clínico con un problema difícil, porque no existe una garantía patente de que la eliminación de la patología Psicológica fundamental y de ansiedad acompañante, así como las influencias familiares perjudiciales resultarán necesariamente en el abandono del síntoma del niño. Un hábito de chupeteo del pulgar observado durante la Fase III necesita de una terapéutica dental y Psicológica completa; se aconsejan todas las consultas entre el dentista y el psicólogo o médico, para que se produzca un acercamiento útil, cualquier hábito de chupeteo de dedo que persista hasta la fase III puede constituir el síntoma de un problema más importante que el de la maloclusión resultante, la maloclusión puede ser secundaria a otros problemas durante la fase III.

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

1).- Se aconseja comenzar tratando el problema con el niño, sin la presencia de los padres, de tal forma que es importante que el odontólogo, explique a los padres el caso de su niño y después dejen al paciente solo para su tratamiento. No se le debe amenazar ni avergonzar; en lugar de esto se hace un intento calmado y amistoso, para conocer más al niño y percatarse de cuál es su actitud hacia el hábito; muchos niños dirán que chupan sus pulgares sólo cuando están dormidos y también declaran sinceramente que quieren quitarse el hábito.

Se puede aprovechar esta actitud diciendo: ¿Es muy difícil controlar lo que se hace durante el sueño, no es así?", ¿quisieras una pequeña ayuda para recordar a tu dedo que se quede fuera de la boca para recordárselo cuando tú no estás despierto?".

Si se puede hacer que el niño colabore ampliamente, se le indica que si en los próximos dos o tres meses no puede resolver el problema por sí solo, entonces se le brindará algo para que se lo recuerde pueden mostrarse al niño modelos o fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de chupeteo perjudiciales, hay que mostrarle también el resultado después del tratamiento, para que comprenda lo que puede hacerse con la ayuda del dentista; es decir, que hay que aprovechar la primera consulta para conocer al niño y que sepa con que métodos puede contar la corrección de su hábito, hay que dejar que durante dos o tres meses piense que va a hacer lo que pueda; transcurrido este tiempo ambos plantearán la situación otra vez.

2) Cuando el niño entra en el período en el que, por sí mismo, trata de dominar el hábito, debe tenerse una conversación con los padres; hay que insistir en que nadie discuta el problema con el niño ni debe ser objeto de discusión familiar, puesto que el dentista y el niño se harán cargo del problema; más que nada, no deben hacerse comentarios desdeñosos acerca del hábito, especialmente hay que pedir a los padres la vigilancia de los otros niños y abuelos, dentro del círculo familiar. En esta forma el niño va perdiendo el deseo de llamar la atención, que es uno de los aspectos del hábito, conforme se le alienta a colaborar en forma eficaz con el dentista.

3) .- Si el niño se encuentra en la fase II, el paso siguiente es la inserción de un aparato corrector del hábito, y se encuentra en la fase III, el paso a seguir es la consulta con el médico familiar, un psicólogo clínico competente. Muchas instituciones tienen dicho personal, que trata estos problemas; después de indicar que se haga una consulta, la terapéutica se convierte en un esfuerzo conjunto. Generalmente no se ponen aparatos en la boca del niño - hasta que sus problemas en conjunto se han definido y se aclara la razón por la cual se chupa el dedo.

SELECCION DEL APARATO

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito del chupeteo del pulgar sería aquel que:

- 1).- No ofreciera resistencia a ninguna actividad muscular normal.
- 2) - No necesitará recordatorio para usarlo
- 3) - Su uso no avergüense
- 4) - Que no dependa de los padres.

Puede utilizarse la placa bucal para la corrección del chupeteo del pulgar, pero se necesita la colaboración intensa del paciente y no se usa continuamente; posiblemente el mejor aparato es un arco lingual con pequeños espolones soldados en sitios estratégicos, que recuerden al pulgar que no debe mantenerse en la boca. Este aparato no es una interferencia mecánica con el dedo y por lo tanto, no debe tener la forma de una pantalla llamada "rastrillo"; debe adaptarse correctamente, sin estorbarla función bucal normal, y estar previsto de suficientes espolones cortos agudos que produzcan ligeras señales aferentes de incomodidad cada vez que se inserte el dedo pulgar.

Hay que entender claramente las razones de este aparato; una señal clara de incomodidad o de ligero dolor recuerda al sistema neuro muscular, aun durante el sueño, que lo mejor es que el dedo no se introduzca en la boca. Algunos de los aparatos grandes y grotescos sugeridos solamente, son barreras mecánicas; lo único que hacen es

fustrar al niño, de cualquier modo, los que se chupan el dedo - han tenido abundancia de ello; hay que advertir a los padres el porque del aparato y se les pide ayuda para la primera y segunda noche.

Se aconseja que los padres tranquilicen al niño poco antes de ir a la cama y que por unos días les den un poco más de atención y cariño, los niños en fase III a menudo se quitarán varias veces los aparatos, hay que recementar éstos e informar el incidente - al otro clínico que trabaje en el caso.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos intraorales es entre las edades de tres y medio a cuatro años de edad, preferiblemente durante la primavera o el verano, que es cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los - deseos de chupar pueden ser sublimados por los juegos al aire - libre y las actividades sociales; el aparato desempeña varias - funciones.

-Primero hace que el hábito de chupar el dedo pierda su senti - do eliminando la succión, el niño desde luego podrá colocarse - el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al - hacerlo, así chuparse los dedos, se hace algo análogo al café - sin cafeína, o a los cigarrillos sin nicotina. Deberá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una "máquina para masticar" sana.

-Segundo, en virtud de su construcción; el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido - labial y evita la creación de mordida abierta, así como reaccio - nes adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.

-El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cam - biando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal; como resultado, la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas - nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los - dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los - - -

mismos.

Si los pacientes son niños sanos y normales, se observará pocas secuelas desfavorables, salvo un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado, o inmediatamente después de que es retirado.

Educación para hábitos

Prescripción para el chupado de los dedos.

Aparato utilizado para el tratamiento.

La prescripción ortodóntica para la reeducación de los hábitos adopta diversas formas; una de las formas más eficaces es una criba fija, se hace una impresión de alginato en la primera visita y se vacían moldes de yeso en la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior se recomienda colocar alambres de bronce separadores en esta visita; a continuación, se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente, en términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte; las coronas metálicas completas que pueden obtenerse en tamaños diversos son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias, la porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro o dos es más que suficiente, el margen gingival del 2o. molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta la proximidad de dos o tres milímetros sobre la superficie vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo.

El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivo-oclusal; a continuación se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, estos se pueden dividir en aparatos fijos y removibles; - si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumentos, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito oral. Los niños de seis años, en quienes solo están presentes las piezas primarias, los aparatos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción, puede ser razón contraria a colocar instrumentos removibles; en este grupo, entre los 8 y 9 años de edad, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible, puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos, como en la noche; los instrumentos removibles son más fáciles de construir para el odontólogo, que los de tipo fijo, la mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él lo desea.

DISEÑO DE LOS APARATOS

Un dispositivo fijo es útil, cuando impide físicamente la penetración del dedo en la boca, dos citas son necesarias cuando se utiliza este tipo de aparatos; durante la primera cita se ajustan bandas preformadas a los dos primeros molares permanentes superiores y se toma una impresión; también se toma una impresión de la arcada inferior, antes de la cita siguiente, se fabrica el dispositivo con un alambre de .045 y .050 pulgadas, luego se ajusta un arco lingual hecho con alambre de .045 pulgadas de diámetro y se une mediante soldadura a las bandas molares.

El alambre de este diámetro proporciona la rigidez suficiente para que el arco lingual no se incruste en los tejidos del paladar. El alambre de .030 pulgadas de diámetro sirve para fabricar el armazón que será soldado al arco lingual, proporcionando así una barrera mecánica contra el dedo chupado.

Puede haber ciertas modificaciones que también son eficaces, la primera modificación se refiere a la posición de los alambres que crea un obstáculo mecánico en el interior del armazón. Para esto cada alambre es colocado verticalmente y extendiéndose 2mm más allá de la armazón, la finalidad de estas extensiones es impedir que la lengua se deslice debajo del armazón. La segunda modificación consiste en la adición de descansos oclusales también para evitar que el lingual se incruste en los tejidos del paladar.

Algunas veces en lugar de un aparato fijo, se utilizará un dispositivo removible para que el niño que según el criterio clínico del dentista, quiere dejar de chupar los dedos y pide ayuda, pero cuya actividad chupadora quizá tenga un motivo emocional.

Así en este caso el dispositivo removible es el más indicado puesto que el niño puede quitarlo fácilmente cuando lo exija su estado emocional; como en el caso de existir problemas familiares y que son un factor importante en la succión digital.

INSTRUCCIONES PARA EL NIÑO Y LOS PADRES

Después de colocar un dispositivo intrabucal fijo es necesario dar algunas explicaciones y recomendaciones al niño y a sus padres acerca de cuanto tiempo tendrá que llevarlo, cuales serán sus efectos inmediatos sobre el niño y con que frecuencia debe volver al consultorio el niño para inspección del dispositivo. Así se explicará al niño y a los padres que el dispositivo debe ser llevado por lo menos seis meses, aún si el niño

deja de chupar al cabo de una semana después de haber colocado el dispositivo. Además el niño debe volver al consultorio una vez al mes para inspección del aparato; estas visitas son indispensables para asegurarse que el dispositivo no ha sufrido cambios y también para hablar con los padres y el niño acerca de como se va adaptando el niño al aparato, estas visitas mensuales son aprovechadas también para mostrar al niño cómo está mejorando la posición de sus dientes.

Las instrucciones acerca de algunos inconvenientes pasajeros - deben darse únicamente a los padres, en efecto es de esperarse un período inicial de incomodidad que se traducirá por irritabilidad. Generalmente el niño tarda dos semanas en adaptarse, - también puede haber cierta dificultad para hablar, como tartamudeo o tartajeo, pero el niño suele vencer estos trastornos - al cabo de un mes. Así mismo puede haber ciertas dificultades para comer determinados alimentos que se pegan al aparato - - (manteca de cacahuete) o que son duros (maíz, manzanas), pero el niño suele acostumbrarse en pocas semanas.

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos - que utiliza un "recordador" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor de HAWLEY o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para

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

TRAMPA DE RASTRILLO

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles; sin embargo como el término lo implica, este aparato en realidad más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina; las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

APARATO PALATINO

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre .040, el alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar decíduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular.

Hay que recordar el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades; salvo que puede cambiarse la posición de la lengua y disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente, deberá tratarse más de un síntoma, y el chupado de los dedos es casi siempre sólo un síntoma, no el único factor. En el nicho del primer molar decíduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo; el aparato central consta de un asa de alambre del mismo calibre, el asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal, el asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares caducos.



TRAMPA DE
RASTRILLO.

Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente; con pasta de soldar a base de fluór y soldadura de plata, se solda el asa a la barra principal, una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se solda entre las dos proyecciones anteriores del asa central; la barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares caducos, se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones; una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular; si existen alambres de separación, se retiran y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos, se pide al paciente que ocluya firmemente; las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, a continuación, podrán ser soldados a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival; el aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible, esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporcionar un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central; si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar, los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida; la mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con unos cinco o diez minutos después.

Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores; esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes; en ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito, al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa. A los hermanos se les instruye de la misma manera, si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original, desplazando el primero y segundo molares caducos en sentido vestibular; si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.040 0.045 pulgadas. Puede hacerse lo necesario para colocar asas de cierre vertical y brazos de aparatos intrabucales.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato y que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato, que deberá hablar lentamente y con cuidado debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca; no se le hace mención del dedo, al padre se le dice que habrá poca molestia pero que el impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos sibilantes.

Los problemas del habla podrán persistir en 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; deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro y a seis meses en la mayor parte de los casos. Un período de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato; después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primero los espolones, tres semanas después si no hay pruebas de recurrencia se retira la extensión posterior; tres semanas posteriormente pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas.

Si existe tendencia a la recidiva es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo; si existe un hábito combinado de dedo y proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo.

No podemos hacer demasiado énfasis en que el aparato no es castigo ni una experiencia dolorosa intencional; no deberán colocarse espolones afilados, la estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución viceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por hábito.

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones y que siguen el contorno del paladar pueden en realidad acentuar la maloclusión.

APARATO INTRAORAL PARA EMPUJE LINGUAL

Existen varias causas de lengua protráctil, puede observarse como residuo del chupeteo de dedo, o como un hábito por sí mismo. Con frecuencia se aprende tempranamente en la vida cuando ha habido amigdalitis crónica o faringitis. Cualquier dolor crónico en la garganta empuja a la lengua hacia adelante, en particular durante la deglución. Si la perturbación de la garganta persiste no debe intentarse corregir la protracción de la lengua.

Hay que hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso entre una protracción lingual simple y aquella causada por retención de un patrón infantil de deglución. El pronóstico para una protracción simple de la lengua suele ser bueno si la alteración de la garganta está resuelta pero resulta menos difícil la corrección de los patrones de deglución infantil retenidos.

Existe una interrelación íntima entre el funcionamiento muscular de la lengua, los labios y el mentón; rara vez se observan alteraciones en la función de uno solo. Durante la deglución se debe observar los labios y el músculo mentoniano se contrae con fuerza probablemente hay contracción de lengua, se pueden abrir los labios para observarlo y al hacerlo se percibirá la fuerte contracción muscular los músculos del labio o del mentón se contraen para evitar que la lengua se salga verdaderamente durante la protracción; hay que comprobar como respira el paciente, porque algunas personas que lo hacen con la boca abaten la mandíbula y permiten que su lengua descansa pasivamente sobre los incisivos inferiores. Si el conducto nasal está libre y el paciente no tiene trastorno nasorespiratorio, algunas veces la colocación durante la noche de tela de celulosa sobre los labios facilitará que permanezcan cerrados. Durante el día, el mejor método es hacer que el paciente recuerde su postura labial.

La placa bucal es sin duda un excelente aparato para estimular la función de los músculos de los labios y para la enseñanza de la respiración nasal. Además tiene la ventaja de que utiliza la fuerza muscular para colocar los incisivos en mejor posición.

Si la lengua protruye durante la deglución se examinan primero las amígdalas, para estar seguros de que puede colocarse en forma correcta durante la deglución; una vez hecho esto se toca con el dedo la punta de la lengua y después el paladar cerca de la porción media, y se le dice al paciente "la mayor parte de las personas tragan teniendo esta parte de la lengua apoyada contra esta parte del techo de la boca, ponga su lengua aquí, cierre los dientes y trague sin quitarla de allí" esto se repite hasta que el pa

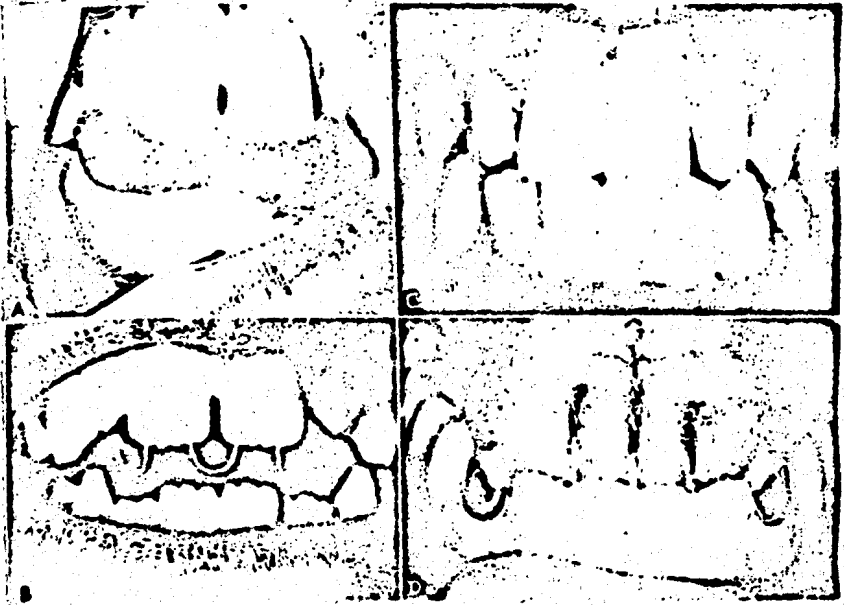
ciente tiene un concepto claro de la posición correcta de la lengua, se puede efectuar este ejercicio diez veces durante cada una de las tres sesiones diarias. Solo algunos podrán corregir tan fácilmente una deglución anormal, pero todos tendrán conciencia de la eficiencia de la lengua, a continuación se le da al paciente un dulce de limón sin azúcar (planòs) apropiados para chupar, se le instruye para que hasta que se disuelva lo mantenga contra el paladar por medio de la lengua.

Frecuentemente la lengua es el único problema, ya que no suele haber hábito de dedo, pero de 500 a 1000 veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta o la protrusión de los incisivos superiores.

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROYECCION LINGUAL

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

El aparato para el hábito de proyección lingual, es una variante del aparato descrito para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo, para que formen una especie de cerca, atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual. Como análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva a una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar como lo haría en condiciones normales un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas cosas:



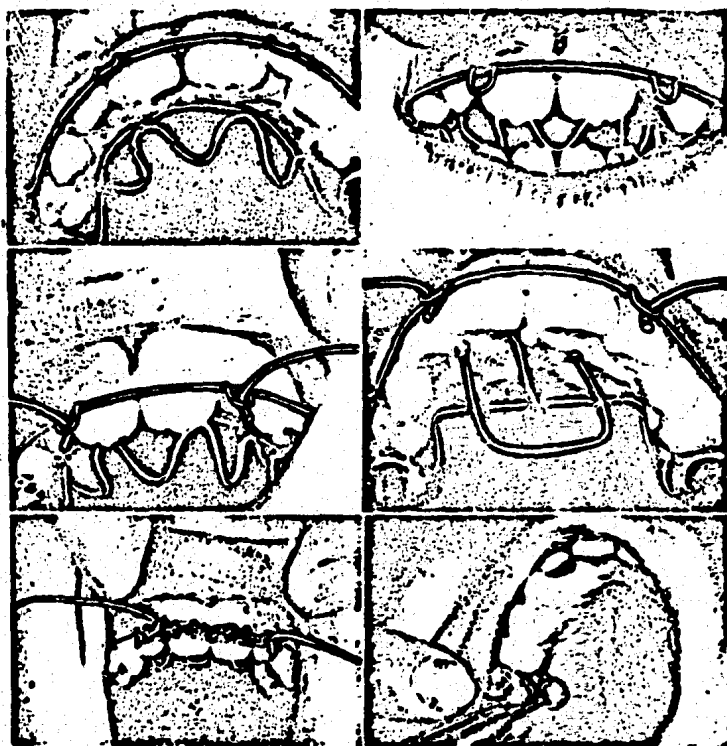
HABITO DE PROYECCION DE LENGUA CON APARATO
Y CORRECCION DE MORDIDA ABIERTA.

- Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución.
- Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga con - tacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores, esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Para realizar estos propósitos, cuando el hábito de chuparse - los dedos no constituye un factor, es mejor eliminar la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba. Los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios, si - existen los primeros molares permanentes y han hecho suficiente erupción, son preferibles.

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias (además de aquellas que se hicieron para los modelos de - estudio) y se corren con yeso. Es mejor montar los dos modelos de trabajo sobre un articulador de tipo bisagra o anatómico. - Los dientes de soporte de yeso (ya sean primeros molares permanentes o los molares deciduos) se cortan en forma señalada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo descrito anteriormente. Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornean la porción gingival para ajustarse - a la periferia desgastada por los dientes sobre los modelos. -



TRATAMIENTO ORTODONTICO EN COMBINACION CON CRIBA LINGUAL.

Se hace un corte vestibular en la forma señalada para el aparato, para eliminar el hábito de chuparse los dedos; la barra lingual en forma de U, de alineación de níquel y cromo, o de acero inoxidable de 0.0040 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante, hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto; esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de las márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea y se lleva hasta el canino del lado opuesto; enseguida se dobla la barra y se lleva hacia atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Como el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, la oclusión no nos concierne en este momento; posteriormente sin embargo, al reducirse la mordida abierta el dentista deberá asegurarse de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieren en la incisión. Este es el motivo por el que se construye la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior. Una vez que se haya fabricado cuidadosamente la barra base y esta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba. Se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base.

Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino utilizando la pinza número 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 cúmulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión.

No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes; una vez que cada proyección en forma de V - haya sido cuidadosamente formada de tal manera, que los brazos de las proyecciones se encuentran aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se soldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se solda a las coronas metálicas; después de limpiar y pulir estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte. Si existe un estrechamiento bi lateral anteroposterior, puede ampliarse el alambre lingual, - el corte vestibular se solda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse los dedos, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar; este problema localizado se elimina en una semana, el paciente ya no podrá proyectar la - lengua a través del espacio incisal, el dorso es proyectado - contra el paladar y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas. Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión, no todos los aparatos tienen éxito por sí solos y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodóncicos totales.

Si el dentista ha obrado con cuidado en la selección del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurar de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total y basal, y si coloca el - aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, sus esfuerzos serán recompensados sigtemáticamente.

Con frecuencia es necesario colocar un refuerzo extrabucal, esta situación puede ser solucionada colocando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas; posteriormente, si está indicado puede emplearse un arco de alambre o un arco labial, la mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los 5 y 10 años de edad, si se coloca después de esta edad es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia.

No todos los hábitos de proyección de la lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores; puede existir mordida abierta posterior aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse, provocando infraoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y problemas del habla. Estos hábitos se presentan con mayor frecuencia en maloclusiones de clase II, división 2, lo que apoya la hipótesis de que la función lingual es un factor en la creación o al menos en la perpetuación, de la falta de erupción observada en los segmentos posteriores en aquellos pacientes con este tipo de maloclusión. Puede emplearse para hábito modificada para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes afectados.

PROTECTOR BUCAL

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o construcción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre, esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada; si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con una aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada, en casos de emoción extremada o ejercicio físico. MASSLER y ZWEMER sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural y no forzada como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviarse a un rinólogo, para que éste formule su diagnóstico y corrija la situación; si el niño respira con dificultad al pedirselo, e incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios parecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores, como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando un maxilar superior en forma de U y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca; los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca, el protector bucal un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua forcen ésta entre las piezas anteriores, superiores e inferiores; que los que respiran por la boca los sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto puede servir para múltiples propósitos y debería utilizarse más extensamente.

Este protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales; el más sencillo de utilizar y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

Este tipo de protectores se hace de plexiglas de 1.56 mm y 2.34 mm respectivamente de espesor; se ajusta al vestibulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios a través del protector a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al vertir yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos mientras estos están en oclusión; al asentarse el yeso se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el plexiglas, se puede cortar con unas tijeras fácilmente en la forma deseada, se calienta aún más para adaptar el plexiglas a los modelos, se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector de las piezas anteriores.

El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxilares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal en inferior y superior 1.56 mm.

El paciente lleva este protector durante la noche; un requisito importante es que el paciente no sufra obstrucciones nasales - que impedirían la respiración normal; incluso ciertos niños que respiran por la boca pueden beneficiarse con este instrumento, - ya que muchos de ellos pueden respirar por la nariz, pero encuentran más cómodo mantener la boca abierta la mayoría del tiempo. Deberá examinarse al paciente cada tres semanas o mensualmente, en visitas posteriores, se ajustan los modelos rebajando algo - de yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores; se vuelve adaptar entonces el protector bucal a su - nueva posición con calor y toalla, se puede uno entusiasmar con este instrumento, ya que es de construcción muy sencilla y no - puede lesionar al paciente.

Los movimientos dentales se producen lentamente, porque el paciente solo lo lleva un tercio del tiempo. Este movimiento es - de naturaleza puramente fisiológica, ya que usa los músculos - del paciente; si el labio superior es corto, pueden unirse de - noche los labios con cinta adhesiva, al llevar el instrumento.

El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración; en algunos casos influye incluso en - las piezas maxilares posteriores, para que estas se muevan distalmente, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoclusión incipiente.

Las piezas anteriores sin espacios generalmente deberán ser supervisadas por un ortodoncista.

GALE Y AYERTT sugirieron que medida "punitiva" podrían tener - éxito en la eliminación del hábito sin presentar grandes peligros de traumatismo grave a la mente del niño. HARYETT, HANSEN, y DAVIDSON parecen presentar la prueba experimental de la afirmación de GALE y AYER indicaron que las redes palatinas con o - sin ganchos, son eficaces para abandonar hábitos de succión de pulgar. Un tratamiento Psicológico junto con restricción mecánica no parece resultar en grandes diferencias.

Sugieren que si existe tendencia a empujar la lengua, la redecilla sin ganchos era más eficaz que la que sí los tiene, en los niños que usaron redecillas palatinas no se observó desarrollo de costumbres socialmente inaceptables. Para lograr resultados óptimos, los pacientes debían llevar las redecillas palatinas - de seis a diez meses.

Si el niño tiene intención de terminar con su hábito, se puede llamar "recordatorio" al instrumento. La estipulación esencial es la fabricación meticulosa de un instrumento de ajuste perfecto, esto hará el período de ajuste mucho más llevadero para el paciente.

Cuando se quiere tratar la costumbre de empuje lingual, las perspectivas son tan optimistas.

Este autor sigue manteniendo la idea de que una mordida abierta, asociada con empujes linguales, tiene más oportunidad de cerrarse bien con medidas simples, si el paciente revela una historia de hábitos de succión digital.

En un caso con mordida abierta e incisivos espaciados reveló historia de hábito de succión digital, y ahora presentaba el hábito de empujes linguales, se consideró que la lengua jugaba el papel simple de oportunista, aprovechando el espacio creado por la succión digital anterior; se aplicó un arco dental con "recordatorios" engranados, el paciente también llevaba durante las noches un protector bucal. Se observaron resultados obtenidos a los tres meses de llevar el protector.

En este momento se rompió el protector y se suspendió la terapéutica retirando la trampa lingual.

Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa, en los hábitos de morderse o chuparse los labios.

En muchos casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores; para lograr esta posición se vale del músculo borla de la barba, que en realidad se extiende el labio inferior hacia arriba.

Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba por 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 del labio. - Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en segmento anterior inferior los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva. 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 suprasinficial. En algunos casos, aparece Herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio; en ocasiones el hábito de chuparse los dedos se convierte en actividad compulsiva de satisfacción, especialmente durante el sueño.

El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados por un dentista observador, aunque el padre no esté conciente del hábito; resulta fácil observar el hábito de deglución anormal, así como la hiperactividad del músculo borla de la barba. Aquí también el dentista deberá interesarse por las consideraciones dinámicas del sistema estomatognático. La prueba funcional es tan importante como la relación oclusal habitual

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

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

El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal; generalmente esto exige los servicios de un especialista en ortodoncia, así como terapéutica ortodoncica total.

La simple colocación de un aparato para el labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal, pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio; el número de casos en los que es necesario aplicar un aparato para labio es pequeño.

La actividad labial anormal casi siempre está ligada con maloclusiones clase II, división I y problemas de mordida abierta y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o como dice la madre "un hábito nervioso" el aparato para el hábito del 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.

FABRICACION DE APARATOS

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito de labio; el hábito que aquí se describe es muy útil se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren con yeso para facilitar el manejo, los moldes pueden ser montados en un articulador de bisagra o de línea recta, se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma descrita para el mantenedor de espacio funcional fijo y el aparato para el hábito de chuparse los dedos; el dentista deberá asegurarse de hacer el corte necesario o suficientemente profundo en sentido gingival, se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Si este aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen mayor posibilidad de resistir los esfuerzos oclusales.

Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de .040 pulgadas, 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.

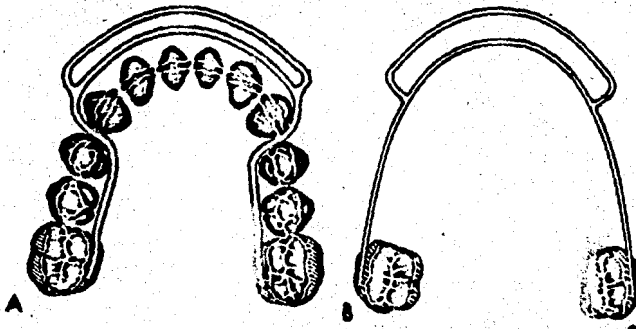
Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal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

Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior de alambre (la porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión si sucede esto el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival; el alambre deberá ser doblado para tomar una posición más gingival; deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 o 3 mm para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de .036 o .040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm; a continuación este alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos superiores, paralelo al alambre de base, se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se solda al alambre base; la porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm de los tejidos gingivales, posteriormente se solda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal incisal, después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cementado sobre los dientes.

Si se han utilizado coronas metálicas, es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se solda en varios puntos según se ha descrito, para el aparato para corregir el hábito de chuparse los dedos; 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.

La mayor parte de los aparatos se llevan aproximadamente el mismo tiempo que el aparato para el hábito de proyección de lengua; al igual que con el aparato para el chupeteo de los dedos, el aparato para labios se reduce gradualmente antes de retirarse. Los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después; no hay prisa -

APARATO PRESIONADOR PARA LABIO



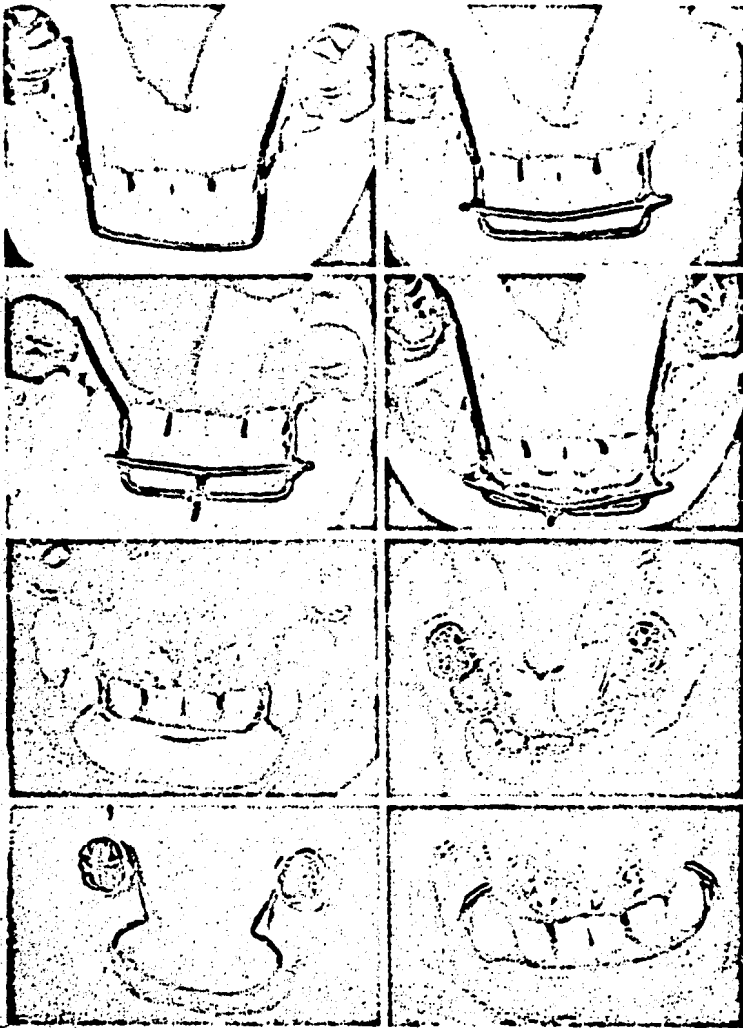
ARCO LINGUAL

ARCO LABIAL

para retirar el aparato, especialmente en los casos en que ha habido apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores, un período de 8 a 9 meses de uso es aceptable.

No hay duda de que el aparato para el labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, esto no sólo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobre mordida; en algunos casos en que parece haber retrucción 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 (éste es el mismo efecto que se observa en el aparato tipo FRANKEL)

APARATO PARA HABITO DE LABIO



2) - EXTRAORALES

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño como son: recubrir el dedo pulgar u otro dedo con sustancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada; sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, más nocivo aún.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de innegable importancia, si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso; en realidad es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito; sin embargo si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección del método o alternativas según se presente el caso para un buen resultado en el tratamiento de su hijo.

3) PSICOLÓGICOS

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres a menudo piden la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentran un hábito bucal anormal, que esta causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza dentaria.

Algunos especialistas dicen que antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

Es casi axiomático, considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y en el seno de su familia, con sus padres únicamente si el niño está preparado psicológicamente y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales tales como succión del dedo (pulgar y otros) con hábitos secundarios, tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz; frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Esto se ilustra con el caso de una niña escolar de diez años, que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza, cuando se afeitó la cabeza de la niña, esta perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos menos drásticos igualmente eficaces; un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres le hablaran por teléfono al consultorio, después de conversar sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan "mayor" que naturalmente no podría ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Si el niño lo deseaba se concertaba una visita de refuerzo al consultorio, esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el "registro especial de nuestro consultorio". Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito.

Cuando se considera que el procedimiento es completo, implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa.

- A) Establecer una méta a corto plazo para romper el hábito -
(una o dos semanas)
- B) No criticar al niño si el hábito continúa.
- C) Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito

Sin esta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Precauciones con relación a tratamientos "demasiado temprano y demasiado fuertes".

El odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratar los hábitos bucales demasiado temprano, KLEIN ofrece un enfoque más precabido al diferenciar el hábito de succión "significativo" - del hábito de succión "vacío", el significativo es aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño; el tratamiento aceptado de este tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. El hábito vacío de succión es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar en estos casos, la corrección del hábito se realiza mejor por medios odontológicos por la aplicación de un instrumento recordatorio.

KLEIN dice que el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito antes de que el dentista aplique el aparato.

4.- TERAPEUTICA MIOFUNCIONAL.

Los ejercicios musculares para la rehabilitación oral, son auxiliares en la corrección de problemas de maloclusión, los ejercicios musculares, en cualquier otro lugar del cuerpo, sirven para aumentar el tamaño o la fuerza muscular, pero en la región de la boca lo principal es el establecimiento del tono y función adecuados.

El propósito de la mioterapia es la salud y funcionamiento normal de la musculatura orofacial, por la razón de que la forman factores importantes que ayudan al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal. La mioterapia no es un sustituto de los aparatos mecánicos, ni tampoco los aparatos por si sólo pueden asegurar un constante resultado satisfactorio, deben utilizarse juntos.

La mioterapia sirve para guiar el desarrollo de la oclusión, para que el patrón de crecimiento se efectúe en condiciones óptimas y para proporcionar la mejor retención posible en los casos tratados mecánicamente.

Los ejercicios musculares no alterarán mucho el patrón de crecimiento óseo, ni producirán movimientos exagerados de dientes, pero pueden ser una gran ayuda en el desarrollo del potencial intrínseco del caso y aumentar las oportunidades para que se produzca una retención satisfactoria.

- A) Se establece tempranamente con un mínimo de mecanoterapia, la forma adecuada del arco y la relación de las cúspides.
- B) Se quita por equilibración oclusal cualquier interferencia en la oclusión de la primera dentición.
- C) Al efectuarse recomiendan aquellos ejercicios musculares que aseguran mejor funcionamiento y se continuarán haciendo después de la mecanoterapia, para facilitar la retención.

Quizá lo más importante es estudiar el papel probable de la perturbación de la función muscular en la etiología de la maloclusión. Una explicación sobre este punto, antes de la inserción de los aparatos indicará a los pacientes y padres la importancia que debe dársele a la "musculatura". No existe ningún motivo para no empezar con la mioterapia, antes que con la mecanoterapia, ya que servirá para que el paciente colabore y al mismo tiempo para mover dientes.

Casi siempre el labio superior es el perezoso e ineficiente, se puede mejorar su función tratando de estirarlo hacia abajo, sobre el labio inferior, en un intento de tocar el mentón; puede utilizarse un "rodillo en acrílico blando para colocarlo en el vestíbulo al hacer los ejercicios para el labio superior. Se llena la boca con agua tibia salada y se fuerza la solución entre los dientes. repitiendo el procedimiento.

Si los labios no sellan debido a la procumbencia de los incisivos, hay que retardar los ejercicios hasta que estos sean retraídos lo suficiente para que loslabios ejerzan cierto efecto sobre los dientes. No debe olvidarse la importancia de los instrumentos musicales, cualquier instrumento musical de viento producirá rápidamente un tono labial adecuado. Es importante prohibir los instrumentos de una sola boquilla por ejemplo el clarinete, en pacientes con hipofunción del labio superior y labio versión de los incisivos superiores.

Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua que pudiera acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios labiales sencillos; las características más obvias de este tipo de problemas son hipotonicidad y flaccidez del labio superior.

Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores; este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un período de cuatro a cinco meses, cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protusión de los incisivos superiores constituye también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero el labio superior se extiende en la posición descrita previamente, el borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior, este tipo de ejercicios es de gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejercicio es muy valioso para los niños que respiran por la boca y que no suelen juntar los labios en descanso;

un mínimo de 30 minutos diarios es necesario para lograr resultados donde exista una maloclusión franca de clase II, división I, con sobre mordida vertical y horizontal excesiva y función muscular peribucal "anormal" estos ejercicios son valiosos antes y durante el tratamiento ortodóntico.

Existe un componente sensorial en el masaje labial, por lo que tal ejercicio bien puede servir su sustituto para lo hábitos de dedo y lengua, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar; aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse; un emoliente suave o gelatina de petróleo o vaselina sencilla controla este problema.

Muchas veces se ve al niño antes de que se encuentre listo para recibir aparatos para mover dientes. Un sistema de ejercicios labiales diarios del tipo descrito anteriormente tenderá a contrarrestar la influencia deformante de la función peribucal muscular anormal, compensadora asociada con la maloclusión y aumentar la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios. El ejercicio atraerá la atención del niño hacia la protusión de los incisivos superiores. Estando consciente de su problema, procederá con mayor cuidado al proyectar actividades que pudieran provocar fractura de estos dientes, predispuestos a los accidentes.

Para los niños con maloclusión de clase II, división I, en desarrollo, tocar un instrumento de viento puede constituir un procedimiento ortodóntico. Las exigencias sobre los labios realizan la misma función que los ejercicios labiales; algunos especialistas (ortodoncistas) prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad labial, es posible que todos los ejercicios de este tipo sean benéficos, sin importar el ejercicio empleado, este deberá ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día durante un período de tiempo considerable, para que puedan lograrse los resultados.

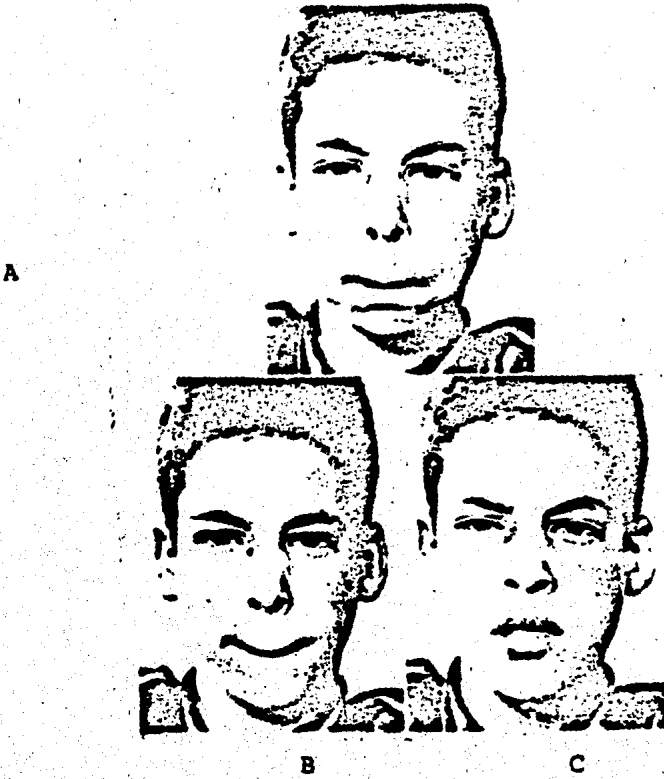
Por último si todo lo anterior fracasa, se coloca un arco lingual con espolones.

Puede ser útil hacer que el niño ocluya contrayendo fuertemente los elevadores de la mandíbula y al mismo tiempo forzando la lengua contra todo el arco dental, se afloja y se repite hasta que se canse.

La falla en el tratamiento de ejercicios musculares con pacientes de hábitos orales se debe a:

- A la falta de conocimientos del terapeuta o a la falta de cooperación del paciente y de sus padres, ya que se necesitan muchas horas de ejercicios y muchas citas para llevar a cabo el programa.
- A que la deglución es un acto fundamental difícil de modificar.

TERAPIA MIOFUNCIONAL



- A.- Ejercicios miofuncionales para aumentar la tonicidad del labio
- B.-Ejercicio en el que el paciente está tratando de forzar el labio superior hacia la barba.
- C.- Proyección de la mandíbula hacia adelante lo más que se pueda después relajarla y repetir hasta que el músculo pterigoides - esté cansado.

C O N C L U S I O N E S

Para finalizar este trabajo sobre la IMPORTANCIA DE LOS HABITOS ORALES, quisiera puntualizar algunos aspectos, que me parecen fundamentales en el trabajo del Cirujano Dentista de práctica general ya que se trata de niños principalmente y porque debe existir una verdadera preocupación para conocer y diagnosticar a fondo el problema de los hábitos orales, para así tratarlos y eliminarlos en forma adecuada.

Por lo que es indispensable que el odontólogo logre la colaboración de los padres, desde la elaboración de la historia clínica para el establecimiento del diagnóstico, por lo que será necesario un interrogatorio y examen bucal detallado, además de modelos de estudio; estudios radiológicos y fotográficos.

Y tomando en cuenta que existen diferentes opiniones acerca de la Etiología de los hábitos orales es necesario que el odontólogo obtenga información fidedigna de los padres y el niño, para poder así establecer el posible origen de estos.

Determinante es la participación de los padres en el desarrollo y madurez emocional del niño, desde el momento mismo del inicio de la lactancia materna, indispensable para una correcta nutrición y porque además se le proporciona al infante sentimientos de bienestar, seguridad y amor.

Una vez establecido el diagnóstico del hábito oral y analizando los efectos producidos por éste, procedemos a realizar el plan de tratamiento más indicado de acuerdo a cada caso, marcándonos una meta a corto plazo; tomando en cuenta que el bienestar de - el niño es la preocupación común de padres y odontólogo.

Y como dice LEYT, no es el dedo, ni un diente, ni un grupo de - piezas dentarias lo que nos interesa, sino el niño íntegro, sus sentimientos y personalidad, con su plena potencialidad de vida y de futuro, en un ambiente familiar y en un medio social deter_uminado. Porque "si mientras se están enderezando los dientes se esta doblando el yo, toda la validez del proceso es dudosa".

Importante reconsideración que debiera ser tomada en cuenta por todos los especialistas en esta área, por los odontólogos de - práctica general, pero sobre todo por los padres y toda la gente que rodea al niño y que influye en su desarrollo general de una u otra manera.

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

AGUILAR GARCES, GERARDO

Succión del Pulgar

Probables causas y tratamiento

Rev. A.D.M. Vol. XXXVI

Julio- Agosto 1979.

BRAUER CHARLES, JOHN

Odontología para niños

Editorial Mundi

1960

CARMICHAEL, LEONARD

Manual de Psicología Infantil

Editorial Ateneo

1964

COMAS, JUAN; FASTLICHT, SAMUEL

Antropología Física

Epoca Prehispánica

Edit. SEP/INAH

1974.

FASTLICHT, SAMUEL

Mordida abierta

REV. Estomatología Vol. 8 No.51

Diciembre 1970.

GELLIN MILTON, E.D.D.S.

Dental Clinics : of North America

Vol. 22 No.4

October 1978.

GRABER TOUTO, M.

Ortodoncia "teoría y Práctica"

Edit. Interamericana

1979

JUSTUS, ROBERTO

Tratamiento de la mordida abierta anterior

Un estudio cefalométrico y clínico

Rev. A.D.M. Simposio sobre Ortodoncia

Vol. XXXIII No. 6

Nov- Dic. 1976 .

Mc DONALD RALPH, E.

Odontología para el niño y el adolescente

Editorial Mundi

1975

MOYERS, ROBERT E.

Tratado de Ortodoncia

Edit. Interamericana

1960

RAMPJORD SIGURA, P.

Oclusión

Edit. Interamericana

1972.

REV. ODONTOLOGO MODERNO

Color en odontología

Desarrollo Psicológico del Niño

Vol.VI

Abril- Mayo 1978

RUFF M., ROBERTO

Manifestaciones Orales de los malos hábitos en el niño

REV. A.D.M. Vol. XXIV No.4

Julio- Agosto 1967

SIDNEY, B FINN

Odontología Pediátrica

Edit. Interamericana

1982

VOSS, HERMANN

Anatomía Humana

Edit. Ateneo

1974.