



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

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

HABITOS PERNICIOSOS Y SU IMPORTANCIA
EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

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

LANGARICA ORTIZ MA. DEL SOCORRO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Es indudable la importancia que en la actualidad se le considera a los problemas del niño en todos los aspectos de su vida, buscando la solución a ellos en una base fundamental de salud física, mental y social, que constituirá un estado perfecto de salud para el individuo.

El conocimiento del problema de los hábitos orales en niños es de importancia primordial para el odontólogo dada la frecuencia con que se presenta en la práctica profesional y por la preocupación que causa a los padres que en muchos casos acuden al pediatra quien se encuentra tan confundido acerca del significado de este hábito como los mismos padres.

Los malos hábitos son ciertas costumbres que los niños adquieren muchas veces desde temprana edad y los cuales vienen realizando por meses e incluso por años, con la subsecuente repercusión sobre dicha base fundamental de salud de la vida del niño manifestada en la boca por las enfermedades y deformaciones bucodentarias que la persistencia del hábito ocasiona.

Desde el punto de vista psicológico, un hábito adquirido, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

En el tratamiento haremos en primer lugar un interrogatorio a los padres del niño para saber las costumbres y probables malos hábitos bucales que éste pueda tener.

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

Deberemos de actuar con gran cautela, ya que el consejo que se les de a los padres o del modo de atacar el problema, dependerá el futuro no solo de la boca del niño, sino también en muchos casos el de - su equilibrio psíquico.

Por lo tanto la finalidad de esta tesis es dar una exposición general de los conocimientos que el odontólogo debe tener para reconocer y diagnosticar los malos hábitos de los niños así como la comprensión de los factores que lo llevan a éste a la iniciación de un mal - hábito, los trastornos bucodentarios consecuentes y la actitud que -- hay que adoptar para la eliminación del factor principal que generalmente es de índole psicológica.

" I N D I C E "

CAPITULO I.

HABITOS ORALES

- Definición de hábito
- Factores que influyen en la iniciación de los hábitos
- Principales malos hábitos infantiles.
- Hábito de succión.

CAPITULO II.

SUCCION DIGITAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO III.

SUCCION DE CHUPONES Y MAMILAS

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento.

CAPITULO IV

SUCCION LABIAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO V

LENGUA PROTRACTIL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VI

RESPIRACION BUCAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VII

BRUXISMO

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VIII

OTROS HABITOS

- Succión de carrillos
- Hábito de ceceo
- Onicofagia
- Hábito de posición
- Mordedores de objetos diversos

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

HABITOS ORALES

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto.

A cada repetición, el acto se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado al inconsciente.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular ya que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se adquieren.

El problema de los hábitos orales en niños, debe estudiarse emocionalmente si fuera posible desde la vida intrauterina, para poder comprender claramente como se forman esos hábitos; en la actualidad la psicología prenatal trata de investigar la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño. Aún existiendo las condiciones necesarias para considerar un embarazo normal, tranquilo, existe siempre un factor traumático fundamental por el cual todos los niños pasan, "este factor es el nacimiento". Debe tomarse en cuenta para la iniciación de un hábito; pues en un gran porcentaje de casos el niño empieza a sufrir por horas antes del nacimiento.

Posteriormente del nacimiento, el niño manifiesta sus primeras necesidades, las más urgentes es la alimentación uniéndose nuevamente a su madre, por medio de la lactancia; siendo la boca una de las prime-

ras zonas del organismo donde se desarrolla una función neuromuscular coordinada; inclusive aún antes del nacimiento han sido observadas --- fluoroscópicamente contracciones orales del feto.

La lactancia producida por la succión, acto que el recién nacido efectúa a la perfección, debido a que le sirve de medio de auto conservación, es otro factor que se debe tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito oral.

La actitud materna en la alimentación, es decisiva en el desarrollo psicológico del niño; ya sea ésta natural ó artificial.

Otro factor muy importante, es el destete ya que para el niño significa la pérdida de una gran seguridad y tranquilidad, al perderse el vínculo que lo unía a su madre después del nacimiento, es muy importante que esto se haga con gran delicadeza para evitar una frustración de la que el niño muchas veces se refugia y consuela en el placer de un mal hábito oral, que pueden ser temporales o permanentemente perjudiciales para sus dientes y tejidos blandos de sostén.

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

Los primeros son aquéllos que no se impulsan emocionalmente y no son perjudiciales para el individuo, son útiles como escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían, produciendo -

transtornos psíquicos graves.

Los hábitos compulsivos son aquellos impulsados emocionalmente por una frustración presente o pasada.

Del tipo de hábito, de que se trate dependerá la actitud de los padres y el profesional, para instituir un tratamiento correctivo que no lesione la personalidad del niño.

PRINCIPALES MALOS HABITOS INFANTILES

Dentro de los malos hábitos orales que mayor interés y preocupación causan al cirujano dentista tenemos:

A) HABITO DE SUCCION

- Succión digital
- Succión de chupones y mamilas
- Succión labial
- Succión de carrillos

B) HABITOS LINGUALES

- Lengua protráctil
- Hábito de ceceo

C) RESPIRACION BUCAL**D) BRUXISMO****E) ONICOFAGIA****F) HABITOS DE POSICION****G) MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS**

HABITO DE SUCCION

Según Balaffio y Artom en experimentos realizados en fetos desde el tercer mes de vida intrauterina la succión es teóricamente posible, es decir que los mecanismos neuromusculares necesarios para -- producir esta acción están ya constituidos, pero que es hasta el sexto mes en que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de la succión.

Notaron también estos investigadores que en fetos de mayor --- edad, con la simple estimulación de los labios se producían los movimientos de la succión, los cuales podían eventualmente estar acompañados por un movimiento protrusivo de la lengua. Por el contrario indica Gesell (1945) que es hasta el séptimo mes de vida intrauterina, aproximadamente cuando aparece la succión, y hasta el nacimiento cuando este reflejo se presenta en una buena forma y con fuerza.

A partir del nacimiento la gran mayoría de los niños despliegan una actividad oral, la cual va más allá de lo que corresponde a tomar el alimento, ya sea del pecho o del biberón, o de como se hablará más adelante, según algunas teorías, de una especie de esfuerzo para lograr un placer sensual. Evidentemente hay una tendencia inata o adquirida precozmente a utilizar la succión y los mecanismos bucales para otros propósitos que no son los de tomar los alimentos o satisfacer sexualmente. Estas actividades del niño con la lengua, los labios y a veces --

con los dientes desempeñan un papel muy importante en sus primeras - aventuras con la vida, Es con la boca con la cual el niño se comunica y explora el mundo que lo rodea y en el cual vive, y es durante esta época cuando los labios y la lengua desempeñan casi la misma función que los ojos y los oídos. Muchos de los primeros contactos activos del niño con su medio se realizan por medio de la boca y de los labios -- aún después de darse cuenta de lo que logra ver y oír, es durante un - largo tiempo que sigue usando con notable abundancia la boca para explorar el ambiente en el que se desenvuelve.

Cuando el niño logra coordinar sus movimientos y adquiere la - capacidad de llevarse con la mano objetos a la boca, ya que para el és ta es la vía sensorial, que lo pone en contacto con su mundo. Desde el momento que el niño logra llevarse cosas a la boca, éste siente la tex tura del objeto, su dureza o blandura, el contorno de las superficies - la temperatura y explora el sabor de las cosas, y es así como el niño se mete en la boca restos de alimentos pedazos de tierra, juguetes y - todo lo que encuentra a su paso.

Según Korkhaus, el mecanismo de succión puede tomar varias for-- mas, como es la succión del dedo pulgar y otros dedos, labios o cual--- quier objeto que sea introducido dentro de la boca, o bien que el obje to succionado sea también mordido siendo este proceso sumamente pare- cido al de amamantamiento que son períodos de gran importancia y ac-- tividad los cuales van alternados con intervalos de reposo.

Debido a que todos los niños al nacer, y en la primera época - de su vida acostumbran llevarse a la boca todo lo que encuentran por su camino, no podemos considerar esto como algo anormal, pero si esta - costumbre persiste después de un tiempo bastante prolongado, es cuando se puede considerar esto como un hábito fuera de lo normal.

MALFORMACIONES:

Los efectos de la succión pueden ser muy variados, estos dependen de varios factores como son la clase de objetos succionados, - la dirección, la frecuencia, la intensidad de la fuerza ejercida y la - duración del hábito.

Las malformaciones causadas por la succión y presiones inadecuadas se pueden notar en las malposiciones dentarias, crecimiento --- anormal o retardo en la osificación, respiraciones defectuosas, alteraciones faciales, dificultades para hablar y problemas psicológicos.

Debido a que la succión es dentro de los malos hábitos infantiles uno de los más comunes y más extensos, tanto los dentistas como los pediatras y psicólogos lo han dividido para estudiar cada una de sus manifestaciones, por separado. Comúnmente cuando la succión es un - mal hábito puede presentarse en una o varias de las siguientes formas.

- A) Succión digital
- B) Succión de chupones y mamilas
- C) Succión de carrillos
- D) Succión labial.

CAPITULO II

SUCCION DIGITAL

La succión digital es uno de los malos hábitos infantiles que más ha preocupado e interesado a padres, psicólogos, pediatras y dentistas. Desde el punto de vista paterno, la succión digital es un hábito que no es aceptado socialmente; el psicólogo se interesa por éste ya que puede ser la manifestación o repercusión de otro problema mayor - el pediatra teme las deformaciones de los dedos o bien a una alimentación deficiente del niño y al igual que el cirujano dentista a las deformaciones bucales que el niño pueda tener por este hábito.

Es probable que todos los niños se succionen los puños, los dedos o los pulgares en un momento u otro de su infancia y el comienzo de la niñez.

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

A pesar de que existe una diferencia en cuanto al momento en -- que comienzan a chuparse el dedo, en los primeros días de vida o en --

las semanas siguientes, muchos niños (o quizá casi todos), succionan uno o más dedos en mayor o menor grado. En 1957 Gesell e Ilg expusieron el caso de un niño el cual se había succionado el dedo pulgar -- antes del nacimiento, el dedo del recién nacido estaba hinchado al producirse el parto, y se indicó que poco después del primer llanto -- la criatura se llevó el dedo hinchado a la boca.

Varias teorías, y muchas de ellas contradictorias entre sí, han sido expuestas para explicar las causas de la succión del dedo pulgar. Según Lewis, las condiciones de debilidad como son la fatiga, el hambre, una tensión emocional, enfermedades, después de un regaño, etc., pueden ser factores preponderantes en la estimulación de la succión digital. Existen otros autores que indican que este hábito puede ser producido por un destete prematuro, causando al niño una experiencia desagradable y frustradora, la cual puede tener una conexión importante con el desarrollo emocional del niño.

Concretamente se pueden agrupar todas las distintas ideas en tres teorías:

A) La succión como una respuesta a un impulso oral.

Según algunas opiniones el niño succiona el pulgar o los otros dedos ya que la necesidad de ejercitar el mecanismo de succión no queda satisfecha durante el proceso para obtener su alimento.

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

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

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

Anderson, en el estudio mencionado con anterioridad, observó que -- un mayor número de niños con lengua protráctil habían recibido una -- alimentación con botella, mientras que con pecho únicamente el 17% pero el 91.7% de los alimentados con botella presentaba lengua protráctil y de los alimentados con pecho únicamente el 8.3%.

La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan -- lengua protráctil. Al no poder mantener el niño dentro de su boca la -- lengua por ser demasiado grande, comenzará a protruir la, y si esto no es

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

B) La actividad oral como auxiliar del anhelo de alimentarse.

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

Una de las primeras y más profundas satisfacciones de la vida del niño es el alivio del hambre, siendo este motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad la obtención del alimento en la cual la parte más activa es la desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador; este siente que dentro de él algo le está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento, y de la succión por consiguiente, esta molestia desaparece encontrándose más descansado.

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

C) La succión como una actividad sexual:

Esta teoría que es la que apoya Freud, nos dice que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producido por la acción de succionar es una especie de estimulación erótica, que proporciona un placer sensual. Dice esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral. Se ha llamado fase o etapa oral al período de la presencia de estas actividades, y es considerada como una de las etapas pregenitales del desarrollo sexual, al igual que las etapas uretral y genital por las que pasa el niño.

Muchas veces los niños pueden dejar de succionar durante un tiempo prolongado y luego volver a hacerlo con más vigor que antes, pu

diendo muchos conservar durante años el hábito de succionarse el pulgar o cualquier otro dedo.

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

Fase I. Considerada igualmente por Gesell e Ilg, es en la que se puede tomar a la succión como normal y de una significación subclínica; esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años de edad, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar o cualquier otro dedo. Pero cuando el niño ya presenta una tendencia específica al chupeteo con mayor vigor, hay que tomar una actitud correctiva para evitar futuros problemas bucales. Sobre este punto indica Klackenberg que en esta etapa es preferible el uso del chupón de hule sobre la succión vigorosa del pulgar, ya que en estudios realizados por él el chupón es menos perjudicial.

Trisman y Trisman corroboraron lo dicho por Starr al indicar que es en esta fase en la que el chupeteo se incrementa; en un estudio realizado por ellos con 265 sujetos, desde el nacimiento hasta los 16 años, observaron que casi la mitad se succionaba el dedo pulgar en ---

algún momento durante el período de observación, y de estos un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el -- otro 25% comenzó antes de cumplir un año.

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

Sobre esto, Traisman y Trisman dijeron, que en el mismo estudio mencionado con anterioridad, la edad promedio en la que se interrumpe la succión digital fué a los tres años ocho meses, pero que también varios de los niños continuaron con el hábito y algunos lo abandonaron hasta los 12 o 15 años.

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

Michaels y Goodman en 1934 suministraron datos sobre perturbaciones y hábitos en 255 varones y 220 niñas de 6 a 16 años, los cuales asistieron a un campamento de verano. La información que se obtuvo de este estudio fué en parte de los padres y en parte de los sujetos por medio de la observación y preguntas. Se llegó a observar varios hábitos y de distintos tipos, pero dentro de los bucales se vió la succión del dedo pulgar, presentandose en el 17.6% de los varones y en el 34% de las niñas, mostrandonos que el hábito de la succión digital aún se encuentra cuando el sujeto presenta ya la dentición mixta o bien una dentición permanente, la cual se va a ver grandemente afectada por dicho hábito.

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

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

MALFORMACIONES:

Las malformaciones producidas por la succión digital sobre el maxilar superior e inferior, los tejidos blandos y los arcos dentales incluyendo la oclusión van a depender de varios factores, entre los principales está el de la duración del hábito, la frecuencia con que se practique, tanto en el día como en la noche, ya que el niño que se chupa el dedo esporádicamente o solo cuando va a dormir tiene menos posibilidades de malformaciones que uno que tiene su dedo constantemente en la boca, la posición del pulgar dentro de la boca, el cual por lo general se encuentra con la yema apoyada contra el paladar, mientras que el dorso va en contacto con la lengua o el maxilar inferior. La posición de la mandíbula, el desarrollo óseo, el estado de salud del niño, las contracciones y otros tantos factores también son de mucha importancia.

El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los inferiores



Rákosi realizó un estudio con 413 niños los cuales presentaban distintos casos de maloclusión, en este estudio se indicó que el 85% de los niños presentó la succión del pulgar por más de cuatro años; como conclusión se obtuvo que la succión del dedo pulgar o cualquier otro era de las principales causas en la producción de maloclusiones. A su vez Kjellgren en su estudio de 167 succionadores del dedo pulgar encontró el 87% con maloclusión; también Papovitch reportó que un 52% de los 689 niños que estudió, cuyas edades variaban de los 3 a los 12 años, presentaban maloclusiones las cuales podían ser atribuidas a malos hábitos orales.

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

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

Con respecto al maxilar, al producirse la linguoversión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar en dirección late-

ral, resultando un arco dental estrecho elevándose la bóveda palatina con lo que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a la posición normal; se presenta una protrusión de los dientes anteriores superiores una sobremordida vertical profunda (overbite), una protrusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores.

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

Cuando la succión es muy intensa y prolongada, las alteraciones no son nada más bucales, sino que se pueden observar también en el dedo como el espesamiento de la piel, callosidades o cicatrices.

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

TRATAMIENTO:

Para poder realizar cualquier tratamiento requerimos siempre de una historia clínica completa, y en el caso de la succión digital se recomienda aparte de la historia que utilizamos normalmente, una historia clínica especial sobre hábitos que complementará a la otra y la cual deberá de ser obtenida preferentemente con el niño fuera del cuarto. Una buena historia clínica sobre succión digital es la combinación de las historias clínicas propuestas por Mc. Donald y Graber.

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

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

e intentos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando -- así el hábito tiempo después de en el que normalmente sería desterrado. El niño continuará con la succión ya que este será un medio para -- llamar la atención y el cual según palermo, evitará que la succión digital, que es una reacción progresiva a un estímulo recompensa, desaparezca espontáneamente, o bien el niño lo hará con mayor fuerza y en lugar de hacerlo a la vista de todos, buscará la soledad provocandose -- así un mayor sentimiento de culpa el cual se agregará a su estado emocional. Se ha demostrado que al tratar de suprimir un hábito por la -- fuerza se pueden provocar otros como tics y conductas irregulares los cuales pueden llegar a ser más perjudiciales que el de la succión digital.

Algunas de las medidas incorrectas que por lo general los padres o personas mal informadas toman para inhibir el hábito son el de poner protectores en los dedos, sustancias irritantes como el chile o amargos, o bien colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros -- objetos, para impedir que puedan doblar el brazo. Todas estas medidas -- que no dan resultado, y en las ocasiones que lo logran provocan otros hábitos, o bien en el momento de suspender el tratamiento, la succión -- digital aparece de nuevo.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará resultado si -- no hacemos al niño consciente del problema y logramos contar con su --

ayuda, es decir que mientras el niño no esté convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, ya que tarde o temprano el niño regresará al hábito.

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

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

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

Cuando el niño a pesar de que quiere terminar con su problema y -

no logra hacerlo, se le colocará un aparato, pero hay que recordar que para que el aparato de resultado es necesaria una intensa colaboración por parte del niño.

El aparato que lleguemos a colocar nos servirá para:

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

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

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

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

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

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

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

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

III) Que su uso no apene al niño.

IV) Que no dependa del recordatorio paterno.

La mejor edad para la colocación del aparato es entre los 3 y 4 años de edad, y es recomendable que sea durante la primavera o el verano cuando la salud del niño es óptima y el deseo de succión puede ser inhibido durante juegos al aire libre y actividades sociales.

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

Varios son los diseños de aparatos fabricados para suprimir -

la succión digital, algunos de ellos removibles y otros fijos. Los removibles no son recomendables ya que a pesar de que el niño quiera resolver su problema, no tiene la suficiente madurez para conservar el aparato todo el tiempo dentro de la boca.

El aparato que tal vez sea el más utilizado es el que se construye de la siguiente manera.

Se toma una impresión con alginato o cualquier otro material de impresión y se obtiene un modelo de trabajo. Se podrán utilizar bandas o coronas de acero las que se adaptarán a los segundos molares primarios superiores. Después con alambre de ortodoncia del número 0.040 se procederá a hacer el cuerpo central del aparato, el alambre va a ir desde el segundo molar primario hasta el punto de unión entre el primer molar primario y el canino primario en donde se hará un doblez al alambre hacia el canino del lado opuesto donde se hace otro doblez hacia el segundo molar primario de este mismo lado, dándole así al alambre la forma de una letra "U", el alambre deberá de ir al nivel del margen gingival.

Después con alambre del mismo número se hace un doblez en forma de curva (loop), el cual se extiende hacia atrás hasta el tercio mesial del segundo molar primario superior y hacia adelante en donde quedan como espolones, 2 milímetros por detrás de los incisivos inferiores; se solda al cuerpo del aparato a 45° del plano oclusal. Se coloca un ter--

cer alambre en medio de los otros dos que es el tercer espolón y se solda. Luego se procede a soldar todo el cuerpo a las bandas o coronas según sea el caso. Se cortan y pulen los bordes sobrantes, y ya está lista para llevarse a la boca.

En la siguiente cita se retira del modelo y se prueba dentro de la boca, si se utilizan coronas se revisan los puntos altos se comprueban que los incisivos inferiores no choquen con los espolones, en cuyo caso se recortarán hasta que queden 2mm. por detrás de los anteriores inferiores y 3mm. por debajo del borde incisal de los superiores.

Si todo está correcto se puede cementar.

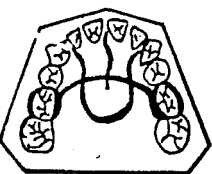
Una vez cementado se le explica al niño que le tomará algunos días en acostumbrarse, que tal vez en un principio le cueste un poco de trabajo limpiar la comida que se atore en el aparato, y que trate de hablar despacio y claro.

Otro aparato que también es utilizado bastante y que según algunos dentistas no tiene problema de los espolones que según ellos pueden llegar a ser traumáticos, es el que también se sostiene por medio de bandas o coronas sobre los segundos molares primarios superiores se utiliza alambre del número 0.040. la cual también va a ir en forma de "U" de un segundo molar al otro y en la zona de los dientes

anteriores forma una serie de "S" continuas las cuales suprimirán la satisfacción que el niño obtiene al succionarse el dedo.

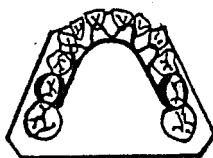
Este aparato se cementará y tiene las mismas indicaciones que el anterior.

El aparato se usa generalmente de 4 a 6 semanas pero esto varía, se dejará unas cuantas semanas después de desaparecido el hábito y se podrá retirar.



Aparato utilizado para romper el hábito de succión digital.

Aparato rompehábitos en forma de "s" continuas para la succión digital.



CAPITULO III

CHUPONES Y MAMILAS

La alimentación es sin duda uno de los actos más importantes en la vida humana, en la infancia, una correcta alimentación va a ser un factor predisponente en el favorable desarrollo del niño.

Muchas y muy variadas han sido las polémicas de como se debe de alimentar al niño, ya sea con pecho o con biberón, y en casi todas no se ha tomado en cuenta la gratificación sensorial que va asociada con la alimentación materna, la cual es de suma importancia. Los fabricantes de mamilas, al concentrarse únicamente en la obtención del alimento han olvidado la fisiología básica del amamantamiento. En la alimentación con pecho, la lengua es traída hacia adelante—poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arriba y abajo y hacia adelante y atrás, provocando así el mecanismo de succión. El calor del pecho materno lo siente el niño no nada más en los tejidos que están en contacto directo con el pezón, sino que también dentro de un área que se extiende por fuera de la boca. El calor y el amor materno dan sin duda una sensación de alegría y bienestar que unidas al alimento van a lograr una completa satisfacción del niño.

Las mamilas convencionales no pueden dar el calor y el amor —del cuerpo materno y es por lo que la fisiología del amamantamiento—

no es duplicada.

Debido al mal diseño de las mamilas, la boca se encuentra más abierta y se requiere de una demanda anormal por parte del mecanismo de succión. Los movimientos rítmicos hacia adelante y atrás por parte de la mandíbula, la elevación y declinación de la lengua se ven reducidos, y esta reducción incrementa aún más cuando el agujero de la mamila se ve agrandado, y la leche o el líquido alimenticio son chorreados prácticamente dentro de la garganta del niño, disminuyendo así el ejercicio que debería de hacer el niño durante el amamantamiento y que es el que favorece a el crecimiento de la mandíbula.

De acuerdo con Harwick (1930), los niños criados con biberón se encuentran expuestos frecuentemente a sofocaciones y a sufrimientos de ansiedad como consecuencia.

Anderson realizó un estudio comparativo entre la alimentación por medio de la madre, del biberón y mixta, llegando a las conclusiones de que los niños alimentados con pecho se encontraban mejor ajustados y presentaban menor número de hábitos orales, mientras que los niños alimentados con biberón mostraban frecuentemente hábitos de succión - los cuales se veían incrementados cuando el biberón había sido usado como medio para aquietarlos e inducirlos al sueño.

Una alimentación incompleta, o sea que no se termina de ali---

mentar al niño hasta que esté completamente satisfecho, puede provocar que el niño enfoque esta hambre hacia hábitos de lengua, labios y succión digital. No es posible especificar cuanto tiempo se debe de tomar la madre en alimentar al niño, ya que algunos requieren de mayor atención y tiempo, pero es necesario tratar de evitar que el niño se quede con hambre.

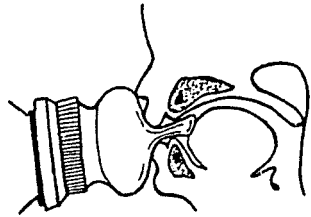
Aparte de una alimentación incompleta, existen otros factores los cuales son predisponentes en la presencia de problemas pediátricos y dentales, como consecuencia de mamilas mal diseñadas y técnicas de alimentación con biberón.

Alimentación con una mamila convencional. Nótese que la boca está abierta indebidamente más de lo normal y los labios cierran con dificultad.

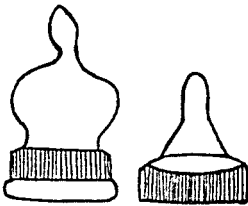


La mamila convencional requiere del niño únicamente que succione, no tiene que trabajar y ejercitar su mandíbula para que se desarrolle. Con este tipo de mamilas, y debido a su nariz redonda, la boca se encuentra abierta indebidamente más de lo normal y los labios sellan difícilmente propiciando una entrada mayor de aire, y una presión anormal de los músculos es efectuada como una respuesta compensatoria a los excesivos movimientos de apertura.

Alimentación con una mamila fisiológica. Toda el área perioral entra en contacto con la mamila que le proporciona un valor parecido al materno y que por ser flexible, los labios se adaptan fácilmente a ella.



Tratando de duplicar al máximo el pecho materno se ha fabricado una mamila la cual incita al niño a realizar la misma actividad funcional que durante la alimentación a pecho. Esta mamila consta de un chupón de mayor tamaño que el normal, que entra en contacto no solamente con los labios, sino con una mayor área alrededor de la boca; su nariz es más larga y se encuentra diseñada en tal forma que permite un mayor sellado entre la lengua y el paladar durante la alimentación.



Comparación entre la mamila convencional y la fisiológica.

Mucho se ha discutido sobre el uso de los chupones. Algunos padres los utilizan como "tranquilizadores" o bien para inducirle al niño sueño. En muchas ocasiones el niño logra satisfacer su hambre, más no se desea de succión, y es cuando busca algo en que desahogar este deseo.

La pregunta que tanto padres como pediatras y dentistas se han venido haciendo es: Es aconsejable el uso de chupones en niños?. Se considera

que es preferible que no sea usado, pero si nos encontramos con niños que tienen un gran deseo de succión y no canalizamos nosotros este deseo hacia un chupón diseñado apropiadamente, ellos lo harán pero hacia otros hábitos como es el de succión digital, la cual a la larga causará más problemas y nos costará más trabajo desterrar.

Al igual que la mamila, el diseño del chupón es de gran importancia para prevenir probables maloclusiones.

Se han fabricado dos tipos de chupones para niños. El primero que es un ejercitador, está diseñado de tal manera que estimula y provoca los movimientos del amamantamiento, dándole al niño una agradable satisfacción. El otro chupón es de mayor tamaño y se utiliza en niños mayores de un año, tiene contacto palatartal que permite toda posible estimulación para el crecimiento del arco dental.

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

CAPITULO IV

SUCCION LABIAL

La succión labial o queilofagia es una actividad anormal la cual aparece en muchas ocasiones como resultado de una succión digital, pudiéndose presentar simplemente como una mordida al labio o -- bien como una succión labial con mayor fuerza.

Al presentar el niño la succión digital por un tiempo prolongado, sufrirá este una serie de malformaciones bucales las cuales -- provocarán la aparición de actividades musculares compensatorias y -- que a su vez incrementan deformidades.

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

En muchas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital se dan cuenta que al succionar el labio inferior o simplemente mordiéndoselo, logran obtener la misma satisfacción, que obtenían al chuparse el dedo, y así poco a poco irán desplazando a la suc-

ción digital para dedicarse por completo a su nuevo hábito que les pa
recerá más comodo y conveniente.



FUNCION ANORMAL DE LA MUSCULATURA
PERIORAL QUE TIENDE A ACENTUAR LA
MALOCLUSION EN DESARROLLO.

YALFORMACIONES:

La presencia de succión labial va a causar una sobremordi-
da horizontal completa. Es cierto que cuando ya existe una sobremordi-
da esta va a ser una de las causas para que aparezca la succión labi-
al, pero al aumentar esta succión va a provocar que la sobremordida --
sea mayor, efectuándose así un círculo vicioso.

Al colocar el niño el labio inferior sobre la cara palatí
na de los incisivos superiores y deglutir con una actividad anormal -
de los músculos, va a ejercer una sobrepresión sobre estos dientes la-
biolizándolos, y los incisivos inferiores por la misma sobrepresión --

van a tender a lingualizarse.

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

TRATAMIENTO:

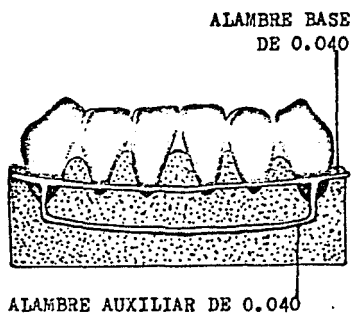
Para poder realizar un tratamiento correcto requeriremos antes de un buen diagnóstico, es decir que si por ejemplo existe una excesiva sobremordida horizontal la actividad anormal del labio puede ser únicamente una actividad compensatoria para poder deglutir más fácilmente. Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la oclusión, se puede asegurar que el paciente después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso, ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la mordida, lo único que hacemos es corregir un síntoma pero no el origen del problema. Es por lo que como primer paso del tratamiento deberemos de corregir la oclusión con ayuda de un ortodoncista, y en la mayoría de los casos desterraremos así el mal hábito sin necesidad de ningún aparato rompehábitos.

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

Para la fabricación del aparato tomaremos primeramente dos impresiones con alginato, las que correremos para obtener los modelos de trabajo y se montarán en un articulador sencillo para un mejor manejo. Se tomarán dependiendo de la edad del paciente los primeros molares inferiores permanentes o los segundos molares primarios inferiores como pilares para el aparato, en estos se colocarán coronas metálicas o bien bandas ortodóncicas las que se ajustarán. Se toma un alambre de ortodoncia del número 0.040 el cual nos servirá como cuerpo del aparato y se ajustará lingualmente desde el primer molar inferior hasta el espacio interproximal comprendido por el primer molar primario inferior y el canino, en donde se pasa el alambre hacia labial y se lleva a la altura del tercio gingival de los incisivos hasta el lado opuesto para pasarlo también por el espacio interproximal del canino y primer molar primarios hacia lingual y llevarlo hasta el primer molar inferior. La porción labial del aparato deberá de quedar de 2 a 3 mm. --- aproximadamente separado de la cara labial de los incisivos, y además se deberá de revisar que el alambre no haga contacto con la cara pal

tina de los anteriores superiores, si esto sucede se doblará el alambre más hacia gingival. Se toma posteriormente otro alambre principal de 6 a 8 mm. hacia gingival, llevándolo hacia el otro lado en el que se solda el extremo libre. Este alambre auxiliar debe de ir separado del tejido gingival aproximadamente 3mm.

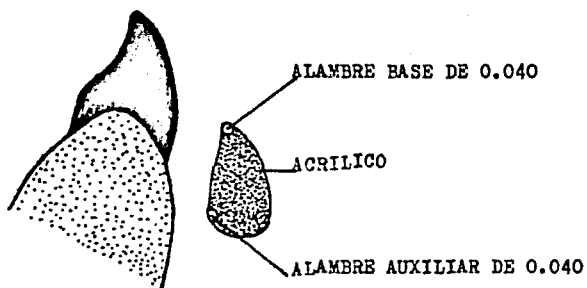
Se solda el alambre principal a las coronas y se prueba en el modelo, para quitar las posibles interferencias oclusales. Se limpia y se pule y ya puede ser cementado en la boca.



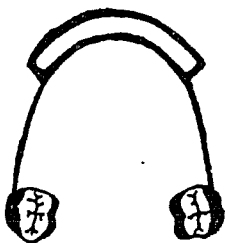
APARATO ROMPEHABITOS
PARA SUCCION LABIAL.

La porción labial puede ser modificada al agregar acrílico entre el alambre principal y el auxiliar, esto es con el fin de evitar la irritación del labio inferior.

Otra variante del aparato es en el que el alambre principal -
va totalmente por bucal.



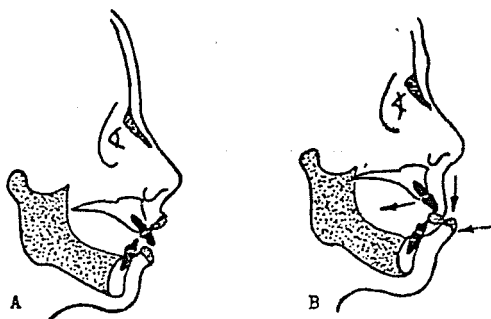
El aparato deberá de permanecer al igual que el de succión --
digital por varios meses en la boca y puede ser retirado por partes, -
se retira primero el alambre auxiliar y luego el resto del aparato.



APARATO PARA SUCCION LABIAL
POR MEDIO DE UN ARCO LINGUAL.

Una vez retirado el aparato es conveniente recomendar al paciente una serie de ejercicios con el fin de evitar una reincidencia del hábito y para disminuir la hipotonicidad y flacidez del labio.

Estos ejercicios deberán de realizarse de 15 a 30 minutos -- diarios y consistirán en bajar lo más posible y con fuerza el labio superior hacia los incisivos inferiores y subir el labio inferior por encima del superior.



Ejercicios labiales para incisivos superiores prominentes y espaciados y para labios hipotónicos y cortos. (A), Postura habitual con incisivos prominentes y labio corto. (B), Extensión del labio superior para aumentar la tonicidad y, cuando es combinado con la contracción enérgica del labio inferior, para retraer los incisivos.

CAPITULO V

LENGUA PROTRACTIL

El hábito de lengua protractil es el acto en el cual el niño interpone o adelanta su lengua durante el acto de la deglución.

La lengua protractil se observa frecuentemente en niños que presentan una mordida abierta anterior y una protrusión de los incisivos superiores, pero las preguntas que siempre se han venido haciendo dentistas e investigadores son: es el hábito la causa de estas deformidades? o bien es el resultado de la mordida abierta?. Una respuesta -- concreta a esta serie de preguntas sería imposible, ya que esta variará de un sujeto a otro, y lo que en algunos podría ser la causa, en --- otros sería el resultado.

ETIOLOGIA:

Varios autores, entre ellos Anderson, Graber y Moyers afirman -- que el hábito de lengua protractil es el resultado de un hábito de -- succión digital, ya que después de que esta ha creado una mordida abier -- ta anterior, la lengua se proyecta hacia este espacio ocupándolo, aumen -- tándolo, e impidiendo que este se cierre.

corregido dará origen a este hábito lingual.

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

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

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

Según varios autores, una de las causas de la deglución anormal es la persistencia de la deglución visceral o infantil aún después de que han hecho erupción los dientes. En la deglución infantil -- el niño deglute con sus rebordes gingivales separados, los cuales aún se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos primarios, -- forman estos una separación o barrera entre los labios y la lengua, y

normalmente la forma de la deglución cambia, entrando en función los músculos de la masticación, pero en ocasiones no sucede así y la deglución visceral persiste.

MALFORMACIONES:

El hábito de lengua protráctil, como ya se dijo, puede ser causado en algunos casos por una mordida abierta anterior, pero casi siempre el hábito es la causa y no el resultado.

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

La macroglosia es una de las causas que mayormente afectan a los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior y diastemas.

Durante la deglución la lengua ejerce una presión desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta presión es compensada por la fuerza que ejercen los labios y los carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, y ya que es protruida en cada deglución, y tomando en cuenta que deglutimos por lo menos 1000 veces al día, da como re

sultado la vestibularización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida abierta anterior y por consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito por demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario de ceceo así como problemas del lenguaje.

TRATAMIENTO:

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

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

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

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

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

Estos ejercicios consisten en que el niño extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde del bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero, el labio superior se extiende en la posición descrita anteriormente. El borde del bermellón -- del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de los labios. Este ejercicio debe realizarse de 15 a 30 min.

diarios durante un período de cuatro a cinco meses.

El aparato que se utiliza para corregir el hábito de lengua - protráctil es un arco lingual muy semejante al de la succión digital pero con unas pequeñas variaciones. El aparato lleva los mismos esp-- lones aunque estos se encuentran más curvados hacia abajo con el --- objeto de formar una barrera que dé mayor protección a los dientes an-- teriores, tanto superiores como inferiores, de la sobrefuerza que ejer-- ce sobre ellos la lengua durante la deglución.

El aparato que se utilice para la corrección de este hábito - lingual deberá de llenar dos objetivos, que son:

- A) Eliminar la fuerza que ejerce la lengua durante la deglu-- ción al ser proyectada esta hacia adelante.
- B) Reeducar a la lengua para que esta tome una postura correcta durante la deglución y en reposo.

Otro aparato que también es utilizado, es el que consta, al --- igual que el mencionado con anterioridad, de un arco lingual, pero en - la zona de los dientes anteriores tiene una serie de curvas en forma de "S" continuas, las cuales forman una barrera que protege a los dientes de la protrusión lingual; el aparato debe de quedar por abajo del

borde incisal de los incisivos inferiores para brindarles también protección.

Este tipo de aparato tiene la ventaja de que cuando la lengua es proyectada también contra la zona de los premolares o molares primarios y molares permanentes produciendo una mordida abierta posterior, este aparato es utilizado, colocando la zona de curvas en el lugar en donde la mordida abierta se presenta.

El tiempo de duración de este aparato o del anterior dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá -- variar de 4 a 9 meses. En muchas ocasiones la malformación es ya tan -- extensa que el aparato no puede resolver por sí solo la deformidad y es cuando se requiere también de un tratamiento ortodóntico.



APARATO CON CURVAS EN FORMA
DE "S" CONTINUAS.

CAPITULO VI

RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal es un hábito oral nocivo que puede presentarse frecuentemente los niños, y el cual muchas veces pasa desapercibido ante los padres y los cercanos al niño.

Para el niño, su manera de respirar le parecerá normal, ya que por falta de conocimientos y a pesar de presentar una obstrucción nasal o alguna otra causa que predisponga la respiración bucal, va a pensar que todas las personas respiran igual que él.

ETIOLOGIA:

La respiración bucal puede deberse a varias causas las cuales se pueden clasificar arbitrariamente dentro de tres grupos:

- A) Por problemas nasales
- B) Por problemas bucales
- C) Por costumbre

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

Los niños que padecen de una obstrucción nasal presentan una ventilación entorpecida, esta obstrucción puede ser total o parcial, pero indudablemente va a dificultar la inspiración y expiración provocando que el niño respire por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que más frecuentemente -- presentan los niños y que pueden dar origen a la respiración bucal tenemos las amígdalas y adenoides hipertroficadas; cornetes demasiado grandes o inflamados, sinusitis crónica, rinitis medicamentosa, la cual es causada por ciertas drogas las que congestionan la mucosa nasal obstruyendo los conductos nasales, esto desaparece al suspender el medicamento; rinitis vasomotora, que es más bien un término bajo el cual varias enfermedades nasales sin un diagnóstico específico son clasificadas; alergias que afectan a la mucosa nasal; y el tabique nasal desviado.

Ciertas maloclusiones dentales tales como incisivos superiores labializados o mordida abierta anterior, impiden que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones en el mismo labio que al encontrarse corto no logra realizar el "sellado bucal" -

favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

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

MALFORMACIONES:

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

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

En un exámen clínico de un paciente con respiración bucal podremos observar abundancia de cálculos dentales, la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que causa la respiración anormal, las encías están crecidas en la zona labial de los incisivos superiores, si el labio superior cubre parte de la mucosa gingival, es posible notar una clara diferencia en el límite del tejido que se encuentra protegido. La intensidad de la irritación variará según la porción expuesta al aire así como el grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente. Por lo general la zona más afectada es la anterior del maxilar superior, ya que en la porción posterior del maxilar superior y toda la mandíbula se encuentran más protegidas del aire por los carrillos y la lengua, pero en casos extremos la afección se puede extender en toda la boca, provocando una inflamación crónica y la degeneración progresiva de los tejidos gingivales, si no son sometidos a tratamiento.

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

Debido a que la respiración se encuentra relacionada íntimamente con el habla, los pacientes que presentan respiración bucal así como las malformaciones resultantes de esta anomalía, padecerán de alteraciones en el habla.

TRATAMIENTO:

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

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

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

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

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

Para la construcción de la placa tomaremos impresiones tanto superiores como inferiores las cuales se articularán y mantendrán en oclusión; posteriormente con un lápiz se marca el contorno de lo que será el aparato, cuyo límite debe ser el surco vestibular evitándose las inserciones musculares. Se toma una hoja de papel estaño la que se coloca sobre el molde y se recorta siguiendo la línea, luego esta hoja de estaño se coloca sobre una hoja de plexiglas la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estaño. Una vez recortado el plexiglas se calienta y se adapta al modelo, se recorta y se pule y ya se puede colocar en la boca.

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

CAPITULO VII

BRUXISMO

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

Por bruxismo podemos definir a los movimientos de trituración desgaste y rechinamiento de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconciente y es controlado de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen la existencia de este hábito a menos de que alguien se los haya hecho notar, por consiguiente nuestro diagnóstico deberá de basarse con mayor énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar los probables signos y síntomas típicos del bruxismo, de los cuales se hablará más adelante, y del interrogatorio a los padres o acompañantes del niño.

El desconocimiento de la existencia del bruxismo por parte de el paciente fué comprobado por Bundgaard-Jorgensen en un estudio de -

496 pacientes, de los cuales el 88% padecía el hábito. A su vez Reding indicó que un 15% de los sujetos observados por él en un estudio presentaban bruxismo.

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

ETIOLOGIA:

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

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

Debemos de considerar que cualquier factor irritante al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifes

tación en el bruxismo o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, tensiones emocionales, etc.

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos: las interferencias oclusales, que pueden ser causadas por cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, hiperplasia gingival o cualquier enfermedad parodontal, irregularidades linguales, labiales o en los carrillos; dolor en la articulación temporomandibular y músculos masticatorios y molestias.

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

MALFORMACIONES:

El número y la gravedad de las malformaciones producidas por el bruxismo variará según la intensidad y el tiempo en el que este há

bito se ha venido realizando, esto es debido a que la actividad muscular que se efectúa durante las horas de sueño es sumamente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada una, pudiéndose producir hasta 250 contracciones en un tiempo normal de sueño.

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

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

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto, en la articulación temporomandibular y en los músculos masticadores, puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefalea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hipertrofia muscular masticatoria, la cual puede ser unilateral o bilateral. Esta hipertrofia puede influenciar en el desarrollo de la mandíbula y provocar una asimetría facial. La hipertonicidad puede provocar que el niño se muerda la lengua, los carrillos o los labios.

TRATAMIENTO:

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

Se le deberá de proporcionar al paciente psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional o psíquica productora de la tensión muscular. El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá. Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

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

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

- 1) La eliminación de las interferencias oclusales con el mínimo de abertura.
- 2) Mantener a los dientes dentro de una posición estable mientras el aparato es utilizado.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales, que han sido sugeridas como tratamiento para el bruxismo. Dentro de las placas bucales, que son las que utilizan los ganchos Hawley a diferencia de las férulas oclusales que mantienen unidos y sujetan varios dientes, la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor en el área de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores en donde hacen contacto los incisivos inferiores, el acrílico se extiende hasta el borde incisal de los anteriores superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien fijada y estabilizada sobre los dientes evitando así el vaivén de estos.

Las férulas que son de mucho mejor resultado que las placas

para mordida para el tratamiento del bruxismo abarcan no solo el borde incisal de los anteriores sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores. La férula se fabrica sobre modelos montados en el articulador, utilizando acrílico de fraguado en frío o en caliente indistintamente. Esta férula deberá tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

Estos dos dispositivos eliminarán o disminuirán grandemente el bruxismo y evitarán el desgaste oclusal e incisal, además de que -- proporcionarán un relajamiento muscular.

El uso de la placa debe de realizarse únicamente durante la noche.

CAPITULO VIII

OTROS HABITOS

Dentro de los malos hábitos orales infantiles existen algunos que no se llegan a presentar tan frecuentemente como los anteriores o bien sus repercusiones bucales no son tan grandes. Es por esta razón - que en este capítulo se abarcan estos hábitos, que a pesar de no tener la misma importancia que los ya mencionados es necesario hablar de -- ellos ya que el cirujano dentista debe de estar capacitado para atender cualquier tipo de hábito.

Según Angle existen ciertos hábitos de mímica los cuales son producidos por los músculos bucales, los que podrían causar deformidades en la cavidad oral o bien inhibir el éxito de un tratamiento de Ortodoncia. Hellman indicó que también el tartamudeo puede llegar a -- repercutir en la boca.

SUCCION DE CARRILLOS:

Aún no se sabe cuales son las causas exactas que producen la succión de carrillos. Existen autores que indican que tal vez este há

bito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital, es decir, que puede deberse a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia la cual no fué debidamente satisfecha.

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

Como tratamiento para este hábito podemos colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta. Este tipo de aparato tiene el inconveniente de que puede ser utilizado únicamente durante la noche. El aparato más adecuado para la corrección de este hábito es el que está formado por un alambre que va adaptado y se sostiene -- por bucal y lingual de los dientes en los que se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de los molares y premolares, y en la parte bucal lleva una masa de acrílico que protege tanto a los -- dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que los dientes continúen su erupción para cerrar la mordida abierta.

HABITO DE CECEO:

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

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

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

- 1) Sigmatismos linguolabial.-En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.
- 2) Sigmatismo labiodental.-Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "f".
- 3) Sigmatismo interdental.-Este es uno de los más frecuentes,

y es debido a una protrusión lingual la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.

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

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

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

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

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

Los niños que padezcan de sigmatismo deben de ser curados preferentemente antes de que entren a la escuela, y en los casos que la curación es reciente no es recomendable que frecuenten a otras personas que ceceen, para evitar una recaída.

ONICOFAGIA:

Los niños que presentan una tensión psíquica y emocional a menudo adquieren el hábito de morderse las uñas ya que encuentran así una vía de escape para esta tensión.

Este hábito por lo general no aparece antes de los tres o cuatro años de edad y su duración es aproximadamente hasta los dieciocho años, pudiendo terminarse antes o después.

En estudios realizados se ha visto que un gran número de niños presenta o ha presentado este hábito. Michaels y Goodman vieron -- que de 475 niños y niñas observados el 45% de los niños y el 55% de las niñas presentaban onicofagia. Wechsler observó a 3000 niños de los 3 a los 18 años, los cuales se mordían las uñas.

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

HABITOS DE POSICION:

Existen investigadores que indican que las posiciones deficientes así como las prolongadas durante las horas de sueño, pueden producir malformaciones bucales así como faciales y craneales.

Se ha mencionado que niños que duermen sobre su brazo pueden causarse una retrusión mandibular o una mordida abierta, o niños pequeños que por dormir en una misma posición pueden moldear la cabeza produciendo una asimetría facial.

Sobre este respecto se ha exagerado y poco se ha comprobado, lo que si puede suceder es que una maloclusión ya existente pueda ser acentuada pero no originada por esta causa.

MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS:

Este hábito generalmente se ve en niños ya mayores y en personas adultas.

Se considera que este hábito es un modo de escape también de una tensión emocional que puede presentar un niño o adulto. Según varios autores es la continuación de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupones, la onicofagia y otros.

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

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

CONCLUSIONES

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

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

III. No se logrará realizar ningún tratamiento exitoso de succión digital si no hacemos consciente al niño de este problema y obtenemos su colaboración.

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

V. No es aconsejable el uso de chupones, únicamente en aquellos casos en que se substituya por la succión digital.

VI. El niño que padezca de respiración bucal solo podrá tener un tratamiento correctivo después de que se tenga la certeza de que tiene sus vías respiratorias libres.

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

VIII. Ya que el hábito de ceceo es producido por una incordinación lingual, es necesario que el paciente sea remitido a un terapeuta del lenguaje complementado con un tratamiento dental.

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

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

-ORTODONCIA ACTUALIZADA

J.S. Bresford

L.M. Clinch

J.R. Holden

Buenos Aires Mundi 1972.

-ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA

Rudolf Hotz 3ra. Edición Interamericana.

-ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

T.M. GRABER

Edit. Interamericana 3ra. Edición 1974.

-ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Fin. cuarta edición en español 1976.

-ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE

Ralph F. Mac Donald

Editorial Mundi S.A. primera edición 1971.

-COMO AYUDAR AL CHUPADEDOS A CONTROLARSE

Vol. XXIX Núm. 5 Sep. Oct. Pag. 306

Revista A.D.M. 1972.

-MANEJO CLINICO DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL

Vol. XXII Núm. 3 Mayo. Junio. Pag. 147 1972

-PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS

Vol. XXII Núm. 5

Revista de la A.D.M. 1965

RELACION ENTRE LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y LA ENSEÑANZA DE LA
ODONTOPEDIATRIA

Buño Larreigo Psedeleso S.P. 1

-CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA

" Los sistemas en ortodoncia "

México Interamericana 1976.

-PSICOLOGIA DEL NIÑO

Jerseld Arthur T.

Eudeba 1972.

-PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL

Bijou Sidney W.

Ed. Trillas 1971.