

20/69

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES



IZTACALA - U. N. A. M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Hábitos Bucales Perjudiciales en la Niñez

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
CASTILLO RAMIREZ AMIRA MIRIAM

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO, 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

P R O L O G O

He escogido este tema porque considero - que es de gran importancia tanto para el cirujano dentista como para la población en general, - conocer los malos hábitos de los infantes, sólo así nos daremos cuenta de la gran importancia -- que tiene el prevenirlos y así evitarlos.

Generalmente no se le dá la debida atención necesaria, sino hasta que en la cavidad -- oral se han deformado la posición de los órganos dentarios, originando graves estados patológicos y desencadenando una mal oclusión que repercutirá más tarde en la estética del paciente, y puede determinar un daño permanente en todo el aparato masticatorio dejando a la persona con problemas dentales que posteriormente requerirán de un tratamiento más profundo por parte del cirujano dentista.

Los malos hábitos son ciertas costumbres que los niños adquieren muchas veces desde temprana edad y vienen llevando a cabo durante meses inclusive por años.

En nuestro tratamiento deberemos de actuar con gran cautela ya que debemos de considerar que si intentamos interrumpir bruscamente un hábito que ha estado activo por varios años podrá tener una gran repercusión psicológica en el niño.

Los conocimientos necesarios en odontología infantil son mayores que los requeridos para la práctica general, pues se trata de órganos -- que se encuentran en período formativo y sólo en los niños se encuentra este rápido crecimiento y desarrollo con modificación continua.

La odontología para niños tiende principalmente a prevenir contingencias no deseadas, -

es por lo que trabajar en niños es servicio de verdadera dedicación y es quizás de todos los servicios brindados por el odontólogo, el más necesario y el más descuidado, a pesar de su extrema importancia.

En muchas ocasiones el dentista por no realizar una buena historia clínica del paciente o bien por ignorancia deja pasar signos o síntomas de malformaciones incipientes o ya evolucionadas cuya etiología son hábitos perjudiciales.

Es por lo que una buena relación entre el dentista, paciente y padres es de suma importancia, ya que para el buen éxito del tratamiento de un hábito oral se requiere la ayuda y colaboración de estas tres partes, y cuando llega a fallar cualquiera de estas, el tratamiento por realizar se prolongará más tiempo del necesario o bien, no se llevará a buen logro.

Es por lo que consideré que la finalidad de esta tesis es poder mostrar la gran importancia que el cirujano dentista sepa reconocer y diagnosticar los malos hábitos en los niños, así como las malformaciones o repercusiones que dichos hábitos han causado en la salud bucal y general del niño, y a la vez el tratamiento correspondiente para dichos hábitos y así producir una estructura oral perfecta, metabólica, funcional y estética.

I N D I C E

Págs.

Prólogo.

Introducción.....	1
1) HABITO DE SUCCION.	
a) Succión Digital.....	8
b) Succión de Chupetes y Mamilas.....	25
c) Succión Labial.....	34
2) HABITOS LINGUALES.	
a) Lengua Protráctil.....	37
b) Hábito de Ceceo.....	45
3) RESPIRACION BUCAL.....	47
4) BRUXISMO.....	53
5) ONICOFAGIA.....	57
6) HABITO DE POSICION.....	60
7) HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRA-- NOS.....	63
Conclusiones.....	65
Bibliografía.....	67

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

Es importantísimo pensar y fijar la atención en los factores que pueden producir malos hábitos en los niños, antes de analizar una deformación bucodentaria, estudiar el tipo de hábito que la produjo e instituir un tratamiento.

El concepto actual de la Odontología -- para Niños, que es dar salud dental al niño en lo físico, emocional o psíquico y en lo social -- obliga al dentista especializado o general a ver cualquier problema del niño desde estos puntos de vista. Así, a un niño con un mal hábito oral, debe estudiársele emocionalmente si es posible, -- desde la vida intrauterina. Para esto, el odontólogo tendrá que trabajar de acuerdo con la opinión del psiquiatra, si el problema del niño es severo.

Actualmente se han empezado a hacer investigaciones acerca de la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño, a estos estudios se les ha dado el nombre de Psicología Prenatal.

Se toma en cuenta desde si la concepción ha sido deseada hasta cualquier trastorno que pudiera ocurrir durante el embarazo. Aunque consideremos un embarazo tranquilo, sin tensiones emocionales, siempre hay un golpe terrible del que ningún niño se salva y que se debe tomar en cuenta como factor fundamental para la iniciación de un hábito: el nacimiento.

Un gran porcentaje de nacimientos presentan problemas más o menos serios, muchos niños sufren al nacer, cuadros de apnea, hipoxia o as-

fixia después de un parto traumático. El niño - empieza a sufrir muchas veces por horas, antes - del nacimiento. La cesárea podría considerarse menos traumática para el niño que el parto, pero muchas veces, cuando hay necesidad de hacerla el feto ha sufrido ya mucho.

Durante la gestación, el producto está - en las mejores condiciones, de la madre toma -- todo lo necesario para desarrollarse y crecer, - hasta que viene el traumatismo del nacimiento. - El niño nace y empieza a tener necesidades, como es la alimentación, y vuelve a unirse a su madre a través de la lactancia. Sólo una parte del -- cuerpo del recién nacido percibe esa unión: la - boca.

La lactancia, que se efectúa por medio - de la succión, acto que el recién nacido efectúa a la perfección, es otro factor fundamental que se debe tomar en cuenta para la explicación de - un mal hábito oral.

Cuando el pecho es dado al niño friamente por la madre, la experiencia agradable de mamar varía en el niño, el lactante puede sentir - angustia. Un pecho dado con ternura, en completa entrega de la madre al hijo, causa al niño seguridad, tranquilidad y hasta euforia una acti-tud de rechazo por parte de la madre, es una buena dosis de estímulo emocional fuertemente nega-tivo, que ocasiona al niño un estado de angus- - tia. La actitud de la madre en el acto de la -- lactancia es tan importante como la calidad de - su leche.

La lactancia artificial puede ser perfec- ta desde un punto de vista químico, pero no como experiencia afectiva. Sin embargo, hay madres -

que pueden tener suficiente leche en sus senos - para satisfacer las necesidades nutritivas del niño, en los seis primeros meses de vida extrauterina, pero no hay la suficiente afectividad de parte de ella al hijo en el momento de la lactancia. Un biberón dado con verdadero cariño maternal, con entrega de la madre al hijo, vale más que una lactancia natural que no es dada con suficiente afecto. Así, una mala atención al niño de parte de la madre a la hora de tomar sus alimentos, ocasiona en él una frustración que puede irse agrandando cada vez más; al manejar el niño la succión perfectamente, succionando encuentra placer y consuelo, su dedo es llevado a la boca y se inicia el hábito.

El recién nacido necesita de atención esmerada por parte de la madre; cuando es el primer hijo, la mayoría de las veces la tiene, si las ocupaciones de la madre dentro o fuera del hogar se lo permiten.

Cuando es el segundo o tercer hijo, generalmente es menos atendido que los primeros, en este niño es fácil que se produzca un estado de tensión emocional que busque escape en un hábito oral, es fácil que niños en esta situación se succionen el pulgar u otros dedos. Puede ocurrir que el primogénito se sienta relegado a un segundo término a la llegada de un nuevo hermano, forzadamente tendrá que ser menos atendido pues dejará de ser el centro de la atención, pudiéndole ocasionar esto un estado de angustia más o menos grave, que pueda entonces buscar salida en un mal hábito.

Es frecuente observar a dos o tres hermanos con poca diferencia de edades y con un mismo hábito oral, succión del pulgar, succión del la-

bio, etc. En un caso así se puede pensar que los hermanos menores poseen el hábito por imitación, pero puede ocurrir que a todos les afecte el mismo problema emocional. Un estudio muy minucioso podría dilucidar la causa pero hay que tomar muy en cuenta el factor imitación. Hay una edad en que los pequeños son imitadores por excelencia, ésta fluctúa entre los nueve meses y el año y medio de edad del niño aproximadamente.

La falta de estabilidad en el hogar por tensiones de los padres, discusiones, pleitos, etc. asustan al niño provocando en él angustia e inadaptabilidad que puede refugiarse en el placer que le produce un hábito oral.

Se ha considerado al niño como "el representante de la tradición neurótica de la familia".

Va se ha mencionado que la succión es manejada a perfección por el recién nacido, succionar produce placer al niño, la sensibilidad de su boca es exquisita, cualquier objeto que la roce provoca el reflejo de la succión. Si succionando encuentra placer, es muy fácil explicar el porque pueda instituirse un hábito de succión si lo único que sabe hacer el recién nacido es eso precisamente.

La falta de experiencia de la madre con el primer hijo en el acto de la lactancia, puede ser motivo para la iniciación de un hábito de succión; en las primeras veces que le da el pecho al niño, no sabe calcular cuando éste ha quedado satisfecho y puede quitarle el pecho antes. En esta situación el niño desea seguir succionando y continúa haciéndolo con su mano. Esto mismo puede suceder cuando la leche de la madre es in-

suficiente.

También es posible el caso contrario, el niño ya ha quedado satisfecho, y no es retirado del pecho pero continúa succionando por mucho tiempo sin comer, únicamente por el placer que le produce el acto.

Destete.

Otra causa de gran trascendencia que hay que tener muy en cuenta.

No hay que considerar al destete únicamente como un simple cambio de alimentación. -- Para el niño es muchísimo más que eso, significa la pérdida de una gran seguridad y tranquilidad. El niño sigue teniendo unión con su madre después del nacimiento a través de la lactancia; -- esta unión se pierde con el destete.

Si no se ha tenido el suficiente tino y delicadeza para lograr esa separación de una manera sutil, el niño quedará frustrado, muchas veces ocurre que esa frustración encuentra consuelo y refugio en el placer que da al niño un hábito de succión.

En los primeros días de vida, en las primeras horas, la mayoría de las veces se inician los hábitos de succión; éstos son: succión del pulgar u otros dedos, succión de labio, succión de carrillo o de cuerpos extraños, almohadas u otros objetos, juguetes, chupones, etc.

Otro tipo de hábito puede iniciarse a -- una edad más avanzada, por ejemplo: respiración bucal, onicofagia, apertura de horquillas, hábitos de posición, hábito de andar con objetos du-

ros en la boca como lápices, palitos, golpearse los dientes con las uñas o con algún objeto, -- etc.

Algunos de estos hábitos se inician cuando algún hábito de succión ha sido roto brusca-- mente, el paciente se refugia en un nuevo hábito que puede ser más perjudicial que el que poseía al principio.

Hay que considerar sobremanera la acti-- tud de los padres ante el niño que se succiona - el dedo, el labio, etc., pues de eso depende muchas veces que un hábito que no era representati-- vo al principio de un conflicto, se haga un serio problema para él al despertársele un sentimiento de culpa, con una actitud de rechazo de los pa-- dres.

Generalmente al padre o a la madre no -- les preocupa la malformación que el hábito pueda hacer en la boca del niño, lo que les preocupa es lo mal que se ve el niño succionándose el dedo, - el labio, mordiéndolo tela, por ésta causa, antes - de consultar el problema con el Pediatra o el -- Odontólogo, la mayoría de las veces ya se ha tra-- tado de quitar el hábito de una manera brusca, -- al niño se le ha colocado picante en el dedo, en el labio, se le ha castigado, amenazado, atado - la mano, ya representa un problema más serio, - ya que en éstas condiciones, el hábito, lejos de desaparecer, puede ser más manifiesto, prolongán-- dose aún más.

En caso de que desaparezca el hábito, la forma brusca de hacerlo, puede producir serias - desavenencias entre los padres y el niño o bien ocasionarle a éste, un problema emocional, como

a todo aquél que es privado de algo que le ha -- producido un gran placer.

Las causas que pueden influir en la adquisición de un mal hábito oral, son múltiples y complejas, como se ha observado; para un correcto tratamiento es indispensable saber cual fue la causa de su aparición y en que forma se inició el hábito.

Es importante hacer notar que la época - en que se presentan los hábitos, favorecen las - anomalías, y que es fácilmente modificable por - cualquier fuerza que actúe sobre el hueso, que - se encuentra en éstas edades en plena formación.

Los hábitos orales se han dividido en -- Hábitos no compulsivos y en Hábitos compulsivos.

Un hábito no compulsivo es aquél que no es impulsado emocionalmente y no suele ser perjudicial para el individuo. Es útil como válvula de escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psíquicos graves.

Hábito compulsivo es aquél que es impulsado emocionalmente por una frustración presente o pasada.

Del tipo de hábito que se trate dependerá la actitud de los padres y el profesional -- para instituir un tratamiento correctivo que -- siempre será enfocado respetando la personalidad del niño.

HABITO DE SUCCION DE DEDO

Gesell e Ilg, del Laboratorio de Desarrollo Infantil, de Yale, afirman que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño.

Estoy de acuerdo con esta opinión y pienso que la mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la frecuencia con que ocurre, pueden ser considerados como normales hasta los cuatro años de edad.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. -- Pero muchos niños no lo harán, y el hábito se -- acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubieramos hecho si no se intenta -- modificarlo. El fracaso de los intentos mal -- aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres y generalmente lo consigue. "Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación". Esta observación es aplicable a niños de todas las edades. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intento de desterrar el hábito. Esto parece ser --

una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

La succión del dedo es un hábito común y mucho más la del pulgar. Los trastornos que produce la succión afectan tanto a la estética como a la función. El grado de severidad es variable; desde desplazamientos insignificantes hasta mordidas abiertas serias.

La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y la frecuencia.

Debido a que alguno de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división I es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos. Quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco en la maloclusión de clase II, división I, exista o no el hábito de chuparse los dedos. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de edad, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

Técnicamente, es posible crear una serie de hechos que atribuyan la protrusión total maxi

lar al hábito de chuparse los dedos, con el aumento de presión del mecanismo del buccinador - activando el rafe pterigomaxilar justamente detrás de la dentición y desplazando los dientes superiores hacia adelante.

En la práctica, aunque vemos mordidas -- abiertas severas, mordidas cruzadas vestibulares, protrusión de los dientes anteriores superiores y apiñamiento de los incisivos inferiores, es -- poco probable que la relación bilateral de los -- segmentos vestibulares de clase II pueda ser atribuida al hábito de chuparse los dedos.

Es factible que la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares "poderosos", aún en los casos de maloclusión unilateral de clase II asociada con el hábito de chuparse los dedos. También con un plano terminal al ras que es normal en la dentición decidua, junto con una mordida más profunda que lo normal, se requiere menos movimiento de los dientes para crear una relación de clase II.

El comportamiento altamente individualista de los músculos impide establecer una relación directa de causa y efecto entre el patrón muscular y la maloclusión.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los 4.5 años.

Como se ha mencionado anteriormente, -- esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos, sino al auxilio importante de la musculatu-

ra peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta al acto normal de la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

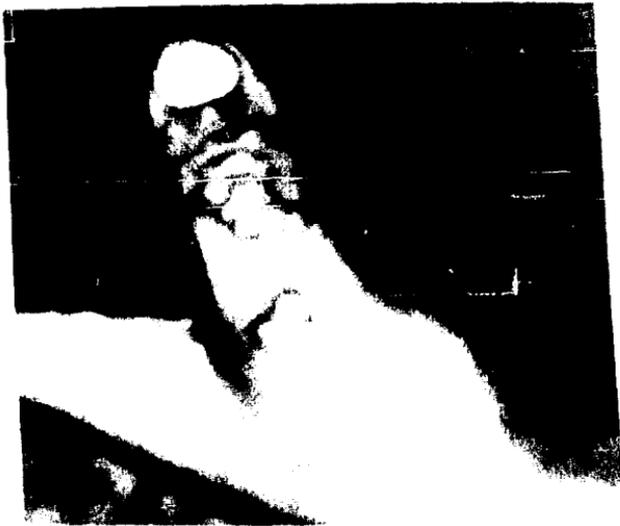
Existen pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupaderos confirmados.

El acto infantil de deglución, con su actividad a manera de embolo, persiste, o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente innócuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir) pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana. De especial interés es el músculo Borla de la Barba durante la posición de descanso y durante la función que ejerce. Por esto, la deformación prosigue de manera más constante que lo que hubiera sido posible con un hábito de dedo confirmado. El verdadero peligro, por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo.

La intensidad del hábito es importante.-

En algunos niños el ruido producido al chupar - puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible - del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos menores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos - del hábito.



Estos por lo tanto, constituyen el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento. La duración, frecuencia e intensidad, deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista.

A pesar del interés de muchos psicólogos de orientación freudiana y pediatras en el sentido de que el hábito de chuparse el dedo es síntoma de una neurosis profunda y que el destierro del hábito causará problemas en el adulto, las pruebas clínicas de dichas afirmaciones no existen.

Palermo sugiere que el chuparse el pulgar surge de una reacción progresiva de estímulo y recompensa, y que desaparecerá espontáneamente salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención.

Eysenck al tratar la teoría del aprendizaje y el tratamiento del comportamiento dice -

categoricamente: "La teoría del aprendizaje..... considera a los síntomas neuróticos como simples hábitos aprendidos; no existe neurósis bajo el -síntoma, simplemente existe el síntoma. Eliminen el síntoma y habrán eliminado la neurósis".

Los hábitos asociados como torcerse el pelo, mimar, taparse con la cobija, etc., desaparecen junto con el hábito del dedo. Este estudio apoya el punto de vista de los teóricos del aprendizaje en el sentido de que el hábito de --chuparse el pulgar como un síntoma de un trastorno emocional más profundo.

En cualquier caso, el dentista puede prestar valiosa ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y el niño. Esto lo realiza ayudando al paciente a sortear este obstáculo en el camino hacia la madurez, eliminando una fuente de conflicto entre el niño y los padres y evitando la maloclusión permanente, con las consecuentes implicaciones desfavorables psicológicas y para la salud.

Se puede agrupar a este hábito en tres teorías: Teoría de la pérdida de la función.

Se basa en que la succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito. Levy llega a creer que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón son causa de la instalación del chupeteo.

Según algunas opiniones el niño succiona el pulgar o los otros dedos ya que la necesidad de ejercitar el mecanismo de succión no queda satisfecho durante el proceso para obtener su alimentación. Levy (1937) ratificó estas ideas di--

ciendo que según sus teorías es más probable que un niño el cual está siendo alimentado con biberón siga haciendo succión si la abertura de la tetera es grande y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño provocando un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo, obteniendo la misma cantidad de leche. Otro ejemplo que también señala Levy, es el de un niño -- que presentaba succión del dedo pulgar cuando no se le daba su alimento en su horario cotidiano, pero dejaba de hacerlo cuando se le volvía a dar su alimento.

Teoría de la conducta adquirida.

Esta teoría sustentada por Sears y Wise, sugiere que el niño aprenda a asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos.

La succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer que se encuentra asociado con la obtención del alimento, inclusive cuando este existe.

Una de las primeras y más profundas satisfacciones en la vida del niño es el alivio del hambre, siendo éste el motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad la obtención del alimento en la cual la parte más activa es la desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador, este siente que dentro de él algo le está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento, y de la succión por consiguiente, esta molestia desaparece encontrándose más descansado, la acción de succionar viene acompañada de un bienestar y satisfacción. Es por lo que no debe de extrañar que el niño trate

de descubrir los medios para poder restablecer - aunque sea en parte esta sensación de bienestar y satisfacción, los cuales logra por medio de la succión, y es por lo que esta teoría dice que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañada de la acción de succionar -- que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener esta satisfacción primaria, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria que es la de succionar.

Los partidarios de esta teoría se basan en las leyes del aprendizaje en lo que Pavlov - describe como el fundamento de los patrones de - conducta. Gale y Ayer describen estos patrones así: el niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones; la ingestión de alimento, el calor y seguridad, atención de los padres y - la renuncia de agresión.

Quando el efecto de esta conducta asocia da es gratificante, la conducta seguirá. La gene ralización de la condición y estímulo pueden inñ ciar un hábito, el cual si se repite y refuerza, llega a formar un patrón de conducta adquirido.

La succión como una actividad sexual.

Esta teoría que es la que apoya Freud, - nos dice que el estímulo que reciben las membra nas internas de la boca y que es producido por - la acción de succionar, es una especie de estimu lación erótica, que proporciona un placer sen - sual del mismo tipo que las sensaciones agrada bles provenientes de la estimulación de los órga nos genitales. Descritas en esta forma, las sa tisfacciones producidas por la estimulación oral representan lo que podríamos llamar la actividad sexual es este período de la vida. Dice esta --

teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral. Se ha llamado fase o etapa oral al período de la presencia de estas actividades, y es considerada como una de las etapas pregenitales del desarrollo sexual, al igual que las etapas anal, uretral y genital, por las que también pasa el niño.

Muchas veces los niños pueden dejar de succionar durante un tiempo prolongado y luego volver a hacerlo con más vigor que antes, pudiendo muchos conservar durante años el hábito de succionarse el pulgar o cualquier dedo.

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

Fase I.- En esta fase, considerada igualmente por Gesell, es en la que se puede tomar a la succión como normal y de una significación clínica; esta fase está comprendida desde el nacimiento y los dos años, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar u otro dedo, en especial al dejar de mamar.

Pero cuando el niño ya presenta una tendencia específica al chupeteo con mayor vigor hay que tomar una actitud correctiva para evitar problemas futuros bucales. Sobre este punto indica Klackenberg que es esta etapa preferible el uso de chupón de hule sobre la succión vigorosa del pulgar, ya que en estudios realizados por él, el chupón es menos perjudicial.

Traisman y Traisman corroboraron lo dicho por *Starr* al indicar que es en esta fase en la que el chupeteo se incrementa; en un estudio realizado por ellos con 2650 sujetos desde el nacimiento hasta los 16 años, observaron que casi la mitad se succionó el dedo pulgar en algún momento durante el período de observación, y de éstos un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el otro 25% comenzó antes de cumplir el año.

Fase II.- Esta segunda fase en que la succión ya puede presentar una significación clínica, ya más o menos de los dos a los cuatro años de edad. Esta fase requiere de una mayor atención ya que a esta edad el chupeteo nos muestra una ansiedad, y principalmente desde el punto de vista del cirujano dentista, el final de esta segunda fase está ya cerca de poder producir sus efectos nocivos sobre la dentición permanente y otros tejidos bucales.

Sobre esto, *Traisman y Traisman* dijeron, que en el mismo estudio mencionado con anterioridad, la edad promedio en la que se interrumpió la succión digital fue a los tres años ocho meses, pero que también varios de los niños continuaron con el hábito y algunos lo abandonaron hasta los doce o quince años.

Fase III.- Al persistir el hábito en el niño después de los cuatro años, representa para el dentista un problema mayor, ya que a esta edad el hábito puede presentar una patología psicológica o emocional, la cual influirá grandemente en la persistencia del hábito.

Michaels y Goodman en 1934 suministraron datos sobre perturbaciones y hábitos en 255 varo

nes y 220 niñas de 6 a 16 años, los cuales asistieron a un campamento de verano. La información que se obtuvo de este estudio fue en parte de los padres y en parte de los sujetos por medio de la observación y preguntas.

Se llegó a observar varios hábitos y de distintos tipos, pero dentro de los bucales se vio la succión del dedo pulgar, presentándose en el 17.6% de los varones y en el 34.1% de las niñas, mostrándonos que el hábito de la succión digital aún se encuentra cuando el sujeto presenta ya una dentición mixta o bien una dentición permanente, la cual se va a ver grandemente afectada por dicho hábito.

Ya con anterioridad, (1929) Olson había indicado, al igual que Michaels y Goodman, que no nada mas la succión del dedo pulgar sino que la mayoría de los hábitos se ven más frecuentemente en niñas que en varones.

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

Tratamiento.

Para poder realizar cualquier tratamiento requeriremos siempre de una historia clínica completa, y en el caso de la succión digital se recomienda, una historia clínica especial sobre

hábitos, que complementará el tratamiento y la cual deberá ser obtenida preferentemente con el niño fuera del cuarto.

Muchos y muy variados han sido los tratamientos que se han empleado para tratar los hábitos de succión digital. Algunos de ellos han sido efectivos y han logrado vencer el hábito, -- pero otros no lo han vencido, sino que han provocado que este se prolongue causando problemas mayores, tanto bucales como en la conducta del niño.

Algunos padres han tratado por sí mismos de romper el hábito por medio del castigo o la fuerza y debemos de recordar que todo lo que atrae la atención del niño y absorbe sus energías en el grado que con frecuencia lo hacen las actividades orales, debe de considerarse de suma importancia dentro de la economía de su vida, y cuando empleamos el castigo u otras medidas duras contra esta actividad, castigamos algo que existe en el niño y hasta cierto punto lo rechazamos, e inhibimos una necesidad emocional que se encuentra dentro de el niño, logrando únicamente con esta actitud que el hábito se arraigue más dentro del niño, ya que en la mayoría de los malos hábitos persistentes, hay una historia clara de declaraciones prematuras de disgusto e intentos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando así el hábito tiempo después de el que normalmente sería.

Algunas de las medidas incorrectas que por lo general los padres o personas mal informadas toman parte para inhibir el hábito son: poner protectores en los dedos, substancias irritantes como picante, o amargas, o bien colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros ob-

jetos para impedir que pueda doblar el brazo. -- Todas estas medidas no dan resultado, y en las ocasiones que lo logran, provocan otros hábitos, o bien en el momento de suspender el tratamiento, la succión digital aparece de nuevo.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará resultado si no hacemos consciente al niño del problema y logramos contar con su ayuda, es decir que mientras el niño no esté convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, ya que tarde o temprano el niño regresará al hábito.

Para lograr esta colaboración tendremos una plática con el niño, la cual deberá ser sin la presencia de los padres, trataremos de ganarnos su confianza y le mostraremos modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido el hábito de la succión, también se le mostrará el resultado para que pueda apreciar lo que va a lograr con la ayuda del dentista.

Le indicaremos que trate de hacer conciencia del hábito y procure dominarlo por sí mismo, y que si no lo logra después de un determinado tiempo nosotros le colocaremos un aparato que le sirva de ayuda para recordar que no debe de chuparse el dedo.

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

Cuando el niño a pesar de que quiere terminar con su problema y no lo logra, se le colocará un aparato, pero hay que recordar que para que el aparato dé resultado es necesaria una intensa colaboración por parte del niño.

El aparato que lleguemos a colocar será:

A) Para romper el hábito de succión, ya que a pesar de que el niño, pueda meterse el dedo a la boca, no recibirá una verdadera satisfacción.

B) Para evitar la sobrefuerza sobre el segmento anterior ya que debido a su construcción, el aparato previene la presión del lado -- que desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y los labios.

C) Para distribuir también la presión -- existente sobre los dientes posteriores, ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza la lengua hacia atrás, cambiando su forma de -- una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar superior, contrarrestando así el estrechamiento del arco dental del maxilar debido al hábito de succión.

D) Para recordar al paciente que está re cayendo en su hábito.

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

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión digital sería aquél que reu

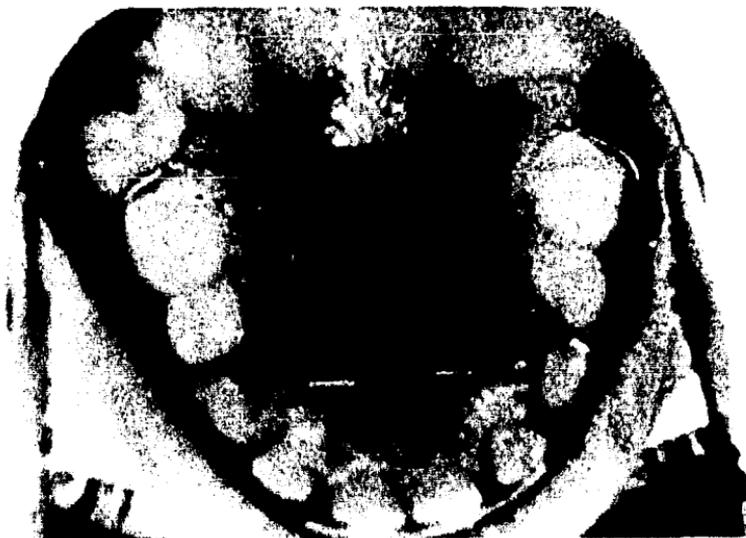
niera las siguientes características:

I) Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular normal.

II) Que no requiera de ningún recordatorio para su uso.

III) Que su uso no avergüence al niño.

IV) Que no dependa del recordatorio paterno.



Si los pacientes son normales, niños saludables, raramente aparecerán efectos desfavorables, excepto un ceceo temporal que generalmente desaparece con el uso del aparato o inmediatamente después de retirado éste.



Son varias las posiciones que el niño --
adopta para poder llevar a cabo la succión de --
uno o varios dedos.

SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera etapa de la vida.

Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación o sentirse necesitado.

Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

Aunque existen muchas preguntas por contestar respecto a la controversia existente entre la lactancia normal, natural y artificial -- las investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades cinestésicas neuromusculares poderosas. Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de embolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto cons

tante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja de forma alternada. El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

El hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor, el afecto y calor por asociación.

La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde bermellón). Falta el calor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno, y la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre más y exige demasiado al mecanismo del buccinador.

La acción de émbolo de la lengua, y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. El mamar se convierte en chupar; y, con frecuencia, debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiado esfuerzo.

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

Un estudio objetivo realizado por computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, apoya las observaciones de Anderson, de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucuales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

En un estudio que comparó la lactancia - con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

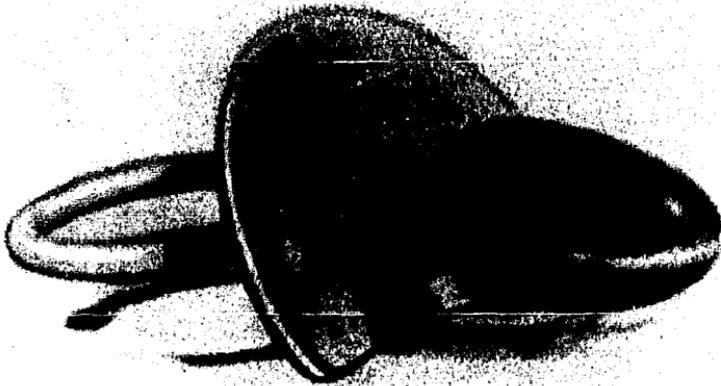
Balters y sus colaboradores, en Alemania concluyeron que mediaban otros factores, las tetillas de gomas artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar - el maxilar inferior como lo hace al mamar.

Con la tetilla artificial ordinaria la - leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Con frecuencia, la tetilla artificial - de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño, por lo tanto, deberá ser "eructado" con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel al seno materno fue diseñada una tetilla que provocaba - la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente elimina las características negativas de - los componentes no fisiológicos anteriores. Para

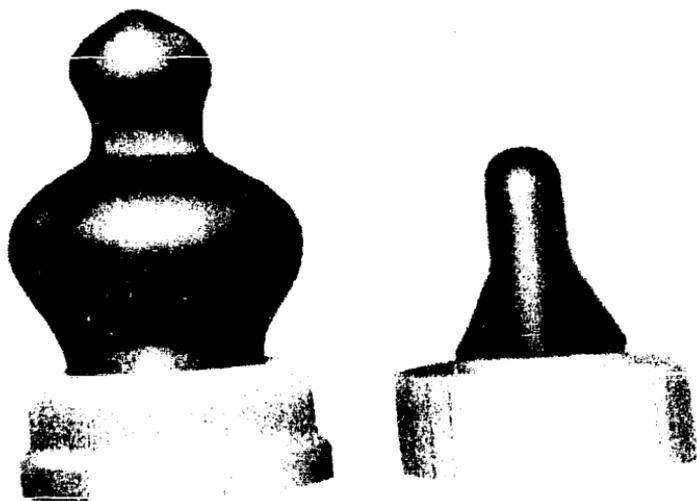
satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y - su dependencia de éste mecanismo para la euforia fue perfeccionado el "ejercitador" ó "pacificador" (chupete). Se espera que esta tetilla anatómica junto con el "ejercitador", usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario.



C

Pacificador fisiológico, nótese el contorno plano y delgado.

El contacto palatino es tal que puede estimular el crecimiento de toda la arcada dentaria.



La acción del biberón Nuk Sauger imita la actividad natural.

Toda la zona peribucal puede ponerse en contacto con la base tibia del biberon que es flexible y se adapta a los contornos de los labios.

Biberon artificial corriente de caucho. La boca se abre indebidamente y se dificulta obtener un cierre labial.

Por esto, no puede ser establecida una norma firme e inflexible. La madre deberá resolver esta situación, al igual que las muchas relaciones que tiene con sus hijos. Pero si comete un error, es mejor que no sea el de dar poca atención y descuidar las mínimas necesidades de la lactancia. La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación.

El destete deberá ser pospuesto por lo menos hasta el primer cumpleaños. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales de labio y de lengua, que son la base del ejercicio profesional de los ortodontistas, serán reducidos considerablemente. Es posible que el bruxismo y la bricomanía, tan frecuentes en niños y adultos, también pueden ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación.

Se recomienda el uso del chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia.

Con el chupete se suprime la fuerza de palanca ejercida por el brazo del pequeño y si la goma de que está hecho es muy blanda no ocasionará ninguna maloclusión; otra gran ventaja que se le da es que generalmente es abandonado en edad pre-escolar, si el niño es mandado al jardín de niños, él solo dejará de usar chupete al ver que los otros niños no lo usan.

La substitución del dedo del niño por el chupón es un paso que debe hacerse con mucha - - cautela, no debe obligarse al niño bruscamente a usar su chupón introduciéndoselo a la fuerza en la boca, atándole la mano o empleando otros medios. Debe siempre tomarse en cuenta que el niño puede poseer su hábito por algún motivo que - lo esté frustrando y siempre debe tratarse hasta donde sea posible de investigar cual es el motivo de esa frustración.

Un niño puede adquirir el hábito de succionar su mamila por mucho tiempo después de que ha terminado su leche, esto puede ocasionar una oclusión semejante a la que produce el chupete; ésta consiste en una marcada mordida abierta que no puede ser nociva si el hábito es abandonado - antes de la erupción de los dientes permanentes. - Tanto el hábito de chupón como de la mamila, son dejados, la mayoría de las veces a tiempo, como para que la maloclusión que haya ocasionado llegue a desaparecer con las fuerzas naturales de - crecimiento y desarrollo dentarios, sin embargo, se ven casos de niños que a los siete u ocho -- años de edad todavía permanecen con su mamila, a esta edad la mordida abierta puede ser ya tan -- marcada como para dejar una huella definitiva en la oclusión del niño.



Mordida abierta anterior resultante del hábito de succionar la mamila durante un tiempo prolongado.

SUCCION DE LABIOS

Las causas de malos hábitos relacionados con labios es el caso de el labio inferior que al colocarlo sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y la superficie labial de los incisivos inferiores puede ocasionar una protrusión, espacio de los dientes superiores, un overbite y una inclinación lingual de los incisivos inferiores.

Si encontramos ese labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores en el momento de la deglución, el labio se aplica contra los inferiores dirigiendo los caninos lingualmente con inclinación distal no dejando espacio para premolares que no llegan a erupcionar a una altura normal, en labio superior porque la protrusión de los incisivos superiores usualmente es girada y corta por lo que los labios son separados y la respiración por boca es una posibilidad.

En la discusión sobre el hábito de chuparse el pulgar y los dedos se mencionó que la actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia estaba asociada con el hábito de dedo.

Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la ac-

tividad anormal del músculo Borla de la Barba. - El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto y retraído.

A esta afección se le denomina en la literatura "postura de descanso incompetente del labio". Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Neurológicamente, existe sin duda cierta cantidad de retroalimentación. Los receptores (husos musculares), han sido encontrados en los músculos labiales, terminaciones nerviosas táctiles de los labios, reciben impulsos exteroceptivos generales, seguramente cumplen alguna función propioceptiva y visceral. La presencia de fibras propioceptivas en el nervio facial no ha sido establecida. Para la exterocepción, los impulsos táctiles viajan por las ramas maxilar superior y maxilar inferior del trigémino. Para la enterocepción, parece ser que los impulsos viscerales emplean la misma vía.

Con maloclusión e interferencia morfológica con actividad normal de los labios, la actividad compensadora se inicia por los impulsos sensoriales, estos viajan hasta la corteza motora, la cual inicia movimientos volitivos. Sin embargo, parece ser que la mayor parte de esta actividad es refleja, viajando del núcleo sensorial del nervio trigémino hasta el núcleo motor del nervio facial del pons.

Durante la deglución, la musculatura la-

bial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

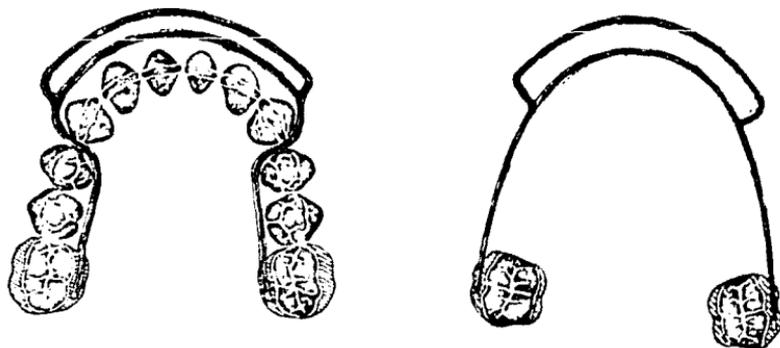
Tratamiento.

Para poder realizar un tratamiento correcto requeriremos antes de un buen diagnóstico, es decir que si por ejemplo, existe una excesiva sobremordida horizontal la actividad anormal del labio puede ser únicamente una actividad compensadora para poder deglutir más fácilmente.

Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la oclusión, se puede asegurar que el paciente después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso, ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la mordida, lo único que hacemos es atacar un síntoma pero no el origen del problema. Es por lo que como primer paso del tratamiento deberemos de corregir la oclusión con ayuda de un ortodoncista, y en la mayoría de los casos desterraremos así el mal hábito sin necesidad de ningún aparato rompehábitos.

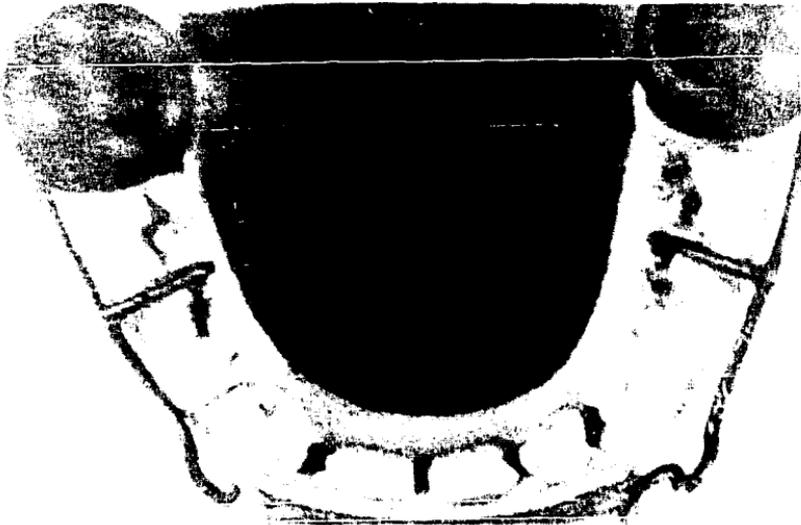
En aquéllos casos en que nos encontráramos con una oclusión que se puede considerar normal, o bien que esto ya ha sido corregido y la succión labial persiste, la solución al problema es la colocación de un aparato labial. El aparato nos será también de gran utilidad en aquellas ocasiones en que el hábito sea primordialmente un tic neuromuscular.

36-A



Criba para el hábito de succión de labio.

36-B



El "sostenedor" de acrílico en el aspecto labial de los incisivos centrales inferiores se encuentra 3 ó 4 mm alejado de las superficies labiales para permitir que la lengua desplace estos dientes hacia adelante. Los descansos a nivel de los nichos de los molares deciduos evitan que el aparato sea desplazado gingivalmente por las fuerzas funcionales.

LENGUA PROTRACTIL

Puede aparecer este hábito en el cambio-de dentición, el niño instintivamente juega con la pieza móvil y al perderla introduce en ese es pacio la lengua.

Por observación, se manifiesta con frecuencia en niños con mordida abierta e incisivos superiores en protrusión. Respecto a lo anterior el Dr. Sydney B. Finn dice que no ha sido probado en forma concluyente si la interposición produce la mordida abierta, o si la mordida abierta permite al niño interponer la lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

Se ha mencionado también como un hábito residuo del de succión, otra causa puede ser, -- amígdalas hipertroóficas o hipersensitivas.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa -- que la fuerza opuesta creada por los labios.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer -- una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son -- mayores. Este círculo vicioso se repite con -- cada deglución. Esto significa que se ejerce --

una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

El hábito de chuparse los dedos adopta un papel secundario. En realidad, muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente pero desgraciadamente, más poderoso. Con menor frecuencia, adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparla por la sensación de placer que les proporciona.

La acción a manera de émbolo, muy similar al acto de mamar, se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Con la persistencia de este hábito de dedo a manera de chupete "interconstruido", el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto. Con la erupción de los incisivos, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. Puede existir un período transicional prolongado, según fue demostrado por Baril y Moyers, dominando el patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos. La fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia.

Anderson, corrobora las observaciones de Moyers, cuando afirma que la lengua proyectada -

hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

En su estudio 54.2 por 100 de los niños con hábito de lengua tenía antecedentes de chuparse el pulgar o los demás dedos. Con respecto a la pregunta acerca de la lactancia natural comparada con la lactancia artificial, los resultados indican nuevamente que existe una correlación positiva, con mayor tendencia al hábito de lengua en el grupo alimentado artificialmente. En su muestra, 83 por 100, de los niños con hábito fueron alimentados con biberon y sólo 17 por 100 fueron amamantados en forma natural. En la porción de la muestra positiva para el hábito de lengua 91.7 por 100 fueron alimentados con biberon y sólo 8.3 por 100 fueron amamantados naturalmente.

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

En algunos casos, al proyectarse la lengua hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal.

La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esta no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro es estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la --

boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia a un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función, el efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se ilustra en dos casos: un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia.

Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

Como Moyers y Linder-Aronson han demostrado, el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

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

Tratamiento.

Para poder realizar el mejor tratamiento es necesario obtener un buen estudio del hábito por medio de los signos y síntomas que aporte el paciente.

En aquellos casos en que las malformaciones sean debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será glossectomía parcial o cirugía

correctiva de la lengua combinada con agentes - esclerosantes.

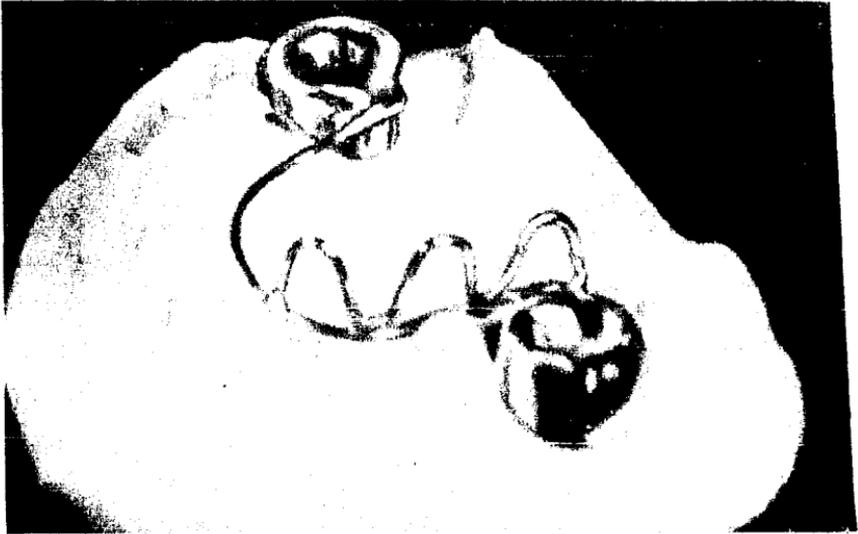
Las amígdalas deben de ser revisadas -- para comprobar que no es esta la causa de la protrusión lingual ya que en los casos en que las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua las rozan produciendo un aumento de dolor, y por consiguiente un movimiento reflejo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

Antes de colocar un aparato es recomendable instruir al paciente para deglutir correctamente. Se le indica que durante la deglución la punta de la lengua debe estar colocada en la papila incisiva se le hace que degluta varias veces para que localice el lugar correcto; luego con una pastilla de menta o limón sin azúcar se le indica que la mantenga con la punta de la lengua contra el paladar hasta que ésta se disuelva al estar colocada la pastilla contra el paladar el niño segrega saliva y se ve obligado a deglutir correctamente.

Pocos van a ser los niños que logren vencer su hábito lingual tan fácilmente, pero de esta manera tendrán conciencia del lugar en que debe colocarse la lengua. En los casos en que no se venza el hábito por medio de ejercicios, el tratamiento será más adecuado con la colocación de un aparato rompehábitos.



Aparato Superior para evitar la --
proyección lingual. Consta de 3 espo-
lones por la parte palatina, solda-
dos y pulidos para evitar irritación
lingual.



*Hábito de proyección lingual lateral.
Se utiliza una criba lingual modifi-
cada para evitar el hábito.*



Aparato Inf. para evitar la proyección lingual, este tiene espolones soldados a un -- arco lingual que se extiende de canino a canino.

Los espolones se doblan en sentido lin gual y se pulen para evitar irritación de la l engua.

HABITO DE CECEO

El hábito de ceceo que constantemente es llamado sigmatismo, es un defecto de la articulación del fonema "s".

Los sigmatismos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla o deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación, etc.

Muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio o prótesis. Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Para un estudio más completo de los sigmatismos, estos se han dividido según su causa, y así tenemos:

- 1) Sigmatismo linguolabial.- En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.
- 2) Sigmatismo labiodental.- Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "f".
- 3) Sigmatismo interdental.- Este es uno de los más frecuentes, y es debido a una protrusión lingual la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.

4) *Sigmatismo dental.* - En este tipo la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debería sino contra los superiores, debido a anomalías dentarias como apiñamiento inferior, giro versiones, linguoversiones, etc.

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

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

Tratamiento.

Se basará primeramente en identificar la causa del sigmatismo, en los casos que se deba - a problemas dentales como por ejemplo la falta - de incisivos superiores, se hará la corrección - de esta anomalía y el paciente deberá de ser remitido a un terapeuta del lenguaje; en los casos en que la causa sea un mal empleo de la lengua, se remitirá directamente al terapeuta para que - una vez enseñado el niño a pronunciar correctamente el fonema "s" puedan ser corregidas las -- malformaciones que ese hábito haya causado.

Debido a que el paciente está firmemente convencido que su pronunciación es correcta, lo mejor será que el terapeuta no intente corregirlo, sino por el contrario, enseñarle un sonido - completamente nuevo.

RESPIRACION BUCAL

La respiración es un reflejo innato que aparte de la autocompresión pulmonar abarca músculos de la cara y de la boca. El hábito de la respiración bucal es causado por desviaciones de procesos funcionales normales, los casos más frecuentes de la respiración bucal son:

I) Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides.

II) Defectos intranasales, como el septum desviado y espolones óseos del septum.

III) Respiración bucal por hábito.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, sirve de ejemplo el caso de la clase II división I de Angle, en la que vemos una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior; estrechamiento de la arcada superior y protrusión de los incisivos superiores. Se cree que en esta clase no hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que en este cambio existe al nivel de los músculos temporales, afectando la región de la cavidad glenoidea y modificando la posición; encontramos también una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana, dando el característico perfil huido.

En estos casos, cuando las piezas son llevadas a su posición normal se obtienen resultados estéticamente favorables, salvo en casos en que esta deformidad no sea muy leve, se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos el labio inferior ocupa -

un lugar en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores. Cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviéndose lingualmente y elevándolos. Los caninos son llevados lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares, y estos no pueden erupcionar con su altura normal, quedando en infraoclusión.

Así se origina en la arcada inferior una curva de Spee exagerada con pérdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

La arcada superior y su hueso alveolar son presionados lateralmente por los buccinadores, tensos por la depresión de la mandíbula. La lengua normalmente equilibrará esta presión muscular, pierde el contacto con las piezas dentarias por la depresión mandibular, de modo que la arcada superior y su proceso alveolar se estrechan considerablemente, por estar la boca abierta, pocas veces pueden los labios funcionar normalmente, con el resultado de que el superior no crece debidamente y es tan corto que en lugar de hacer presión sobre las coronas de los incisivos superiores descansa sobre el proceso alveolar a la altura de las raíces. En esta posición produce presión que lleva a estas raíces incisivas hacia lingual, mientras que sus coronas van hacia labial por la presión del labio inferior que, -- como dijimos, elige como sitio de preferencia -- para instalarse la posición lingual con respecto a los incisivos superiores en el espacio entre estos y los inferiores.

El desplazamiento labial de las coronas de los incisivos superiores tienen lugar gradualmente por la constante protrusión de la lengua -

cuando el paciente trata de humedecer los labios, anormalmente reseco por la respiración bucal. - Generalmente el labio inferior tiene aspecto desagradable, flácido y con hipotonismo, sufre succión a menudo durante la deglución, lo que a su vez desvía más labialmente a los incisivos superiores.

Los bordes de los incisivos inferiores - pueden estar en contacto con la mucosa del paladar hacia lingual de los incisivos superiores. - Este entrecruzamiento excesivo se debe, en la mayoría de los casos, a la falta de crecimiento vertical de la región molar y premolar de la mandíbula y una supraoclusión de los incisivos inferiores, esto último en gran parte, resultado de la presión lingual del labio inferior contr - rrestando la tendencia natural de estas piezas a colocarse en la línea de oclusión. La fuerza natural del crecimiento hacia adelante y arriba, unida normalmente a la posición correcta de los incisivos inferiores, encuentran resistencia en la fuerza inestable del labio inferior y se manifiesta elevando a los incisivos inferiores por encima de la línea de oclusión.

La respiración bucal por hábito se presenta en niños que aún se les haya eliminado la obstrucción, respiran en forma constante por la boca; pero también hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y no presentan respiración bucal.

Para confirmar esto puede tomarse un pedazo de algodón con una pinza de curación y acercarla a la boca y colocar debajo de la abertura de las fosas nasales un pedazo de cartón, si el algodón se mueve al efectuarse la respiración, - podemos asegurar que el pequeño es respirador bu

cal.

El síndrome típico de la respiración bucal se caracteriza por los siguientes síntomas; hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, apiñamiento en ambas arcadas de los dientes anteriores, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior y frecuentemente sobre mordida notable.

El tejido gingival también se altera, -- produciéndose una hipertrofia de la encía y gingivorragia o estímulos pequeños.

Estos pacientes tienen apariencia característica conocida como "facie adenoidea".

Casi todos los respiradores bucales pueden respirar por la nariz, pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no cambia notablemente, contrastando con el notorio dilatamiento nasal del respirador normal.

Es notable también la separación de los labios del respirador bucal en los lapsos de descanso, hecho que le permite respirar.

Tratamiento.

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

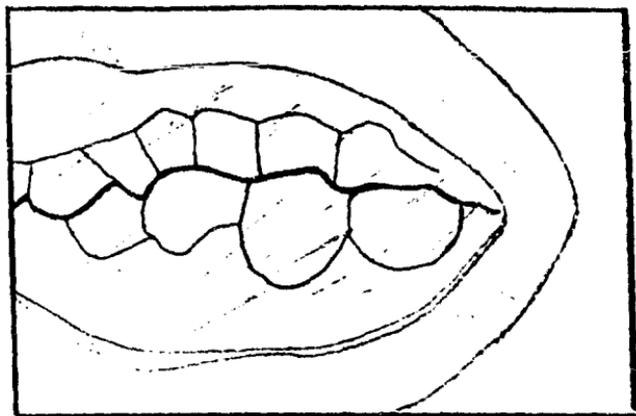
En ciertos casos cuando la respiración bucal es debida a alguna malformación dental, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de una función normal, de la musculatura prioral, logran reactivar al labio superior, permitiendo así el cerrado labial y estimulando la respiración nasal normal.

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

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

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que se fortalece la acción de los labios y evita la succión labial.

Esta placa se utilizará durante las noches y mantendrá hasta que sea posible al niño de reincidir en dicho hábito, hasta que desaparezca.



PROTECTOR BUCAL, CON LAS MEJILLAS RETRAIDAS PARA MOSTRAR EL AREA AFECTADA. BLOQUEA EL PASO DEL AIRE POR LA BOCA Y FORZA LA INHALACION Y EXHALACION DEL AIRE A TRAVES DE LOS ORIFICIOS NASALES.

BRUXISMO

Es el desgaste normal de los dientes y comienza tan pronto como los dientes antagonistas se ponen en oclusión.

La cantidad de atricción varía con el carácter físico de la comida y los hábitos dietéticos. Los dientes temporales se desgastan algo más rápido que los permanentes.

El rechinamiento nocturno (bruxismo), en los niños, provoca una atricción particularmente rápida. El bruxismo debe ser considerado como un síntoma de crecida tensión nerviosa en el niño y debe buscarse la causa, refleja nerviosismo y una gran excitabilidad, generalmente solo se observa durante el sueño, y rara vez en horas de vigilia.

Niños repudiados por los padres o compañeros de juego pueden desarrollar tics faciales y bruxismo. Debe también considerarse las deficiencias nutricias subclínicas.

Los problemas presentes originados por este hábito, dependerán del tiempo y la fuerza con que el niño lo ejecute; a veces el rechinamiento es tan fuerte que puede oírse el sonido a distancia.

Cuando el hábito se manifiesta con esa intensidad es fácil comprender las marcadas atricciones de los órganos dentarios y el dolor frecuente en la región de la articulación temporomandibular principalmente en las mañanas.

Generalmente suele producirse en niños - que además de ser muy irritables pueden manifiestar otros hábitos como el de succión o la onicofagia.

Específicamente, el bruxismo o bricomancia, la contracción de los músculos masticadores y el rechinamiento rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño, ¿causa maloclusión o es el resultado de la maloclusión?

La relación de causa y efecto no es muy clara. El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinamiento y bruxismo. Los individuos nerviosos a desgastar, rechinar y fracturar los - dientes con movimientos de bruxismo. Generalmente el bruxismo nocturno no puede ser duplicado - durante las horas de vigilia. La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios. Un número significativo de denticiones deciduas muestran el efecto del bruxismo, la bricomancia no puede ser estudiada clínicamente, pero posiblemente se trata de - una actividad concomitante. La correlación con los hábitos erotogénicos, no ha sido establecida.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionamiento de la oclusión en la mayor parte de los casos como "eslabón débil", que deberá - ser explotado por las exigencias psicogénicas. - Generalmente, existe una sobremordida más profunda que lo normal, una restauración "alta", una - unidad dental mal colocada, etc. El proceso se - convierte en un círculo vicioso al agravarse al-

gunas de las características oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y rechiniamiento. Es necesario hacer muchas investigaciones sobre la naturaleza exacta del fenómeno de rechiniamiento de dientes, que provoca miositis y que es tan frecuente en personas de todas las edades en nuestra sociedad compleja y nerviosa.

Tratamiento.

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

Se le deberá de proporcionar al paciente psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional o psíquica productora de la tensión muscular. El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá.

Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

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

Se puede utilizar una placa para mordida o una férula oclusal. Una placa debe de lograr los siguientes objetivos:

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

- 2) Mantener a los dientes dentro de una posición estable.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales que han sido sugeridas -- como tratamiento para el bruxismo.

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

Las férulas oclusales que son de mucho -- mejor resultado que las placas para mordida para el tratamiento del bruxismo abarcan no solo el -- borde incisal de los dientes anteriores sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores. Esta férula deberá de tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

Se construye una férula de caucho blanco, para ser colocada durante toda la noche. El caucho blando es resistente al frotamiento de -- ésta manera el hábito pierde su eficacia. La -- construcción de una férula de caucho blando es -- la misma que la de una placa bucal utilizada en la corrección del hábito de respiración bucal.

ONICOFAGIA

Los niños que con frecuencia la manifiestan tienen generalmente una tensión nerviosa bastante alterada y es frecuente que manifiesten un desajuste social psicológico de mayor importancia que el hábito en sí, pues éste solo constituye un síntoma de un problema fundamental.

Rara vez se observa antes de los cuatro años. Los psicólogos piensan que es una manifestación de ansiedad o desajuste de la personalidad cuyo máximo de intensidad se ha observado entre los trece y diecinueve años. Los pequeños que poseen dicho hábito, posiblemente tengan maloclusiones pero no se ha considerado ninguna oclusión patognomónica específica en él.

Este es un hábito que se desarrolla después de la edad de la succión. Este no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusión alguna, puesto que las fuerzas o esfuerzos realizados al morderse las, son similares a los aplicados en la masticación.

Este hábito es más frecuente localizarlo asociado a una maloclusión, que como causante de ésta.

Hay muchas personas que cultivan la mala costumbre de morderse los uñas; además de los trastornos bucodentarios que ocasionan, es pertinente mencionar el repugnante aspecto que presentan los dedos con las uñas semidestruidas y que originan la pérdida de la belleza de las manos en el hombre, pero muy especialmente en la mujer.

Los que se muerden las uñas tienen aparentemente un hábito inocente, pero puede producir maloclusión dentaria. Este hábito tan frecuente entre niños y adultos, es como los demás, difícil de suprimir. Algunos autores clasifican a los mordedores de uñas como enfermos de tipo neurótico, tanto, que se tomó en cuenta este hábito al ser examinados los reclutas por los psiquiatras de los Centros de Reclutamiento de Submarinos de los Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial. Se consideró como síntoma neurótico bastante serio, pues los hacía malos tripulantes de submarinos y por consiguiente, quienes lo practicaban no eran admitidos para servicio en dicha rama naval.

Al parecer, tanto uno como otro hábito, pero sin duda este que ahora analizamos, se debe en definitiva a una tensión emocional contenida, por conflictos psíquicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres, o de otra persona de quien tal se espera.

El paciente nervioso está especialmente predispuesto a éste hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso e inadaptabilidad social.

Hay casos en que esto persiste para toda la vida pero con frecuencia, por ser una costumbre, llegue a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con más o menos tentativas.

No es raro ver substituído este hábito por el mordisqueo de lápices, de los labios, o de los carrillos, el comer caramelos y fumar suelen ser recursos para desviar este hábito, el --

cual por otra parte suele tener recaídas más o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional por la causa que sea.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrar los 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 éstas formas.

HABITO DE POSICION

Se han observado maloclusiones causadas por hábitos que se denominan "de posición", éstos consisten en posturas que adoptan los niños al leer, al sentarse en clase o en algún otro sí tío y al dormir.

La postura que se observa con más frecuencia es la de apoyar la cabeza en la eminencia palmar de un solo lado, la persistencia de esta postura durante muchas horas puede ocasionar un desplazamiento lingual de los dientes del lado que se ejerce la presión.

Durante el sueño los niños suelen apoyar su cabeza sobre el antebrazo, generalmente a nivel de la arcada superior, cuando se está así -- por muchas horas al dormir y de un solo lado, -- las piezas dentarias pueden desplazarse hacia palatino, una maloclusión por esta causa es muy difícil que se llegue a observar pues generalmente los niños cambian muchas veces de postura durante el sueño.

Hay niños capaces de adquirir muchos tipos de hábitos de posición, se han observado niños que apoyan la cabeza recargando los incisivos superiores sobre el pulpejo del dedo pulgar, si esta posición es persistente, estos dientes seguramente sufrirán un marcado desplazamiento hacia labial.

En el estudio de las maloclusiones hay que pensar siempre en la posibilidad de que un hábito de posición puede ser causa de esas alteraciones, cuando el factor etiológico no esté a la vista.

La postura es considerada como la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal, un hábito -- susceptible de cambios y correcciones.

Los hábitos de posición han sido citados también como causas de maloclusiones.

Stallard ha demostrado que del 11 al 20% de las distoclusiones son producidas por posturas impropias durante el sueño con la intervención de la almohada, como elemento de cooperación para la influencia ejercida por indebidas presiones sobre la cara.

Las deformaciones oblicuas como el aplastamiento del cráneo y asimetría facial, suelen establecerse durante el primer año de vida por la costumbre del niño por adoptar la posición de cúbito supino con la cabeza vuelta a la derecha o izquierda. También influye en esto el hecho de que el pequeño duerma efectuando presiones sobre la cara o la posición adoptada en la escuela al escribir o escuchar; el resultado será alteraciones maxilares variables según la duración y prolongación de la causa.

De tiempo en tiempo, los investigadores tratan de probar que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusión. Se ha dicho que muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión del maxilar inferior. La mayor parte de tales acusaciones son infundadas.

Tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria porque el niño descansa su ca-

beza sobre las manos durante períodos indeterminados cada día, o que duerma sobre su brazo, puño o almohada cada noche. La mala postura puede acentuar una maloclusión existente. Pero aún no ha sido probado que constituya el factor etiológico primario.

HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRA-- NOS.

Estos hábitos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos. Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a practicar este hábito.

En este aspecto, vemos el hábito que adquiere el paciente en la escuela de morder lápices, reglas, gomas, abrir horquillas, etc., estos hábitos los efectúan, ya sea por comodidad o placer. Hay niños que llegan a tal grado que un lápiz lo acaban mordiéndolo en dos o tres días, lo mismo ocurre con las reglas, ya sean de madera o de plástico. Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y éstos son aquellos que muerden un pedazo de tela, como una esquina de almohada o la saba-
na, la esquina del cuello de la pijama, etc.

El uso de chupetes de goma duros no es tan frecuente como antes, porque se ha advertido a las madres que restrinjan su uso, por algunos dispositivos similares más blandos, son a veces factores etiológicos para nosotros y esta posibilidad debe ser tomada en cuenta.

Otro hábito pernicioso frecuente es la apertura de horquillas con los dientes antes de colocarlas en el pelo.

En pacientes con este hábito se han observado incisivos con muescas y dientes parcialmente denudados de su esmalte vestibular. El llamarles la atención sobre los perjuicios que les está causando, suele ser suficiente para romper el hábito.

Existe una variedad inmensa y sobre todo es tan individual el hábito relacionado con cuerpos extraños, que al hacer la historia clínica del paciente, cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado con un cuerpo extraño llevado a la cavidad oral.

CONCLUSIONES

Los malos hábitos ocasionan trastornos en la oclusión, de ahí que debemos prestar verdadera atención a su control, tratándolos a una edad conveniente en la cual no originemos perjuicios psicológicos en el niño y su tratamiento sea eficaz.

Es conveniente corregir los malos hábitos y mal oclusiones causadas por éstos, en pacientes de tres a cuatro años si es posible y haciéndolo como norma en pacientes mayores de siete años, evitándo así medidas drásticas.

Debido al gran número de maloclusiones dentales producidas por los distintos tipos de hábitos, es de suma importancia el conocimiento de éstos por todo cirujano dentista.

Requeriremos siempre de una buena historia clínica para lograr un diagnóstico correcto y así nuestro tratamiento podrá tener éxito.

El hábito de succión ocasiona alteraciones en hueso y estructura dentaria debido a la gran presión que se ejerce sobre ellos; es necesario incluir métodos terapéuticos de convencimiento o aparatología estudiando primeramente la etiología de su trastorno. No se logrará realizar ningún tratamiento exitoso de succión digital si no hacemos consciente al niño de este problema y obtenemos su colaboración.

La naturaleza es sabia y ningún biberón podrá substituir al pecho materno, por lo que siempre es preferible el amamantamiento, en los casos que no sea posible, el biberón anatómico -

es lo recomendable.

No es aconsejable el uso de chupetes, únicamente en aquéllos casos en que se substituya por la succión digital.

El paciente que padezca de respiración bucal sólo podrá tener un tratamiento correctivo después de que se tenga la certeza de que se tiene las vías respiratorias libres. La respiración bucal origina desequilibrio muscular de la cara con las consiguientes modificaciones en crecimiento facial y problemas de oclusión dental.

El hábito de lengua efectúa malposiciones dentales por las fuerzas anormales que se ejerce sobre ellos.

Va que el hábito de ceceo es producido por una incoordinación lingual; es necesario que el paciente sea reeducado por un terapeuta del lenguaje junto con el tratamiento dental.

El hábito de labios realiza inclinaciones dentarias, inclusive protrusión y overbite.

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

Ningún aparato rompehábitos deberá ser retirado inmediatamente después de que desaparezca el hábito; sino que hay que dejarlo un poco más de tiempo en la boca para evitar que el niño pueda recaer.

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

- 1.- Ewald Harndt, Helmut Weyers.
"Odontología Infantil"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, 1969.
- 2.- Mac Donald, Ralph E.
"Odontología para el niño y el adolescente"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, 1975.
- 3.- Jhon Charles Brauer.
"Odontología para Niños"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, 1969.
- 4.- Floyd Eddy Hogeboom.
"Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública"
 Editorial Hispanoamericana, Buenos Aires, 1940.
- 5.- "Odontopediatria, Ortodoncia-Terapéutica"
 Vol. V. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1940.
- 6.- Bijou Sidney W.
"Psicología del Desarrollo Infantil"
 Editorial Trillas, 1971.
- 7.- Seen. Milton. J.E.
"Transtornos de la Conducta y del Desarrollo del Niño"
 Editorial Pediátrica, Barcelona, 1971.

- 8.- Samuel Leyt.
"Temas de Odontología Pediátrica"
 Editorial Odonto, Buenos Aires, 1966.
- 9.- Michael Cohen M. D.M.D.
"Odontología Pediátrica"
 Editorial Mundi, Argentina.
- 10.- Nelson Vaugh, McKay.
"Tratado de Pediatría" Tomo I.
 Editorial Salvat, Mallorca Barcelona, 1971.
- 11.- Finn S.B.
"Odontopediatría Clínica"
 Editorial Bibliográfica, Argentina, 1959.
- 12.- David B. Law, Thompson M. Lewis.
"Un Atlas de Odontopediatría"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, 1972.
- 13.- Moyers Robert. E.
"Tratado de Ortodoncia"
 Editorial Interamericana, S.A. México, 1960
- 14.- Rudolf Holz.
"Ortodoncia en la Práctica Diaria"
 Editorial Científico Médica, México, 1974.
- 15.- Harndt E.H. Weyers.
"Ortodoncia Infantil"
 Editorial Mundi, Argentina, 1967.
- 16.- Jorge Perello.
"Transtornos del Habla"
 Editorial Científico Médica, Barcelona,
 1970.

- 17.- "Prevención y Tratamiento del Hábito de Chuparse los Dedos"
Revista de A.D.M. Vol. XXII No. 5, 1965.
- 18.- "Succión del Pulgar"
Revista A.D.M. Vol. XXXVI No. 4, 1979.