



20/162

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
IXTACALA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Estadística de Maloclusiones por los Hábitos
Orales en Niños de 3 a 6 años de edad

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN

Estela Hernández Flores
Marco Antonio López

MEXICO, D. F.

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.

I N D I C E .

- CAPITULO I INTRODUCCION.
IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.
- CAPITULO II CONCEPTOS GENERALES
- CAPITULO III LOS HABITOS COMO CAUSA DE LAS MALDU
CIONES CLASIFICACION DE LOS HABITU
TOS PERNICIOSOS Y DEFORMANTES.
- CAPITULO IV. LOS HABITOS PERNICIOSOS COMO CAUSA
DE LAS ALTERACIONES EN TEJIDOS DUR
ROS Y EN TEJIDOS BLANDOS.
HABITOS QUE GENERALMENTE PROVOCANU
LESIONES EN EL APARATO ESTOMATOGN
TICO ASI COMO SUS CARACTERISTICASU
Y MANIFESTACIONES CLINICAS.
HABITO DE SUCCION DE DEDO.
HABITO DE SUCCION DE LENGUA.
HABITO DE SUCCION DE LABIO.
HABITOS DE LA RESPIRACION.
- CAPITULO V CASOS CLINICOS EXPUESTOS Y SU TRAT
TAMIENTO.
- CAPITULO VI. RELACION DE DATOS ESTADISTICOS OBT
TENIDOS EN LA INVESTIGACION DE MAL
LOS HABITOS ORALES.
GRAFICAS ESTADISTICAS.
- CAPITULO VII PREVENCIÓN DE LOS HABITOS PERNICIOS
SOS.
TRATAMIENTOS.
OBSERVACIONES.
CONCLUSIONES.
BIBLIOGRAFIA.

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

La investigación estadística se considera importante a un nivel nacional, debido a que en la Ciudad de México existen pocos datos estadísticos sobre éste tema, puesto que las investigaciones realizadas no se han efectuado en niños mexicanos ó se han efectuado parcialmente con frecuencia se habla de maloclusiones pero sin saber la situación real, basada en estadísticas.

Debido a que cada individuo es un manjo de hábitos unos de ellos deseables, y otros - todo lo contrario, llegando a perturbar y deformar las funciones normales.

Por lo tanto el enfoque y objetivo -- principal de ésta investigación es conocer el porcentaje de niños que padecen maloclusiones, teniendo como causa los malos hábitos orales, dependiendo éstos a su vez de los factores etiológicos y la influencia del medio ambiente, factores queservirán para evaluar nuestra investigación, la - que estará basada en una búsqueda continua en diferentes zonas de la Ciudad de México.

Esta investigación estará basada sobre quinientos niños mexicanos, con una variante de - más de 20 niños que padezcan maloclusiones, sin - que en su causa sean necesariamente algún hábito, incluyendo aquellos factores cuyo origen etioló-- gico sea hereditario, adquirido ó traumático.

Esperamos que éstos datos estadísticos sean de gran utilidad, ya que será importante saber el porcentaje de niños menores de ó años de - edad, que padezcan maloclusiones dependiendo del medio ambiente en que se desarrollan y que ésto - sirva para el mejoramiento de la salud, al proceder en su tratamiento correcto y adecuado.

Esta recopilación de datos tratará de presentar hechos importantes sin detallar en exceso, pero tampoco caerá en la superficialidad. Es por ello que se ofrecerán los conceptos científicos, así como los hechos prácticos en forma comprensible e importante.

Basandonos en lo anterior, se describirán en el transcurso de ésta tesis las alteraciones morfológicas de la cavidad oral, así como de las modificaciones que provocan en los tejidos duros y en los tejidos blandos producidos a la vez por los llamados hábitos orales.

En México la especialidad de Ortodoncia por sí misma no puede suministrar los servicios ortodóncicos necesarios debido al pequeño grupo de ORTODONCISTAS, esto ahunado a la explosión demográfica que se registra anualmente impiden la solución del problema, por lo que los ODONTOLOGOS de práctica general tenemos el deber de prepararnos para poder evitar y resolver, y sobre todo prevenir éste tipo de problemas producidos por los hábitos orales, el resultado de ésta investigación nos ha de dar la oportunidad de enterarnos del problema que existe directamente.

Por ello, hemos de dar las gracias a las personas que participaron directamente en la planeación y elaboración de ésta, porque a ellos se deberá el resultado positivo de la hipótesis.

CAPITULO SEGUNDO.

CONCEPTOS GENERALES.

Aunque la caries dental se considera - como principal enfermedad que ataca a los dientes, actualmente con la fluorización ha podido ser disminuída. Pero aparte de la caries dental, tenemos otros problemas dentales de importancia, - como son las llamadas maloclusiones, que son problemas dentofaciales que exigen lo mejor del Odonólogo.

El tipo de maloclusión más frecuente - en la dentición decidua, es la mordida abierta - anterior relacionada con los hábitos orales. Como sabemos un hábito es una práctica fija producida por la repetición constante de un acto. A cada repetición el acto, se hace menos consciente y puede llegar por completo al inconsciente.

Un hábito en cada paciente tiene sus - propias características, pudiendo llegar a ser un patrón para quien lo practique, imponiéndose por fuerza, resistencia y tenacidad una vez que, se descubre un mal hábito, se deberá descubrir la -- etiología de éste, se estudiarán los medios por los cuales se va a corregir, haciéndose una investigación clínica y radiográfica.

Cuando hacemos una historia clínica - dental, es común que aparezcan éstos hábitos perjudiciales, por lo que las preguntas que se le - hagan al paciente deberán ser escogidas cuidadosamente. La edad y el sexo son datos importantes - en la formación de los malos hábitos. Cuando a un paciente se le deja un hábito anormal hasta la - adolescencia, pueden sobrevenir alteraciones morbosas, las que producirán alteraciones dentarias- graves, las que pueden perdurar toda la vida.

Por ejemplo el hábito de chuparse el - dedo pulgar u otro dedo, así como otros hábitos - que causan una preocupación importante a los pa-- dres de familia, que con mucha frecuencia, el Pe-- diatra a quien acuden no sabe como calmar la an-- gustia de los mismos.

Para poder ayudarlos se requiere cono-- cimientos acerca del significado de éste hábito a diferentes edades. Se necesita saber que daños - puede provocar, que factores conducen al desarro-- llo de éste hábito u otros hábitos y que medidas-- se deben tomar para manejar la situación en forma adecuada.

Existen pocos fenómenos con los que se enfrenta el Cirujano Dentista que no estén suje-- tos a controversia. Es difícil tomar una deci-- sión sobre lo que es normal de lo anormal, entre-- lo que es fisiológico y lo patológico, ya que la-- frase "DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES" es una fra-- se amplia, formada por una serie de componentes - de adaptación dinámica que a cada momento se encuen-- tran cambiando.

El hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino - de descarga, formado por el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferen-- tes. Los hábitos en relación con las maloclusio-- nes, deberán ser clasificados como útiles y dañi-- nos.

Los hábitos útiles incluyen los de las funciones normales, como posición correcta de la-- lengua, respiración y deglución adecuada y el uso de los labios al hablar.

Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones perversas contra los dien

tes y las arcadas dentarias, así como serían há--
bitos de boca abierta, morderse los labios, chu--
parse los labios y chuparse los pulgares, así co--
mo otros (introducción de objetos a la cavidad --
oral, morderse las uñas, etc.)

Es por ello que a los hábitos orales -
se les debe dar una gran importancia, porque sólo
con conciencia del problema se podrán resolver, -
sino completamente, por lo menos parcialmente. -
Por ello se debe ésta tesis, elaborada con sumo -
cuidado y conciencia para obtener como resultado-
el mejoramiento de la salud y la utilización de -
los procedimientos adecuados.

CAPITULO TERCERO.

LOS HABITOS COMO CAUSA DE LAS MALOCLUSIONES
 CLASIFICACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS Y
 DEFORMANTES, ETIOLOGIA DE LOS HABITOS PERNI-
 CIOSOS.

Las causas de las maloclusiones son -
 múltiples, dentro de ellas tenemos a las directas
 y las complejas, siendo las más comunes:

- Ausencia congénita de las piezas dentarias prematuras
- Dientes supernumerarios
- Extracciones prematuras no controladas.
- Cavidades cariosas interproximales --
desatendidas.
- Caninos incluidos
- Traumatismos.
- DEGLUCION DEFECTUOSA
- RESPIRACION BUCAL
- SUCCION DIGITAL.
- Desarmonía en el tamaño de las piezas
dentarias y sus soportes óseos.
- Crecimiento anormal de la mandíbula, -
del maxilar superior ó de ambos.
- Disfunción muscular.

Como observamos dentro de las causas -
de las maloclusiones tenemos, los llamados hábi--
tos orales (deglución defectuosa, respiración bu-
cal, succión digital). Las facies de los indivi- -
duos, nos proporciona en muchas ocasiones indi- -
cios de maloclusiones, como sucede con el chupa--
dedos, respiradores bucales y aquellos que present
tan deglución defectuosa.

Los chupadedos por lo general producen
labio-versión de los incisivos inferiores, pueden
en ocasiones producir una mordida abierta, mien--

tras que los ojos pueden denotar cierto grado de culpabilidad. Los respiradores muestran atonía - muscular marcada en el labio superior, el que aparece corto, mientras que el inferior parece enrollado.

En éste caso las narinas están normalmente reducidas y la base de la nariz aparece deprimida. La impresión que produce un respirador-bucal es la de un individuo poco inteligente, -- principalmente por tener la boca abierta constantemente. Otro indicio de maloclusión nos la proporciona las facies del que deglute defectuosamente, pues sus músculos mentonianos están constantemente contraídos produciendo arrugas en la barbilla.

Es pertinente hacer notar, que los malos hábitos producen maloclusiones, pero que éstos a su vez dependen en su severidad de la intensidad, así como de la duración y sobre el tipo - anatómico sobre el que actúa; se debe hacer notar que cualquier indicio de maloclusiones que puede ser detectado a edad temprana posible, puede evitarle tanto al paciente como al Cirujano Dentista de práctica general y aún al mismo Ortodoncista, - problemas complejos que bien pueden simplificarse cuando son observados oportunamente.

CLASIFICACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS Y DEFORMANTES.

Hábitos que son perversiones de los --
procesos funcionales normales.

Hábito de succión.

Hábitos anormales de la respiración.

Hábitos anormales de la fonación.

Hábitos anormales de la deglución.

Hábitos Diversos.

Succión de lengua.

Succión de labios.

Succión de dedo.

Succión de las mejillas.

Introducción de cuerpos extraños a la-
cavidad bucal, así como moderse las -
uñas.

ETIOLOGIA DE LOS HABITOS PERNICIOSOS.

La etiología de la succión digital así
como la de otros hábitos es compleja y de difícil
presición, ya que los principales factores que -
intervienen son de origen psicológico.

Pero se puede afirmar que está influen-
ciada por las circunstancias inherentes a la vida
contemporánea, ya que en tiempos pasados, el niño
fué amamantado hasta cierta edad, en la actuali--
dad ésta función se suple mediante el empleo de -
chupones y leches condensadas y deshidratadas.

Las características de los chupones y
mamilas, muchas veces no obedecen a un diseño ade-
cuado desde el punto de vista fisiológico, ya que
las mamilas resultan inadecuadas para sustituir-
el amamantamiento normal, suelen ser demasiado -
largas, por lo que penetran excesivamente en el -
paladar y originan posiciones inapropiadas de la-
lengua, otro hecho es que las madres acostumbran-
ensanchar en demasía el orificio de la mamila oca

sionando con esto que llegue demasiada leche al niño y lo obligue a colocar la lengua en posición defectuosa ante la necesidad de contener el flujo del líquido.

Desde el punto de vista psicológico, Freud señaló que es importante la fase oral en el desarrollo de la personalidad del niño.

Erikson, ha hablado de aquella edad en que el niño vive y ama a través de su boca, refiriéndose a la temprana infancia, en que es la boca el vehículo de comunicación del hombre con el medio que lo envuelve y en que el niño se lleva a la boca cuantos objetos encuentra a su alcance.

Shanks, tomó en consideración el amantamiento del niño, el tipo de hábito y el nivel de inteligencia para un estudio y los resultados fueron, que los hábitos de succión eran más elevados en los niños cuyo desarrollo intelectual era menor.

Un mal hábito puede tener como causa primaria:

- a.- Una disfunción endócrina, por ejemplo la hiperactividad tiroidea origina una alteración nerviosa y esto causa bruxismo.
- b.- Factores psicogénicos, por lo que se requerirá de tratamiento endocrinológico y psicoanalítico.

Los hábitos infantiles pueden surgir de patrones mentales inconscientes, por ejemplo:

INSTINTO - El principal acto instintivo del infante es la succión.

INCORRECTA O INSUFICIENTE SALIDA DE -

ENERGIA - Debido a que no se le proporciona al -
pequeño medios para que esté activo y ocupado.

POR DOLOR O INCOMODIDAD - Como aque- -
llos que llevan la mandíbula hacia adelante y pos-
turas incorrectas al dormir.

TAMAÑO ANORMAL DE ALGUNOS ORGANOS - Ta-
les como amígdalas, adenoides, lengua, que aumen-
tadas en su tamaño pueden obstruir la correcta -
respiración y obliguen a tener la lengua adelante
entre los dientes ó llevándola contra los dientes
anteriores superiores, al tragar ó mantener la -
mandíbula adelantada para hacer lugar en la farin-
ge oral por lo que será aconsejable eliminar és-
tos órganos antes de que se formen hábitos pernii-
ciosos.

Por lo regular los malos hábitos son -
factores etiológicos para las maloclusiones denta-
rias que pueden producir también deformidad fa-
cial por interferencia en las fuerzas de presión-
normales y la producción de anormales.

CAPITULO CUARTO.

LOS HABITOS COMO CAUSA DE ALTERACIONES QUE PROVOCAN EN LOS TEJIDOS DUROS Y EN LOS TEJIDOS BLANDOS, HABITOS QUE GENERALMENTE PROVOCAN LESIONES EN EL APARATO ESTOMATOGNATICO ASI COMO SUS CARACTERISTICAS Y MANIFESTACIONES CLINICAS.

El niño con las deformaciones óseas en la cara es un mutilado dento-facial, a cuya felicidad se oponen múltiples problemas físicos y emocionales. Muchas de éstas alteraciones pueden ser prevenidas por los médicos, odontólogos y ortodoncistas evitando traumas favoreciendo con ello el bienestar de los niños.

Las manifestaciones clínicas de los hábitos orales son con frecuencia:

- a). Alteraciones anatómicas.
- b). Deformaciones estéticas.
- c). Conflictos psicológicos.

Las alteraciones anatómicas dependen de la presión que oblige a soportar a la cavidad oral, causando trastornos psicológicos, deformaciones estéticas faciales y por este cambio, trastornos sobre la psicología del niño, que sufre natural quebrantamiento al verse cohibido por burlas y hasta insultos que le hacen perder seguridad en sí mismo.

Winders, señala que la lengua es capaz de ejercer mayor presión sobre las estructuras orales que todos los demás músculos dentofaciales, y que la punta de la lengua es el elemento que más fuerza ejerce, seguida de sus bordes labio superior y labio inferior, así como los carrillos.

HABITOS QUE GENERALMENTE PROVOCAN LESIONES-
EN EL APARATO ESTOMATOGNATICO, ASI COMO SUS
MANIFESTACIONES CLINICAS Y SUS CARACTERIS--
TICAS.

HABITO DE SUCCION DIGITAL.

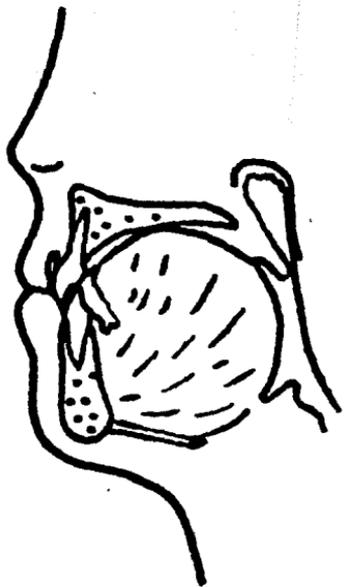
Este tipo de hábito es una de las causas principales de malposiciones dentarias, esto no es sorprendente, porque la succión digital es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica en las estructuras del órgano masticatorio. El niño parece encontrar alivio, a todas aquellas irritaciones en el momento de succionar.

El efecto de succión normal es el siguiente:

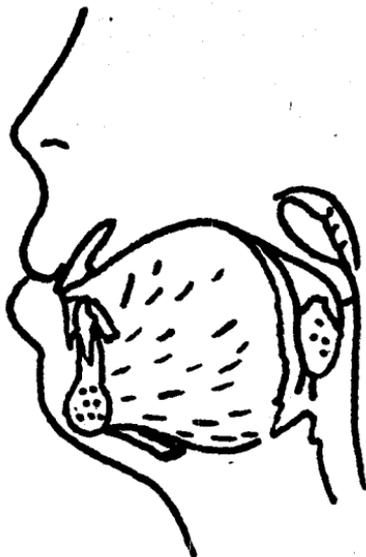
- A.- La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos pterigoideos externos, esto agranda el espacio intraoral permitiendo el desarrollo de una presión negativa.
- B.- Se contraen los músculos de los labios para impedir que el aire se precipite en la boca destruyendo el vacío creado por el movimiento descendente de la mandíbula.
- C.- Las fibras centrales de los buccinadores y tejidos de los carrillos se introducen entre las superficies oclusales de los molares y premolares, así como los caninos, por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritos.

Esto produce una fuerza de presión lingual sobre las porciones posteriores de las arcadas dentarias.

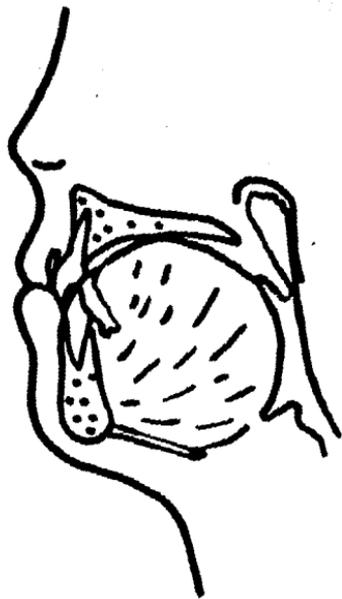
- D.- La lengua pierde contacto con la superficie lingual de incisivos, caninos, premolares su-



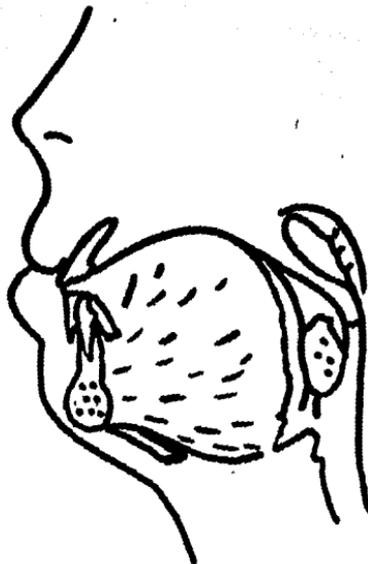
A. DEGLUCION NORMAL.



B. DEGLUCION ANORMAL.



A. DEGLUCION NORMAL.



B. DEGLUCION ANORMAL.

periores e inferiores y con la membrana mucosa del paladar duro por la presión de la mandíbula.

La parte central se deprime por la acción de los músculos genioglosos y condroglosos, mientras los que arrollan hacia arriba son el longitudinal y el estiloso. Esta acción combinada forma la parte del plato de succión de la lengua. La base elevada contra el paladar blando por la contracción de los suprahioides, estiloglosos y patológico.

E.- El tensor del velo del paladar y elevador se reflejan y permiten el descenso de éste órgano que se encuentra con la base elevada de la lengua, cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío. Este hábito puede ser continuo ó consistir en una serie de acciones rítmicas de succión.

Analizando esta acción vemos que la gran fuerza muscular es recibida después de la erupción dentaria por las superficies labiales de incisivos y caninos y las superficies vestibulares de los molares temporales y de premolares permanentes.

Cuando el hábito de succión digital incluye el uso de una sustancia dura entre los incisivos, los molares temporales y premolares y molares permanentes no llegan muchas veces a establecer contacto oclusal a tal grado que se desarrolla una supraoclusión, mientras que los incisivos muestran una intraoclusión. Si al succionarse emplea el pulgar y otros dedos, los incisivos pueden sufrir alteraciones afectadas por el tironeamiento digital, y la tracción del brazo, lo -

mismo sucede cuando se succiona ó muerde el labio principalmente el inferior.

CHUPETEO DEL PULGAR U OTRO DEDO.

Este hábito en estudios realizados aparece poco tiempo después del nacimiento, otros dicen que puede iniciarse desde la vida intrauterina, cuando el feto muestra una actividad muscular aumentada y el dedo llega a encontrarse con la boca.

Las madres opinan que éste tipo de hábito comienza después de amamantarlo, o bien cuando comenzaron a erupcionar las piezas temporales. No hay que confundir con el acto normal de llevarse el pulgar a la boca que se observa en un periodo preciso comprendido entre los seis y doce meses, y cuando el niño trata de examinar los objetos que llegan a sus manos y llevarlos a la boca.

En la mayoría de los casos este tipo de hábito declina a la edad de los dos años, aunque en otros se acentúa. Por lo que se refiere a la etiología de éste, se dice que puede haber predisposición hereditaria para la práctica del hábito, otros opinan que es un acto imitativo del amamantamiento natural que Freud ha sugerido de origen sexual.

Hay quienes opinan que se debe a una falta de armonía ó desequilibrio entre ambiente y sujeto. El tipo de maloclusión que se desarrolla depende de la posición del pulgar ú otro dedo de la contracción acompañante de los músculos de los carrillos y posición de la mandíbula durante el chupeteo.

MORDIDA ABIERTA.

El problema clínico más frecuente es -

llamada mordida abierta. La retracción de la man
díbula se desarrolla si el peso de la mano ó el -
 brazo ejerce una fuerza continua adoptando la man
díbula una posición de retrusión. Cuando los in-
 cisivos empujados labialmente, el arco mandibular
 se cierra posteriormente, y la lengua está mante-
 nidá contra el paladar.

La fuerza de los músculos de los carri-
 llos que origina la succión produce contracción -
 del arco mandibular. El velo del paladar duro se
 vuelve elevado y el labio superior se vuelve hipo-
 tónico, el inferior se ve presionado bajo los in-
 cisivos maxilares y de éste modo se establece la-
 deformación.

Un perfil recto de oclusión Clase I -
 firme parece resistir menos las fuerzas del chu-
 peteo, que un esquelético facial tipo Clase II. -
 Hay que tener en cuenta el tipo de cara en la --
 cual el hábito aparece. En cierto tipo de cara -
 un hábito ligero es más perjudicial que uno grave
 en otro tipo de cara. El problema clínico está -
 determinado por la combinación de hábitos y el -
 factor crecimiento de la cara.

EXISTEN TRES FASES CLINICAS DEL PROBLEMA

FASE I.- Chupeteo normal de significación subclí-
 nica de los 3 meses a los 4 años de edad,
 principalmente lo hacen al dejar de ma--
 mar, lo que desaparece a los 4 años de -
 edad. Sin embargo el niño muestra cual-
 quier tendencia al chupeteo específico, -
 como consecuencia viene el uso del chu-
 pón de hule, que es menos perjudicial -
 que el chupeteo del pulgar u otro dedo.

FASE II Chupeteo de significación clínica de los
 2 a los 4 años de edad. Esta práctica -

de chupeteo indica ansiedad a veces de -
significación clínica y otra en la que -
el hábito tiene efecto sobre la dentición
permanente, un programa definido y firme
está indicado en éste momento.

FASE III Chupeteo intratable del pulgar. Cual- -
quier chupeteo que persista después de -
los 4 años es un problema clínico para -
el cirujano Dentista, ya que hay garan- -
tía de que la eliminación de la patolo- -
gía psicológica y ansiedad acompañante, -
así como las influencias familiares per- -
judiciales resultarán necesariamente en- -
el abandono del síntoma por el niño.

Cualquier hábito de chupeteo de dedo que
persista a la fase III puede ser un pro-
blema muy importante que el de la malo- -
clusión resultante, la maloclusión puede
ser secundaria a otros problemas durante
la fase III.

Cuando los padres negligentes ó sobre-
indulgentes que en ocasiones son los causantes -
directos del problema son incapaces de corregir -
éste hábito en sus hijos, es cuando acuden al Ci-
rujano Dentista de práctica general, para que los
auxilie a corregir éste problema. Este tipo de -
problemas se presenta a edades fluctuantes entre-
los 5 y once años de edad, las que coinciden con-
el período de dentición.

Al chupadedos se le debe dar la oportu-
nidad de comprender su problema y ayudarlo, mos- -
trándole la manera de corregirlo y no mediante -
castigos físicos, o bien ridiculizándolo. Para -
ayudar a desaparecer éste hábito se debe cooperar
con el paciente, tanto el Dentista como los padres

para hacerle cambiar positivamente su actitud y personalidad en formación:

SUCCION DE LENGUA.

La succión de lengua, como causa de mordida abierta, es el resultado del desarrollo vertical insuficiente que no permite a uno ó varios dientes llegar a encontrarse con sus antagonistas en el arco opuesto. La consecuencia es la falta de oclusión localizada.

Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y el hueso alveolar se desarrollen hasta encontrar el antagonista oclusal del arco opuesto.

Las causas que pueden producir la mordida abierta son:

- A.- Trastornos en la erupción de los dientes en el crecimiento alveolar, por ejemplo, molares caducos anquilosados.
- B.- Interferencias mecánicas a la erupción y al crecimiento alveolar, por ejemplo el chupadodos.

La mordida abierta anterior de los arcos dentarios pueden acompañarse de labio-versión de los dientes anteriores superiores. Se debe observar detenidamente la relación de las bases óseas con la dentadura. Como causa de ésta tenemos, los hábitos perjudiciales ya que la mayoría de éstas son causadas por hábitos como el chupeteo del pulgar u otro dedo, lengua, etc.

Si durante la erupción de los dientes, éstos chocan repetidamente contra un dedo o lengua colocada entre los incisivos superiores e in-

feriores se impide la erupción y se provoca la -
mordida abierta. Por lo que al diagnosticar una-
mordida abierta se debe sospechar de la presencia
de un hábito.

En los niños pequeños lo más común es-
la succión del dedo ó lengua protráctil al tragar,
si los adultos chupan un lápiz ó una pipa, los -
resultados son similares.

Las mordidas abiertas en la región pos-
terior de la boca pueden ser causadas por hábitos
tales como empujar lateralmente la lengua durante-
la deglución.

La causa suele ser ó estar relacionada
con el desarrollo de los dientes y alveólos en -
los adultos, la mordida abierta posterior puede -
ser más grave que la anterior, por que no existe-
oportunidad para que el crecimiento alveolar se -
corrija. Como causa tenemos la lengua protráctil,
con frecuencia se forma la mordida abierta, y des-
pués la lengua en sus excursiones se localiza la-
mordida abierta, colocándose ahí durante la deglu-
sión.

SUCCION O MORDIDA DE LOS LABIOS

La succión de los labios puede apare-
cer por sí sola ó acompañarse de la succión del -
pulgar, por lo general el labio inferior es el -
que se ve involucrado, aunque también puede obser-
varse en el labio superior.

Cuando el labio inferior es repetida-
mente metido por debajo de los dientes anteriores
superiores, el resultado es labio-versión de és-
tos, frecuentemente mordida abierta y siempre lin-
guo-versión de los incisivos inferiores.

La succión ó mordida del labio puede -

llevar a sí mismo, desplazamiento de los dientes anteriores, al igual que la succión del pulgar, - éste hábito suele presentarse durante la edad escolar.

HABITOS DE LA RESPIRACION.

Un problema médico dental observado, - con frecuencia es la respiración bucal, expondremos la causa y efectos más comunes relacionados - con la influencia del crecimiento craneofacial - postnatal.

Anatómicamente, es frecuente observar en individuos de cara alargada y delgados, ó sea dolicocéfalos, en los cuales el espacio faríngeo es normalmente largo pero angosto. Diversas opiniones puntualizan, que individuos con cara ancha es raro que presenten adenoides y la respiración bucal, otros han sugerido que los adenoides, así mismo como la respiración bucal, pueden ser evidencia de la falta de espacio de la naso-faringe. Otros consideran la estrechez de los pasajes nasales y de la nasofaringe como causa principal, y - por último lo relacionan con el crecimiento anormal de la faringe.

Las causas de la respiración bucal pueden ser:

- A.- Inflamación de la mucosa nasal en estados catarrales.
- B.- Inflamación e hipertrofia de los cornetes.
- C.- Cuadros frecuentes de rinosinusitis y rinoestenosis.
- D.- Ocasionalmente cuando los adenoides y las amígdalas aumentan de tamaño.
- E.- Vegetaciones adenoideas,
- F.- El septum nasal desviado, causado por traumatismos.

- G.- Alergias.
- H.- Desequilibrio muscular y el hábito de tener - la boca abierta.
- I.- Hipotonía muscular congénita de los labios, - lengua y paladar blando.
- J.- Cuando el tamaño de la lengua es excesivo, si tuación asociada generalmente a transtornos - endócrinos como el hipertiroidismo y estados- acromegálicos.
- K.- Como sabemos una de las funciones de la respi ración nasal es la de calentar y humedecer el aire inspirado.

Cambios en el clima pueden provocar respira-- ción bucal temporal. Se menciona que la ins- piración del aire sobrecalentado, el aire con taminado puede agravar ésta situación.

- L.- La sinusitis que produce una baja de defensa- de la mucosa nasal dando como resultado una - congestión crónica y posteriormente una infec ción.
- M.- La glosoptisis la cual hace que la lengua sea desplazada hacia abajo llevando consigo la - mandíbula en dirección de la columna cervical.

EFFECTOS DE LA RESPIRACION BUCAL

Los efectos de la respiración bucal - son numerosos al igual que los factores etiológi- cos, algunos actúan directamente sobre el creci-- miento craneofacial y otros sobre el estado gene- ral del individuo.

CARACTERISTICAS DE LA RESPIRACION BUCAL.

Los individuos que respiran con la bo- ca ó bien por boca y nariz presentan las llamadas facies adenoideas, las que dan la impresión de - padecer retardo mental. Estas facies se presen--

tan cuando el hábito es adquirido durante los primeros años de vida.

Se presentan los incisivos maxilares - en protrusión, mentones pequeños, es característico que la base de la nariz se observa aplanada, las ventanas de la nariz subdesarrolladas, labio superior corto y labio inferior grueso y enrollado.

El maxilar es angosto y en forma de V, con bóveda palatina alta, presentando frecuentemente sobremordidas horizontales y verticales.

La relación oclusal puede encontrarse en neutro-oclusión pero comunmente en disto-oclusión.

EFFECTOS QUE PRODUCE LA RESPIRACION BUCAL

Sobre el aparato respiratorio.

La respiración bucal prolongada inicia cambios inflamatorios en la mucosa nasal, la que se atrofia por deshuso las alas de la nariz se angostan y el lenguaje adquiere tono nasal. La acción bacteriostática está perdida, por ello se presentan las infecciones, en el sentido del olfato, gusto y el apetito disminuye, puede haber visión defectuosa y ataques recurrentes de otitis media.

GINGIVITIS.

La hipertrofia gingival que se observa puede ser causada por edema, pero en la mayoría de los casos es una verdadera hiperplasia. La falta de presión de los labios y carrillos es en parte responsable de la condición edematosa de la encía marginal.

Este tipo de gigititis puede ser el resultado de la desecación del epitelio gingival y de la acumulación de detritus alimenticios, por la falta de acción de los labios y por falta de humedad propiciando el crecimiento bacteriano, todo ésto conduce a la inflamación crónica.

PRODUCE CAMBIOS EN LA MUCOSA FARINGEA

Cierta cantidad de humedad de la mucosa oral y faríngea es absorbida por el aire inspirado por la boca. Al secarse la mucosa se observa la sensación de sed constante.

Como sabemos la función de la nariz es la de calentar humedecer y limpiar el aire inspirado.

La humedad y calentamiento facilitan el intercambio de gases disueltos entre el aire y la sangre a través del epitelio alveolar, si no es así los tejidos de recubrimiento del tracto respiratorio y de la boca son afectados por el impacto del aire frío, sucio y seco, la respiración bucal hace que las presiones neumáticas reduzcan tanto en la boca como en la nariz.

La respiración nasal produce presión alta en nariz y boca durante la expiración, durante la inspiración la presión negativa aumenta en ambas. Esta acción fluctuante estimula el crecimiento normal y desarrollo de las estructuras óseas.

PRODUCE CAMBIOS SINUSALES.

Cualquier cambio en la forma de los senos, hace que la voz pierda resonancia nasal, pudiendo causar lenguaje defectuoso.

PRODUCE MALPOSICION DE LA MANDIBULA.

Durante la respiración bucal, los músculos suprahioides ejercen una fuerza directa - hacia abajo y hacia atrás sobre la porción anterior del cuerpo de la mandíbula durante la deglución. Esta acción es contrarrestada en la deglución normal por los músculos elevadores que conducen a los planos inclinados de los dientes oponentes al ocluir.

Por el hábito de tener la boca abierta ó por obstrucción nasal, el labio superior aparece corto y deja a los incisivos maxilares expuestos a ser proyectados labialmente ya que la acción de los labios como modeladores está perdida dando como resultado los incisivos en protrusión.

Produce contracción de los procesos alveolares. A la alimentación con biberón se le ha señalado como causante de la deformidad del maxilar por proyectar la porción alveolar hacia adelante y el paladar y septúm nasal hacia arriba, - disminuyendo el diámetro interalveolar, otra -- causa es la falta de crecimiento de la sutura interpalatina.

En estudios realizados un 21.3 por ciento de los respiradores bucales presenta deficiencia de anchura de los arcos dentarios. Se puede decir que éstos individuos adquirieron el hábito-después de la dentición mixta, ó la obstrucción - de los pasajes nasales de individuos de cara ancha comenzó tardíamente.

Hay otros factores que pueden estar - ligados a la contracción de los arcos dentales y sus características sobre sus estructuras como - son la osteoporosis no raquílicas y escorbuto infantil. Estos factores no sólo inhiben el crecimi

miento sino que pueden producir una condición ósea fácil de influenciar con fuerzas extrínsecas.

PRODUCE MALOCLUSIONES.

Los respiradores bucales presentan un alto índice de de maloclusiones, son comunes las disto-oclusiones en los dolicocefalos. La obstrucción nasal obstruída causa deformidades en arcos dentarios maxilares. El hábito de chupar el dedo influye proyectando el segmento anterior del maxilar labialmente.

El arco dentario pierde su continuidad. Si la respiración bucal está presente durante el período de crecimiento activo conduce a la maloclusión. Se dice que la respiración bucal propicia y acentúa la maloclusión de clase II subdivisión I, pero solamente en aquellos individuos de cara alargada.

Dentro de otros defectos de la respiración bucal, tenemos el angostamiento de las narinas, lo que es producido por la obstrucción, por resfriados frecuentes, las cuales actúan como válvulas en cada inspiración. Al respirar profundamente las narinas se dilatan, en el respirador bucal permanecen del mismo tamaño.

Por otro lado los labios permanecen separados, el labio superior pierde tonicidad y el inferior parece enrollado. Los labios se observan resecos y agrietados, presentando boqueras constantemente.

Los respiradores bucales están propensos con más facilidad a la caries dental, presentándose la caries blanca en ellos, es común observar manchas verdes y amarillo-verdosas sobre la carabial de incisivos maxilares, debido a la reducción de autolimpieza de los labios y de la saliva.

Por ello es frecuente observar la lengua saburral, ya que el efecto hidratante de la respiración bucal sobre los tejidos orales manifiesta tempranamente sobre la lengua, los respiradores bucales se quejan de tener mal sabor de boca sobre todo por las mañanas, presentando la lengua cubierta de material blanquecino.

Actúa también sobre el estado general.

La respiración bucal predispone al individuo a infecciones en las vías respiratorias, hay quien dice que la respiración interfiere en el desarrollo normal de la cavidad bucal torácica, con retracción del esternón y costillas inferiores ya que la respiración bucal es superficial y poco estimulante.

CAPITULO QUINTO.

CASOS CLINICOS EXPUESTOS Y SU TRATAMIENTO

En éste capítulo se mencionarán algunos casos observados clínicamente. Será con el fin de darnos cuenta de la severidad de los mismos, así mismo la problemática a que se enfrenta el especialista "Ortodoncista".

Por ello se puede afirmar, hasta cierto punto, que las maloclusiones producidas por mordida abierta y lengua protractil, constituyen uno de los problemas más difíciles clínicamente, por las recidivas que éstas maloclusiones ocasionan.

CASOS CLINICOS.

CASO I.

Una niña de 7 años 10 meses de edad se presentó con una mordida abierta anterior. Su estudio cefalométrico indicó que no tenía una displasia ósea vertical (SNMP 36 grados).

Las amígdalas y adenoides eran normales y respira libremente con la nariz, los labios eran competentes, y tenía un hábito de succión nocturna del dedo pulgar.

TRATAMIENTO.- Dada la simetría de la mordida abierta, se pensó la maloclusión era provocada por una posición postural anterior de la lengua, y no por el hábito de succión digital, que generalmente es asimétrico. Se mostró al paciente la posición normal de la lengua y se le convenció que evitara el hábito de succión digital (explicándole el daño que se estaba produciendo).

Tres meses después, de haber eliminado el hábito de succión digital, no se observó disminución de la mordida abierta, por lo que se le colocó un recordatorio para reeducar la lengua. - Se cementó el aparato. Se mantuvo en vigilancia y se tomó fotografías 8 y 24 meses después.

Por medio del encefalograma se observó la mordida cerrada (se observó el arco palatino - con espolones.) La lengua se observó sin ninguna irritación y las superposiciones para observar y medir el crecimiento óseo, así como los movimientos dentales.

CASO II.

Una niña de 8 años un mes de edad se presentó con una mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y hábito de succión digital - del pulgar de día y de noche, no tenía displasia ósea vertical (SNMP 35 grados).

TRATAMIENTO.- Se colocó por tres meses un expansor ortopédico maxilar, para expandir el arco maxilar y descruzar así la mordida posterior. Durante éstos 3 meses la niña siguió chupando el pulgar a pesar del convencimiento psicológico que se efectuó.

La niña y los padres pidieron se aplicara el aparato recordatorio. Se observó el pulgar con pequeñas laceraciones un día después de haber cementado el aparato, la niña desde ese día dejó de succionar el pulgar. Al año tres meses - posteriormente, se quitó el aparato, así mismo 4- y 5 años después se observó la mordida cerrada, - después de haber quitado los espolones, el paciente no usó ningún aparato de retención.

CASO III.

Una niña de 10 años 7 meses de edad se presentó con una mordida abierta anterior, una maloclusión de borde a borde de clase II división I de Angle. Tenía una displasia ósea horizontal y vertical moderada (SNMP 39 grados) ANB 6 grados y un hábito de succión nocturna del pulgar.

TRATAMIENTO.- Se convenció al paciente que dejara el hábito de succión del pulgar y se le dió un arco facial con el objeto de redirigir el crecimiento maxilar para corregir la maloclusión clase II.

El arco facial fué de tracción occipital, para impedir la extrusión de los molares superiores y así ayudar a cerrar la mordida abierta.

Un año después se colocaron los espolones, debido a que la mordida no se cerró a pesar de su buena cooperación este aparato con espolones se usó por año y medio.

Debido a que en la superposición se observó que el plano mandibular se estaba abriendo (indicando crecimiento con rotación posterior-anormal de la mandíbula) se le aplicó un aparato de tracción vertical nocturna, para redirigir el crecimiento vertical y evitar la recidiva, ya que se ha demostrado que la recidiva de mordidas abiertas va asociada a un crecimiento mandibular con rotación posterior.

CASO IV.

Una niña de 10 años 8 meses de edad se presentó con una maloclusión clase II, doble protrusión, mordida abierta anterior, incompetencia labial, respiración bucal, y apiñamiento dental -

debido a la falta de espacio en los arcos.

La displasia ósea era sorprendente -- (SNMP 48 grados y ANB 10 grados) y tenía un hábito de succión nocturna del pulgar.

TRATAMIENTO.- Se inició el tratamiento con el arco facial de retracción combinada, para reducir la protrusión y corregir la clase II. Se extrajeron los 4 primeros premolares para aliviar la falta de espacio, reducir la doble protrusión corregir la incompetencia labial y la respiración bucal.

Debido a que un año después la niña continuaba con el hábito de succión digital y la mordida seguía abierta, se decidió poner espolones. Diez meses después de colocado el aparato no había apiñamiento y el paciente ya estaba en oclusión clase I. Siete meses después de haber colocado bandas completas, para terminar los detalles de alineación dental se observó a la paciente. Dos años después la mordida se mantuvo cerrada una vez que se hubo terminado el tratamiento.

El perfil se observó recto con labios competentes y buena respiración bucal.

CAPITULO SEXTO.

RELACION DE DATOS ESTADISTICOS OBTENIDOS EN
LA INVESTIGACION DE MALOS HABITOS ORALES. -
GRAFICAS ESTADISTICAS.

Los resultados de ésta investigación - han dejado en nosotros una satisfacción buena, debido a que hemos observado que la hipótesis formulada en el principio de la misma, ha resultado - ser la meta que nos habíamos propuesto.

La misma es, observar en que frecuencia se presentan los malos hábitos orales ó hábitos perniciosos en niños de 3 a 6 años de edad - mexicanos, con sus respectivas variantes, que en ésta ocasión fueron: edad, sexo, tipo de maloclusión, presencia de caries, pérdida de espacio, - problemas hereditarios, traumáticos y psicológicos, así como nivel social, zona de investigación y sin lugar a duda el tipo de hábito que presente.

RESULTANTES DEL PROCESAMIENTO DE DATOS (cifras)

EDAD	De 3 años de edad	=	84 niños.
	De 4 años de edad	=	103 niños.
	De 5 años de edad	=	131 niños.
	De 6 años de edad	=	182 niños.

SEXO	Masculino	=	245 niños.
	Femenino	=	255 niñas.

TIPO DE MALOCLUSION

Clase I	=	381 niños.
Clase II	=	82 niños.
Clase III	=	37 niños.

PRESENCIA DE CARIES

Primer grado	=	208 niños.
Segundo grado	=	146 niños.

Tercer grado = 32 niños.
Sin caries = 114 niños.

TIPO DE PROBLEMA

Hereditario = 22 niños
Traumático = 11 niños.
Psicológico = 25 niños.
Sin problema = 442 niños.

ZONA INVESTIGADA

Zona A = 102 niños.
Zona B = 144 niños.
Zona C = 167 niños.
Zona D = 87 niños.

TIPO DE HABITO

Succión de dedo = 42 niños
Succión de lengua = 20 niños
Succión de labio = 17 niños
Resp. Buc. = 10 niños.
Otros hábitos = 39 niños
Sin hábito = 372 niños

PERDIDA DE ESPACIO

Con pérdida de espacio = 62 niños.
Sin pérdida de espacio = 438 niños.

NIVEL SOCIAL

Nivel I = 5 niños
Nivel II = 427 niños
Nivel III = 68 niños.

RESULTANTES PORCENTUALES.

A través del procesamiento de datos - llegamos a los resultados siguientes, habiendo - llevado a cabo registros y evaluaciones cuidadosas de todos los casos examinados.

A continuación aparece el cuadro ofreciendo de una manera clara los porcentajes significativos correspondientes.

EDAD '

- ' de 3 años de edad corresponde el 16.8 por ciento de 100 por ciento que representan - los 500 investigados.
- ' de 4 años de edad corresponde el 20.6 por ciento de 100 por ciento que representa -- los 500 investigados.
- ' de 5 años de edad corresponde el 26.2 por ciento de 100 por ciento que representan - los 500 investigados.
- ' de 6 años de edad corresponde el 36.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

- SEXO ' Masculino corresponde el 49 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Femenino corresponde el 51 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

TIPO DE MALOCCLUSION.

- ' Clase I corresponde el 76.2 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Clase II corresponde el 16.4 por ciento - del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

- ' Clase III corresponde el 7.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

PRESENCIA DE CARIES

- ' Primer grado corresponde el 41.6 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Segundo grado corresponde el 29.2 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Tercer grado corresponde el 6.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Sin caries corresponde el 22,8 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

TIPO DE PROBLEMA

- ' Hereditario corresponde el 4.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.*
- ' Traumático corresponde el 5 por ciento del 100 Por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Psicológico corresponde el 2.2 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Sin problema corresponde el 88.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

ZONA DE INVESTIGACION.

- ' Zona A corresponde el 20.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Zona B corresponde el 28.8 por ciento del

100 por ciento que representan los 500 investigados.

- ' Zona C corresponde el 33.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Zona D corresponde el 17.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

HABITOS PRESENTES.

- ' Succión digital corresponde el 8.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Succión lengua corresponde el 4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Succión labio corresponde el 3.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Respiradores bucales corresponde el 2 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Sin hábito corresponde el 74.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

PERDIDA DE ESPACIO

- ' Con pérdida corresponde el 12.4 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.
- ' Sin pérdida corresponde el 87.6 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

NIVEL SOCIAL

- ' Nivel social I corresponde en 1 por ciento del 100 por ciento que representan los 500 investigados.

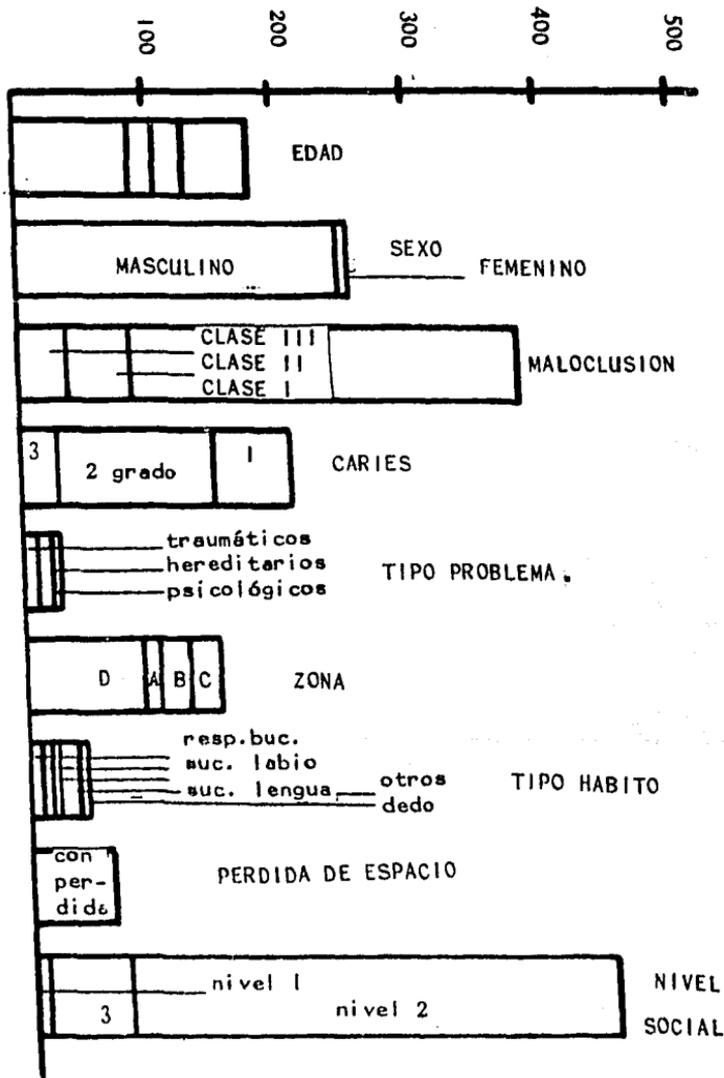
- ' Nivel social II corresponde el 85.4 por -
ciento del 100 por ciento que representan-
los 500 investigados.
- ' Nivel social III corresponde el 13.6 por -
ciento del 100 por ciento que representan-
los 500 investigados.

CONCLUSIONES

- ' No existe una variante que determine de manera categórica la presencia de algún hábito ó algunos hábitos orales.
- ' Se observó que cualquiera de éste tipo de hábitos orales puede presentarse tanto en el sexo femenino como el masculino.^o
- ' Se observó que la edad en la que mejor podemos darnos cuenta de la presencia de hábitos orales perniciosos es a los 6 años de edad, aunque ésto no es determinante.
- ' El paciente que padece el hábito de succión digital, el dedo que con mayor frecuencia succiona es el pulgar, siguiéndole el índice.
- ' El hábito de lengua se presentó principalmente por la falta de piezas dentarias, ó ausencia de éstas ya sea mudadas ó extraídas.
- ' La presencia de caries, la pérdida de espacio, la zona de investigación y el nivel social no son factores predisponentes a las maloclusiones, ni mucho menos a los hábitos orales, ó sea que en esta investigación no tuvieron mucha importancia en significado.
- ' Cualquiera de éstos hábitos dependen de la intensidad duración y el tiempo en que lo practiquen para que puedan representar en determinado momento la severidad del caso.

Por lo tanto cualquier indicio de maloclusión que pueda ser detectado a edad temprana, evitará problemas tanto para el paciente, Cirujano Dentista y aún para el Ortodoncista, los cuales pueden simplificarse cuando son observados oportunamente.

GRAFICA DONDE SE REPRESENTAN LOS VALORES TOTALES OBTENIDOS.



TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39.

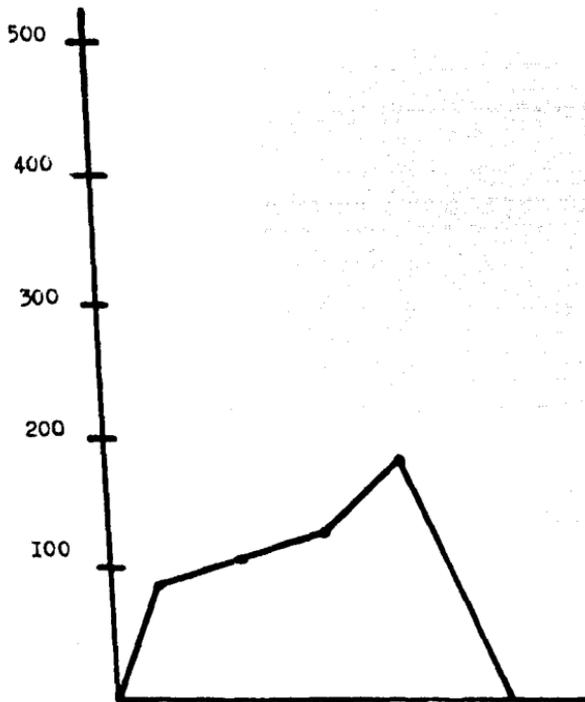


FIGURA A. GRAFICA EN LA QUE SE REPRESENTA
EL VALOR OBTENIDO EN CUANTO A LA EDAD DE-
LOS INVESTIGADOS.

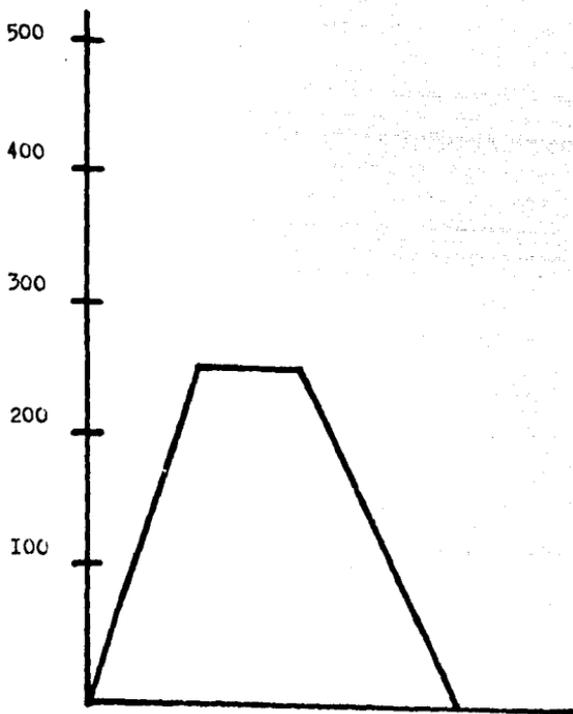


FIGURA B. GRAFICA EN LA QUE SE REPRESENTA EL VALOR OBTENIDO EN CUANTO SEXO DE LOS INVESTIGADOS.

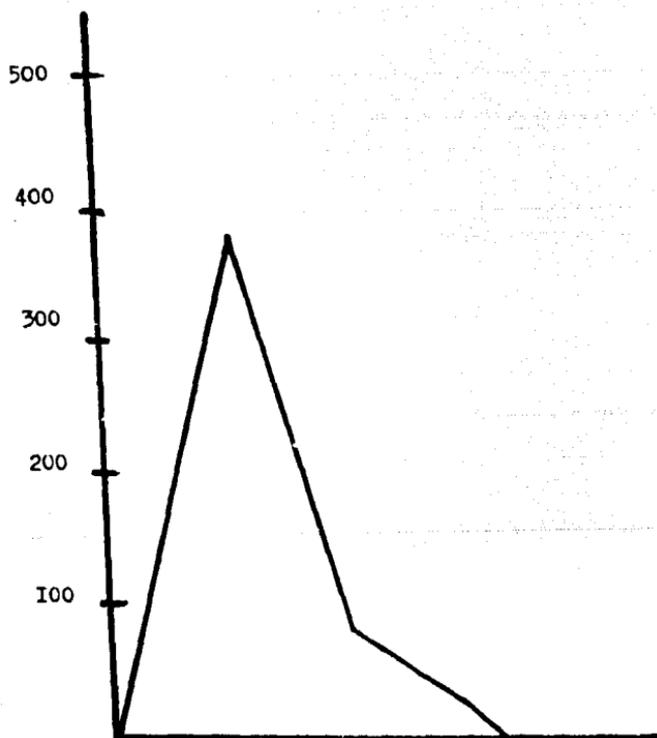


FIGURA C. TIPO DE MALOCLUSION.
GRAFICA REPRESENTANDO EL VALOR TOTAL
OBTENIDO.

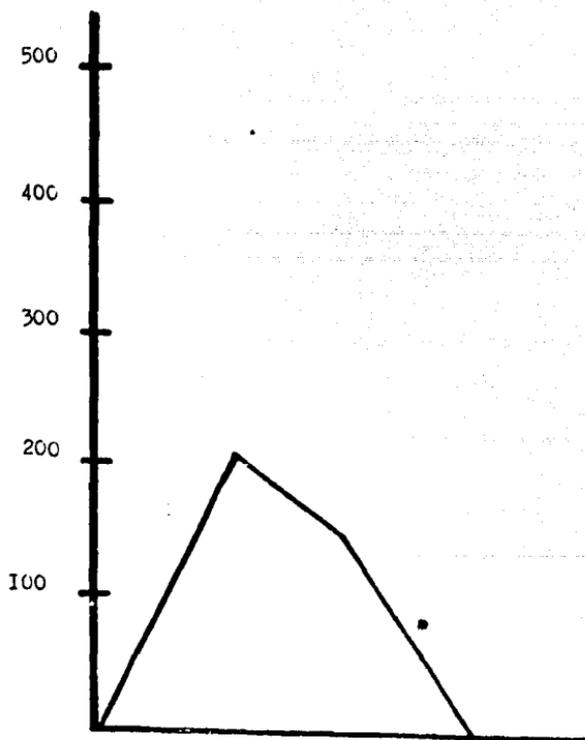


FIGURA D. PRESENCIA DE CARIES.
GRAFICA REPRESENTANDO EL VALOR TOTAL
OBTENIDO EN LA INVESTIGACION.

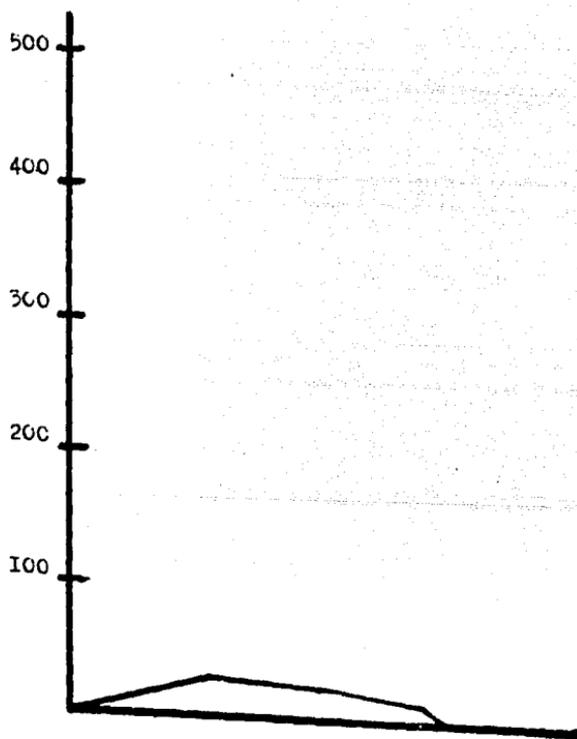


FIGURA E. TIPO DE PROBLEMA.
GRAFICA REPRESENTANDO EL VALOR OBTENIDO
EN LA INVESTIGACION.

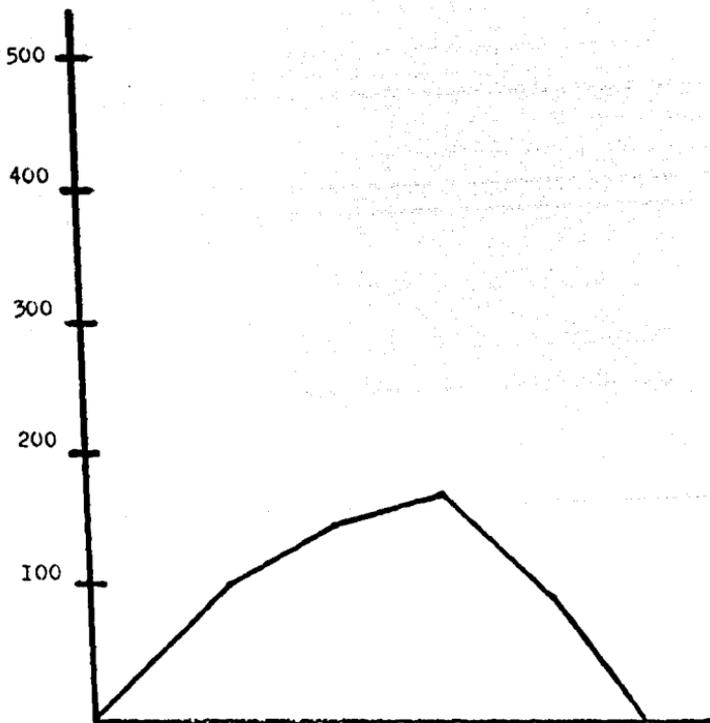


FIGURA F. ZONA DE INVESTIGACION.
GRAFICA REPRESENTANDO EL VALOR TOTAL
OBTENIDO EN LA INVESTIGACION.

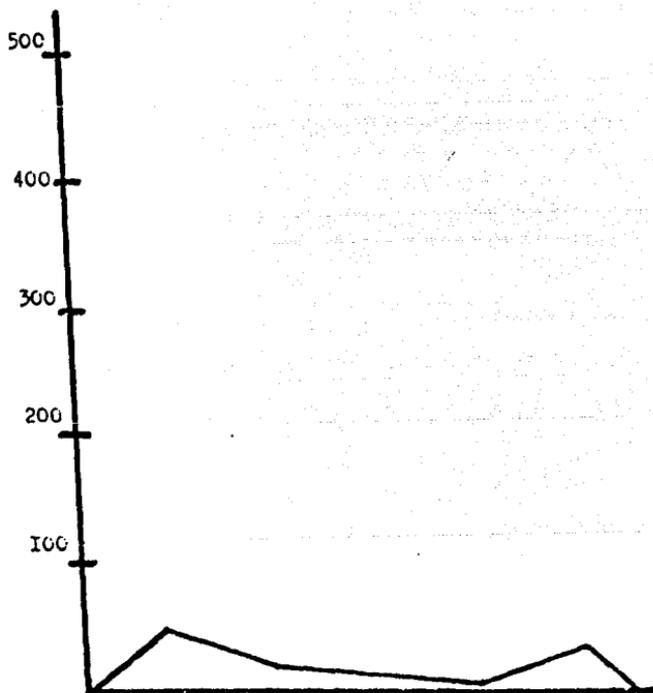


FIGURA G HABITOS.
GRAFICA QUE REPRESENTA EL VALOR TOTAL
OBTENIDO EN LA INVESTIGACION.

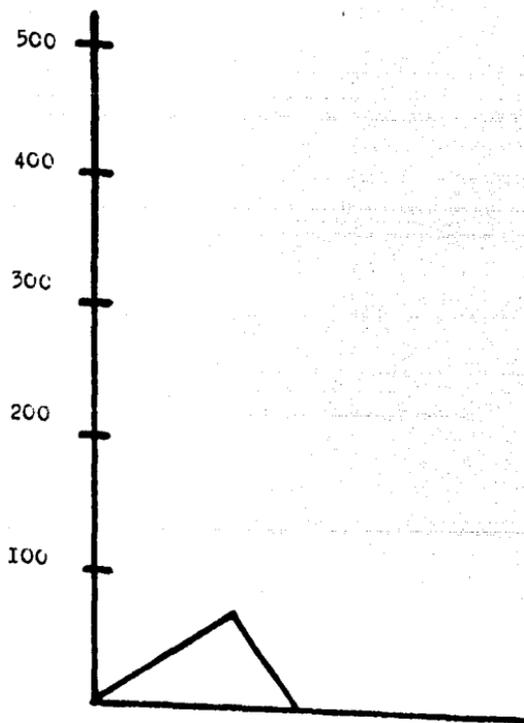
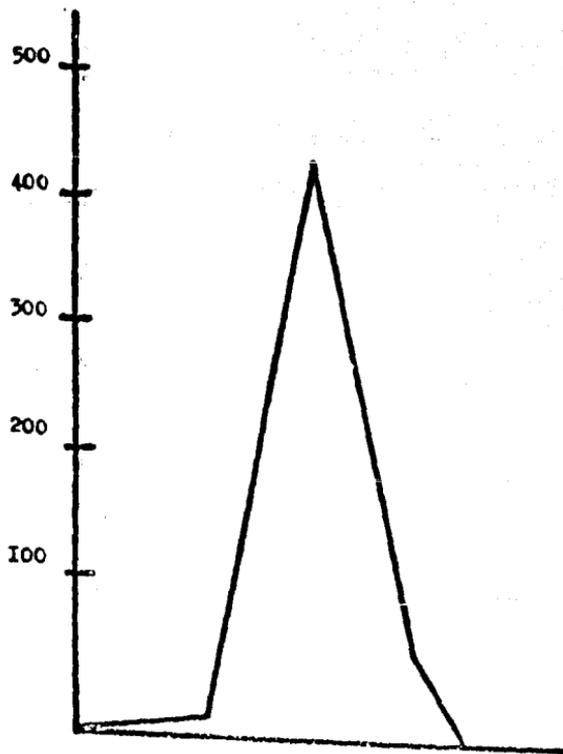
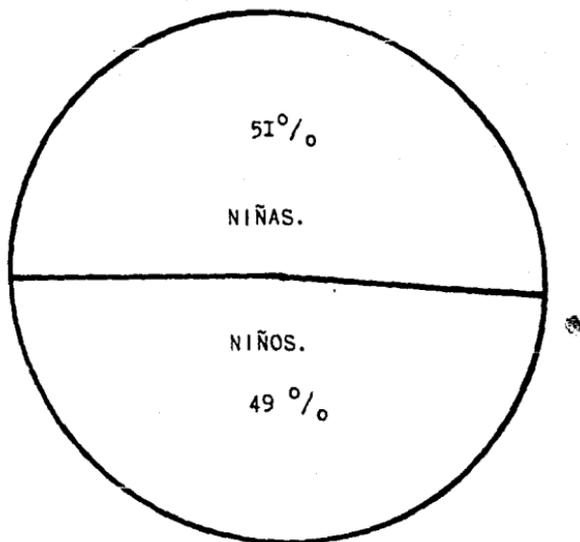


FIGURA H. PERDIDA DE ESPACIO.
GRAFICA REPRESENTANDO EL VALOR TOTAL
OBTENIDO EN LA INVESTIGACION.



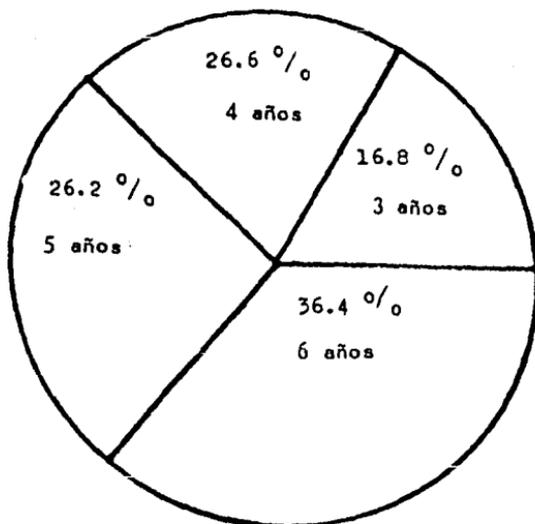
GRAFICA EN LA QUE SE REPRESENTA EL VALOR
TOTAL OBTENIDO EN LA INVESTIGACION.
FIGURA 1. NIVEL SOCIAL.

FIGURA 1.



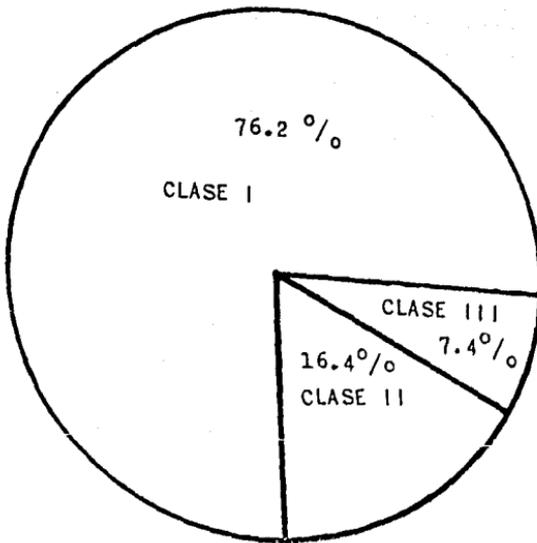
LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS
EN LA INVESTIGACION EN CUANTO AL -
SEXO SE MUESTRAN EN LA FIGURA 1.

FIGURA 2.



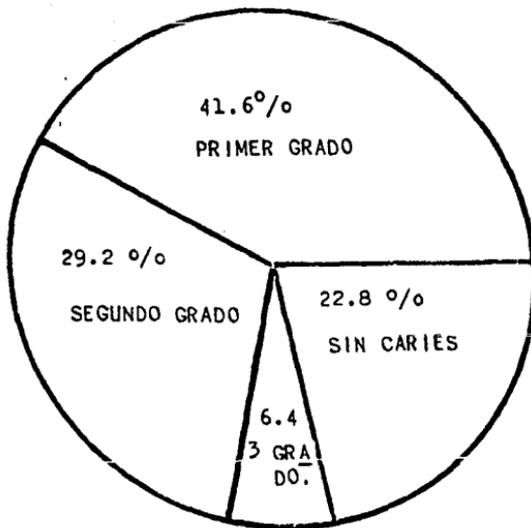
LOS VALORES TOTALES PORCENTUALES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION EN CUANTO A EDAD SE MUESTRAN EN LA FIGURA 2.

FIGURA 3.



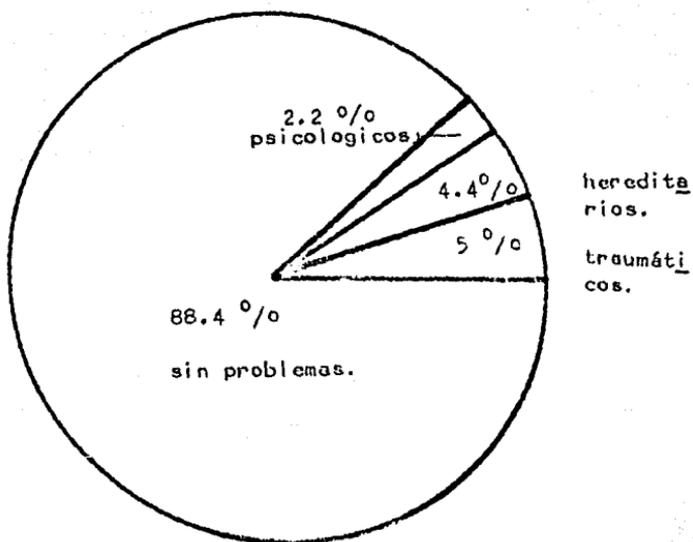
LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION EN CUANTO AL TIPO DE MALOCLUSION SE MUESTRAN EN LA FIGURA 3.

FIGURA 4



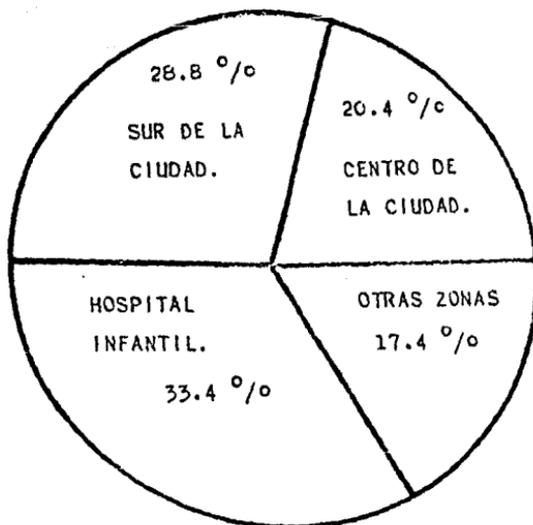
LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION EN CUANTO A PRESENCIA DE CARIES SE MUESTRA EN LA FIGURA 4.

FIGURA 5.



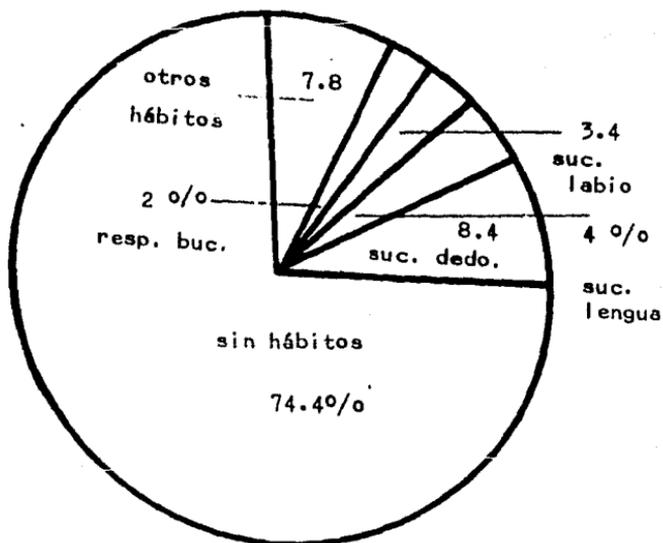
LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION EN CUANTO A PRESENCIA DE PROBLEMAS SE MUESTRA EN LA FIGURA 5.

FIGURA 6.



LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS
EN CUANTO A ZONA DE INVESTIGACION-
SE MUESTRAN EN LA FIGURA 6.

FIGURA 7.



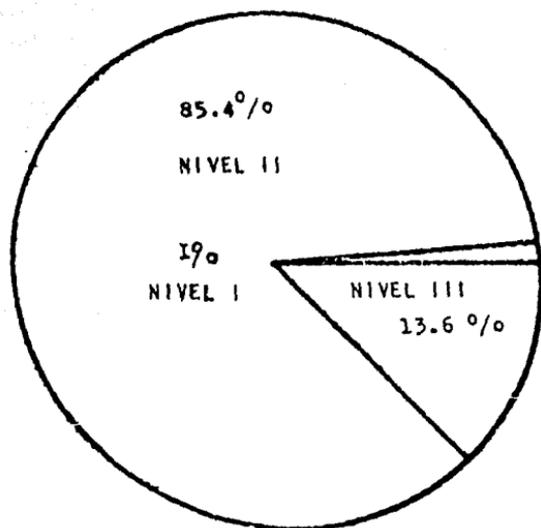
LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN CUANTO A TIPO DE HABITO SE MUESTRAN EN LA FIGURA 7.

FIGURA 8.



LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN CUANTO A PERDIDA DE ESPACIO SE-MUESTRAN EN LA FIGURA 8.

FIGURA 9.



LOS VALORES PORCENTUALES OBTENIDOS EN
EN CUANTO A NIVELES SOCIALES SE -
MUESTRAN EN LA FIGURA 9.

CAPITULO SEPTIMO

PREVENCION DE LOS MALOS HABITOS ORALES.

Frecuente es escuchar al Cirujano Dentista "si lo hubiera visto antes" se hubiera evitado a tiempo el problema, ahora exige medidas - enérgicas para resolverlo con éxito.

Por lo que la respuesta es la siguiente, Doctor yo siempre he visitado al Dentista, - por lo menos 2 veces por año y nunca mencionó algún problema.

El Cirujano Dentista de práctica general puede advertir oportunamente las deformaciones dentofaciales del niño, ya sea mediante la - historia clínica ó bien mediante el exámen clínico. Para la práctica odontológica no sólo se exige de la Odontología restauradora sino también de una odontología preventiva, ésta odontología preventiva forma una pequeña parte de la Odontología en total, la cual exige una técnica a largo plazo. Se puede decir que es una maravilla que un grupo-pequeño de niños logren alcanzar una oclusión normal, ya que por el contrario cientos de miles no lo logran, debido a ciertos factores y fenómenos-que lo impiden.

Prevención en Ortodoncia, significa, - una vigilancia constante, un sistema y una disciplina, tanto para el Cirujano como para el paciente. Por ello es conveniente que una relación adecuada se establezca entre el Cirujano Dentista y el niño así mismo entre sus padres en sus primeras visitas.

Mediante ilustraciones, modelos y pláticas se deberá hacer comprender a los padres que una oclusión normal no se tiene por coincidencia. De ahí la comprensión que deben adquirir los pa--

dres del pequeño, sobre la complejidad y desarrollo dental. En la práctica es mucho más fácil - prevenir ó interceptar, que corregir posteriormente.

Por lo que el pequeño deberá ser examinado por su Dentista desde edad temprana, puede ser suficiente un exámen clínico haciéndose énfasis en la imagen cambiante por radiografías periapicales ó exámenes radiográficos panorámicos, aún a su corta edad. Cuando el pequeño alcance 5 -- años de edad se deberá establecer un programa definido para obtener registros longitudinales en el diagnóstico.

Los exámenes radiográficos deberán hacerse una vez por año, si existiese tan sólo una huella de maloclusión en desarrollo, de otra forma bastará con hacerse el exámen radiográfico completo cada 2 años. Debe ser posible un exámen - radiográfico panorámico.

Los modelos de estudio son indispensables, los cuales ayudan al Cirujano Dentista a - interpretar sus radiografías las fotografías también ayudan a personalizar éstas radiografías. - El papel dominante de la herencia y la genética - es observada así a ésta forma.

Como primera obligación que tiene el - Cirujano Dentista es la de realizar y poner en - práctica la prevención y tratar de mantener una - oclusión normal para la edad del paciente en particular. El mantenimiento de la mejor salud para cada diente, lo exige las revisiones periódicas.

Además el Cirujano Dentista debe comprender que es importante coordinar todos los segmentos de la arcada con el patrón general de desarrollo. Será capaz de evitar alguna anomalía, -

interceptar una situación anormal en desarrollo ó corregir una anomalía que se haya presentado.- Dentro del grupo preventivo se incluyen todos los pacientes dentro de un programa de educación. Cosas tales como control de espacio, mantenimiento de espacio, recuperación de espacio, mantenimiento de un programa para la exfoliación por cuadrante, análisis funcional y revisión de los hábitos bucales, control de caries dental. Asimismo mediante los procedimientos interceptivos.

La prevención comienza con la lactancia adecuada y la elección de un chupón artificial fisiológicamente diseñado así como un chupón para mejorar las funciones normales y obtener la maduración del mecanismo de deglución.

La cinestésica adecuada y la gratificación neuromuscular en éste momento bien pueden impedir que se presenten posteriormente, hábitos* anormales de dedo, labio y lengua con su acción-deformante.

También es importante verificar que los tejidos blandos circundantes conserven su desarrollo normal de dientes y huesos. Un diente flojo, una restauración alta ó un diente perdido inoportunamente puede iniciar un "tic" muscular normal ó un hábito que a su vez puede causar una maloclusión.

La protrusión constante de la lengua hacia una zona desdentada puede provocar mordida abierta, la que persiste en la dentición permanentemente. Existen ejercicios para la lengua que pueden prevenir la maloclusión asegurando la maduración normal de la función de la deglución.

El deber del Dentista prudente, inte-

rrogar a los padres y al paciente cuidadosamente - respecto a todos los hábitos anormales al comer, - hablar ó deglutir. La advertencia al paciente - acerca de posibles efectos nocivos con frecuencia bastan para abandonar el hábito antes de que se - haya hecho permanente.

Para un pequeño que practique la suc- ción labial, el Dentista podrá recomendar ejerci- cios labiales de corta duración al levantarse y - acostarse que pueden servir como un medio eficaz - para disipar el hábito. Cuando existe flacidez - general de la musculatura bucal se recomiendan - ejercicios de soplo para estimular la actividad - normal.

Para el hábito de morderse las uñas - que no crea una maloclusión, pero puede contribu- ir con otros para producirla si el Dentista posee la confianza del paciente al mismo tiempo que su- respeto, su influencia puede ser considerable al- cooperar con los padres para eliminar éstos obstá- culos negativos hacia la madurez psicológica y so- cial del pequeño.

El odontólogo deberá tener éxito con - respecto al tratamiento, cuando se logre hacer - conciencia en el niño del posible daño que se es- está causando, motivándolo por medio del convenci- miento, con aparatos de ortodoncia ó con una com- binación de ellos.

COMO AYUDAR AL CHUPADEDOS A CONTROLARSE

Cuando al consultorio se presenta un niño con hábitos perniciosos, como chuparse el dedo, succionar la lengua, comerse las uñas, etc. en ésta primera cita se les permite al padre o -- padres que pasen a a acompañarlo, se les debe re-- cibir amistosamente, al pequeño se le sienta en .. el sillón dental y se le hacen preguntas amisto-- sas, para que al responder nos demos cuenta si - presenta alguna deformación dentomaxilar y si el chico presenta problemas psicológicos.

Dentro de éstas preguntas se le refiere la causa de la visita, y no es sorpresa encontrar-- nos con que padres negligentes no esperan a que - el chico responda, sino que en ocasiones ellos - responden hasta con cierto tono de burla, y en - otras con crueldad, por lo que es frecuente escu-- char comentarios hirientes, siendo ellos mismos - los causantes directos de éstos problemas en mu-- chas ocasiones.

Esta crueldad refleja la incapacidad - de los padres para poder controlar al pequeño con éstos hábitos perniciosos, en otras ocasiones nos encontraremos con padres educados, de trato fino, sin embargo ellos traen el mismo problema de no - poder controlar al chico.

En otras ocasiones ni el padre ni el - chico responden a nuestras preguntas, por lo que - debemos comenzar nosotros con el interrogatorio.

Se le pide que nos permita ver sus -- dientes o bien que junte sus muelitas y afloje - los labios, si notáramos alguna deformación, se - le pide al paciente que lo que vemos nos indica - que se debe estar chupando el dedo, le pedimos - que nos indique cual. La primera reacción que -

tiene es la de esconder el dedo ó los dedos que se chupa, pero luego afloja la mano y nos muestra el dedo.

Otros niños que se chupan el dedo como castigo a los padres inmediatamente nos muestran el dedo y nos dicen "es que me chupo el dedo", al observar el dedo nos damos cuenta si presenta deformidades ó callosidades, la extensión y la consistencia de la piel del dedo. Antes de abordar el problema debemos saber cuál es la causa que provoca el hábito, en éste caso el de succión del dedo.

Entre las principales causas que pueden encontrarse tenemos las siguientes:

- A.- Insatisfacción oral del bebé, después de ser alimentado ya sea con el pecho materno ó con el biberón.
- B.- Por imitación de otros niños que ya practican el mal hábito.
- C.- Por celos al hermanito menor, recién nacido.
- D.- Por dificultades entre los padres.
- E.- Por presión ejercida sobre el individuo en la escuela.
- F.- Por la ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- G.- Por programas exitantes terroríficos impropios y destructivos transmitidos por televisión, no aptos para menores.
- H.- Por la sobreindulgencia de los padres.

La causa de dejar a los padres, estar presentes durante el interrogatorio es la siguiente: cuando se le pregunta al pequeño ¿te gustaría dejar de chuparte el dedo? si la respuesta es afirmativa, entonces se le pregunta porqué? después de su respuesta, le preguntamos si está dis-

puesto a dejar el hábito a cambio de un premio, - consistente en la realización de uno de sus deseos y que será por medio de sus padres. El mismo efecto que le causa a los padres la seguridad del Dentista, el mismo efecto le causa al niño, lo que - hace que evolucione favorablemente y con rapidez.

Los idólogos que se establecen con los niños deben hacerse con lenguaje sencillo que pueda entender. Es conveniente advertirle al pequeño, que está es la única ocasión en que sus padres entrarán y estarán dentro del consultorio dental con el.

Es necesario recomendarle a los padres que deben cumplir con lo prometido, así como el niño deberá cumplir controlándose, mientras que el Cirujano Dentista sólo actúa como guía y sólo será premiado el pequeño hasta que el Cirujano lo indique a sus padres para que puedan hacerlo.

En ésta primera cita se le pide al paciente que en una hoja de cualquier color y tamaño, escriba su nombre, los días de la semana, edad, y si es posible hasta la fecha, ya que muchos niños apenas a esta edad comienzan a escribir.

Deberán dejar un espacio debajo de los días de la semana para que él pueda pegar estrellitas de papel, los días en que no se chupe el dedo, a manera que le sirva como guía en su progreso.

Se le pide a los padres lo lleven a comprarlas lo más rápido posible. Es necesario mostrarle otras hojas de control de otros niños, para que se guíe, diciéndole que si otros niños pudieron controlarse, el también podrá hacerlo. -

Se le recordará al chico que en el caso de algún día no pudiese controlarse, que no sienta vergüenza, pues es frecuente que ésto suceda, para que no pegue sus estrellitas esos días, ya que queremos saber el progreso realmente, y no queremos que se engañe él mismo.

Se le puede recomendar que para no chuparse el dedo, puede juntarlo con otro que no se chupe, ó bien coloque una tela adhesiva, ya que al querer chupárselo tendría que quitarse la tela adhesiva, por lo que ésta deberá como recordatorio, proporcionándonos mangíficos resultados.

A continuación se le proporciona un sobre grande en el que va escrito su nombre y además dice "CONTROL DIGITAL" se le entrega y se le dice que sólo él tiene acceso al sobre por lo que dentro guardará su hoja. Esto será dicho enfrente de sus padres para darle al niño la individualidad y la importancia que representa en el caso.

Por último se le indica el problema que él mismo se ha causado y se le promete que en la siguiente cita se le demostrará detalladamente su problema. Se le indicará a los padres que será necesarias tres citas, por lo que si los padres están interesados verdaderamente preguntarán cuando será la siguiente.

Se procura que la siguiente cita sea una semana después en la cual se recibe al paciente sólo, y se le pide que nos muestre su hoja de control, ya sea que las estrellas estén completas ó falten algunas deberemos ser optimistas.

Si faltasen algunas, preguntaremos el motivo de la ausencia procurándonos interesarnos en lo que le molesta, orientándolo y aconsejando-

lo. A continuación se le da un espejo para que - lo mantenga en sus manos y observe todos los detalles que se le mostrarán como son: las facies, - mordida abierta, dientes superiores en protrusión, dientes inferiores inclinados lingualmente ó deprimidos, callosidades en los dedos, la suciedad debajo de las uñas.

Se le pregunta al paciente como están sus relaciones con sus padres, y dependiendo de la respuesta del pequeño, si es necesario se habla con los padres después de la cita indicándoles en que forma pueden cooperar con nosotros y con el niño, en ocasiones se requiere de la ayuda de un psiquiatra.

Si el paciente está de acuerdo se le toman modelos y fotografías, se le promete que el modelo estará listo a la semana siguiente, y se le pide que haga nuevamente otra hoja de control. Dos semanas después, el paciente por lo general viene con una hoja llena de estrellas y una gran sonrisa. Se le debe mostrar el modelo prometido, todo lo prometido deberá ser cumplido para que el resultado sea positivo. Una vez mostrados los modelos se le obsequian para que pueda examinarlos más detenidamente en su casa.

En caso de faltar alguna estrella, será necesario hablar amigablemente con él sobre el motivo, el chico que llegue en ésta cita con su hoja llena de estrellas y nos mire a los ojos y nos conteste honradamente, le preguntamos entonces si ya cree que podemos hablar con sus padres, a los que llamamos, si la respuesta del chico es positiva, se le participa a los padres y se les indica que ya pueden premiar al pequeño por el gran esfuerzo realizado.

De ésta manera el Cirujano Dentista -
habrá contribuido a prevenir una maloclusión pro-
vocada por el hábito de succión digital.

TRATAMIENTO

Las consecuencias nocivas de los malos hábitos orales son obvias. Uno de los servicios-ortodóncicos de los más valiosos que puede prestar el Cirujano Dentista, es el de eliminar los hábitos perniciosos como es el caso de chupadedos, de la succión de la lengua, succión de labio, respiración bucal etc. antes de causar daño a la dentición en desarrollo ya que el Dentista puede interceptar este ataque a la integridad de la dentición normal.

Cuando la prevención ya no es posible por medio de la educación y convencimiento del paciente, y se pasa inmediatamente el tratamiento con el especialista, mediante el manejo inteligente y de acuerdo a las exigencias físicas y emocionales del niño en crecimiento.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato, no todos los hábitos causan daño, por lo que deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente en muchas ocasiones una plática franca del problema con el niño podrá eliminar el hábito del que se trate, de tal modo que los factores causantes podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

Indudablemente el Cirujano Dentista de práctica general no debe vacilar en pedir una consulta al especialista cuando surge un problema que éste puede tratar con mayor competencia. Si hace caso de las advertencias dadas una y otra vez en combinación con los procedimientos ortodóncicos interceptivos y correctivos limitados, evitará el peligro que supone emprender la corrección.

ortodóncica fuera del alcance de su capacitación y experiencia.

La Ortodoncia exige no solamente conocimientos amplios de Odontología en general, sino también de una adóctrinación ortodóncica especializada, así como de una amplia experiencia clínica. Considerablemente, existen problemas que -- pueden ser abordados por el Cirujano Dentista de práctica general y el especialista, con la guía periódica del especialista para complementar las medidas terapéuticas sistemáticas del Dentista en general.

La diagnosis de pre-tratamiento está dirigida hacia la definición de la naturaleza y la extensión de las discrepancias esqueléticas dentales y funcionales, y la identificación de factores etiológicos operativos. La planeación del tratamiento incluye la determinación de las metas de Ortodoncia y la selección de los procedimientos del tratamiento ortodóntico para la eliminación ó control de agentes biológicos.

La selección de los procedimientos quirúrgicos óptimos para la corrección de defectos esqueléticos, el diseño de los instrumentos de fijación y la planeación del manejo post-operatorio también se llevan a cabo antes de que el tratamiento comience.

Cuando se llega a la colocación de aparatos para eliminar éstos hábitos, según algunos autores, deberá hacerse entre las edades de tres y medio y cuatro y medio años de edad preferiblemente durante la primavera ó el verano cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chuparse los dedos pueden ser sublimados para los juegos al aire libre o -

bien a otras actividades.

Un aparato desempeña varias funciones: el primero, hacer que el hábito de chuparse el dedo pierda sentido, eliminando la succión. El niño podrá colocarse el dedo para succionarlo pero no obtendrá verdadera satisfacción al hacerlo, así el acto de succionarlo se hace análogo. Debe procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una "Máquina" para masticar, sana.

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

Tercero, el aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa alargada a una más ancha y normal.

Como resultado la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución normal, las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores evitando la sobreposición de los mismos.

Dentro de éste tipo de aparatos tenemos, los siguientes PROTECTOR DE HULE RIGIDO, el que tiene por objeto principal el control del

hábito en el niño menor de 5 años. Es más difícil quitárselo por la noche como ocurre con la tela adhesiva, sin embargo su construcción es bastante defectuosa con frecuencia los bordes del aparato lastiman los dedos del niño. La señal que nos indica la necesidad de cambiar, éste tipo de aparato, es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho, y el niño a poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda, éste aparato sirve únicamente para controlar un sólo dedo.

PLACA DE ACRILICO TIPO HAWLEY, éste tipo de recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarla la medida del éxito de el uso, que se puede apreciar cuando el menor viene a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con la que pierde el aparato. Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato es menor al uso que se le está dando.

ARCO PALATINO CON VENTANA, éste medio de recordatorio consiste, en colocar dos bandas en los segundos molares primarios superiores, y soldado a éstas bandas un arco palatino el cual en la sección intercanina tiene a su vez, soldado una ventana ó reja que está dirigida en sentido lingual.

Esta reja no deberá interferir con la oclusión ni con la masticación. El método es altamente eficiente, sirve para controlar el hábito de succión digital, también para controlar el hábito de lengua, que comunmente se asocian a los hábitos de succión digital. El inconveniente que existe con éste tipo de aparato, es que interfiere con la correcta dicción durante un periodo cercano a las dos semanas. También interfiere tempo--

ralmente con la correcta masticación de los alimentos.

ARCO PALATINO CON PICOS, en muchas ocasiones nos hemos dado cuenta, que hay niños que requieren un recordatorio activo del hábito, pues de otra manera su reflejo de succión es acomodado a los cuatro medios de contención descritos anteriormente, es generalmente el arco palatino con picos el que elimina la costumbre totalmente.

Este aparato consta de un arco palatino el cual está soldado a 2 bandas colocadas en los segundos molares primarios superiores. Los picos se ponen en la zona intercanina de el arco palatino y debe dirigirse hacia abajo, en dirección lingual, deben ser cortos y no interferir con la oclusión, ni con los movimientos masticatorios.

Este aparato tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante un período aproximado de dos semanas. También al igual que el anteriormente mencionado, interfiere con la correcta masticación durante un período aproximado de dos semanas. Es importante que una vez, controlado el hábito de succión digital se proceda abiertamente y de inmediato a corregir la secuela del mismo.

Mordida abierta ó mordida cruzada unilateral ó bilateral en múltiples ocasiones se encuentran la mordida cruzada unilateral ó bilateral y la mordida abierta juntas.

La herencia más importante de la succión digital es el hábito de lengua. El cirujano puede hacerle un regalo especial e independiente del que le hagan sus padres ó familiares al pequeño.

TRATAMIENTO PARA LAS MORDIDAS ABIERTAS.

Existen varios métodos para llevar a cabo el tratamiento de las mordidas abiertas. Uno de los aspectos más difíciles de la diagnosis, -- está en tomar una decisión referente a la naturaleza conceptual, la que es ilustrada por artículos recientes sobre el tema de mordidas abiertas-
anteriores, el propósito de mencionarlo es para darnos cuenta y comprender las limitaciones en el tratamiento de ciertos pacientes.

La Cefalometría cuando mucho es una técnica descriptiva que ayuda a definir ó clasificar ciertas condiciones, pero no necesariamente proporciona la percepción interior para un tratamiento exitoso de una anomalía.

El tratamiento de la mordida abierta anterior es difícil y a menudo no exitoso, requiere de un buen criterio y buena habilidad, se debe intentar corregir, la displasia esquelética, así como la dental.

La opinión de algunos autores es la siguiente, estriba en que casi todos los pacientes, pueden ser enseñados a tragar sin la lengua-protractil a un nivel consciente ó voluntario (casi el paciente no se entera de ésta actividad, ya que el tragar ocurre de 1200 a 1500 veces por día) por lo que no hay evidencia alguna, para apoyar la pretensión de defectos terapéuticos de beneficio en la terapia miofuncional en pacientes con mordida abierta esquelética. La diagnosis de un niño en crecimiento, es completamente diferente a la de un adulto. El adulto presenta una realidad, la cual sin tratamiento no hay esperanza de una mejoría el niño nos presenta un reto poco-usual, para hacer una conjetura respecto al poten

cial para el crecimiento favorable teniendo como consecuencia el no poder dar una diagnosis válida ni una evaluación exacta del paciente.

Por ejemplo, un niño con la configuración esquelética típica de una mordida cerrada, -- continuará creciendo como un paciente con mordida cerrada, poco favorable que desarrolle una mordida abierta esquelética, sin embargo cambios menores en el patrón de crecimiento, pueden facilitar el tratamiento para una prognosis deficiente, -- pueda convertirse en una favorable, aparentemente el crecimiento hace la diferencia.

El paciente con malformación craneofacial no debe ser tratado por medio de extrusión de los dientes anteriores. La altura dentoalveolar es limitada, los incisivos no deben ser extruídos sin control ó limitación, aún cuando la mordida fuera cerrada, la mejoría facial estaría limitada excepto a través del crecimiento favorable ó la intervención quirúrgica. Existen muchas razones de fracaso de varias maneras de tratamiento. La importancia del crecimiento en sitios estratégicos se enfatiza como un factor determinante en un tratamiento exitoso. Según la experiencia de varios autores opinan que dentro de los tratamientos para las mordidas abiertas están:

ESPOLONES, éste método resulta el mejor pronóstico, ya que el aparato con espolones produce un cambio en el ambiente bucal (ó sea que no permite que la lengua se apoye ni en los dientes ni el aparato, dejando que hagan erupción los demás dientes, éste cambio modifica la alimentación sensorial que recibe el cerebro obteniéndose una nueva respuesta motora, funcional y posición-postural normal de la lengua.)

Esta respuesta puede llegar a estar - permanentemente impresa en el cerebro, se dejan - los esplones por un tiempo adecuado (un año mínimo de experiencia) evitándose así la recidiva, como se demostró en los casos clínicos.

TERAPIA MIOFUNCIONAL, consiste en un - conjunto de ejercicios para reeducar la musculatu - ra orofacial, tanto en el caso del acto de degluc - ción como en la posición postural de descanso. - Algunos Ortodoncistas, usan éste método en combi - nación con el tratamiento ortodóntico, sin embar - go la gran mayoría no cree en él, ó porque lo han utilizado y no han tenido éxito con él. Esta ra - zón puede ser debida, a la falta de conocimientos del terapeuta, a la falta de cooperación del pa - ciente y sus padres, ya que se necesitan de mu - chas horas de ejercicios para llevar a cabo el - programa, ya que la deglución es un acto fundamen - tal que es difícil de modificar.

Tanto el lenguaje, como la deglución - son actividades coordinadas, el lenguaje no es - indispensable para poder sobrevivir, lo que puede ser modificado con entrenamiento, ésta es la base de la terapia del lenguaje. La deglución es una - función fundamental, la única parte voluntaria de éste reflejo, es su inicio, una vez iniciado no - puede ser interrumpido (fase faríngea). Así que - fisiológicamente resulta más lógico alterar éste - reflejo con aparatos.

POR TRATAMIENTO ORTODONTICO, consiste - en cerrar la mordida, moviendo los dientes con - bandas de Ortodoncia y ligas, Parker 17, Ricketts 1, y Riedel 12, encuentran un alto índice de reci - divas, probablemente por que la lengua sigue con - una posición postural anterior.

TRAMPAS LINGUALES, el tratamiento a base de trampas linguales ó palatinas para detener la lengua tiene un efecto similar al del tratamiento ortodóntico, ya que al terminar el tratamiento ortodóntico la lengua tiende a regresar a su posición original.

CIRUGIA, en éste método la mordida se cierra reposicionando quirúrgicamente los huesos. Cuando el plano mandibular es grande (más de 50 grados respecto del plano silla-turca-nasion SNMP) probablemente está indicada la cirugía. Sin embargo por ser un método relativamente nuevo no existen publicaciones mostrando éstos casos cinco o diez años post-cirugía para evaluar la estabilidad de los resultados.

Si la musculatura orofacial no es reeducada es posible que la mordida se volviese a abrir post-quirúrgicamente. Sabemos que algunos individuos con mordida abierta en la dentición mixta, al llegar a la dentición permanente, ya tiene la mordida cerrada sin haber tenido tratamiento ortodóntico.

Vimos en la etiología de mordida abierta que se cree que algunas se cierran debido al crecimiento y desarrollo diferencial de los tejidos duros y blandos (adenoides, amígdalas, maxila y mandíbula). Este hecho complica mucho la estadística de qué método de tratamiento es el más efectivo, ya que no se sabe si la mordida se cierra por sí sola ó por el tratamiento.

Proffit opina y recomienda esperar hasta después de la pubertad para tratar las mordidas abiertas. Como no ha de saberse que mordidas abiertas cerrarán por sí solas, y cuales mediante tratamiento ortodóntico es nuestra responsabili-

dad interceptar la mordida abierta en los años -
 formativos de la dentición mixta y permanente, po-
 dría resultar más difícil el tratamiento de la -
 dentición permanente que la interceptación en la -
 dentición mixta.

Esto se debe a que el crecimiento de -
 la mandíbula en pacientes con mordidas abiertas -
 tiende a ser hacia abajo y atrás, abriéndose un -
 plano mandibular, y haciéndose cada vez más pro-
 nunciadas las displasias óseas. Es frecuente que
 el paciente con mordida abierta, tenga defectos -
 fonológicos, resulta difícil que un terapeuta de -
 lenguaje y de la lengua pueda trabajar con éxito -
 bajo éstas condiciones, lógico es corregir la --
 maloclusión primero y posteriormente corregir los
 defectos fonológicos.

Es importante informarles a los padres
 que no se preocupen porque en poco tiempo hablará
 normalmente. Es posible que el defecto fonológi-
 co se elimine al cerrar la mordida, por lo que se
 le indica al paciente, que podrá comer perfecta-
 mente en pocas semanas, después de habérselo ce-
 mentado el aparato (espólón).

También debe indicárseles que durante
 los primeros días cubran los espolones con algo--
 dón, mientras que su lengua se acostumbra al nue-
 vo ambiente bucal.

La opinión de algunos psicólogos, es -
 que cuando se rompe el hábito de succión digital -
 puede llegar a producir un problema. Una de las
 teorías psicológicas afirma, que el hábito de suc-
 ción digital es solo un signo que indica un proble-
 ma emocional profundo. Otra teoría es la del --
 aprendizaje que indica que el signo del hábito de
 succión digital es aprendido y que generalmente -

no hay una neurosis asociada al hábito.

En un estudio realizado en niños mayores de 4 años de edad que tenían un hábito de succión digital con el objeto de reportar los efectos psicológicos y la efectividad de los diferentes métodos de tratamiento, encontrándose que independientemente de la terapia utilizada no había aumento en el porcentaje de problemas psicológicos de los pacientes, si la relación Dentista-paciente era buena.

El estudio encontró que el grupo más exitoso (en el que mayor número de mordidas abiertas se había cerrado) era del grupo de pacientes que tenían cementado un aparato con espolones y a los que se les había explicado lo siguiente, el daño que producía el hábito de succión y el porqué del uso del aparato.

Por lo tanto a quien realmente se le motive en dejar su hábito de succión digital etc. Puede usar como recordatorio un aparato, sin temor a crearle un problema psicológico, o transferencia del hábito.

En conclusión los espolones fuerzan a la lengua a adoptar una postura normal de deglución y de posición de descanso, los espolones interceptan las maloclusiones de mordida abierta - antes de que ocurra una deformidad en la dentición permanente.

TRATAMIENTO PARA LOS RESPIRADORES BUCALES

La primera parte del problema está en manos del rinólogo competente, después se aplican sugerencias para los labios del respirador bucal-crónico, los ejercicios musculares y funcionamiento de los labios, si se practican rutinariamente y con regularidad y perseverancia le devolverán su tamaño y tono normales, por lo que se le prescriben ejercicios de alargamiento labial, como el de el ejercicio de el orbicular de Wilson.

Puede aplicarse un dispositivo estira-labios, tomando un trozo de pasta de modelar y dándole la forma para que llene la parte anterior del vestíbulo de la boca, una parte del tronco se coloca entre los incisivos para que él paciente muerda sobre él, dejando impresiones de los incisivos superiores e inferiores que permitirán localizar y estabilizar exactamente éste dispositivo mecánico, se entregará al paciente con indicaciones para uso diario. Se coloca en la boca tratando de cerrar los labios sobre él, se repite el ejercicio por lo menos cien veces diarias, por las mañanas y por la noche, este aparato puede hacerse de acrílico.

Además de éste trabajo activo, puede usarse una tela adhesiva por la noche, para mantener los labios cerrados, se aplican también ejercicios masticatorios, que pueden emplearse para mantener la estabilidad de los tejidos óseos de soporte dentario y para fortalecer los músculos masticadores siempre débiles y poco desarrollados.

En los respiradores bucales cualquiera de éstos ejercicios requiere de una aplicación constante durante todo el tratamiento, se tratará

de variar su forma y carácter de tanto en tanto, - para evitar cansancio del paciente, que seguirá - efectuándolos después de retirada la contención - mecánica momento en que la función normal y equilibrio de los tejidos circundantes son necesarios para mantener el resultado logrado del tratamiento activo.

OBSERVACIONES

La investigación lograda se obtuvo - por medio de exámenes clínicos practicados en número suficiente de escolares cuyo porcentaje sea representativo de una población, contribuye al - esclarecimiento de las distintas causas que intervienen en el padecimiento.

En ésta ocasión se ha levantado gráficas resultantes de la encuesta, para conocer la - prevalencia de las maloclusiones causadas con los hábitos orales. Los datos obtenidos podrán servir para establecer comparaciones entre grandes nú- - cleos de población mexicana que presentan maloclusiones por los factores señalados, y observar en nuestro propio medio si el resultado es similar a otros.

En virtud de tales maloclusiones, se - han examinado pequeños entre los 3 y 6 años de - edad, en centros escolares distribuidos en el -- área del Distrito Federal, y en número suficiente para obtener una pequeña muestra representativa - de cada una de las zonas investigadas.

Es pertinente hacer notar, que la in--vestigación fué llevada a cabo sobremañera en una zona social media, por lo que ésta resultó ser la predominante.

Podría decirse que el nivel en éste - caso pudo ser la causa de que los resultados tu--vieran cifras bajas, no hay que dudar, y podría - darse el caso de que ésta misma investigación llevada a cabo en otro nivel social pudiera ofrecer cifras más elocuentes que las obtenidas.

Por otro lado, al tomar al factor (ti-
po de problema ya fuera hereditario, psicológico-

o traumático), no quisimos referir que básicamente cualquiera de ellos que se presentase en determinado momento tuviera que ser primordialmente la causa del hábito, ya que sólo fué tomado como una variante a investigar, que como la palabra lo indica, pudiera o no presentarse. De ahí que el tipo de problemas en porcentaje fuera mínimo.

Se debe hacer notar que la presencia de caries, así como la pérdida de espacio en los niños investigados, no tuvieron un porcentaje significativo, debido a que fueron pequeños controlados a edades tempranas por el Dentista, caries y pérdida de espacio fueron prevenidas a tiempo.

Por último, en ésta investigación se creyo pertinente exponer gráficas, con los datos obtenidos en cifras, para que en un momento dado fueran más explícitos los resultados pudiéndose comparar cifras con gráficas porcentuales.

CONCLUSIONES

Sabido es que la ORTODONCIA, es una rama importante de la Odontología, en la cual se pueden observar una gran variedad de casos con mayor ó menor dificultad, vehementemente de importancia e interés. Todos y cada uno de ellos dependen de una terapéutica y tratamiento diferentes a un fin primordial, la salud bucal del paciente tanto en función, estética y fonética.

- ' La prevención que puede hacerse a tiempo, será de vital importancia para todo tratamiento ortodóntico. Hemos observado y comprobado, que del diagnóstico oportuno depende el éxito del tratamiento.
- ' Los malos hábitos orales causantes de muchas de las maloclusiones esqueléticas requieren de la especialidad ortodóntica, por lo que hoy en día debe dársele una mayor importancia a éste tipo de problemas.
- ' De hecho que el Cirujano Dentista de práctica general tiene el deber de proporcionar sus conocimientos en su oportunidad, debe prepararse para que de ésta manera prevenga el problema directamente.
- ' El promedio de niños de 6 años de edad los cuales representaron el 36.4 por ciento del 100 por ciento en total, demostraron la necesidad de mayor atención odontológica y sobre todo de prevención ortodóntica a ésta edad.
- ' El valor total del índice de maloclusiones, fué obtenido casi exclusivamente en la zona II (nivel económico medio). Deduciendo que los resultados obtenidos en éste nivel social pueden ser otros rotundamente, si la investigación fuese -

hecha a otro nivel social en donde pudiésemos -
encontrar resultados más representativos a éste
tipo de problemas.

México, D. F. enero 1980.

BIBLIOGRAFIA.

REVISTAS DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA

- 1.- Volúmen XXIV No. 4 Julio-Agosto de 1967
Manifestaciones orales de los malos hábitos
en el niño.
Dr. Roberto M. Ruff
Pág. 343
- 2.- Volumen XXIV No. 6 Noviembre-Diciembre de -
1967
Respiración bucal
Dr. Jorge Fastlicht
Pág. 557
- 3.- Volúmen XXIX No. 2 Marzo-Abril de 1972
El control clínico del hábito de succión digi
tal
Dr. Saúl Rotbert.
Pág. 73
- 4.- Volúmen XXIX No. 3 Mayo Junio de 1972.
Manejo clínico del hábito de succión digital
Dr. Saúl Robert
Pág. 147
- 5.- Volúmen XXIX No. 5 Septiembre-Octubre de 1972
Como ayudar al chupadedos a controlarse
Dr. Jorge Fastlicht
pág. 306
- 6.- Volúmen XXX No. Julio-Agosto de 1973
Indicios de maloclusión
Pág. 37
- 7.- Volúmen XXXIII No. 4 Julio-Agosto
Necesidad e importancia de los mantenedores
de espacio
Pág. 39

- 8.- Volúmen XXXIII Noviembre-Diciembre de 1976
 Ortodoncia Interceptiva
 Pág. 64

REVISTAS SOBRE ESPECIALIDADES ORTODONTICAS.

"JOURNAL ORTHODONTICS"

- 1.- March, 1971 volumen 59, number 3
 Vertical proportions and the palatal plane -
 in anterior open-bite.
 The thumb-sucking habit; Meaning-ful or empy
- 2.- July 1973 column 64 No. 1
 Surgical-orthodontic correction of opne-bite
 maloclusión.
- 3.- June 1974 volumen 65 No. 6
 Over-bite indicator with particular referen-
 ce to anterior open-bite.
- 4.- May 1975 volume 67 No. 5
 Anterior openbite: A cephalometric analysys
 and suggested treatment procedures.
- 5.- September 1862 volume 62 No. 3
 Tongue-trust therapy en anterior dental-open
 bite.

BIBLIOGRAFIA BASICA.

- ' Tratado de Ortodoncia
 Moyers Robert E.
- ' Tratado de Ortodoncia
 Chateau.
- ' Ortodoncia práctica
 Anderson G.M.
- ' Ortodoncia Teoría y Práctica.
 Graber. Tercera edición.

' Estadística aplicada.
Ostle Bernard.

NOTAS:

Se debe hacer incapié que los casos clínicos expuestos en el capítulo cinco, fueron tomados de la Revista de la Asociación Dental Mexicana, en donde el Dr. Roberto Justus ofreció un Simposio clínico sobre Ortodoncia, casos expuestos por él.