



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**HABITOS BUCALES EN NIÑOS  
COMO CAUSA DE MALOCCLUSION**

*Parise y Antonio:*  
*C.D. Juan Manuel Vazquez Rodriguez*  
*[Signature]*

*12/120 20*

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA:**

**P R E S E N T A N:**

**GLORIA ONTIVEROS MA. CONCEPCION**

**ARRIAGA MARTINEZ FRANCO GUARINO**



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.

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	3
Desarrollo Postnatal.....	11
CAPITULO II	
A) HABITOS, CAUSA Y EFECTO.....	13
Succión.....	14
Succión Digital.....	16
Chupetes y mamilas.....	22
Succión Labial.....	24
Succión de carrillos.....	26
Ceceo.....	27
Lengua protractil o empuje lingual anterior.....	28
Respiración Bucal.....	34
Bruxismo.....	34
Onicofagia.....	37
Mordedores de objetos diversos.....	38
B) CAUSAS DE REINCIDENCIAS DE HABITOS.....	39
CAPITULO III	
PSICOLOGIA DEL NIÑO CON MALOS HABITOS BUCALES....	40

Tipos Psicológicos del niño.....	43
Hábitos Bucales.....	46

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO.....	49
------------------	----

CAPITULO V

TRATAMIENTO.....	58
Succión Digital.....	58
Lengua protractil o empuje lingual anterior.....	65
Succión y mordedura de labios.....	68
Bruxismo.....	70
Respiración bucal.....	72
Ejercicios mioterapéuticos.....	74
CONCLUSIONES.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	78

## INTRODUCCION

Los hábitos tanto positivos como nocivos, van adquiriendo relevante importancia en la práctica del cirujano dentista, tomando en cuenta los objetivos hacia los cuales están encaminados; principalmente corrección de malformaciones por malos hábitos orales, tema a tratar.

Los malos hábitos son ciertas costumbres que los niños adquieren muchas veces desde muy temprana edad; y las cuales continúan realizando por meses e inclusive por años, y que desarrollan consecuentemente enfermedades o malformaciones bucales, que posteriormente requerirán de un tratamiento más profundo por parte del cirujano dentista.

En numerosas ocasiones, por diversas circunstancias, el cirujano dentista no realiza la historia clínica completa del paciente, pasando por alto signos o síntomas de malformaciones leves o en estado de evolución, cuya etiología son malos hábitos orales, y al no eliminar la causa, estas malformaciones seguirán en aumento repercutiendo en el paciente.

Es de suma importancia tener buena relación entre dentista, paciente y padres ya que para el buen tratamiento se debe tener todo tipo de antecedente que pueda contribuir a las referencias del hábito oral.

En el tratamiento, la paciencia será un factor determinante, y debemos de considerar que si intentamos interrumpir bruscamente un hábito que ha estado activo por mucho tiempo tendrá una repercusión psicológica sobre el niño.

Según Thompson (1927), un hábito es una práctica, resultante de constante repetición de un acto. Mientras estas repeticiones se van ha--

ciendo más constante dicho acto se hace menos consciente y, si la repetición es lo suficientemente frecuente, este acto puede ser inconsciente, mecanismo que en forma regresiva o contraria, nos ayudará a eliminar la causa del problema según sea el caso.

De esta manera, la finalidad de esta tesis es poder mencionar la importancia que tiene el hecho de que el cirujano dentista, diagnostique, prevenga y corrija los hábitos orales nocivos para lograr el desarrollo y crecimiento adecuado de la cavidad bucal y áreas circundantes.

## CAPITULO I

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El desarrollo y crecimiento de las estructuras craneofaciales, son estudios realizados por diversas ciencias, una de ellas es la odontología, principalmente en una de sus ramas como es la Ortodoncia.

Los estudios más precisos y actualizados sobre la vida prenatal, especialmente crecimiento y desarrollo de las estructuras ya mencionadas, se encuentran desde el tercer mes de vida prenatal. En este período, el mesodermo recubre la porción anterior cerebral, que crece hacia abajo, -- formando el proceso frontonasal. El estomodeo o boca primitiva está limitada por el proceso frontonasal y el pericardio; por el lado del pericardio y el estomodeo se desarrollan proyecciones mesodérmicas que crecen en sentido ventral formando seis arcos branquiales o faringeos en partes para más tarde formar paredes laterales del vestíbulo, que es lo que posteriormente forma la faringe, la cual presenta hendiduras recubiertas en la parte externa por el ectodermo, y la parte interna por el endodermo. La capa mesodérmica origina una banda cartilaginosa primitiva.

El primer arco mandibular, crece en sentido ventral para encontrarse con el arco del lado opuesto hasta que se fusionen en la línea media, de esta manera se separa el estomodeo del proceso frontonasal, que se divide en proceso medio y nasal, en estos dos procesos bilaterales se forman engrosamientos ectodérmicos llamados placas olfatorias, éstas desaparecen durante el crecimiento transformándose en narinas anteriores. Los procesos nasales medios originan dos procesos globulares que posteriormen

te constituyen el paladar primitivo. Los extremos de los procesos nasales laterales, se fusionan a medida que progresa el desarrollo en esta línea de unión, el ectodermo penetra en los tejidos para formar el conducto nanolagrimal. El crecimiento hacia adelante, y hacia la línea media de los procesos maxilares, su contenido mesodérmico invade y sobrepasa los procesos globulares que corresponden a la rama maxilar del quinto par craneal que inerva también el labio superior.

Entre la sexta y octava semana de vida intrauterina, los procesos maxilares se dirigen hacia la línea media y crecen hacia abajo a cada lado de la lengua en desarrollo, las narinas anteriores se abren hacia el lecho del estomodeo que no se haya separado de la cavidad nasal, en la porción anterior el paladar primitivo se forma con los procesos globulares del proceso nasal medio.

En la duodécima semana al crecer y desarrollarse la región mandibular, la lengua crece hacia abajo y adelante y permite el crecimiento hacia la línea media de los dos procesos palatinos y su fusión en forma de "Y". En esta etapa la boca se separa de la cavidad nasal, también se fusionan los procesos palatinos con el tabique nasal que crece hacia abajo.

**MANDIBULA.**- A medida que se desarrolla el cartilago mandibular aparecen de cada lado una prolongación cartilaginosa, que se extiende desde la porción del oído en desarrollo hacia la línea media. La osificación de éste comienza en el tejido fibroso adyacente al cartilago. Hacia la quinta semana de vida intrauterina aparece un centro de osificación de cada lado, en éste período se forma el nervio dentario inferior, y el pro

ceso de osificación empieza en la región donde se bifurca este nervio en sus ramas incisiva y mentoniana, estas zonas de osificación se identifican porque se diferencian los osteoblastos a partir del tejido mesenquimatoso, la osificación a medida que se va desarrollando envuelve al nervio. El cartilago se absorbe mientras que se va formando la mandíbula pero - este cartilago nunca se recubre por hueso en toda su extensión.

En el segundo mes de vida intrauterina se forma el cartilago secundario en la región de los cóndilos, apófisis coronoides y región mentoniana, la mandíbula empieza a tomar su forma característica, en la región mentoniana se osifican nódulos cartilaginosos accesorios (osículo mentonianos). El extremo posterior del cartilago forma el martillo y el yunque, la conexión de la mandíbula es el ligamento fibroso esfenomandibular y el ligamento anterior del martillo formado a partir del pericondrio.

Hacia la mitad de la vida intrauterina, se completa la mandíbula ósea, el cartilago condíleo permanece con una capa pericondral.

Al nacer la apófisis coronoides es pequeña. En este período el proceso condíleo está hacia atrás y los gérmenes dentarios yacen en una canaleta ósea. Las dos mitades de la mandíbula se unen por tejido fibroso. El agujero mentoniano se encuentra cerca del borde inferior del hueso.

**MAXILAR.**- Se osifica a partir del tejido conjuntivo en relación estrecha con el cartilago de la cápsula nasal. En la región de la fosa canina se encuentran centros de osificación de donde se forman los maxilares de cada lado, este centro de osificación se encuentra en relación con el quinto par craneal.

Al nacer, las premaxilares se encuentran parcialmente separadas - por suturas que tienen tejido conjuntivo, por medio de sutura similar se unen el cigoma, los huesos frontales y el esfenoides. Al nacer el maxilar es una replica en pequeño del adulto, no se encuentra ahuecado el seno, los dientes temporales se encuentran cubiertos de hueso.

**BASE CRANEANA.-** Está formado de cartilago originado del mesénquima, situado por debajo del cráneo. Estos elementos cartilaginosos, -- consisten en una cápsula nasal en la parte anterior, que ocupa una sección en la línea media que posteriormente quedará incluida en el esfenoides, la parte posterior el cartilago formará la porción basilar del hueso occipital. Los tejidos del oído se encuentran cubiertos por una cápsula ótica de cartilago que poco a poco se sustituye por hueso, el cartilago queda en algunos sitios que permanece como centros de crecimiento.

Alrededor de la novena semana de vida intrauterina, se forman los dos primeros centros de osificación en la porción preesfenoidal del cuerpo, en este mismo consta de dos partes una enfrente de la silla turca y otra atrás, la porción preesfenoidal se une con las alas menores del esfenoides. Después de la fusión de ambas partes, permanece una cuña de cartilago en la porción inferior de la línea de fusión, el esfenoides permanece separado del occipital por parte de cartilago, hasta los 12 ó 14 años se fusiona.

Hacia el segundo año de vida, la porción escamosa se une con la condílea, no se fusiona con la basilar hasta el sexto año. Finalmente el hueso occipital queda dividido en 4 partes por cartilago que persiste hasta el sexto año de vida, la base craneana es corta y estrecha a esa edad.

**BOVEDA CRANEANA.**- Se forma por tejido conjuntivo membranoso, algunas huesos de esta porción son producto de la base craneana con extensiones laterales. El desarrollo óseo se lleva a cabo en el mesenquima -- que rodea al cerebro en formación.

A la octava semana de vida intrauterina aparecen dos centros de osificación uno arriba del otro. Al nacer la porción posterior de la bóveda está formada por la porción escamosa de occipital, una parte de -- éste se halla preformada de cartilago, la mayor parte se osifica por osteogénesis, y se une con la porción inferior en el tercer mes de vida intrauterina. Al nacer la bóveda craneana no es un casco óseo completamente cerrado, existen seis espacios membranosos sin osificar llamados fontanelas, dos de los cuales se encuentran en la línea media; la fontanela anterior en la unión del frontal con el parietal es de forma romboidal, la fontanela posterior es de forma triangular se encuentra en la unión del hueso parietal y occipital, la fontanela posterior se cierra al año de vida y la fontanela anterior a los 18 meses de vida.

**TEJIDOS BLANDOS.**- En las primeras semanas de vida intrauterina, a partir del mesenquima se forma tejido muscular y migra con su aporte nervioso para obtener sus inserciones en las partes duras. Los músculos -- debido a la migración pierden su inserción con los elementos primitivos del esqueleto, mientras que el aporte nervioso se implanta.

En el embrión de seis semanas, se reconocen los elementos musculares. Hacia el primer mes de vida intrauterina, se desarrolla la lengua, a partir de un caudal de los cuatro arcos branquiales, estos se fusionan -- terminando el segundo mes, en este tiempo las masas musculares migran de-

la región occipital.

La lengua es roma al nacer sin desarrollarse la punta, llena la mayor parte de la boca y se encuentra en contacto con el labio inferior, - en los costados hace contacto con las mejillas.

## DESARROLLO POSNATAL

**MANDIBULA.**- Al nacer la rama ascendente es corta, el cóndilo y la apofisis coronoides son pequeños e inclinados hacia atrás, se presenta como un hueso largo, que presenta un proceso alveolar y dos procesos musculares. El crecimiento de este tejido, tendrá el efecto de proyectar la mandíbula hacia abajo y adelante, la masa cartilaginosa se reemplaza poco a poco por hueso hasta que cesa el crecimiento alrededor de los 18 ó 20 años.

El espesor óseo aumenta por aposición superficial en la porción externa. Durante el primer año de vida hay pequeños cambios, se comienza a formar el proceso alveolar con la erupción de algunos dientes temporales, se observa un crecimiento del hueso hacia abajo y adelante, cuando crece el proceso alveolar hay absorción en el borde anterior de la rama, se va alargando el hueso y formando el alveolo, a lo largo de ésta superficie inclinada se forman los dientes sucesivos. Hay aposición ósea a lo largo de la porción posterior de la rama y procesos musculares, el ángulo cóndileo se agudiza, la eminencia mentoniana no existe en el niño, a medida que va creciendo se hace visible, esto se encuentra asociado con aposición ósea leve en la región mentoniana, el proceso alveolar continúa su crecimiento hasta la erupción de los últimos molares, hay migración continúa ha--

cia adelante de los dientes junto con el proceso alveolar.

El ángulo condíleo aumenta durante la vejez, por causa de la absorción alveolar y alteraciones en las fuerzas musculares, sobre todo por cambios del contorno goníatico, que había permanecido constante.

**CAVIDAD NASAL.-** Se encuentra contenida por las órbitas, al final del segundo año alcanza la mitad del tamaño del adulto, y hacia el séptimo año las dos terceras partes de su tamaño normal, su crecimiento se lleva a cabo junto con el del maxilar, la órbita no cambia notablemente, a los siete años adquiere el tamaño adulto. El seno es una pequeña de presión, sobre la red nasal del maxilar superior aumenta conforme crece el maxilar y alcanza la mitad de su tamaño a los siete años, su crecimiento es lento durante toda la vida.

El paladar se duplica de tamaño a los seis años de edad, y al completarse la dentadura aumenta cuatro veces más que su tamaño primitivo.

**BASE CRANEANA.-** La mandíbula se encuentra unida a la porción posterior de la base craneana y está en relación con el crecimiento de los maxilares. Entre la porción basilar del occipital y el cuerpo del esfenoideas, se encuentra un cartilago llamado sincondrosis esfenoccipital, este crece por actividad celular intersticial y permanece activo hasta la pubertad.

**BOVEDA CRANEANA.-** Al nacer es la mitad del tamaño que en el estado adulto, éste lo alcanza a los siete años de edad, el desarrollo del cerebro estimula el crecimiento de la bóveda craneana, Normalmente la obliteración de las suturas de la bóveda no se realiza hasta los 30 ó 40 años.

**MAXILAR.**- Toda la estructura crece hacia abajo, adelante y afuera, por debajo de la base craneana, ésta a su vez se alarga. Hay dos mecanismos principales que intervienen en el crecimiento: El crecimiento intersticial, que es a base de tejido conjuntivo en las suturas que unen al maxilar con los huesos vecinos proyecta al maxilar hacia abajo, afuera y adelante contra el refuerzo pterigoidé y el crecimiento por aposición. El crecimiento del tamaño del paladar se debe a la oposición de la superficie y la absorción del modelado en la cara nasal y el crecimiento del proceso alveolar, conforme crece el maxilar, también crece el paladar y la base craneana. El crecimiento hacia afuera del cuerpo del maxilar, va ensanchando también el proceso alveolar, así mismo aumenta en sentido anteroposterior, por el constante crecimiento del proceso alveolar; ésto da lugar a una erupción sucesiva.

El proceso cigomático se encuentra por encima de la cara del segundo molar temporal en desarrollo. El tabique nasal compuesto en su mayor parte por cartilago, sigue el crecimiento hacia abajo y hacia adelante del resto del maxilar.

**TEJIDOS BLANDOS.**- En el mismo tiempo que crece el esqueleto craneano, se produce el crecimiento de los elementos musculares, en este caso existe una influencia genética sobre el patrón de crecimiento. Al nacer, los músculos faciales se encuentran más desarrollados, que los músculos masticadores, pero después del destete, cuando el niño comienza a masticar, los alimentos sólidos y semisólidos, los músculos masticatorios aumentan de tamaño, el músculo temporal migra, hacia las porciones laterales del cráneo como parte del patrón de crecimiento, los músculos de la masticación son más voluminosos que los faciales.

La lengua al igual que el cerebro termina su crecimiento alrededor de la pubertad, y las estructuras faringeadas cambian sus relaciones en el cuello.

## DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL DIENTE

Quando el embrión tiene seis semanas de edad, las células ectodérmicas de la capa basal del estomodo anterior empiezan a dividirse y engrosarse, el epitelio crece dentro del mesénquima, en una semana se establecen las láminas dentales del maxilar y la mandíbula.

Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que, -- consta de tres partes; órgano dentario derivado del ectodermo, papila dentaria derivada del mesénquima y saco dentario que también proviene del mesénquima. El órgano dentario produce el esmalte, la papila dentaria -- origina la pulpa y la dentina, el cemento y el ligamento parodontal los -- forma el saco dentario.

Las células situadas en el centro del órgano dentario forman -- una malla llamada retículo estrellado, estas células forman el nódulo y -- el cordón del esmalte.

Las células formadoras de los gérmenes dentarios sufren cambios tanto morfológicos como funcionales, y se van multiplicando conforme adquieren su función. En esta fase alcanzan su más alto desarrollo el órgano del esmalte y procede a la aposición del esmalte y la dentina.

Antes de comenzar el depósito de la matriz del esmalte, las células formativas se disponen de tal manera que bosquejan la forma y tama-

ño del futuro diente. En esta etapa el límite entre el epitelio dentario interno y los odontoblastos, marcan la futura unión amelodentinaria, además dará origen a la vaina epitelial de Hertwig.

La actividad funcional y cronológica se considera en tres fases:

a) Iniciación de toda la dentición primaria a partir de los dos meses de vida intrauterina, b) Iniciación de los dientes secundarios, c) Formación del primer molar.

La migración del diente hacia la cavidad bucal comienza cuando se encuentra dentro del maxilar. La primera erupción del diente es un proceso evolutivo que continúa toda la vida, pero a una velocidad disminuida. El aumento de erupción de los dientes es valioso índice de ritmo de maduración del niño.

## CAPITULO II

### A) HÁBITOS CAUSA Y EFECTOS

Todos los hábitos son patrones aprendidos de origen neuromuscular. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de la mandíbula, del maxilar y sus funciones correctas. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son parte de la función orofaríngea normal y juegan un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Principalmente nos ocuparemos por los hábitos que implican la etiología de la maloclusión.

Los patrones habituales deletéreos, se encuentran asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentaria, hábitos respiratorios perturbados, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos, por lo tanto, no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse del hábito.

Los bebés alimentados con biberón, muestran frecuentemente hábitos de succión indescable, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarlo e inducirlo al sueño. Después de que un niño en estas circunstancias ha sido destetado aprende a chuparse el pulgar u otro dedo especialmente cuando va a dormir. Muchas madres dirán que su hijo nunca se chupa el dedo excepto cuando se va a dormir. Otros niños aprenderán a temprana edad que la forma más segura de atraer la atención es chupar sus dedos. No debe olvidarse que el cese repentino de un hábito activo durante varios años, puede tener un impacto psicológico grave en el niño.

El forzar a un niño a romper un hábito por medio del castigo es malo. Pero si el niño desea interrumpirlo porque aprende que es dañoso para la disposición de sus dientes, puede hacerse algo para ayudarlo. Podría colocársele un "recordatorio" que le informe cuando está por recaer en su hábito o lo puede inducir a otro hábito que sea menos aceptable --- socialmente. Cuando los resultados son satisfactorios la disposición dentaria mejorará notablemente interviniendo en algunos casos el psicólogo.

Considerando los malos hábitos bucales que más afectan y preocupan al Cirujano Dentista, los podríamos describir de la siguiente manera.

#### HABITO DE SUCCION

Desde el momento del nacimiento la gran mayoría de los niños desarrollan una actividad oral que va más allá de lo que corresponde a tomar el alimento, ya sea de pecho o del biberón, o de una especie de esfuerzo para lograr un placer sensual. Hay una tendencia innata o adquirida precozmente a utilizar la succión y los mecanismos bucales para otros propósitos, como tomar los alimentos o satisfacerse sexualmente. Estos movimientos del niño con la lengua, los labios y a veces con los dientes adquieren un papel muy importante en sus primeras aventuras en la vida. Es la boca el vehículo con el que el niño se comunica y explora el mundo que lo rodea y en el cual vive, y es precisamente en esta etapa en que los labios y la lengua realizan casi la misma función que los ojos y los oídos. La mayoría de los primeros contactos activos del niño con su medio se efectúan por medio de la boca y los labios, aún después de tener conciencia de lo que ve y escucha. Al alcanzar el niño la coordinación -

en sus movimientos y adquirir la capacidad de llevarse con las manos, objetos a la boca, lo que sucederá en alguna época de su infancia. Al acercarse los objetos a la boca, éste siente la textura del objeto, su dureza o blandura, el contorno de las superficies, la temperatura y el sabor.

Respecto al mecanismo de succión, Kokhaus advierte que puede tomar varias formas, como es la succión del dedo pulgar u otros dedos, el labio o cualquier objeto que sea introducido dentro de la boca, o bien -- que el objeto succionado sea también mordido, proceso muy parecido al del amamantamiento que son períodos de gran actividad siendo estos alternados con intervalos de reposo

El hecho de que todos los niños al nacer, y en la primera época de su vida toman costumbres de llevarse a la boca todo lo que encuentran a su paso, no significa que sea anormal, pero ésta costumbre persiste a través de un tiempo razonable, es cuando cae dentro de los hábitos considerados fuera de lo normal.

Los efectos de la succión suelen ser muy variados dependiendo de algunos factores como el tipo de objeto succionado, la frecuencia, dirección, intensidad de la fuerza ejercida y la duración del hábito. Hay que tomar en cuenta las malformaciones producidas dependiendo de la tendencia a la transformación que los tejidos bucales y faciales presentan ante los objetos extraños en la boca.

Las malformaciones causadas por la succión y presiones inadecuadas, se captan en las malposiciones dentarias, crecimiento anormal o retardado del hueso, respiración defectuosa, alteraciones faciales, dificultades para hablar e innumerables problemas psicológicos.

Tomando en cuenta que la succión está considerada uno de los hábitos infantiles más comunes y de grave consecuencia, tanto profesionales que involucran Odontología, Pediatría y Psicología, lo han dividido para estudiar cada una de sus manifestaciones por separado.

#### SUCCION DIGITAL

La succión digital es uno de los hábitos infantiles más nocivos, que han preocupado e interesado a padres, psicólogos, pediatras y odontólogos. Desde el punto de vista paterno, el hábito no lo aceptan socialmente; el psicólogo se interesa por éste, ya que puede ser la manifestación o repercusión de otro problema mayor; el pediatra teme a la deformación de los dedos, o bien a una alimentación deficiente del niño y al igual que el odontólogo a las malformaciones bucales que el niño puede sufrir por esta hábito.

Existen ciertas condiciones, que estimulan al niño a succionarse el pulgar, ya que éste es el dedo que puede chuparse más cómodamente: además lo acompaña siempre, y éste es el medio más útil para ponerse a trabajar, un mecanismo que se encuentra preparado para funcionar desde el momento del nacimiento; y el cual desde una temprana edad constituye una característica de lo que una experiencia satisfactoria debe ser.

Existe diferencia en cuanto al momento que comienza a chuparse el dedo, ya sea en los primeros días de la vida o en las semanas siguientes. Muchos niños o probablemente todos, succionan uno o más dedos en mayor o menor grado.



Varias teorías, y muchas de ellas contradictorias entre si, han sido expuestas para explicar las causas de la succión del dedo pulgar. - según Lewis, las condiciones de debilidad como son: la fatiga, el hambre, una tensión emocional, enfermedades, después de un resaca, pueden ser factores preponderantes en la estimulación de la succión digital. Existen - otros autores que indican que este hábito puede ser debido a un destete - prematuro, lo cual puede tener una conexión importante con el desarrollo emocional del niño.

Las distintas ideas se pueden agrupar en tres teorías:

1. La succión como respuesta a un impulso oral.

Según algunas opiniones, el niño succiona el pulgar o los otros dedos, ya que la necesidad de ejercitar la succión no queda satisfecha durante el proceso para obtener su alimentación, Levy (1973) ratificó estas ideas diciendo que según su teoría es más probable que un niño que está - siendo alimentado con biberón siga haciendo succión, si la abertura de la punta del biberón es grande permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño provoca un esfuerzo durante un tiempo mayor, obteniendo la misma cantidad de leche.

## 2. La actividad oral como auxiliar del deseo de alimentarse.

Otra teoría relaciona hasta cierto punto con la anterior, es la que dice que la succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer que se encuentra asociado con la obtención del alimento, inclusive cuando éste existe.

Una de las primeras y más profundas satisfacciones de la vida del niño es el alivio del hambre, siendo éste el motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad la obtención del alimento es la parte más activa desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante o consolador; éste siente que dentro de él algo --- está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento y de la succión, por consiguiente la acción de succionar viene acompañada de un bienestar y satisfacción. Es por lo que no debe de extrañar que el niño trata de descubrir los medios para poder reestablecer la sensación de bienestar y satisfacción, los cuales logra por medio de la succión, y es por lo que dice esta teoría, que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañada de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener ésta, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria.

## 3. La succión como actividad sexual.

Esta teoría que es la que apoya Freud, nos dice que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producto por la acción de succionar, es una especie de estimulación erótica que proporciona un placer sensual del mismo tipo que las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales. Descritas de esta for--

ma, las satisfacciones producidas por la estimulación oral representan la actividad sexual en este período de la vida, dice esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral.

Muchas veces los niños pueden dejar de succionar durante un --- tiempo prolongado y luego volver a hacerlo con más vigor que antes, pu--- diendo conservar el hábito durante años.

Starr, indica que la succión del pulgar se presenta con mayor - frecuencia cuando existe una falta de armonía en la relación materno in-- fantil. Starr divide el problema de la succión digital según su aspecto-- clínico en tres fases:

Fase I.- Se toma a la succión como normal y de significación -- subclínica; esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar u --- otro dedo, en especial al dejar de mamar.

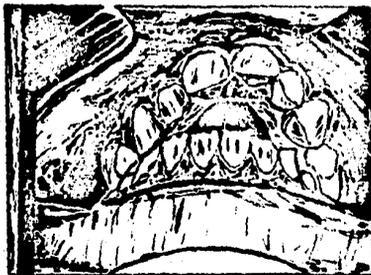
Fase II.- La succión ya presenta una significación clínica más-- o menos de los dos a los cuatro años de edad. Esta fase requiere de una-- mayor atención, el chupeteo muestra ansiedad y principalmente, desde el -- punto de vista del Odontólogo el final de esta segunda fase está ya cer-- ca de poder producir sus efectos nocivos sobre la dentición permanente y-- otros tejidos bucales.

Fase III.- Al persistir el hábito en el niño después de los cua-- tro años, representa para el Odontólogo un problema mayor, ya que esta -- edad el hábito puede presentar también una patología psicológica o emocio-- nal, la cual influirá grandemente en la persistencia del hábito.

En la mayoría de las ocasiones la succión del pulgar se ve acompañada de otros hábitos secundarios. Algunos niños no podrán dormirse si no se chupan el pulgar o cualquier otro dedo y a la vez se acuestan con algún juguete o algún trapo o cobija de su agrado; o bien algunas veces se acarician o escudriñan la nariz con el dedo índice, o se estiran un mechón de pelo o dan tirones al lóbulo de la oreja, siendo estos algunos hábitos secundarios típicos.



Las malformaciones producidas dependen de varios factores, entre los principales está el de la duración del hábito, la frecuencia con que se practique, durante el día y la noche, ya que el niño que se chupa el dedo sólo cuando va a dormir tiene menos posibilidades de malformaciones, que uno que tiene su dedo constantemente en la boca, por lo general siempre se encuentra con la yema apoyada contra el paladar mientras que la uña o el dorso va en contacto con la lengua o la mandíbula.



La malformación que con mayor frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar, es la mordida abierta.

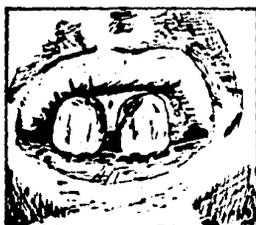
Durante el mecanismo de succión la mandíbula se retráe pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retrucción y los incisivos inferiores se lingualizan. Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de cambio articular, y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar, en dirección lateral, resultando un arco dental estrecho, elevándose la bóveda palatina con lo que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a la posición normal; se presenta una protrusión de los dientes anteriores superiores, una sobremordida vertical profunda (overbite), una protusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores.

Al producirse la protrusión del maxilar, y la retrucción de la mandíbula, provocando consigo una mordida abierta, se va a producir una distálía, o (trastorno de la articulación de los fonemas), como cuando se deja escapar involuntariamente parte del aire que se encuentra en la cavidad bucal o bien la lengua no puede hacer un buen contacto con los incisivos superiores, ya que están protruidos, o con el paladar el cual se encuentra sumamente elevado.

Cuando la succión es muy intensa y prolongada, las consecuencias no sólo son bucales, sino que se observan también en el dedo, con el espesamiento de la piel, callosidades o cicatrices.

La succión digital al provocar la protrusión de los incisivos superiores puede dar origen a otros hábitos bucales, como son la lengua protractil y la succión del labio inferior.



#### CHUPETES Y MAMILAS

La alimentación es sin duda uno de los actos más importantes de la vida humana, en la infancia adquiere gran importancia.

Se han observado bastantes opiniones respecto a como se debe alimentar al niño, con pecho o con biberón y en casi todas las opiniones, se ha tomado en cuenta la gratificación sensorial que va asociada con la alimentación de pecho, la cual es de suma importancia. Los fabricantes de mamilas, no se preocupan por la fisiología del biberón y la amamantación.

En la alimentación de pecho, la lengua es traída hacia adelante poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arriba, abajo, hacia adelante y atrás, provocando de esta manera el movimiento de succión. El calor del pecho lo siente el, no sólo de tejidos que están en contacto directo con el

pezón, sino que también dentro de un área que se extiende por fuera de la boca. El calor y el amor materno dan sin duda sensación de alegría y bienestar, que unidas al alimento van a lograr una completa satisfacción.

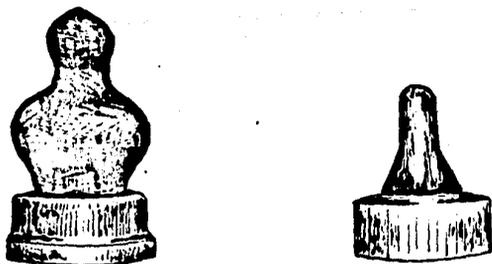
Debido al mal diseño de las mamilas, la boca se encuentra más abierta y se requiere de una demanda anormal por parte del mecanismo de succión. Los movimientos rítmicos hacia adelante y atrás por parte de la mandíbula, la elevación y declinación de la lengua se ven reducidos, y esta reducción se incrementa aún más cuando el agujero de la mamila es grande y la leche es chorreada dentro de la garganta, disminuyendo así el ejercicio que debería hacer y que es el que favorece el crecimiento de la mandíbula, - Freud y Borlingham, expresaron lo siguiente: "los niños criados con pecho, naturalmente están en mejores condiciones que los criados con biberón".

Una alimentación incompleta con biberón provoca que el niño enfoque ésta hambre hacia hábitos de lengua, labios y succión digital. No es posible especificar cuanto tiempo debe de tomar la madre en alimentar al niño, ya que algunos niños requieren de mayor atención y tiempo.

Aparte de una alimentación incompleta, existen otros factores que son predisponentes en la presencia de problemas pediátricos y dentales, como mamilas mal diseñadas y técnicas deficientes de alimentación -- con botella.

La mamila convencional requiere que el niño solamente succione, no tiene que trabajar y ejercitar su mandíbula para que se desarrolle. - Con este tipo de mamilas, la boca se encuentra abierta indebidamente más de lo normal y los labios sellan difícilmente propiciando una entrada mayor de aire y una presión anormal de los músculos, efectuada como una --

respuesta compensadora a los excesivos movimientos de apertura.



Con lo que respecta a los chupetes se ha discutido mucho su uso. Algunos padres los utilizan como "tranquilizadores" o bien para inducirle sueño. En muchas ocasiones el niño logra satisfacer su hambre más no su deseo de succión, y es cuando busca algo en que desahogar su deseo. La mayoría de los autores consideran que es preferible que no sea utilizado, aunque se pueda usar en niños que tienen gran deseo de succión ya que --- sino se les pusiera este chupete, harán la succión con hábitos digitales, la cual causará más problemas y será más difícil desterrar el hábito.

Como es natural el uso del biberón anatómico junto con el chupete fisiológico usados correctamente reducirán de gran manera la necesidad y el deseo del niño para ejercicios suplementarios entre comidas y durante las horas de sueño como son la succión digital y los hábitos de lengua.

#### SUCCION LABIAL

También se le conoce como quilofagia, es una actividad normal que en muchas ocasiones aparece como resultado de una succión digital, -- pudiéndose presentar simplemente como una mordida al labio o bien como -- una succión labial con mayor fuerza.

Al presentar un niño la succión digital por un tiempo prolonga-

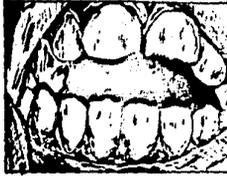
do, sufrirá éste una serie de malformaciones bucales, las cuales propiamente la aparición de actividades musculares compensatorias y que a su vez incrementen dichas deformidades.

Cuando se presenta el caso de la sobremordida horizontal, le es más difícil al niño lograr un cierre normal de los labios para poder efectuar la deglución y es por lo que coloca su labio inferior pegado a la cara palatina de los incisivos superiores, ejerciendo así una presión negativa sobre los dientes anteriores al intentar cerrar la boca.



En numerosas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital se dan cuenta que al succionarse el labio inferior o simplemente mordiéndoselo, logran obtener la misma satisfacción que obtenían al chuparse el dedo, y así poco a poco irán desplazando a la succión digital para dedicarse por completo a su nuevo hábito que les parecerá más cómodo y conveniente.

Con respecto a las malformaciones producidas por la succión labial ésta va a causar sobremordida horizontal amplia. Es cierto que cuando ya existe una sobremordida ésta va a ser una causa para que aparezca la succión labial, pero al aumentar esta succión va a provocar que la sobremordida sea mayor, efectuándose así un círculo vicioso.



Al colocar el niño el labio inferior sobre la cara palatina de los incisivos superiores y deglutir con una actividad anormal de los músculos, va a ejercer una sobre presión en los dientes labializándolos, y los incisivos inferiores por la misma sobre presión van a tender a lingualizarse.

El labio superior no va a poder hacer contacto con el labio inferior como sería lo usual en la deglución normal, y tiende a volverse -- hipotónico, además que al dejar de funcionar se retráe o se vuelve corto. A su vez el labio inferior en casos severos muestra por sí solo los efectos del hábito ya que su borde se encuentra abultado y se vuelve hipertónico, en algunos casos aparecen herpes crónicos acompañados de áreas de irritación.

#### SUCCION DE CARRILLOS

Las causas precisas que ocasionan la succión de carrillos aún se desconocen. Existen autores que indican que tal vez este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital; es decir, que puede deberse a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia, la cual no fue debidamente satisfecha.

Un factor que puede dar origen a la succión de carrillon es una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito. Esto no quiere decir que este hábito sólo se presentará cuando existe una mordida abierta posterior, ya que en muchos casos el hábito va a ser el que se produzca esta mordida abierta y creará un círculo vicioso, que --- mientras más dure y se incremente el hábito, mayor será la deformidad, y --- mientras mayor sea la mordida abierta, aumentará más el hábito.

#### HABITO DE CECEO

El hábito de ceceo que correctamente es llamado sigmatismo, es un defecto en la articulación de fonema "S".

Los sigmatismos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, también por deficiencia en el desarrollo del lenguaje, por falta de habilidad motora, por imitación. Muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacios o prótesis. Pueden presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

El sigmatismo se divide según su causa:

- 1) Sigmatismo linguolabial.- En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.
- 2) Sigmatismo labiodental.- Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante el sonido "f".
- 3) Sigmatismo interdental.- Este es uno de los más frecuentes, es debido a una protusión lingual la que se efectúa al colocar la punta -

de la lengua entre los incisivos superiores o inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.

4) Sigmatismo dental.- En este tipo la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debía ser sino contra los superiores, debido a anomalías dentarias como apiñamiento inferior, giroversiones linguoverciones.

5) Sigmatismo palatal.- Este defecto se presenta al retroceder la punta de la lengua y producir el sonido entre ésta y el paladar. Este hábito puede ser debido a prognatismo o por una mordida abierta anterior, en la que la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El ceceo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua, ya que al ser profunda puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse hacia los lados o bien provocar un paladar-ojival.

#### LENGUA PROTÁCTIL O EMPUJE LINGUAL ANTERIOR

Este hábito es observado cuando el niño interpone o adelante su lengua durante el acto de la deglución.

La lengua protáctil se observa frecuentemente en niños que presentan una mordida abierta anterior y una protrusión de los incisivos superiores, pero las preguntas que normalmente se efectúan odontólogos e investigadores son: ¿es el hábito la causa de malformaciones? ¿únicamente está relacionado?, o bien ¿es el resultado de la mordida abierta? una res

puesta concreta a esta serie de preguntas sería imposible, ya que ésta variará de un sujeto a otro y lo que en algunos podría ser la causa, en otros sería el resultado.

Respecto a la etiología varios autores, entre ellos Anderson, Graber y Moyers que afirman que el hábito de lengua protráctil es el resultado de un hábito de succión digital, ya que después de este hábito se ha creado una mordida abierta anterior, la lengua se proyecta hacia este espacio ocupándolo, aumentándolo e impidiendo que éste se cierre.

En un estudio realizado por Anderson, notó que el 54.2% de los sujetos observados con hábito de lengua protráctil habían presentado succión digital, y que de los sujetos que no presentaban lengua protráctil únicamente el 25% había tenido succión digital.

Cuando existen amígdalas hipertrofica o hipersensitivas, provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de ésta se desplace hacia adelante creando así el hábito de lengua protráctil.

Otras de las causas que pueden dar origen a este mal hábito lingual es el haber alimentado al niño con mamila por demasiado tiempo y haber demorado en sustituirla por alimentos más sólidos.

Anderson, en el estudio mencionado con anterioridad, observó que un mayor número de niños con lengua protráctil habían recibido una alimentación con botella. En este estudio el 83% de los sujetos en observación fueron alimentados con botella, mientras que con pecho únicamente el 17%, pero el 91.7% de los alimentos con botella presentaban lengua protráctil, y de los alimentados con pecho únicamente el 8.3%.

La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan -

lengua protráctil. Al no poder mantener el niño dentro de la boca la lengua por ser demasiado grande, comenzará a protuirla, y si esto no es corregido dará origen a este hábito lingual.

El acto de proyectar la lengua hacia adelante se realiza principalmente durante la deglución, y se provoca así un acto de deglución anormal.

Durante la deglución normal los músculos de la masticación actúan para poner en oclusión los dientes y mantenerlos así durante todo el acto, la punta de la lengua hace contacto con la papila incisal del maxilar y con las caras linguales de los incisivos superiores, el dorso y los lados de la lengua se acercan al paladar haciendo presión sobre éste y los labios se encuentran cerrados suavemente.

En la deglución anormal los músculos de la masticación no trabajan para ocluir los dientes y realizar así el "sellado bucal", sino que la lengua es protuida por entre los dientes superiores a inferiores realizando de esta manera la deglución.

De acuerdo con varios autores, una de las causas de la deglución anormal es la persistencia de la deglución viceral o infantil aún después de que han hecho erupción los dientes, en la deglución infantil el niño deglute con los rebordes gingivales separados, los cuales aún se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos primarios, forman éstos una separación o barrera entre los labios y la lengua y normalmente la forma de la deglución cambia, entrando en función los músculos de la masticación, pero en ocasiones no sucede así y la deglución viceral es persistente.

Los distintos efectos ya sean causados por el tamaño, la postura o la forma de la lengua o del acto de degluir, van a repercutir enormemente en la estructura y constitución de los tejidos bucales.

La macroglosia es una de las causas que mayormente afectan a -- los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior, diastemas y en casos severos, incrementar el crecimiento de la mandíbula.



Durante la deglución la lengua ejerce una presión desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta presión es compensada por la fuerza que ejercen los labios y carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, y ya que es protruida en cada deglución y como deglutimos por lo menos 1000 veces al día, dá como resultado la labialización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida abierta anterior y por consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario de ceceo así como probablemente del lengüaje.

#### RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal es un hábito oral nocivo que puede presen-

tar frecuentemente el niño, y el cual muchas veces pasa desapercibido por los padres.

Para el niño su manera de respiración parecerá normal, ya que - por falta de conocimiento y a pesar de presentar una obstrucción nasal o alguna otra causa que predisponga la respiración bucal, la respiración bucal puede deberse a varias causas, las cuales se pueden clasificar en --- tres grupos.

Por problemas nasales

Por problemas bucales

Hábito

Los problemas nasales que causan una obstrucción en las vías -- respiratorias, son los que con más frecuencia dan origen a la respiración bucal.

Los niños que padecen una obstrucción nasal presentan una ventilación entorpecida, esta obstrucción puede ser total o parcial que como - consecuencia, dificulta la inspiración y expiración provocando que el niño respire por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que más frecuentemente presentan los niños y que pueden dar origen a la respiración bucal, tenemos las amígdalas y las adenoides hipertróficas; cornetes muy grandes o inflados sinusitis crónica, rinitis medicamentosa, la cual, es causada por - drogas que congestionan la mucosa nasal obstruyendo los conductos nasales, ésto desaparece al suspender el medicamento; rinitis vasomotora, esta última que a su vez se clasifica en: alergias que afectan la mucosa nasal y el tabique nasal desviado.

Ciertas maloclusiones totales como los incisivos superiores vestibularizados o mordida abierta anterior, impiden que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones en el mismo labio -- que al encontrarse al contorno logra realizar el sellado bucal, favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

En algunas ocasiones cuando la causa aparente de la respiración bucal ha sido eliminada, ya sea nasal o bucal y el niño sigue respirando -- por la boca, presentará éste una respiración bucal por hábito o costumbre.

Un aspecto típico que casi siempre presentan todos los respiradores bucales es el que se conoce como "faciales adenoides" que se caracteriza por amplia distancia interpupilar, la boca entre-abierta, los dientes superiores anteriores se encuentran vestibularizados existe apiñamiento de los dientes anteriores inferiores, hipotonía del labio superior e hipertrofia y agrietamiento del inferior, frecuentemente sobre mordida, -- desarrollo escaso del piso de la nariz y la falta de crecimiento de la -- mandíbula.

En estudios realizados por otorrinolaringólogos comprobaron que las personas que presentan respiración bucal padecen con mayor frecuencia molestias en el aparato respiratorio.

En un examen clínico de un paciente con respiración bucal, podremos observar abundancia de cálculos dentales, la mucosa se encuentra -- enrojecida edematosa debido a la irritación que provocó la respiración -- anormal, las encías están crecidas en la zona labial de los incisivos superiores, si el labio superior cubre parte de la mucosa gingival, es posible notar una clara diferencia en el límite del tejido que se encuentra prote--

gido y del no protegido. La intensidad de la irritación variará según la proporción expuesta al aire así como grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente. Por lo general, la zona más afectada es la anterior del maxilar, ya que la porción posterior junto con la mandíbula se encuentran más protegidas del aire por los carrillos y la lengua, pero en casos extremos la afección se puede extender en toda la boca provocando, una inflamación crónica y la degeneración progresiva de los tejidos gingivales, si no son sometidos a tratamiento.

Durante la respiración bucal, la mandíbula se encuentra abatida y la lengua es colocada sobre los incisivos inferiores, con el fin de dejar un libre paso al aire, dando como consecuencia una ligera mordida --- abierta.

Este hábito puede estar asociado con alteraciones del habla.

#### BRUXISMO

El bruxismo es uno de los hábitos orales que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y los tejidos adyacentes de niños, ha sido nombrado de distintas maneras, tales como bruxomanía, parafunción, neurología traumática y más recientemente briqueísmo y bricomanía.

Por bruxismo se define, como los movimientos de trituración, -- desgaste y rechinar de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconsciente y es controlado de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos - los pacientes desconocen la existencia de estos hábitos a menos de que al - quien se los haya hecho notar, el diagnóstico deberá de basarse con mayor

énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar probables signos y síntomas típicos del bruxismo.

La práctica del bruxismo se presenta con mayor frecuencia e intensidad durante la noche, pero no se debe descartar la existencia de personas que relajan durante el día al encontrarse bajo una tensión y lograr con el hábito una vía de escape.

La etiología del bruxismo es un tema, el cual hasta la fecha sigue siendo punto de discusión, sin embargo los estudios más recientes indican las principales causas del bruxismo; son la sobre carga psíquica o emocional, las causas locales o bucales son en las que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado del aumento del tono muscular, dicho aumento causado por las interferencias oclusales, la tensión nerviosa o emocional, por dolor o por molestias.

Se considera que cualquier factor irritante al sistema nervioso, desencadenará una reacción, la cual podrá tener manifestaciones en el bruxismo o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, etc.

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos: las interferencias oclusales, que puede ser debido a cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, hiperplasia gingival o cualquier enfermedad paradontal, colgajos gingivales de terceros molares, irregularidades linguales, labiales o en carrillos, dolor de la articulación temporomandibular o músculos masticatorios.

Existen ocasiones en que una tensión nerviosa aguda no específica como una sobrecarga emocional o bien una tensión físicamente provocada como es el ejercicio físico o los trabajos difíciles, pueden producir una presión de cierre excesiva de maxilar y mandíbula.

Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedades del sistema nervioso, como son las meningitis, epilepsia, corea, parálisis cerebral y deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo. Durante las horas de sueño las pesadillas pueden también provocar rechinar de dientes.

El número y la gravedad de las malformaciones producidas por el bruxismo variará según la intensidad y el tiempo en el que este hábito se realiza, debido a que la actividad muscular se efectúa durante las horas de sueño es sumamente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada contracción, pudiéndose producir hasta 250 contracciones en un tiempo normal de sueño.

Los daños que con mayor frecuencia son observados a causa del bruxismo, se encuentra en las coronas de los dientes, que presentan una reducción que va en aumento de su longitud, y la cual es debida al desgaste causado por el frotamiento de unas contra otras y que no coincide con el desgaste normal masticatorio o de deglución. Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes de esmalte afilados e irritantes, astillamiento de las coronas e inclusive fracturas de éstas y de las raíces.

En la pulpa también se presentan alteraciones como son hipersensibilidad pulpar, hipersensibilidad principalmente al frío y en casos avanzados

de necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto en la articulación temporomandibular y en los músculos de la masticación-- puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefálea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hiperuensi- bilidad de los músculos masticadores, la cual puede ser unilateral o bila- teral. Esta hipertrofia muscular puede influenciar en el desarrollo de - la mandíbula y provoca una asimetría facial. La hipertrofia muscular pue- de provocar que el paciente se muerda la lengua, los carrillos o los la-- bios. Existe frecuentemente un dolor muscular como lo indica Forsberg -- que de 157 pacientes examinados con bruxismo el 76% presenta molestias -- musculares.

#### ONICOFAGIA

Este hábito por lo general se presenta después de los tres o -- cuatro años de edad y su duración es aproximadamente hasta los dieciocho- años, pudiendo terminarse antes o después.

En estudios realizados en los últimos años, se ha visto que un- gran número de niños presenta o ha presentado el hábito. Michaels y ---- Hoodman vieron que de 475 niños y niñas el 47.5% de los niños y el 57.1%-- de las niñas presentaban onicofagia.

La onicofagia raramente causará alguna maloclusión, en casos -- extremos podrá causar una atricción en los dientes inferiores, pero por - lo general este hábito desaparecerá o será substituido por otros hábitos-- como morder lápices o fumar al ser mayores.

### MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS

Este hábito se observa en niños mayores y en personas adultas.

Se considera que este hábito es un modo de escape de una tensión emocional.

El niño puede meterse cualquier objeto y mantenerlo en la boca mordiéndolo, así veremos niños en edad escolar que morderán lápices o plumas o niñas que abrirán pasadores para el pelo con la boca.

Las malformaciones que puede producir este hábito dependerán -- del objeto que sea introducido en la boca, así como la duración y la intensidad con que se practique.

## B) CAUSAS DE REINCIDENCIA DE HÁBITOS

Los hábitos no son más que el reflejo de tensiones internas, -- que por medio de ellos se manifiestan y se alivian. Casi todas las personas tienen algún hábito cuya intensidad, así en los adultos como en los niños, varían de acuerdo con la necesidad de luchar contra las emociones reprimidas.

De igual modo, los niños que tratan de luchar contra sus resentimientos hacia un nuevo hermanito, pueden volver a su hábito ya abandonado de chuparse el dedo. Los pequeños que se sienten inseguros en el aula de la escuela, pueden expresar su nerviosismo comiéndose las uñas. Cuando un niño no sabe si se le acogerá bien, o ignora si podrá salir airoso de alguna situación determinada, tenderá a manifestar sus emociones mediante hábitos. Cuando el niño ha abandonado el hábito de chuparse los dedos, puede volver a practicarlo esporádicamente si sufre tensiones.

Los pequeños no sólo adquieren estos hábitos sin razón aparente, sino que también, los abandonan sin causa que lo explique. Todos estos hábitos son inconscientes, y mientras menos atención se les preste, más probabilidades hay de que desaparezcan. Casi todos los niños adquieren los hábitos cuando están aprendiendo a hacer frente a sus sentimientos y a las situaciones que los provocan. Ninguno de estos hábitos es más perjudicial que los que se observan en los adultos.

Se debe de tener presente que al reprender a un niño para tratar de que abandone el hábito, le hará más daño, ya que aumentan sus tensiones y su sentimiento de inseguridad, lo que tendrá el efecto de que se entregue con mayor vehemencia al hábito que sus mayores quieren desarraigarse.

## CAPITULO III

### PSICOLOGIA DEL NIÑO CON MALOS HÁBITOS BUCALES

#### DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

El desarrollo psicológico es una serie de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. Con ésto, el niño adquiere conocimientos de destreza e interés.

La maduración de este desarrollo, se determina por factores propios del niño, el medio ambiente sirve para conservar y modificar el grado de desarrollo del niño. Siendo así que cada ser es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

#### PATRONES DE CONDUCTA

Del nacimiento a los dos años, el niño depende completamente de su madre en lo que a cuidado y protección se refiere, por lo que se encuentra unido fuertemente a ella, de tal manera que la considera parte de él. Como consecuencia de éste sentimiento de seguridad del niño, conviene mantener esa unión durante las maniobras odontológicas.

De 1 a 4 semanas.- Manifiesta gritos de hambre, respuestas de sobresaltos, los gritos son sin lágrimas.

1º mes.- El niño responde al sonido, se tranquiliza cuando lo levantan, sigue con los ojos a las personas que se mueven, se inicia el grito por diversas causas.

2º mes.- En este período el niño ríe, se entrega a una excita--

ción anticipatoria, reconoce a su mamá, inspecciona los alrededores, parpadea ante un objeto o sombra.

3º mes.- Busca el origen de un sonido, reacciona ante la desaparición de un rostro de adulto.

4º mes.- Inspecciona y toca sus propias manos, muestra conciencia de situaciones extrañas.

5º mes.- Diferencia entre personas extrañas y conocidas, emite vocalizaciones distintivas, cuando agarra un objeto usa en parte el pulgar.

6º mes.- El niño grita fácilmente a la menor provocación; cuando se le cambia de posición, al retiro de un juguete, a los sonidos poco usuales, se pasa un objeto de una mano a otra.

7º mes.- Cuando agarra los objetos muestra claramente la oposición del pulgar, muestra miedo a los extraños, aparece la afección o amor del grupo familiar, hay inestabilidad emocional demostrada por los cambios rápidos de gritos y risas.

1º año.- El niño goza con juegos o trucos sencillos, puede llorar pidiendo afección, los gritos están más frecuentemente asociados a irritaciones o frustraciones.

18º mes.- El niño es dueño de sí mismo, se inicia la predilección por juguetes, manifiesta explosiones temperamentales.

Del 2º al 3º año.- Esta es una etapa de transición entre la conducta del bebé a la de un niño preescolar, en la que el niño trata de ser independiente en su medio ambiente familiar. Cuando hay alguna situación

de tensión o de peligro el pequeño trata de regresar a la protección de la madre. Su conducta se caracteriza por que distrae su atención fácilmente de una cosa a otra.

A esta edad el niño deberá ir acompañado por su madre a las consultas dentales. El niño de tres años es capaz de sentarse solo en el sillón dental, no habla con extraños pero puede obedecer órdenes. El niño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, ya que no posee vocabulario suficiente. Si el niño está asustado puede responder positivamente a un acercamiento hablándole suavemente.

El niño de 4 a 6 años.- A esta edad el niño desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta que van desde el niño que no coopera y asustado, hasta el niño que se comporta dócil y sumiso.

Edad preescolar.- Los pequeños que no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos o poco sociables, por lo general temen a los extraños. Los niños que sí asisten a la escuela son más sociables y están más dispuestos a relacionarse con otras personas.

Período Escolar.- Este se divide en tres etapas:

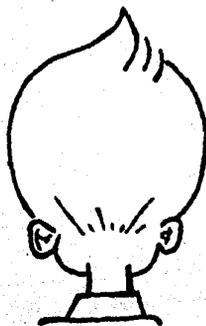
- a).- Temprena de primero a tercer año de primaria.- Comprende de los 6 a 8 años, en la que el niño se encuentra listo a una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia.
- b).- La etapa intermedia comprende de cuarto a sexto de primaria y es de

los 9 a los 12 años, rompe las relaciones en su casa, fase por la que debe de pasar antes de su madurez. A los 9 años el niño ya tiene experiencia para adaptarse. A los 10 años el niño le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones difíciles. A los 12 años el niño está lleno de curiosidad, factor que el dentista puede utilizar para ganar su atención y confianza.

c).- Etapa final de primero a tercer año de secundaria, comprende de los 13 a los 18 años. Durante esta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, mental y emocional, aunque a dejado de ser un niño no alcanza la madurez considerada para ser tomado en cuenta como adulto. Se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos principios como son: responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión. El adolescente pide privilegios pero no desea adquirir ninguna responsabilidad.

#### TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO

El niño tímido.- Es fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, busca esconderse detrás de la madre, en este caso se tratará de convencerlo sin demostrar insistencia excesiva, dominando poco a poco su temor.



**El niño consentido.-** La excesiva indulgencia el rechazo o indiferencia por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general se caracteriza por su desobediencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea pateando, gritando, llorando y a veces hasta insultando. En estos casos dentro del consultorio se tendrá a veces que recurrir a medidas extremas, como tapar



le la boca para conseguir tranquilizarlo y hacer que pueda escuchar al odontólogo, que le hablará con voz suave pero firme. El manejo de este niño es muy importante desde la primera visita.

**Niño caprichoso.-** Es por lo general hijo único, el más pequeño de la familia, ha sido adoptado o ha permanecido enfermo durante mucho tiempo. Por lo mismo se le complace casi en todo. Normalmente se comporta bien, pero lo disgusta que se le pida algo que le molesta.



**Niño desafiante.-** Generalmente esta actitud la presentan niños-

que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían a la autoridad del dentista negándose a abrir la boca. En estos casos el dentista deberá --



imponer disciplina para lograr su cooperación.

Niño temperamental.- Es el niño que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se presenta cansado y aburrido.



El niño débil mental.- Todos los niños de lento aprendizaje -- constituyen un problema que debe tratarse en forma individual en cada caso en particular. Generalmente se caracteriza por la lentitud con que -- siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o -- etapa de debilidad mental.



El niño cooperador.- Es el niño que se debe manejar con mayor -  
cuidado para no hacer de él un mal paciente.



#### HABITOS BUCALRS

Los hábitos son maneras adquiridas de ser o actuar. Cuando el -  
niño se enfrenta a una situación o actividad nueva, su actitud y comporta-  
miento adquiere formas instintivas, impulsivas y aún razonadas. El hábi-  
to comprende dos fases, una deformación, constituida por las transforma-  
ciones sucesivas que efectúan a cada repetición y otra de estado en que -  
se ha adquirido una forma de ser o actuar. Cuando ya se ha constituido el  
hábito, las nuevas repeticiones influyen más reforzando que transformando,  
arraigando cada vez más la adquisición del hábito.

La memoria con la adquisición de hábitos está sujeta a una serie  
de modalidades, tanto internas como externas, o sea que intervienen en --  
los procesos relativos, tales como la intensidad emotiva de los estímulos.

Succión del pulgar.- Es un fenómeno que se presenta de manera -  
precoz en la infancia. El niño en los movimientos que efectúa al azar, -  
toca los labios con el pulgar, encuentra agradable el contacto y continúa  
con él, convirtiéndolo en hábito. Este hábito puede comenzar durante el  
periodo de dentición y ocasionalmente durante el segundo año de vida, pe-  
ro como imitación de algún hermano más pequeño.

Otros movimientos, como retorcerse el pelo, frotarse la cara -- con un trozo de ropa o chupar una sábana, acompañan a menudo a la succión del pulgar y carecen de significado especial.

**Onicofagia.**- Es frecuente este hábito de morderse las uñas, este suele iniciarse durante el cuarto año de vida. En ocasiones también se muerden las uñas de los pies. El hábito es generalmente una respuesta a la tensión o stress, reproches, castigos, y a la aplicación de sustancias amargas es ineficaz. Mientras la succión del pulgar es una actividad principalmente placentera y confortante, la onicofagia es una manifestación agresiva, esto puede constituir un medio inconsciente de dominar -- los impulsos agresivos.

Los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo este hábito, es frecuente encontrar un desajuste social psicológico, que tiene mayor importancia clínica que el propio hábito, que sólo constituye un -- síntoma de su problema fundamental. Los psicólogos consideran este hábito como un desajuste de la personalidad.

**Bruxismo.**- Este hábito se observa principalmente durante el sueño. Puede ir asociado con varias alteraciones agudas y crónicas incluyendo los sueños perturbadores. Cuando es determinado por factores emocionales o ambientales, el niño encuentra dificultad en inhibir su agresividad. Puede encontrarse deficiente mental y el hábito es muy frecuente en estados de inconsciencia debido a una enfermedad de origen intracraneal por ejemplo meningitis.

**Pica.**- Es un hábito, por lo general en los lactantes es una conducta normal, consiste en llevarse objetos a la boca masticarlos y roer--

los, cuando sobrepasa la edad de la lactancia, el hábito se puede pensar como signo de un trastorno psicológico grave.

Los retrasados mentales se llevan objetos a la boca y los ingieren, hasta mucho después de los 2 ó 3 años en este período de desarrollo, es aceptable su conducta y se ignora el retraso por el que cursa el niño. También -- los niños con privación emocional se llevan a la boca y comen toda clase de objetos que encuentran en el ambiente, es muy peligroso este hábito, -- los casos más graves entre este hábito es la ingestión de plomo, sobre todo las pinturas, ya que contienen sabor dulce, lo cual contribuye positivamente a aumentar la pica, generalmente los niños con pica es una combinación de negligencia con falta de estímulos.

## CAPITULO IV

### DIAGNOSTICO

Es importante hacer un buen diagnóstico, recopilar e interpretar todos los datos que sean posibles e indispensables para llegar a un diagnóstico preciso.

T.M. Graber, menciona los datos indispensables para el diagnóstico.

1. Historia Clínica
2. Examen clínico
3. Modelos de estudio en yeso
4. Radiografías
5. Fotografías

#### 1. Historia clínica

2. Examen clínico, es recomendable hacer el examen del paciente siguiendo siempre una misma pauta o rutina de diagnóstico apropiada. No dejar de anotar datos que parezcan sin importancia. Este examen se debe hacer durante la primera visita; se anotará tipo racial, tipo facial, patrón de crecimiento, desarrollo general y en especial de los maxilares, posición y forma de los mismos, estado de los tejidos blandos, función de la lengua, los labios y la mandíbula.

Es muy importante observar las actividades musculares que efectúa el paciente durante la masticación, deglución, respiración y en la pronunciación. Así como los movimientos musculares que realiza durante -

algún hábito existente; con que frecuencia lo hace, las horas aproximadas, y si es posible que el niño realice el hábito, se observará la intensidad de presión de los músculos que contribuyen al hábito, si el hábito a causado alguna mal formación en tejidos blandos y maloclusiones se debe de observar cuidadosamente todas estas actividades musculares con el hábito.

3. Modelo de estudio en yeso.- Los modelos en yeso proporcionan una copia razonable de la oclusión del paciente, sobre ellos se puede ver ampliamente, lo que en ocasiones no se observa en el examen clínico, se podrán hacer mediciones, las cuales no se pueden hacer directamente en la boca.

El odontólogo no deberá depender de la memoria y sus apuntes al tratar de definir el estado preciso de la oclusión del niño.

En los modelos se podrá observar con profundidad los daños que han ocasionado los hábitos como pueden ser: anomalías de posición, volumen y forma de los dientes, así como de los arcos, del vestibulo y los frenillos. También son importantes para comparar el cambio que se va registrando durante el tratamiento.

Los modelos deben de ser una réplica perfecta de la boca del niño. No debe presentar alguna modificación, por lo que es recomendable inmediatamente de tomar las impresiones correrlas en yeso, vibrándolas para eliminar todas las burbujas. Después de sacar los modelos de las impresiones recortarlos y dejarlos en un aspecto presentable, así se le podrán enseñar al paciente conforme vaya modificando su tratamiento.

#### 4. Radiografías

a) Radiografías intrabucales

b) Radiografías extrabucales

a) Radiografías intrabucales.- Son un elemento valioso e indispensables en el diagnóstico bucal, éste se realiza por medio de placas ,periapicales, oclusales e interproximales; por medio de las radiografías intrabucales puede apreciarse si la dentición está adelantada o atrasada, el estado de calcificación de las raíces temporales, cantidad de resorción radicular en dientes, presencia o falta de dientes permanentes, tamaño y forma, condición y estado de desarrollo, falta congénita de dientes o presencia de dientes supernumerarios, morfología o inclinación de las raíces de dientes permanentes, y afecciones patológicas como caries, infecciones apicales, fracturas radiculares, raíces de fibras reternidas, quistes, etc.

b) Radiografías extrabucales.- La más usual y estudiada para el diagnóstico en ortodoncia es la cefalometría lateral, también la radiografía panorámica o anteroposterior, ésta última en segundo término.

La cefalometría es importante, ya que en ella se aprecian el equilibrio, tipo facial y armonía de las características externas. Es una parte muy importante para el diagnóstico; ya que se basa en la observación y medición minuciosa de las estructuras óseas; mediante las medidas normales, se puede hacer un diagnóstico acerca de las deformidades que se encuentran comparando la medida promedio con las medidas del paciente y así se podrá definir las probabilidades del tratamiento y su éxito. Además se observa la relación del perfil óseo con el perfil de tejidos blandos, la relación que hay entre estas dos es muy importante.

5. Fotografías de la cara. Se compararán las fotografías del paciente si es posible de edades desde pequeño, de preferencia si las fotografías son de perfil, también son muy útiles para el diagnóstico, en ésta se podrán observar algunas anomalías y si han tenido evolución, al estar en el consultorio se le debe de tomar una serie de fotografías para hacer la comparación al final del tratamiento, sobre las modificaciones que tuvo el paciente y lo favorable que va a notar el cambio el paciente.

Todo lo antes mencionado sobre los puntos que son muy importantes a tratar, desde la historia clínica que debe de ser muy minuciosa, sobre todo si se trata de hábitos bucales. El examen clínico debe ser a base de inspección con instrumentos y bimanual, tratando de palpar cualquier anomalía que se encuentra a causa del hábito o por alguna otra razón, que esté relacionada con la cavidad oral.

Los modelos de estudio de gran importancia práctica, las radiografías para hacer un estudio del paciente a nivel comparativo con medidas promedio y así notar lo fuera o cerca de estos promedios, que se encuentra el paciente. La fotografía de la cara no es tan importante para el diagnóstico, pero si para hacer comparaciones de antes y después.

#### HISTORIA CLINICA

Es una referencia de los acontecimientos relativos al estado en el cual se encuentra la salud del paciente, el interrogatorio debe seguir un orden cronológico.

Para obtener un diagnóstico es importante la historia clínica; son de gran importancia todos los datos familiares así como los del pro-

pio paciente. En este caso como se trata de un menor de edad es imprescindible que la historia clínica se haga en presencia del tutor para que las respuestas sean más precisas.

Según Graber la historia clínica se compone en dos partes: la historia médica y la historia dental. La historia médica o general comprende las enfermedades de la infancia, alergias, operaciones, malformaciones congénitas, registro de medicamentos administrados, anomalías dentarias en familiares de primer grado, forma de alimentación durante la lactancia, hábitos bucales anormales que se consideran como causas perturbadoras para el desarrollo normal de los tejidos dentarios. No se debe confundir, si un padre tuvo el mismo hábito que el niño, en que éste hábito puede ser hereditario, ya que son coincidencias.

De ser posible se anotará la edad en que comenzaron las anomalías y los hábitos, si hubo pérdida de dientes primarios o permanentes a temprana edad. Todos estos puntos son de gran importancia, por que con estos datos obtenidos se podrá determinar el diagnóstico, al poder establecer la severidad del caso, y el tiempo que lleva la anomalía.

#### HISTORIA CLINICA

Nombre \_\_\_\_\_ Diminutivo \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del acompañante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Recomendado por \_\_\_\_\_

**HOGAR**

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Edad hermanos \_\_\_\_\_

Grado escolar de cada uno \_\_\_\_\_

Número de hermanas \_\_\_\_\_ Edad hermanas \_\_\_\_\_

Grado escolar de cada una \_\_\_\_\_

El niño vive con: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación del padre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TEMPERAMENTO**

Madre: Calmada \_\_\_\_\_ Padre: C almado \_\_\_\_\_

Violenta \_\_\_\_\_

Violento \_\_\_\_\_

Nerviosa \_\_\_\_\_

Nervioso \_\_\_\_\_

Posición Económica Alta \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Baja \_\_\_\_\_

**COMPORTAMIENTO SOCIAL**

Personalidad Introvertido \_\_\_\_\_ Escuela: Bajo \_\_\_\_\_

Adaptado \_\_\_\_\_

Promedio \_\_\_\_\_

Extrovertido \_\_\_\_\_

Avanzado \_\_\_\_\_

Juego: Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_

**SALUD GENERAL**

Vacunas \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Enfermedades que ha padecido \_\_\_\_\_

Operaciones o transfusiones sanguíneas \_\_\_\_\_

Medicamentos que se le han aplicado \_\_\_\_\_

Estado de salud de la madre \_\_\_\_\_

Estado de salud del padre \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

Pecho \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_ meses Edad de destete \_\_\_\_\_

Botellas \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_ meses Edad de suscripción \_\_\_\_\_

Chupón \_\_\_\_\_ Durante \_\_\_\_\_ meses Edad de suspensión \_\_\_\_\_

Alimentación actual: Buena \_\_\_\_\_

Excelente \_\_\_\_\_

Indiferente \_\_\_\_\_

Pobre \_\_\_\_\_

No. de horas que duerme en el día \_\_\_\_\_

No. de horas que duerme durante la noche \_\_\_\_\_

### W.C.

Hábitos: Anormales \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_

Normales \_\_\_\_\_

Edad de aprendizaje: Defecación \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años.

Completamente aprendió \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años.

## HÁBITOS BUCALES

Succión del pulgar u otro dedo \_\_\_\_\_

Pulgar Frecuentemente \_\_\_\_\_

Ocasionalmente \_\_\_\_\_

rara vez \_\_\_\_\_

Otros dedos: Frecuentemente \_\_\_\_\_

Ocasionalmente \_\_\_\_\_

rara vez \_\_\_\_\_

Edad de comienzo del hábito \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Edad en que lo abandonó \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Aún continúa \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Mirando T.V. \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

### Hábitos asociados:

Mesarse los cabellos \_\_\_\_\_ Acariciar algún trapo \_\_\_\_\_

Jalarse la oreja \_\_\_\_\_ Chuparse los labios \_\_\_\_\_

Escudriñarse la nariz \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

Métodos utilizados para controlar el hábito

Ninguno \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conocimiento del hábito por el niño

Niño consciente \_\_\_\_\_ Reprendido por el padre \_\_\_\_\_

Reprendido por hermanos \_\_\_\_\_ Reprendido por la madre \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otra persona cercana a él con el mismo hábito \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO

Deseo del niño de cesar en hábito

Si, con tratamiento \_\_\_\_\_ Sin tratamiento \_\_\_\_\_

No le importa \_\_\_\_\_ Ningún deseo \_\_\_\_\_

Actitud de los padres: Madre sin tratamiento \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_ Con aparato \_\_\_\_\_ Sin aparato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios Generales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CAPITULO V

## TRATAMIENTO

### SUCCION DIGITAL

Para efectuar cualquier tratamiento en los casos de hábitos orales, es requisito una historia clínica completa, en el caso de la succión digital se recomienda independientemente de la historia utilizada normalmente, el empleo de una historia clínica especial sobre hábitos.

Son muy variados los tratamientos que se han empleado para tratar los hábitos de succión y otros. Algunos de ellos han sido efectivos y han logrado vencer el hábito, pero otros nada más no lo han vencido, sino que han provocado que éste se prolongue causando problemas mayores, -- tanto bucales como psicológicos.

Algunos padres han tratado por sí mismos de per el hábito de dedo, por medio del castigo o la fuerza y debemos de recordar que las llamadas de atención hacia el niño, hace que aumente la intencidad y frecuencia del hábito. Cuando se emplea el castigo y otras medidas duras contra ésta actividad, se castiga algo que existe dentro del niño y hasta cierto punto se le rechaza esto trae como consecuencia una represión de necesidad emocional, que se encuentra latente en el niño, logrando únicamente con esta actitud que el niño se arraige más dentro del hábito, ya que en la mayoría de los malos hábitos persistentes, hay una historia clara de declaraciones de disgusto e intensos propósitos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando así el hábito tiempo -- después de que el niño lo deje solo. El niño continuará con la succión -- ya que esto será un medio para llamar la atención y el cual evitará que --

la succión digital que es una reacción a un estímulo de recompensa, desaparezca espontáneamente, o bien el niño lo hará con mayor fuerza y en lugar de hacerlo a la vista de todos, buscará la soledad provocándose así mayor sentimiento de culpa el cual se agregará a su estado emocional. Se ha demostrado que al tratar de suprimir el hábito por la fuerza se pueden provocar otros hábitos como; tics y conductas irregulares los cuales pueden llegar a ser más perjudiciales que el de la succión digital.

Algunas de las medidas incorrectas que por lo general los padres mal informados ponen protectores en los dedos para inhibir el hábito, --- sustancias irritantes como el chile o sabor amargo, colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros objetos para impedir que pueda doblar el brazo. Todas estas medidas no dan resultado, y en las ocasiones que lo logran, provocan otros hábitos, o bien en el momento de suspender el tratamiento, la succión digital aparece de nuevo y con mayor intensidad y frecuencia.

Ningún tratamiento podrá dar resultado si no se hace consciente el niño del problema y que esté de acuerdo en que sea tratado ya sea con aparatología o sin ella. Si el niño no quiere romper el hábito será inútil cualquier tratamiento.

Para contar con la colaboración del niño se platicará con él, -- sin presencia de los padres, tratando de ganar su confianza, si es posible se le mostrarán casos de niños con este mismo hábito y las malformaciones que causa.

Se le indicará al niño que trate de hacer conciencia del hábito y procure dominarlo por sí mismo, y que si lo logra después de un determi

nado tiempo se le pondrá un aparato que le sirva de ayuda para recordar - que no debe de chuparse el dedo.

Durante esta etapa en la que el niño trata de dominar por sí solo el hábito se deberá de hablar con los padres para que éstos le den su cooperación al no mencionar el problema al niño, se les indica que vigilen - que no sean otros familiares o amigos los que comenten sobre el hábito.

Cuando el niño a pesar de que quiere terminar con su problema y lo logra, se le colocará un aparato, pero hay que recordar que el aparato, para que sea efectivo, es indispensable una colaboración íntegra por parte del niño.

El aparato que coloquemos nos servirá para:

- a) Romper el hábito de succión, a pesar de que el niño se meta el dedo a la boca, no recibirá una verdadera satisfacción.
- b) Para evitar la sobrefuerza que recibe el segmento anterior, ya que debido a su construcción, el aparato previene la presión del dedo que -- desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una - mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y - los labios.
- c) Para distribuir la presión existente sobre los dientes posteriores ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza a la lengua hacia atrás, cambiando su forma de una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar, contrarrestando así el estrechamiento del arco -- dental del maxilar debido al hábito de succión.
- d) Para recordar al niño que está recayendo en su hábito.

e) Para que su hábito en vez de placentero le resulte molesto.

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión digital sería aquel que reuniera las siguientes características:

- I) Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular normal.
- II) Que no requiera ningún recordatorio para su uso.
- III) Que su uso no le provoque vergüenza al niño.
- IV) Que no requiera del recordatorio paterno.

Si el niño es normal, saludable, raramente aparecerán efectos - desfavorables, excepto un ceceo temporal que generalmente desaparece con el uso del aparato o inmediatamente después de retirado éste.

Varios son los diseños de paratos fabricados para suprimir la - succión digital, algunos de ellos rmovibles y otros fijos.

El timpo óptimo para la colocación de los aparatos es entre las edades de tres y medio a cuatro y medio años de edad, cuando la salud del niño se encuentra en buenas condiciones y los deseos de succión pueden -- ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

Una de las formas más eficaces es una criba fija.

En la primera cita se obtienen los modelos de estudio, los - contactos proximales son estrechos, se recomienda colocar separadores en esta visita. A continuación se fabrica el aparato sobre el modelo para -

colocarlo en una visita subsecuente. Los segundos molares constituyen -- buenos dientes de soporte.

Dependiendo del caso, podemos utilizar bandas ortodóncicas prefa-  
bricadas o coronas metálicas.

A) Bandas ortodóncicas prefabricadas, se colocarán cuando el diente de so-  
porte no presente caries en caras proximales, palatina o vestibular.

La colocación de las bandas ortodóncicas prefabricadas es el mé-  
todo más perfecto y que ofrece mayores ventajas por ahorro de tiempo y --  
facilidad de la técnica ya que se adaptan perfectamente a los molares es-  
cogiendo el tamaño adecuado.

B) Coronas metálicas, se utilizan en los dientes que presentan caries.

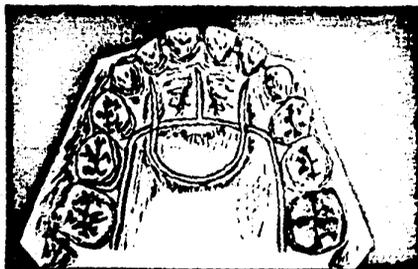
La caries excesiva que encontremos en los dientes de soporte se-  
eliminará, posteriormente se desgastará de 2 a 3 mm. todo el diente si---  
guiendo la anatomía, la término gíngival deberá ir 1 mm. por arriba-  
del margen. Se observa que no haya contactos oclusales con el antogónis-  
ta inferior. Terminada la preparación la corona es adaptada, se sueldan-  
los aditamentos y el aparato es cementado.

El aparato palatino se fabrica con alambre inoxidable o de ní---  
quel cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de "U" se adap-  
ta pasándolo mesialmente a nivel del margen gíngival, desde el segundo mo-  
lar primario hasta el nicho entre los primeros molares primarios y cani-  
nos. En este punto se hace un segundo doblé agudo para llevar el alam-  
bre en dirección recta hasta el nicho opuesto del molar y canino primario,  
manteniendo el mismo nivel gíngival

En el nicho del primer molar y canino opuesto se dobla el alam--

bre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar primario. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo, es decir no ejercer presión hacia la cara palatina o vestibular. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y arriba a un ángulo de aproximadamente  $45^\circ$  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. 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 suelda el asa a la barra principal, una tercera -- proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central.

La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las bandas ortodóncicas o coronas colocadas a los segundos molares primarios. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.



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, el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento de fosfato de zinc.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberán hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se colocó. Algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta deglutir. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses o más

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 retira primero los espolones, tres semanas después se retira la extensión posterior, tres semanas más tarde se puede retirar la barra palatina y las bandas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

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 el hábito.

## LENGUA PROTRACTIL O EMPUJE LINGUAL ANTERIOR

Para poder realizar el tratamiento en este caso, es necesario ob tener un buen estudio del hábito por medio de los signos y síntomas que manifiesta el paciente.

En aquellos casos en que las malformaciones sean debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será una glossectomía parcial o cirugía correctiva de la lengua combinada con agentes esclerosantes.

Las amígdalas deben de ser revisadas para comprobar que no es la causa de la protrusión lingual, ya que en los casos en que las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua las rozan produciendo un aumento del dolor, por consiguiente un movimiento reflejo en el que la mandíbula desciende, separándose así los dientes y la lengua se coloca entre los dientes, originándose así un nuevo reflejo de deglución.

Se le indicaran ejercicios al paciente sobre la deglución correcta, que posteriormente describiremos.

Será mínima la cantidad de niños que con ejercicios logren vencer el hábito lingual, pero el niño ya estará conciente del lugar en que debe de colocar la lengua.

El apartato que se utiliza usualmente para corregir el hábito es un arco lingual muy semejante al de la succión digital pero con algunas variantes. El apartato lleva los mismos espolones aunque éstos se encuentran más curvados hacia abajo, con el objeto de formar una barrera que dé mayor protección a los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, de la sobrefuerza que ejerce sobre ellos la lengua durante la de

glución.

El aparato deberá de cubrir dos objetivos que son:

1) Desaparecer la fuerza que ejerce la lengua durante la deglución al ser proyectada ésta hacia adelante.

2) Reeducar a la lengua para que ésta tome una postura correcta durante la deglución y en reposo.

Otro aparato que también es usado, es el que consta al igual que el mencionado con anterioridad, de un arco lingual, pero en la zona de los dientes anteriores, tiene una serie de curvas en forma de "S" continuas, las que forman una barrera de protección contra la protrusión lingual; el aparato debe de quedar por debajo del borde incisal de los incisivos inferiores para brindarles también protección. Este tipo de aparato tiene la ventaja de que cuando la lengua es proyectada también contra la zona de los premolares o molares primarios y molares permanentes produciendo una mordida abierta posterior, es utilizado colocando la zona de curvas en el lugar donde la mordida abierta se presenta.



El tiempo de duración de este aparato o del anterior dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá variar de 4 a 9 meses. En la mayoría de las ocasiones las malformaciones son tan ex-

tensas que el aparato no puede resolver por sí solo la deformación y es -  
cuando se requiere también un tratamiento ortodóntico.

## SUCCION Y MORDEDURA DE 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.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neoromuscular el aparato para el hábito del labio puede ser muy eficaz, este evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba desplace los dientes hacia lingual.

En la primera visita se toman impresiones, se colocan separadores y las bandas de ortodoncia son adaptadas a los dientes de soporte. Se adapta a continuación el alambre, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares primarios, hasta el nicho entre el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. La porción anterior del alambre no debe hacer contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner los modelos en oclusión. Si sucede esto, el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las

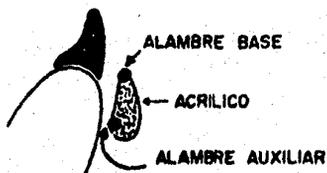
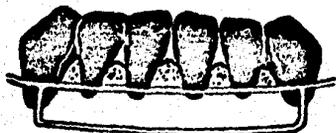
superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 milímetros para -- permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación, puede --- agregarse un alambre soldado un extremo en el punto en que el alambre cru za el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. Posteriormente, este -- alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferio-- res, paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre base. La porción del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales. A continuación, se -- suelda el alambre base a las bandas prefabricadas o coronas.



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. El aparato se reduce gradualmente antes de retirarse. Los alam- bres auxiliares se retiran primero y el resto del aparto varias semanas - después. No hay prisa para retirar el aparato, especialmente en los ca-- sós que ha habido apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores.

Un período de ocho o nueve meses de uso es aceptable.



## BRUXISMO

Debido a que el bruxismo es causado principalmente por factores psíquicos así como factores oclusales, el tratamiento a seguir se basará en la eliminación de ambos factores.

Se le proporcionará al paciente psicoterapia dirigida a disminuir la tensión emocional o psíquica generadora de la tensión muscular. - El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá. Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia puede ser de gran ayuda para la disminución de la tensión muscular y consecuentemente del bruxismo.

Es necesario también eliminar las interferencias oclusales por medio de un ajuste oclusal, para evitar la producción de una tensión muscular.

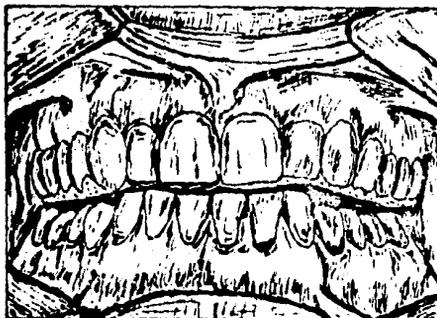
Se puede utilizar también una placa para la mordida o una férula oclusal. La placa debe de lograr los siguientes objetivos.

1.- La eliminación de las interferencias oclusales con el mínimo de abertura de la mordida.

2.- Mantener los dientes dentro de la posición estable mientras el aparato es utilizado.

Existen diversos tipos de placa para la mordida y férula oclusales que han sido dirigidas a corregir el hábito del bruxismo. Dentro de las placas bucales, que son las que utilizan los ganchos Hawley a diferencia de las férulas oclusales que mantienen unidos y sujetan varios dien-

tes, la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved,-- que consiste en una placa acrílica con un gancho retenedor en el área -- de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores en donde -- hacen contacto los incisivos inferiores, el acrílico se extiende hasta -- el borde incisal de los anteriores superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien fijada y estabilizada sobre los dientes, evitando -- así el vaivén de éstos.



Las férulas oclusales que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida en el tratamiento del bruxismo abarcan no sólo el -- borde incisal de los dientes anteriores sino que también cubren las -- caras oclusales de los posteriores. La férula se fabrica sobre modelos -- montados en un articulador, utilizando acrílico de fraguado en frío o en -- caliente indistintamente. Esta férula deberá de tener superficies oclu -- sales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier -- excursión.

Estos dos dispositivos eliminarán o disminuirán grandemente el -- hábito del bruxismo y evitará el desgaste oclusal o incisal, además de -- que proporcionan relajamiento muscular.

El uso de la placa debe de realizarse únicamente durante la no -- che.

## RESPIRACION BUCAL

El primer paso que se debe de considerar para tratar a un niño - con respiración bucal es revisar que no presente ninguna obstrucción nasofaríngea, si ésta obstrucción existe, es necesario remitirlo con el otorrinolaringólogo, el cual realizará el tratamiento adecuado para el libre paso del aire a través de la nariz.

En ciertos casos cuando la respiración bucal es originada por alguna malformación dental, la eliminación de la sobremordida horizontal -- excesiva y el establecimiento de una función normal de la musculatura logran reactivar al labio superior, permitiendo de esta manera el cerrado -- labial y estimulando la respiración nasal normal.

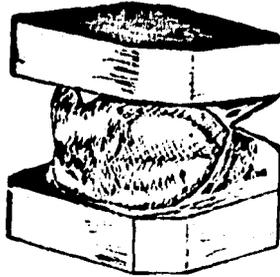
En ciertas ocasiones a pesar de que la corrección nasofaríngea -- o la bucal ha sido realizada, pero el niño continúa respirando por la boca, debido a la costumbre, y es en estos casos en que el cirujano dentista debe de colocar una placa bucal o pantalla vestibular, que obligue al niño a respirar por la nariz.

Antes de colocar una placa bucal es de suma importancia comprobar y estar seguros de que el niño no presenta alguna obstrucción nasal y puede respirar libremente por la nariz.

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que la succión labial.

Para la construcción de la placa tomaremos impresiones tanto superiores como inferiores, las cuales se articularán y mantendrán en oclusión; posteriormente con un lápiz se marca el controno de lo que será el aparato, cuyo límite debe de ser el surco vestibular evitándose las inser

ciones musculares. Se toma una hoja de papel estaño la que se coloca sobre el molde y se recorta, siguiendo la línea, esta hoja de estaño se coloca sobre una hoja de plexiglas la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estaño. Una vez recortado el plexiglas se calienta -- nuevamente y se adapta al modelo, se recorta y se pule, finalmente se coloca en la boca.



Esta placa se utilizará durante las noches y se mantendrá hasta que el hábito desaparezca.

## EJERCICIOS MIOTERAPEUTICOS

Algunos hábitos pueden ser corregidos por ejercicios mioterapéuticos o sólo ser auxiliares en la corrección de anomalías provocadas por los hábitos. Estos sirven para aumentar el tamaño o la fuerza muscular, establece el tono muscular y la función adecuada, otro punto muy importante de los ejercicios son importantes pues ayudan al crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales así como la maloclusión normal.

En lo que respecta al orbicular de los labios y músculos que rodean la boca, puede utilizarse un "rodillo" de acrílico para colocarlo en el vestíbulo al hacer los ejercicios para el labio superior. También se llena la boca con agua salada y se efectúan colutorios forzando los músculos bucinadores y entre los dientes, ésta operación se repite varias veces al día.

Los instrumentos musicales de viento producirán rápidamente un tono labial adecuado.

La placa bucal estimula la función de los músculos de los labios y para la enseñanza de la respiración nasal, tiene la ventaja de que utiliza la fuerza muscular para colocar los incisivos en mejor posición.

Para la posición correcta de la lengua se le indicará al paciente que ponga ésta en la unión del paladar duro con el paladar blando y que cierre en esta posición sin mover la lengua y que trague sin mover la misma, se puede estimular la salivación indicándole al paciente que en -- donde puso la lengua correctamente ponga una pastilla y la sostenga en el lugar con la boca cerrada deglutiendo las veces que le sean necesarias.

Esto se hará para que el paciente tenga concepto de una posición

correcta de la lengua.

Los ejercicios cuando existe labio hipotónico también se ejerci-  
tan presionando el labio superior sobre el inferior, haciendo constante-  
mente el ejercicio se podrán ver resultados satisfactorios.

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

El cirujano dentista debe de brindar gran importancia a los distintos tipos de hábitos, debido principalmente a las maloclusiones dentales producidas por éstos.

Es elemental e importante elaborar una historia clínica completa, con el objeto de lograr un diagnóstico acertado, para otorgar así mismo un tratamiento efectivo.

Sólo se alcanzará el éxito en el tratamiento para cualquier hábito, cuando se le hace conciente al niño de su situación ante el problema para así obtener su colaboración.

El pecho materno no podrá ser substituído por ningún biberón, - prefiriéndose siempre el amamantamiento, y sólo recomendar el biberón anatómico en los casos en que éste sea necesario.

Debe prohibirse el uso de chupetes, excepto en aquellos casos en que se substituya por la succión digital.

En los casos de respiración bucal, el paciente podrá ser sometido al tratamiento después de que se haya comprobado que tiene libre las vías respiratorias.

Debido a su doble etiología, el tratamiento del bruxismo deberá abarcar tanto el aspecto psicológico como el dental.

Teniendo en cuenta que el hábito de ceceo es ocasionado por una incoordinación lingual, es necesario que se eduque al paciente por un "terapeuta del lenguaje" al mismo tiempo que se encuentra en tratamiento dental.

El aparato rompe hábitos no deberá ser retirado después de que desaparezca el hábito, hay que esperar un tiempo razonable para que el niño pueda adaptarse a no efectuar el hábito.

Será necesario la colaboración de un psicólogo en los casos en que haya reincidencia o cuando el hábito se encuentre muy pronunciado.

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

ADAMS, C. PHILIP.

Diseño de construcción de aparatos -  
Ortodonticos removibles.

BIJOU, SIGNEY W.

Psicología del desarrollo infantil.  
Editorial Trillas, 1977.

BRAUER, JOHN CHARLES.

Odontología para niños.  
Editorial Mundi.  
Argentina, 1970.

GRABER, T.M.

Ortodoncia Teoría y Práctica.  
W.B. Saunders Company  
Philadelphia, U.S.A. 1974.

MAYORAL,

Ortodoncia Principios fundamentales.

MOYERS, ROBERT E.

Tratado de Ortodoncia.  
Editorial Mundi.  
Argentina, 1976

PARELLO, JORGE.

Trastornos del Habla.  
Editorial Científico Médica.  
Barcelona 1970.