

L. J. J. J.
169
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



HABITOS BUCALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARGARITA JOSEFINA ORTIZ IBARRA

México, D. F.

1979

15150



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

			Pág.
CAPITULO	I.	INTRODUCCION.	1
CAPITULO	II.	DEFINICION.	3
CAPITULO	III.	HISTORIA CLINICA.	7
CAPITULO	IV.	CLASIFICACION DE LOS HABITOS	19
CAPITULO	V.	METODOS PARA ELIMINAR LOS HABITOS NOCIVOS.	50
		a) Métodos Psicologico utilizado para educar al niño.	
		b) Métodos de adiestramiento extra-bucales.	
		c) Métodos intrabucales.	
CAPITULO	VI.	TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES HABITOS	54
CAPITULO	VII.	CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA. (Fija-y Removible)	64
CAPITULO	VIII.	CONCLUSIONES	81

C A P I T U L O I

INTRODUCCION.

Desde tiempos inmemorables, desde la aparición del hombre como ser, han existido con él diversos factores y hábitos; que han logrado la evolución y desarrollo del mismo.

Uno de esos hábitos que se siguen observando son:

Los hábitos bucales infantiles.

Que durante mucho tiempo ha sido el odontólogo el que ha atendido estos hábitos, ya que los considera como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas para los bordes alveolares inmaduros.

Estos hábitos que a su vez también interesan al psiquiatra, al Psicólogo y al paidologo, porque pueden ser signos de un problema de conducta arraigado.

Deben de ser vistos de una manera importante, porque con la observación de ellos el odontólogo podrá diagnosticar, en algunas ocasiones, sobre los cambios estructurales bucales que pueden resultar de estos hábitos.

Ya que la gravedad como dijimos antes, consiste en una malformación estructural, se deben estudiar detenidamente su origen, antes de tratar de retirarles de una manera brusca y rápida para evitar en el infante un problema de tipo anatomiestructural como conductoformativo.

Viendo este problema trato de enfocar mi trabajo de tesis hacia un punto orientativo para el odontólogo sobre algunas posi

ciones y opiniones que se consideran más importantes en estos casos.

Al hacer un estudio bibliográfico me he dado cuenta de que el odontólogo debe consultar y oír opiniones de otras profesiones que han analizado el mismo problema, para tratar de comprender estos actos y así poder desarrollar las técnicas adecuadas conforme a la necesidad, sin temor a crear un problema de imagen, enemigo-temor, hacia el infante, logrando con esto un alto incremento de resultados positivos; para el beneficio del niño, tanto en su formación anatómica como formativa.

Y esto logrará crear una atmósfera de bienestar que atraera al niño, hacia la idea de aceptar al odontólogo como un amigo y a su hábito como un problema.

Recordando que:

"La sonrisa de un niño, bien vale la felicidad del mundo"

Cuidémosla.

C A P I T U L O I I

DEFINICION

El tema es motivo de muchas controversias e interesada todos quienes trabajamos con niños, pediatra, odontopediatría, ortodoncista, psicoanalistas de niños, psicoterapeutas, o patólogo especialista de problemas de lenguaje, los maestros y los padres del niño.

Los hábitos orales se consideran como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios ponteciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo. Problemas de conducta profundamente arraigados en los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma.

Freud y se escuela destacaron esto, deliniando ciertas fases de la infancia como periodos bucales y anales. Aparece bastante, generalmente con sus "Tres Contribuciones a la teoría del sexo".

LINDNER. Pediatra húngaro.. En 1879 antes de Freud señaló el carácter erótico de esta actividad de succión."

Otros han hablado de la bucalidad del niño:

STARR "Me gusta pensar de la succión del pulgar como el primer acto de delincuencia"

ROSENAST.. Dentista.."Cree que la interferencia mecánica tiene un lugar definido para detener este hábito. Pienso que remontarse a la causa está fuera de mis dominios... Vemos - al niño demasiado tarde... el pediatra y el sicólogo ven al niño mucho antes que nosotros....desde el punto de vista dental - cree que la succión del pulgar es significativo"

FORREST..Dentista.. "La mejor época para quebrar el hábito de succión del pulgar es entre la edad de 2 y 3 años"

Cabe preguntarse si no resulta más lógico pensar que el hábito es la expresión, precisamente, del malestar psicológico del niño, la esteriorización de su conflicto emocional.

Al descubrir el por que del hábito no vacilamos, en los casos que consideramos necesario, en derivar al especialista en problemas emocionales de niños para un enfoque conjunto que - ayuda a la solución.

CAUSAS:

Un hábito es una práctica fija, producida por la - constante repetición de un acto. Muchos hábitos son deseables - y conservan tiempo y energía. Otros son perniciosos y tienden - a perturbar la función normal o a deformar.

Si bien los hábitos perniciosos pueden producir maloclusión, los hábitos correctivos pueden ser nuestros aliados

(Johnson 1938).

Pueden ser:

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, y se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos casos amenazan de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clase. Los hábitos que se adaptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar esto, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que este acuda a la práctica de ese hábito cuando -

siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se se vuelven demasiado difíciles de soportar. Ligeramente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido rápidas, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor o ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

Los actos infantiles que resultan en patrones mentales inconscientes parecen surgir de cinco fuentes principales, a saber: instinto, insuficiente o incorrecta salida para la energía, dolor o incomodidad, tamaño físico anormal de las partes, imitación o imposición de los padres, y otros.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA.

La importancia de un exámen bucal completo y la creación de un plan de tratamiento previo a embarcarse en un programa de atención dental de un niño merece nuestra mayor atención.

El exámen minucioso es el requisito previo para un plan de tratamiento. Ningún odontólogo deberá estar tan forzado por una actividad demasiado intensa ni por las exigencias de los padres como para proporcionar odontología fraccionaria y aliviar sólo los síntomas agudos sin brindar una atención completa adecuada. No recibira la remuneración adecuada en lo que a satisfacción se refiere y no proveerá el tipo más adecuado de servicio odontológico para su paciente.

A cada niño paciente se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. El odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres aceptarán o podrán afrontar. Si los padres rechazan una parte, o todo un plan de tratamiento, el odontólogo por lo menos habrá cumplido su obligación si se tomó el tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los procedimientos que fueron previstos. Padres aún de medios moderados hallan habitualmente la manera de que se complete la atención dental si se les explica el hecho de que la salud dental futura del niño, y hasta su salud general, es

tá relacionada con la corrección de los defectos dentales.

El realizar un buen interrogatorio es un verdadero arte, que requiere capacidad de percepción y cierto grado de intuición. El interrogatorio se puede considerar una conversación Profesional planeada, que permite al paciente comunicar al clínico sus síntomas, sensaciones y a veces sus temores, de manera que este pueda establecer la naturaleza real o posible de la enfermedad, conociendo además sus impresiones y actitudes mentales.

El historial de un paciente de odontopediatría puede dividirse en: Estadísticas vitales, historia de los padres, historia prenatal y natural, e historia posnatal y de lactancia.

Las estadísticas vitales son esenciales para el registro del consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. El médico del niño debe ser anotado, para poder consultársele en algún caso de urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite. Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo un deseo de atención rutinaria.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada también para informar al dentista sobre el valor que los padres

concedan a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el medio del niño y en los deseos de los padres, con relación a los servicios dentales.

Las historias prenatal y natal a menudo proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de las piezas caducas y permanentes. El odontopediatra observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de las piezas.

El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, tal como tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastornos del desarrollo como importancia dental, alergias, costumbres nerviosas, y el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio.

La duración y enfoque de la historia depende de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencia, la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata en el momento o del mal que aqueja al niño actualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato. En la mayoría de los otros casos puede ser de gran valor un cuestionario para historial que se administra

personalmente a cada paciente. En una situación ideal, los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita.

El odontopediatra solo necesita mirar por encima el cuestionario completado para detectar hallazgos de importancia. Se pueden elaborar respuestas afirmativas interrogando a los padres y al paciente sobre el punto que se desee aclarar. Se hacen anotaciones especiales con esta información adicional en el registro del paciente.

EXAMEN CLINICO.

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de examen, y de manera sonriente y amable. En la mayoría de los casos, un enfoque sistemático producirá mucha más información sobre alguna enfermedad no detectada y los procesos de esta que método de examen desordenado.

En casos de urgencia, el examen dará énfasis al lugar de la queja y enumerará las ayudas para el diagnóstico (por ejemplo radiografías) que sean necesarias para llegar a un diagnóstico inmediato. En exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos; las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan el curso de acción a seguir. Sin embargo, deberá efectuarse un examen completo después de que se alivió la afección de urgencia.

Los procedimientos clínicos para examen de mantenimiento de la salud incluyen mordidas con aleta y las radiografías adicionales necesarias. Se comparan todos los datos con el examen precedente o inicial, y si es necesario, se formula un plan de tratamiento.

Diseño de una Historia Clínica para el consultorio .

Historial del Niño.

Estadísticas vitales.

Fecha

Nombre del niño

Fecha de nacimiento del niño

Raza Sexo

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial.....

Relación.....Madre.....Padre.....Otra.....

Ocupación del padre

Ocupación de la madre

Dirección del niño

¿Con quien vive el niño?.....

Médico actual del niño

¿Quién recomendó al niño?.....

Queja principal

¿Qué le hizo traer a su hijo al dentista?.....

Historia de los padres

Si No

	Si	No
¿Lleva usted dentaduras postizas?	.....	.....
¿Lleva su cónyuge dentaduras postizas?	.....	.....
Si contestó afirmativamente a las anteriores		
¿A qué edad le extrajeron sus dientes?		
¿Y los de su cónyuge?		
¿Por qué le extrajeron los dientes?		
¿Por qué le extrajeron los dientes a su cónyuge?		
¿Tiene usted lo que se llama dientes blandos? .....	.....	.....
¿Los tiene su conyuge? .....	.....	.....
¿Son o han sido sus dientes o los de su conyuge grisáceos, amarillentos o parduscos? .....	.....	.....
En caso afirmativo, explique		
Se desgastaron sus dientes excesivamente .....	.....	.....
	Si	No
¿Los de su conyuge? .....	.....	.....
¿Tiene usted o su cónyuge miedo a una visita al dentista? .....	.....	.....
Historia Prenatal		
¿Ha tenido usted alguna enfermedad durante el embarazo? .....	.....	.....
En caso afirmativo, de que tipo y cuándo		
¿Estuvo bajo terapéutica medicamentos durante el embarazo? .....	.....	.....

	Si	No
¿Tomó antibióticos durante el embarazo?
En caso afirmativo, enumere qué medicamentos		
¿Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó esto?		
¿Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio durante el embarazo?
¿Existe incompatibilidad sanguínea entre usted y su conyuge?
¿Le ha dicho su médico que es usted Rh negativa?
¿Tomo usted tabletas de fluoruro o existía fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo?
Historia natal		
¿Fue prematuro su hijo?
¿Tenía escorbuto al nacer?
¿Le hicieron transfusiones de sangre?
¿Fue un bebé "azul"?
Historia posnatal y de lactancia		
¿Tuvo convulsiones durante la lactancia?
¿Fue amamantado?
¿Durante cuánto tiempo?
¿Se le alimento con biberón?
¿Durante cuánto tiempo?
¿Le administraron suplementos de fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u		

	Si	No
otros minerales?
En caso afirmativo explique		
¿Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas?		
¿Durante cuánto tiempo se le administraron?		
¿Con qué frecuencia?		
¿Chupóchupetes de azúcar?
¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia?
En caso afirmativo, enuméralas		
¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)?
¿Sufrió dolores en las articulaciones? (dolores del crecimiento)
¿Ha tenido diabetes?
¿Ha tenido afecciones renales?
¿Ha tenido afecciones del corazón?
¿Le dijo algún médico que su hijo estaba ané- mico?
¿Recibió su hijo antibióticos?
¿A que edad y durante cuánto tiempo?.....		
¿Qué antibiótico se le administró?		
¿Tuvo su hijo dificultades para poder caminar?
¿Sufrió alguna operación en la lactancia?

En caso afirmativo, ¿Por que razón?

Si No

¿Se ha roto su hijo algún hueso?

¿Cómo ocurrió?

¿Sufre frecuentemente accidentes menores y

heridas?

¿Existe en su hijo algo que se salga de lo

corriente?

En caso afirmativo explique

¿Consideraría a su hijo enfermizo?

¿Por qué?

¿No suda su hijo cuando hace calor?

¿Tiene alguna incapacidad o enfermedad fi-
sica o mental?

En caso afirmativo explique

¿Toma su hijo golosinas entre las comidas?

En caso afirmativo, ¿qué tipo de golosina?..... ..

¿Sufre frecuentemente dolores de dientes?

¿Sangran sus encías con facilidad?

¿Ha dañado alguna vez sus dientes delante-
ros?

¿Le salen erupciones fácilmente?

¿Es alérgico a algún tipo de comida, anestó-
sicos locales, penicilina u drogas?

	Si	No
¿Sufre asma?
¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta?
¿Le salen fácilmente moretones?
¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico?
¿Se chupa constantemente el pulgar o el dedo del pie?
En caso afirmativo, ¿Cómo hace esto?.....		
¿Tiene problemas para hacer amigos?
¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?
¿Tiene hermanos o hermanas?
En caso afirmativo, ¿Cuáles son sus edades?.....		
¿Tiene problemas para estar a la par de su clase?
¿Teme al dentista?
En caso afirmativo, ¿sabe usted por qué?		
¿Ha ido anteriormente al dentista?

Cuando el paciente presenta un hábito oral podemos seguir el siguiente esquema de Historia Clínica.

Nombre del niño.....Diminutivo.....

Edad.....Sexo.....

Tipo de Hábito.....

Alimentación infantil.

a) Pecho.....¿por cuánto tiempo?.....

¿Cuándo se lo pasó a la mamadera?.....

b) Mamadera.....¿Cuánto se lo pasó a la-

taza?

Hábito de sueño:

a) Siestas, regularidad, duración, etc.....

b) De noche, cantidad de horas, frecuencia de la -
interrupciones, normalidad etc.....

Temores desusados.....

Hábito y adiestramiento de esfínteres.....

Condiciones en el hogar:

a) Hermanos: número y edad.....

b) Temperamento de la madre

c) Temperamento del padre.....

d) Otras personas en el hogar.....

e) Ocupación del padre.....

Adaptación escolar:

a) Dificultades sociales.....

b) Hábitos de juego.....

c) Dificultades de aprendizaje.....

Salud general del niño:

a) Enfermedades principales de la infancia.....

.....

b) Número de resfrios y trastornos menores de la -
infancia.....

c) Frecuencia, persistencia, intensidad.....

.....

¿Qué métodos han sido utilizados para quebrar el hábito?.....

.....

¿Ha sido el niño retado por el hábito por la familia o por ex--
traños?.....

Hábitos similares o historia de hábitos en otros miembros de la
familia.....

¿Actitud hacia la terapéutica?

a) ¿Quiere el niño interrumpir la terapéutica?.....

b) ¿Quieren los padres que se le haga un aparato?...

c) ¿Conoce el niño el propósito de la visita?.....

Comentarios adicionales:

Fecha de terminación.....

C A P I T U L O I V

CLASIFICACION DE LOS HABITOS

Los podemos clasificar según el lugar donde se rea-

lizan en:

I. - HABITOS DE PRESION.

1) SUCCION

a) Succión del pulgar.

b) Uso prologado de chupetes y biberones.

2) Hábitos de los Labios.

a) Succión.

b) Mordida.

3) Hábitos de la lengua.

a) Empuje lingual.

b) Habito de deglución.

c) Empuje del frenillo.

4) Hábitos de Malas posiciones.

a) Hábito de postura.

II. - HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

III. - HABITOS MASTICATORIOS.

a) Onicofagia.

b) Abertura de pasadores de pelo.

c) Bruxismo.

IV. - Hábitos psicológicos.

a) Automutilación.

I.- HABITOS DE PRESION.

1.- Succión.

a) SUCCION DEL PULGAR.

Al nacer el niño ha desarrollado un patron reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de Succión, incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Evidentemente el patron de succión del niño responde a una necesidad, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido (mamadora) o con demasiada tensión presenta durante el acto de lactancia. El hambre actuaría como estímulo y la succión del dedo sería la respuesta.

El niño de corta edad se halla en la "fase Oral" - del desarrollo de la libido, durante la cual la boca es fuente de todos los conocimientos y placeres.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la ne-

cesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran este como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

También puede ser manifestación de inseguridad, el niño puede tener temores desusados como a la obscuridad, a la separación de los padres, o a los animales o insectos.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquellos que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lambidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación desagradable lo escupe y muestra su desagrado contorcionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.

Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de la dentición mixta (de los 6 a los 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes.

Salzmaun cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares superiores e inferiores y sobre los arcos dentales, incluida la oclusión dental, depende de una canti-

dad de factores. Estos factores incluyen la frecuencia con que se practique el hábito, la duración de este, el desarrollo óseo la dote genética, el estado de salud del niño y otros más, también importantes.

En un estudio de 413 niños con mal oclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de 4 años. Se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar era factor causal en la producción de una mala oclusión, en especial de clase II

Cumbey cree que la succión prolongada del pulgar - después de los 4 años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar como consuelo y compensación.

Debe recalcarse que el desplazamiento de piezas y la inhibición de su erupción normal puede prevenir de dos fuentes.

- 1) De la posición del dedo en la boca, y
- 2) De la acción de palanca que ejerce el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que quiera si, - además de succión, presiona contra las piezas.

El mal alimento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Este aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida, puede resultar una - - inclinación lingual y un aplanao de la curva de Spee de las - -

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

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

La mordida puede crear problemas de empuje lingual y dificultades en el lenguaje.

En músculo mentalis se puede contraer marcadamente lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores, superiores, no en labial como es común. Este aumenta la sobremordida horizontal o inicia un círculo vicioso que perpetua la mordida abierta y la protusión labial superior.

Es recomendable investigar si el hábito de succión del pulgar se debe a tres causas, pues muchas veces, los niños-

con respiración bucal colocan el dedo entre los dientes para facilitar el paso del aire por la boca manteniendo los maxilares separados y descansando sobre el dedo o los dedos introducidos en la boca.

También el hecho de que un niño haya desarrollado una mala oclusión de segunda clase, primera división, y casualmente también succione su pulgar, no justifica la conclusión de que succionar el dedo, por sí solo produjo la mala oclusión de segunda clase. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a este respecto.

Algunas veces el hábito está asociado con perturbaciones del sueño, tics nerviosos y otras manipulaciones como arrancarse el pelo, acariciarse los órganos genitales, tirarse de una oreja, introducirse algún otro dedo dentro de la nariz, tallarse la piel con alguna manta, etc.

Aunque el odontólogo es con frecuencia el primero, y en algunas veces, el único consultado respecto del hábito, la succión del pulgar no suele ser un problema odontológico. Pero es obligación del odontólogo buscar evidencias del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles; si el hábito no fuese abandonado y, en casos elegidos, intenten ayudar al niño a superar el hábito. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto, como algo masticable.

Hablando con el niño y con los padres, a menudo el odontólogo podrá establecer si el hábito esta relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío; se es adquirido por imitación; o si es el resultado de un problema emocional complejo.

B) Uso Prolongado de Chupetes y Biberos.

Para los bebes, ni alzarlos en brazos ni darles de beber agua azucarada logran calmarlo tanto como el chupe. Su agitación disminuye tan pronto como comienza a succionar la suave goma.

Pasada cierta edad el chupete es dejado de lado y las personas buscan otros métodos para calmarse.

Si bien es indiscutible que el chupete tranquiliza a los pequeños son muchos los médicos que se pronuncian en contra de su uso: Una de las principales objeciones que siempre se han hecho al uso del chupete; es de que se trata de un objeto antihigiénico y de un receptáculo de todo tipo de gérmenes.

Además el uso prolongado de chupetes y biberones constituyen una causa muy importante de anomalías de los dientes y de los maxiliares así como también de los tejidos blando; generalmente las anomalías son: Presionan la curva de la bóveda palatina y aplasta las fosas nasales, con lo que perjudica la respiración;

deforma gradualmente los arcos dentarios provocando Prognatismo alveolar retrognatismo inferior, hipotonicidad del orbicular de los labios.

En los últimos años se ha prestado mucha atención al problema de alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales.

La lactancia artificial va íntimamente unida a la deglución anormal por persistencia de la forma visceral de declusión que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los bordes alveolares) pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores). Se aduce que, con el uso de biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y periorales no actúan como debe ser. Con la introducción de la electromiografía se han podido estudiar las contracciones musculares y se sabe cuáles son los músculos que deben intervenir en la lactancia, deglución y masticación. En el niño lactante la actividad es casi exclusiva del orbicular y músculos mentonianos; con la aparición de los dientes y la consiguiente masticación, se contraen los músculos masticadores. En el niño alimentado con biberones la actividad muscular no es normal y se acostumbra a una deglución anormal. Por esto se han ideado biberones especiales que imitan en lo posible al

pezón materno, para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales. Los más conocidos son los "Nuk Sauger", de la casa Roky Mountain, que ha sido introducido a la profesión -- después de un largo y cuidadoso estudio de las condiciones de -- lactancia natural.

Al niño alimentado con los biberones funcionales -- se le debe agregar el uso de chupetes de entretención especiales, o ejercitadores, que lo acostumbrara a colocar normalmente la -- punta de la lengua y así podrá pasar sin problemas a la deglu -- ción adulta o somática cuando los dientes hagan su erupción.

Sin embargo, estudios cinefluorográficos muy re -- cientes de niños con alimentación directamente de la madre han -- vuelto a poner en duda si los chupetes clásicos son tan perjudi -- ciales como se creían en los últimos años. La conclusión que pue -- de sacarse es que lo ideal es la alimentación materna y cuando -- la lactancia sea artificial debe tenerse mucho cuidado en la for -- ma en que el niño coloca la lengua, para que si ésta no es nor -- mal enseñarle a usarla después y en la forma debida por medio de fáciles ejercicios cuando hagan erupción los dientes. Para esto -- es muy valioso la colaboración de los especialistas en foniatría que darán las normas para seguir.

2) HABITOS DE LOS LABIOS

a) SUCCION LABIAL.

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

El más perjudicial es el de colocar el labio inferior hacia adentro, mordiéndolo con los incisivos superiores e inferiores, originándose un prognatismo más o menos acentuado. Los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción. Si existe protusión, es necesario corregir el hábito lo antes posible tratando de ganar la buena voluntad y cooperación del niño.

La terapéutica muscular es la más eficaz.

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales. Tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores. Sostener un papel con los labios, colocarlos en la posición de tocar trompeta, etc.

Los castigos son considerados contraproducentes.

Como ya vimos, muchas veces este hábito acompaña a

los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los dos arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal.

3) HABITOS LINGUALES.

a) Empuje Lengual.

Empujar la lengua contra los incisivos es uno de los hábitos que originan más trastornos en la dentición. Estos consisten en la protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, mordida abierta anterior y ceceo.

Es frecuente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando se proyecta la lengua hacia adelante. La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior.

Si embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión ligal produce la mordida abierta o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores o inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido.

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

Gellen observó que si una mordida abierta tiene su origen en la dentición temporal y después se cierra espontáneamente, el cierre inicial suele comenzar hacia los 10 años en el 90 % de los niños.

Así, el odontólogo podría estar justificado en esperar hasta el décimo cumpleaños del niño antes de tomar medidas concretas, activas, para corregir la mordida abierta anterior.

b) HABITOS DE DEGLUCION.

Straub describió como acto normal de la deglución - aquel en el cual los músculos de la masticación se emplea para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos - así durante todo el proceso. La deglución típica se produce - con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar, la lengua puede funcionar mejor cuando su - punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normal

mente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios, si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero, la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua, en la mayoría de los casos, solo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros, además de la punta interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior. Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos en la de sueño dependiendo la frecuencia de la saliva.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente al paciente, se colocaran los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que de-

gluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae. - Si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

La deglución visceral (infantil), descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pauta refleja congénita. El bebe deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, - el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos innervados por el quinto par entran en acción. Una demora de este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamadera o el uso de pezones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos. Los pacientes que conservan su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión. El pronóstico en estos pacientes, aún con corrección ortodóncica de la mordida abierta, es pobre.

c) EMPUJE DEL FRENILLO

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

probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábitos que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

Un paciente hacia alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un buen descanso.

4) HABITOS DE MALAS POSICIONES.

a) HABITOS DE POSTURA.

Son aquellos que provocan una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Como durante el descanso se cambia de postura con frecuencia este hábito acarrea influencias perniciosas recién cuando es ejecutado con regular intensidad, y duración. Entonces se produce una deformación del segmento bucal del maxilar. Los malos hábitos al dormir se presentan generalmente en los niños de edad pre-escolar. Es a los padres a quienes corresponde observar las posiciones de los niños durante el descanso pudiendo así idear algunas mediadas que los ayuden a corregirse.

Los hábitos de postura son muy raros, y deberá formularse su diagnóstico, o tratarse por separado. En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica.

Las presiones ejercidas sobre los maxilares por posición inadecuada de la cabeza durante el sueño, por colocar --

más almohadas de lo debido, o por posición boca abajo, pueden desviar el maxilar inferior (laterognatismo) y ocasionar anomalías de la oclusión en los sectores posteriores de los arcos dentarios. Pueden producirse deformaciones, sobre todo en maxilares muy maleables, en individuos raquíticos, etc.

Un aparato ortopédico que produce hábito de mala posición sería el braguero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis.

II. HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

La respiración bucal ha sido un tema largamente debatido como causa de la maloclusión. Ya no se duda que es el resultado de la maloclusión. Howard, en un estudio de 500 casos de nariz y garganta, documentó en el grupo de 159 respiradores bucales que 94 (aproximadamente sesenta por ciento) tenían maxilares y oclusión normales. No es posible decir siempre si la respiración bucal causa protusión de los dientes, o si los dientes protruidos son, aunque indirectamente, resultado de la respiración bucal, pero nosotros sabemos ciertamente que cuando los dientes protuyen hay una mayor oportunidad para el ingreso de aire através de la boca y el hábito de la respiración bucal se establece fácilmente.

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Por lo regular se presenta en los niños de 5 a 15 años de edad. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

1) Por Obstrucción.

2) Por Hábito y

3) Por anatomía.

1) Por Obstrucción:

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

Hay un cierre oral posterior por el ingreso del aire dentro de la faringe y en los pulmones, que es formado por la lengua al rozar el paladar blando. Esto puede excluir todo el acto de la respiración bucal que comienza con la rotura del cierre anterior oral (los labios) inducido por los dientes protrusivos y esto puede proporcionar una respuesta al porqué los jóvenes parecen tener tantos problemas resultantes de este hábito.

2) Por Hábito

Aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a respirar por la boca el niño lo sigue haciendo por costumbre .

3) Por Anatomía.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde al niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de un tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- 1) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado;
- 2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal,
- 3) Adenoides agrandados. También sabemos que si el pase nasal está parcialmente o definitivamente cerrado por adenoides, el niño se ve forzado a respirar através de la boca. La respiración bucal significa la ruptura del contacto oclusal, una separación

ción de los labios y la pérdida de la influencia limitada sobre los incisivos superiores. Es problemática aducir que el crecimiento de las adenoides, el espacio libre para las vías nasales la corrección de la protusión y, si es posible, la restauración de una función labial normal.

4) Las amígdalas han sido también culpables o productoras al menos con influencias del desarrollo de ciertos tipos de maloclusiones. Las amígdalas enfermas deben ser removidas - desde un punto de vista de salud general aun sin observar el efecto sobre los dientes y el desarrollo de los maxilares. Es in cuestionable que producen respiración bucal cuando están aumenta das y doloridas. Se puede dudar, como Howar mostró en un estudio de quinientos casos de amígdalas, si la amígdala es un factor - importante de la producción de la mesioclusión. El encontró veintiuna de ese tipo en el número examinado. El dolor y el aumento de las amígdalas causará en el paciente la apertura de la boca, - protuyendo ligeramente la lengua, para aumentar así el espacio - de la región amigdalina. De esta manera puede iniciarse una mesioclusión Clase III, especialmente si el paciente crea un empuje hacia adelante. Se ha pensado que las amígdalas enfermas producen la respiración bucal y la respiración bucal a su vez producirá un tipo definido de maloclusión - distoclusión Clase II División I. Estas dos formas de razonamiento son un poco antagónicas. En la Clase III, se supone que la mandíbula se desarrolla-

hacia adelante y en la Clase II se supone que hay una acción inhibitoria del crecimiento hacia adelante o posición, con su resultante distoclusión. En los quinientos casos, Howar encontró solamente veintitrés casos de distoclusión, alrededor del 5 por ciento.

5) Senos Nasales. Desde hace mucho tiempo se reconoce que hay una relación entre maloclusión de los dientes y senos nasales. Han habido sin embargo, algunas desavenencias en lo que respecta a la relación de uno con el otro. Considerando la etiología de la mala oclusión hemos aprendido que los tipos definidos de maloclusión pueden resultar, por lo menos en parte, de la respiración bucal. También hemos observado que ciertos tipos de maloclusión invariablemente están asociados con ciertos tipos de deformaciones nasales, y ninguno mejorará extensivamente, a no ser que se correlacione el tratamiento.

6) Tejido Linfoide. Existen cantidad de personas que sufren de la respiración bucal indudablemente causada por la hipertrofia del tejido linfoide en la nasofaringe, pero también quien con la renovación del tejido linfoide, continúa respirando a través de la boca. Esto se debe a la acción anormal de los músculos durante el tiempo en que el individuo era un respirador bucal, produciendo un hábito con condiciones favorables para la maloclusión.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamen

te hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Nos encontramos así confrontándonos con la siguiente pregunta: "¿Qué beneficio se puede esperar de la corrección de la maloclusión en lo que concierne al área nasal?"

Es bueno recordar la anatomía de las partes concernientes, pues la simetría de la cara, de la que resulta la asimetría de las vías nasales y un septum desviado, puede ser debida a la presión intrauterina durante el período precoz del desarrollo embrionario. La asimetría de los cornetes produce la asimetría del septum aun cuando la situación anatómica puede ser todo lo que uno desea; hay una posibilidad posterior que las características hereditarias de la forma facial puedan ser factores importantes en el tamaño de las vías nasales y la posición del septum. Las cavidades oral y nasal, así como se encuentran en el adulto, fueron en un tiempo una cavidad común, que puede ser descripta desde un punto de vista embriológico, constituyendo una abertura única en la porción terminal anterior del conducto alimenticio conocido como el estomodeo. En la vida embrionaria, hay una sola cavidad sin ninguna estructura de separación, en otras palabras, antes --

que el tejido duro y blando del paladar separe la porción nasal de la cavidad oral.

El primer arco branquial y los procesos frontonasales juegan un papel de mucha importancia en el desarrollo de las partes nasal y oral. El primer arco branquial se divide en dos partes, la porción mandibular en la parte inferior, y la porción maxilar en la parte superior, que crece de la parte superior a ambos lados derechos e izquierdos del arco mandibular, uniéndose finalmente con el brote frontonasal en la región del labio o del borde alveolar. Desde la parte posterior interna del primer bronquial crece un reborde o vástago, que se une en la línea media -- que forman el paladar duro y blando. La formación del paladar -- duro y blando separa la cavidad oral de la nasal.

El séptum nasal crece hacia abajo desde la base del cráneo. En el condrocáneo existen estructuras cartilaginosas que -- contribuyen a lo que es conocido en la vida más tarde como el séptum nasal.

Desde la lámina horizontal del etmoides hay una lámina perpendicular del mismo que crece hacia abajo dentro de la cavidad nasal hacia la línea media o la unión del paladar duro. Desde la base del hueso esfenoides se encuentra otra estructura cartilaginosa que crece hacia adelante, que se conoce por el vómer cartilaginoso que luego es reemplazado por huesos intramembranosos --

desarrollando en el lado derecho e izquierdo del cartilago. Asociado con la lámina perpendicular del etmoides y el vómer hay un cartilago triangular que completa en época posterior de la vida lo que se conoce como el séptum nasal. El crecimiento hacia abajo de la lámina perpendicular del etmoides y el vómer sucede prescindiendo del desarrollo de las partes medias laterales de la cavidad nasal. Ello ocurre sin la intervención del desarrollo del piso de la nariz; este factor deberá mantenerse en la mente si se considera la relación en la deformación de la fosa a la maloclusión. Cuando el séptum nasal crece hacia abajo del condrocráneo, la lámina horizontal del hueso maxilar superior que ha sido desarrollada en el brote maxilar del primer arco branquial, crece hacia la línea media y las estructuras se unen en la línea media formando el piso de la nariz; la nariz es dividida por el séptum nasal en las ventanas derecha e izquierda de la nariz. Se podrá observar que el paladar duro, o bóveda de la boca, también forma el piso de la nariz; que las ventanas derecha e izquierda de la nariz están echas por la lámina perpendicular del hueso maxilar superior o los procesos nasales del hueso del maxilar superior, mientras que la pared lateral superior de la nariz está formada por las masas laterales del etmoides.

La bóveda de la nariz se forma con la lámina horizontal del etmoides, una pequeña porción del hueso frontal y el cuerpo - esfenoides. La cavidad nasal está completamente rodeada por una

estructura ósea separada por el séptum nasal en ventanas derechas e izquierda de la nariz. El séptum nasal es primariamente de origen cartilaginoso y es remplazado por una estructura ósea. Fisiológicamente, el séptum nasal no tiene nada que ver con la respiración. El vómer fue originariamente un soporte óseo o sostén dentario y fue adosado en la cavidad nasal durante el proceso de evolución.

Cuando, después, estudiemos este problema, encontraremos que los factores que afectan el desarrollo de las paredes laterales y el piso de la cavidad nasal no afectan necesariamente el séptum. Como resultado de ello, hay ciertos tipos de maloclusión en los cuales la cavidad nasal no se desarrolla tan rápidamente como debería. El séptum nasal continúa su crecimiento hacia abajo, cuando se encuentra con la resistencia del peso de la nariz se hace desviado. La distancia entre el piso y la bóveda de la nariz depende del desarrollo de las paredes laterales de la nariz, parte del hueso del maxilar superior. Por lo tanto, todo lo que interfiera con el desarrollo del hueso maxilar superior puede causar un acotamiento entre el piso y la bóveda de la nariz. El séptum nasal se verá obligado a ocupar un espacio menor del que intenta originariamente.

Cráneo fetal. El hueso séptum o séptum nasal está ceñido en las paredes ósea de la cavidad nasal; la bóveda de la boca es comparativamente plana; el proceso alveolar está cerca de la cavidad orbital. Por lo tanto, debe haber un gran aumento en la distancia entre el piso de la cavidad orbitaria y el proceso alveolar, a-

medida que el individuo se desarrolla. El cornete inferior está muy cerca de la bóveda de la boca o piso de la nariz, con el resultado de que, a medida de que el niño crece, la cavidad nasal aumenta en largo, especialmente entre el hueso cornete inferior y el piso de la nariz. El último es llevado hacia abajo por el desarrollo de las paredes laterales y se hace un espacio para el séptum nasal.

Ha sido estimado que la corrección de la maloclusión produce un efecto benéfico sobre la deformación o poco desarrollo de la cavidad nasal. El ortodoncista hará bien en observar radiográficamente la forma y desarrollo del área nasal antes de instituir el tratamiento y hacer placas frontales de la cabeza a través del tratamiento como una investigación clínica, en un esfuerzo de mejorar nuestro conocimiento de este campo exigido. La corrección de la malaoclusión en un niño, cuando el arco maxilar dental no se ha desarrollado apropiadamente, puede ser beneficiosa. En gente adulta, que sufre de estenosis nasal, en la cual hay, pues, espacio insuficiente en la cavidad nasal, especialmente en la dirección lateral, se dice que han sido beneficiados por la expansión del arco dental, esto es, aumento del espacio nasal y permitiendo una respiración más normal.

Han sido documentados casos en los cuales la porción inferior del hueso maxilar y la cavidad nasal han sido cambiados de

forma, por la presión ejercida sobre los dientes y a través de ellos en el hueso mandibular. La idea fué cambiar la forma de la bóveda de la boca por la presión mecánica directa. Este tratamiento estaba basado en la idea de que la sutura media el lado derecho e izquierdo de los huesos maxilares puede ser abierta por la presión y la expansión lateral de la cavidad nasal es el resultado de esta apertura.

III.- HABITOS MASTICATORIOS

Los hábitos de succión se encuentran en los niños de corta edad, mientras que los de masticación son frecuentes en los adolescentes. Por lo general, los primeros persisten durante unos años hasta derivarse en los segundos.

El masticar el lápiz puede perjudicar el Periodoncio; el usar como palanca el lápiz, o la pipa si se trata de un adulto, puede originar el movimiento de uno o más dientes. La mejor terapéutica es el autocontrol.

El aspecto más importante de este problema reside en que el hábito ha sido adquirido como una ayuda para aliviar la tensión interior, por lo que la educación de los padres, junto con su acercamiento espiritual es el mejor tratamiento.

a) ONICOFIGIA MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la

succión es el de morderse la uñas. Frecuentemente, el niño pasa directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Roer las uñas indica tensión psicológica causada por dificultades inminentes, temor a los castigos u otro tipo de excitación.

Un filme emocionante o una historia de "suspenso", por ejemplo, son estímulos muy eficaces para el niño habituado a roer las uñas. Cuando está ocupado en una tarea agradable, que no le produce tensiones, el hábito es olvidado temporalmente. Esto significa que el niño sólo se entrega a la onicofagia en situaciones que implica pérdida del autocontrol. Por esa razón los niños generalmente muy nervisos son más propensos a roerse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar -

que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes lo rodean. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, rapé, lápices, gomas de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

b) ABERTURA DE PASADORES DE PELO.

Otro hábito nocivo, que fué común entre las mujeres-adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad, para abandonar el hábito generalmente solo hace falta llamar constantemente la atención sobre los efectos nocivos de este.

c) BRUXISMO.

El bruxismo que suele considerarse un hábito bucal en los niños, es un desgaste, frotamiento o rechinamiento de los dientes, de carácter no funcional. Reding y colaboradores informaron que un 15% de los niños y adultos jóvenes de su grupo

de estudio practicaban algún grado de bruxismo. El hábito se practica con mayor frecuencia de noche, durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el paciente está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia; y se mantiene por un periodo prolongado, puede provocar la abrasión de tanto, los dientes temporales como los permanentes.

Cuando la practica consiste en la edad adulta, el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la Articulación-Temporo Mandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la obscuridad talvés tengan una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables. El hábito podrá continuar consciente o inconscientemente por un periodo indefinido. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa. Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenante del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa. Por lo tanto, el ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias. Sheppard recomendó la construcción de una placa palatina, la que permite la erupción continuada de los dientes posteriores. Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito.

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

IV.- HABITOS PSICOLOGICOS.

a) Automatización.

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. Plessett informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de 9 años, que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produzca automutilación con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto, las lesiones autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe de hacer un intento por determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido.

Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá dirigir la fa-

milia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces a punto de destruir el hueso alveolar. Una niña de 14 años se provocó el denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores. Para lo cual empleo la uña y un alfiler de gancho. Además, se mordió la cara interna del carrillo y se produjo grandes zonas de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de su boca, pues la hija no les había revelado que se las había causado por sí sola. La historia reveló una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y la escuela. La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes. Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

C A P I T U L O V

MÉTODOS PARA ELIMINAR LOS HABITOS NOCIVOS.

a) Métodos Psicológicos utilizados para educar al niño.

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza. Algunos ortodoncistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico-herencia genética y estado de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra con el caso de una niña escolar de diez años, que chupaba el pulgar y al

mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto se continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, esta perdió los deseos de chuparse el pulgar, y así se terminó con el hábito.

Sin embargo existen otros métodos, menos drásticos, igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan "mayor" que, naturalmente, no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en "el registro de nuestro consultorio". Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper el hábito.

Otro medio sería; entregarle varias tarjetas con los días de la semana, e indicarle que ponga una cruz cada vez que realice el hábito en el día.

En dos semanas observaremos la tarjetas; si vemos que las cruces disminuyen al lo largo de la semana, se reforzará al niño dándole un premio, y si por lo contrario están aumentando-

se le reprenderá.

Naturalmente el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

- 1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas)
- 2.- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito

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

B). METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algun medio un guante a la muñeca de la mano afectada; o en casos extremos enyesar el brazo a la altura del codo por dos o tres semanas. Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común. Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otros, aún más nocivo

La actitud de los padres durante este tiempo de procedi-

miento es de innegable importancia. Si exigen al niño una perfección que este no pueda lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

En realidad es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.

C) USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS.

La mayoría de los instrumentos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de este, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un "niño nervioso". En estos casos, el costo de la curación es demasiado elevado.

C A P I T U L O V I

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS ORALES

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante. Los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar razongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareños antes que el niño pueda superar el hábito.

Los métodos correctivos que emplean castigos, tales como atarles las mangas, poner sustancias amargas en los dedos, o burlarse de ellos, son ineficaces y tienden a fijar aun más el hábito. La mejor terapeutica es la educación y comprensión de los padres. Así como también sería el proporcionar al niño medios para que esté activo y ocupado. Colocar objetos en sus manos, o colgarlos a adecuada distancia de sus ojos, de manera que pueda observarlos, son buenas actividades substitutivas.

Cumbey cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas tales como proporcionar al niño descanso y escapes por el juego,

TRATAMIENTO DE SUCCION DEL PULGAR U OTROS DEDOS.

Si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a la de

masticación. Se podría lograr una reorientación de la actividad de succión a actividades masticatorias. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto, como algo masticable. En niños mayores el empleo de ayuda visuales puede ser útil para mostrales como el hábito de succión del pulgar les perjudicará la boca si se mantiene.

Algunos odontólogos practican el siguiente enfoque: - si el niño quiere dejar el hábito; implicaba la cooperación de los padres y su consentimiento para ignorar el hábito y no mencionárselo al niño. En conversaciones privadas con el niño, el odontólogo discute el problema y sus efectos. Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleve el pulgar a la boca y que cada semana llame al odontólogo e informe de su progreso en la cesación del hábito. Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito es evidencia de que se progresa e indicio de que finalmente el niño lo dejará.

Una buena medida es la terapéutica ocupacional, que consiste en proporcionar al niño actividades manuales absorbentes. Si él está por ejemplo, jugando con barro, arcilla o plastilina, sus manos sucias evitarán la succión de los dedos. Además estos juegos tienen la ventaja de ayudar a descargar tensiones y ansiedades.

También se ha comprobado que para ayudar al niño a superar el hábito resulta útil una placa parcial removible que ten

ga una serie de ansas suaves colocadas por lingual de los incisivos.

Este aparato separa el pulgar del paladar; así, la succión no se produce y el acto es ineficaz.

Tenemos otros diseños de instrumentos reformadores como son:

Trampa con punzón.

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

Las trampas pueden servir para: 1) romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior; 2) Distribuir la presión también a las piezas posteriores; 3) recordar al paciente que está entregándose a su hábito, y 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

Trampa de rastrillo.

Las trampas de rastrillo al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las-

barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no solo la succión del pulgar, si no también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

TRATAMIENTO PARA EL USO PROLONGADO DE CHUPETES Y BIBERONES.

El chupete se debe considerar como un "accesorio de -- la cuna", aplicando este criterio, el pequeño se acostumbra a -- usarlo solamente cuando está acostado, pues como pasa casi todo el día en la cuna puede disfrutar de él todo el tiempo. Luego co mienza a levantarse para jugar y así se ve for zado a dejar el - accesorio". Cuando quiera recibir el chupete se verá obligado a ir a la cama. La alternativa es bien simple: o juega o va a la - cama. Poco tarda el niño en comprender que no vale la pena inte rrumper sus secciones de juego y optará por abandonar el hábito. Otra solución es proponer al pequeño el cambio del chupete por - algún regalo que el desee al cumplir años.

TRATAMIENTO DE LA SUCCION LABIAL.

LA TERAPEUTICA muscular es la más eficaz.

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores. Sostener un pa

pal con los labios colocarlos en la posición de tocar trompeta, etc.

Como ya hemos visto los castigos son considerados -- contraproducentes.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE LENGUA.

El tratamiento consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante el acto de deglutir. Se considera que los ejercicios musculares y la repetición del acto de tragar realizado con corrección son poco eficaces en los niños menores de 6 años, pues por su corta edad les es muy difícil controlar los movimientos de los labios y la lengua. Es eficaz en cambio en los adolescentes, sobre todo cuando existe ceceo, pues al ser consciente de que su dicción es distinta a la de sus compañeros por ser defectuosa, se propone voluntariamente colaborar en su reducción.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE DEGLUCION.

Andrews recomendó que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en cada mano y un espejo delante, se servirá un trago de agua, cerrará los dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá. -- Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progresa sin tropiezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastillas de -
 menta sin azúcar: se indica al niño que mantenga la pastilla con
 la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. -
 Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve-
 obligado a deglutir.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus mús--
 culos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de ---
 deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una -
 rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una "Valla" pa
 ra que recuerde la posición correcta de la lengua y le impide su
 protusión contra los incisivos.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE POSTURA.

Es a los padres a quien es corresponde observar las --
 posiciones de los niños durante el descanso, pudiendo así idear--
 algunas medidas que los ayuden a corregirse.

Para evitar malas posturas durante el dormir, debe en-
 señarsele al niño a hacerlo en varias posiciones y darle vuelta-
 ocasionalmete si tiende a quedarse demasiado en alguna de ellas.
 Un colchón firme, le permitirá cambiar su propia posición con --
 más facilidad.

La mano o el brazo deben ser retirados de debajo de la
 cabeza si se encuentran allí y si constantemente vuelven a esa -
 posición, debe usarse por un tiempo un cobertor del tipo "Sumggle
 Bunny" que permite bastante libertad de movimiento pero impide -

que la mano o el brazo sean llevados a la cabeza.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

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

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extrema o ejercicio físico. Massler y Zeemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se intruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz o lo hace con

gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rí-
nólogo para que este formule su diagnóstico y corrija la situa-
ción. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo, incluso -
después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que
la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corre-
gida con la ayuda de un protector bucal.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en -
la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para
evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. -
Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la ca-
ma, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante -
el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE ONICOFAGIA.

Entre todas las alteraciones del comportamiento el ha-
bito de roerse las uñas es, sin duda, uno de los más difíciles-
de combatir. Como en el caso de la succión de los dedos, mante-
ner al niño ocupado es una buena táctica. En las niñas mayores-
la vanidad suele ofrecer efectos sorprendentes. Así, regalar --
a una adolescente un estuche de manicura o un juego de uñas pos-
tizas para que ella misma cuide de sus uñas puede dar optimo re-
sultados.

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros-
objetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar gomas de mas-
car, cigarrillos, puros, rapé, lápices, gomas de borrar, etc.

Toda la terapéutica entre tanto, consiste en la remoción de los problemas que causan la tensión y que son los responsables del origen y la persistencia del hábito. En los casos emocionales más graves la psicoterapia se indica no sólo para el niño sino también para la familia.

La educación de los padres, junto con su acercamiento-espiritual es el mejor tratamiento.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE ABERTURA DE PASADORES PARA EL PELO

En las adolescentes basta con sólo hacer llamar la atención sobre los efectos nocivos que puede causar este hábito.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE BRUXISMO.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, que recubra las superficies oclusales, más 2 mm de las caras vestibular y lingual, para ser llevada sobre los dientes durante la noche.

La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al rotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

En pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las -

drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el hábito. No se pueden esperar cambios notables en pocas noches de medicación - con drogas tranquilizantes, pero en un periodo de varios meses es apreciable el progreso observado.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE AUTOMUTILACION.

El odontólogo debe tener conciencia en la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe hacer un intento para determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido. Sin embargo en la mayoría de los niños estará involucrado un problema emocional.

El tratamiento puede consistir en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

C A P I T U L O V I I

CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA.

Los aparatos pueden ser:

- a) Fijos
- b) Removibles

La elección dependerá de la edad del niño:

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

APARATOS UTILES PARA EL SUCCIONADOR DE DEDO

a) FIJO

Criba Fija.

Se hace una impresión de alginato en la primera visita - y se vacían modelos de yeso de la misma. A continuación se fabrica el aparato sobre el modelo para colocarlo en una visita subsecuente.

Podemos utilizar como pilares de soporte a los segundos molares disiduos superiores en los cuales pondremos Coronas de Acero Inoxidable o Bandas de Ortodoncia.

La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario, y se recorta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo.

El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivoclusal. A continuación se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o disto bucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y como se calibre 0.040. El alambre base en forma de U se adapta pasandolo medialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival.

Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha -

de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular. Recuérdese el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la 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 flúor 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 coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia, cerrando la coro-

na a nivel vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá preocuparse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. La mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal cinco o diez minutos después. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores -

restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño solo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide proporcione los mismos informes en casa. A los hermanos se les instruye de la misma manera.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro semanas, el aparato se debe llevar de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos.

B) REMOVILES.

Tomamos una impresión en alginato y la vaciamos en yeso. En dicho modelo procederemos a construir el aparato. Usaremos como pilares de soporte los segundos molares en los cuales podremos colocar ganchos de retención como:

a) Gancho Adams, es un alambre que contornea al diente escogido con acondamientos entrantes en mesial y distal aprovechando los espacios interdentarios y quedando por debajo del ecuador coronario. Es un medio de anclaje excelente y resiste fuerzas aplicadas sobre acondamientos en forma de gancho, e inclusive, la superposición de tubos.

b) Gancho de Abrazadera, formado por un alambre, 032 ó 036, que emerge de la parte mesial del primer molar, contornea

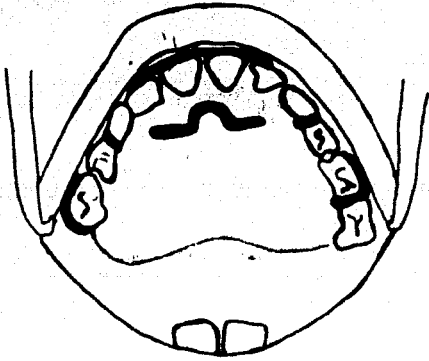
este diente y, al salir hacia la parte vestibular, se acomoda para pasar por debajo del ecuador de la corona, para luego volverse paralelo al borde gingival hacia la parte distal; también se puede hacer el gancho saliendo el alambre por distal y terminando en la parte mesial.

c) Gancho de Cabeza de flecha, es otro buen medio de anclaje; su construcción es más compleja, aunque actualmente las casas comerciales han producido unos alicates especiales para su confección. Va colocado también entre el espacio interdentario contra la papila gingival y por debajo del ecuador coronario de los dientes vecinos.

En dientes anteriores colocaremos una placa de Hawley, la cual va de canino a canino, se construye con un alambre # .032, se hace con alicantes de doblar alambre grueso. Para construir el arco vestibular se hace primero, una incurvación al extremo del alambre para que este quede mejor retenido en la pasta; el alambre sale luego al vestibulo, entre el canino y el primer, premolar y se le hace un acodamiento en forma de U de una altura que no sobrepase mucho el borde gingival; las dos ramas de la U deben quedarse paralelas y la anterior corresponde más o menos a la mitad de la cara vestibular del canino; en seguida se dobla en ángulo recto el brazo anterior de la U a una altura que corresponda aproximadamente a la unión de los dos tercios gingivales de las coronas de los incisivos con el tercio

inicial. A esta altura debe seguir el arco vestibular a lo largo de las caras vestibulares de los cuatro incisivos, sin que sea necesario adaptarlo perfectamente a todas las sinuosidades de vestibulo hasta llegar a la mitad mesodistal de la corona del canino del lado opuesto donde se hace otra U y el alambre vuelve a entrar a la parte lingual para quedar fijo en la placa por medio de otra curvatura del extremo del alambre.

A la altura de los caninos se coloca el asa una vez vez confeccionada al igual que los ganchos y el aparato Hawley se incrusta en la cera por medio de sus extremos, se enfrasca y se forma la placa con acrílico, siendo más indicado el transparente. Se puede usar, con idénticos resultados, el acrílico de polimerización inmediata, que no requiere encerado previo del modelo y curación al calor. Como estos aparatos se emplean mucho en la práctica ortodóntica puede recomendarse su construcción con acrílicos de polimerización inmediata, que facilitan y acortan su confección, y ofrecen las mismas cualidades de resistencia y duración que los de curación térmica.



APARATO REMOVIBLE

Util para el hábito de succionar el
dedo

APARATO UTILIZADO PARA EL EMPUJE LINGUAL.

Es una variante del aparato anterior, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución.

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

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

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evi-

ta la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución maduro es estimulado - por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a - su nueva función y posición.

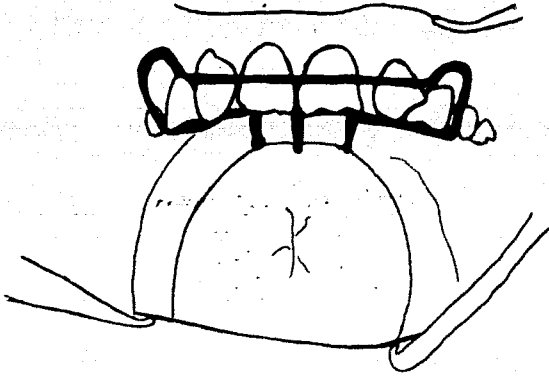
Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias y se corren con yeso. Se montan los modelos en un articulador. Los dientes superiores posteriores se recorren como en el aparato anterior. Se seleccionan las coronas - apropiadas y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos.

La barra lingual en forma de U, de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia el área de los caninos a nivel del margen gingival.

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

corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Un extremo de la criba será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza número 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extienda hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cúngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probarlo en el paciente.



APARATO REMOVIBLE

Util para el hábito de empuje lingual.

APARATO PARA LA SUCCION DE LABIOS.

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren en yeso. Para facilitar el manejo, los modelos pueden ser colocados en articuladores. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma descrita anteriormente. Se hacen coronas completas o se colocan bandas de ortodoncia sobre los dientes pilares.

Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labio lingual 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 iguales de los premolares. Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre (la porción

labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto el alambre base deberá ser doblado para tomar -- una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de -- las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm. -- para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A conti-- nuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de ace-- ro inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgada, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevandolo gingival-- mente 6 u 8 mm. A continuación este alambre se dobla y se lle-- va, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opues-- to y se suelda al alambre base.

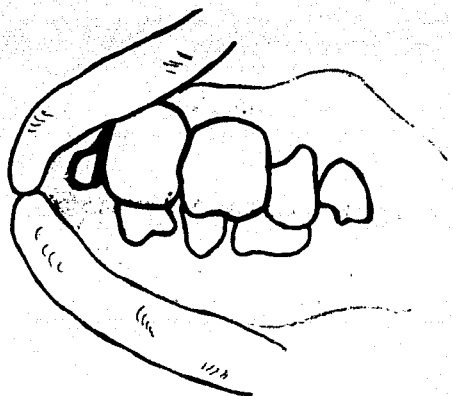
La porción paralela del alambre deberá estar aproxima-- damente a 3 mm de los tejidos gingivales. A continuación, se -- suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa -- todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclu-- sal. Después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cemen-- tado sobre los dientes.

La porción labial puede ser modificada agregando acrí-- lico entre los alambres de base y auxiliar.

Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas -- del labio inferior.

APARATO PARA EL RESPIRADOR BUCAL PROTECTOR BUCAL.

Este tipo de protectores se hace de Plexiglas de 1/16- a 3/32 de pulgada (1.56 mm y 2.34 mm, respectivamente) de espesor. Se ajusta al vestibulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector a las piezas se construye el protector sobre modelos articulados, manteniendo en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue-mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel sobre el Plexiglas. Al calentar el Plexiglas, se puede, con unas tijeras, cortar fácilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar el Plexiglas a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerse como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores. El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxilares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y superior, 1/16 pulg. (1.56 mm).



APARATO REMOVIBLE

Util para el habito de respiración
bucal

APARATO UTILIZADO PARA EL BRUXISMO.

Se usa un protector plástico de la mordida, de vinilo-que recubra las superficies oclusales de todos los dientes, - más 2 mm de las caras vestibulares y lingual, puede ser utilizado para impedir la abrasión continuada de los dientes .

Se ha hablado muy satisfactoriamente de la calidad protectora del material Acra -Vac para protectores bucales.

Este material se presenta en hojas de 5 x 5 de 0.4 mm de espesor. Se confecciona de medida el protector moldeándolo al vacío sobre un modelo de yeso piedra del arco superior.

Se coloca la hoja de material en la máquina del moldeado Acra -Vac, que ablanda el material con calor y lo adapta estrechamente al modelo yeso piedra seca de 3 a 5 minutos, mediante vacío. Después de enfriado el material, se retira del modelo - y se recortan los excedentes con tijeras fuertes. Se terminan - y se pulen los bordes con carborundo fino y pómez húmeda en rueda manta.

C A P I T U L O VIII

CONCLUSIONES

Se debe estar consciente que cualquier hábito oral puede perjudicar la salud dental futura del niño.

Tanto los padres como el odontólogo deben de poner especial empeño en descubrir el porque del hábito y tratar de poner los medios suficientes al alcance del niño, para que este pueda deshecharlos conscientemente y no crearle un problema psicológico posteriormente.

Es decir que no solo nos interese el dedo, ni el diente, ni un grupo de dientes. Sino el niño en sí; con sus sentimientos, su personalidad, con toda su potencialidad futura. Y no aislado sino, en un ambiente familiar y en un medio social.

Nuestro interes no solo debe tratar de corregir lo físico también lo psíquico. Porque: "Si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el Yo, toda la validez del proceso es dudosa".

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

ANDERSON G. M.
ORTODONCIA PRACTICA
EDITORIAL MUNDI

BARNETT
TRATADO DE LA OCLUSION EN ODONTOPEDIATRIA
PANAMERICANA.

BRANER JOHN CHARLES
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.

CHATEAU
TRATADO DE ORTODONCIA
TRADUCIDO AL ESPAÑOL POR:
AMACIO TOME HIDALGO Y JUAN UROSTIGUI
EDITORIAL MADRID.

FIN SIDNEY
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
INTERAMERICANA.

GRABER T. M.
ORTODONCIA.
INTERAMERICANA.

LEYT SAMUEL
TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA
EDITORIAL ODONTO.

MAYORAL JOSE Y MAYORAL GUILLERMO.
ORTODONCIA
EDITORIAL LABOR S.A.

Mc. DONALD RALPH E.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
EDITORIAL MUNDI.

MORRIS FISHER M.D.

ENCICLOPEDIA FAMILIAR DE LA MEDICINA Y LA SALUD

H.S. STUTTMAN Co INC. EDITORES NEW YORK.

ODONTOPEDIATRIA

ORTODONCIA TERAPEURICA

EDITORIAL MUNDI S.R.L.