

201 314



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LOS MALOS
HABITOS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GUILLERMO ANTONIO OCAÑA GALVEZ



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION	1
I. ETIOLOGIA	4
a). Hábitos no compulsivos	5
b). Hábitos compulsivos	5
II. FRECUENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD DEL HABITO	9
III. TIPOS DE HABITOS	13
a). Hábito de succión	15
b). Proyección lingual	17
c). Morder labio y carrillos (Queilofagia)	18
d). Respiración bucal	19
e). Bruxismo	21
f). Hábito de postura	24
g). Morder las uñas (Onicofagia)	25
h). Otros hábitos	25
IV. DIAGNOSTICO	27
a). Búsqueda de hábitos bucales	29
b). Historia Clínica	32
V. ANALISIS DE LOS EFECTOS DE LOS MALOS HABITOS	34
VI. PREVENCIÓN	38
VII. TRATAMIENTO MEDIANTE APARATOLOGIA INDICADA PARA ORTODONCIA PREVENTIVA	45
VIII. TRATAMIENTO	53
a). El escudo vestibular	55
b). El medio escudo vestibular	56
c). El escudo linguo-vestibular	56
d). Readiestramiento para la deglución normal	57
e). Plano gafa mandibular	59

f). Ejercicios musculares	60
g). Pantalla bucal	61
h). Ajuste oclusal	63
i).Guarda oclusal	63
j).Autosugestión	64
CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFIA	69

INTRODUCCION

Los malos hábitos son los principales predisponentes a los problemas de mal posiciones e incluso deformaciones faciales, es por eso que el Cirujano Dentista de práctica general los debe de saber detectar e incluso tratar con muchas posibilidades de éxito.

Se ha notado que en los últimos quince años han aumentado los casos de malposición dentaria con una gran tendencia al apiñamiento, los diastemas y a los malos hábitos y esto puede ser debido a que los padres y el Dentista en muchas ocasiones no le dan importancia al aspecto prevención.

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 éste hábito como los mismos padres.

La Odontología Preventiva identifica a la prevención como el evitar la aparición de un daño, así como, la ocurrencia de un mal mayor, esto sería sinónimo de la buena Odontología.

Cuando más temprano se pongen en acción las barreras preventivas y se activen los esfuerzos preventivos, tanto más efectivo será el resultado final.

La frase de Kanner (1961), "Las cosas agradables que hace un niño no pueden ser llamadas hábitos, simplemente las hace"; describe ampliamente la psicología del niño, con toda su potencialidad de futuro y no aislado, sino en un ambiente familiar.

Mucho se ha escrito en distintos campos, como son: Ortopedistas, Pediatras, psicólogos, Psiquiatras y Neurólogos sobre la succión. La explicación de Kantorowics parece la más convincente, según él, al alimentarse

el lactante, está guiado por dos instintos: el instinto alimentario y el instinto de chupar; para satisfacerlos existen dos reflejos heredados, - que se extienden a varios grupos musculares coordinados; el reflejo de - deglución y el reflejo de succión.

Los dos son herencia filogenética, antiquísimas e imprescindibles - para la vida, que sin ejercitación alguna deben funcionar ya a la perfección inmediatamente después de nacer.

El amamantar con pecho satisface los dos instintos. El lactante toma en los primeros cinco o seis minutos la parte principal de la leche, - mientras que en los siguientes quince minutos junto al pecho, estimulado por pocas gotas de leche, principalmente satisface su instinto de succión.

Dado que la madre percibe la succión, aunque no la secreción de leche, ella prolonga el amamantamiento todo el tiempo que succiona el lactante, es decir, hasta que satisfacio su instinto de succión. En la usual alimentación con mamadera, se satisface el instinto de alimentarse, pero no el de succión, generalmente se retira la mamadera cuando ésta está vacía, lo que ocurre según el tamaño del agujero en el chupete y según la energía empleada después de cinco a diez minutos, cuando todavía el niño no ha satisfecho su necesidad de chupar, el lactante intenta enseguida - seguir succionando y para ello emplea el pulgar.

El hábito de chupar pues, reconoce dos fuentes: La reducción del — tiempo de amamantamiento, debido a la alimentación con mamadera y el repentino paso a la alimentación "a pedido" en los pueblos no civilizados. "El hábito de succión es un atributo de la civilización".

Como elemento para la succión, los niños emplean, según la edad, - dedos, dorso de la mano, chupones, punta de sábana, pañuelo, etc. El hábito de la succión es más frecuente en el mundo occidental.

La succión combina acciones de presión y de morder. El efecto de - la succión puede variar mucho según su manera, duración e intensidad. - Los hábitos más frecuentes, son la succión y la mordedura de pulgar y labio inferior.

Antes que el niño pueda ver o escuchar aprende a succionar, de ahí que; todo objeto que se le proporcione, lo llevará a la boca y ésta lo identifica por medio de sensaciones: si el objeto es tibio, suave como el pezón de la madre, el niño lo acepta y juguetea con él, en cambio, - si el objeto es áspero, frío o duro, es rechazado por el niño.

En resumen, el amamantar al pecho no solo es importante desde el punto de vista fisiológico y nutritivo, sino mucho más por los estímulos funcionales así provocados, por lo cual la mandíbula, más o menos retruida, va desarrollándose hacia adelante para llegar a su posición correcta respecto del maxilar superior.

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto, según la escuela clásica, lactar no es tanto el proceso de chupar sino de ordeñar. Se podría decir que en los dos primeros años, la succión es un reflejo, y más adelante, cuando el niño ha desarrollado todo tipo de facultades, ya se comunica con sus semejantes, ya se alimenta él solo, entonces se considera un hábito.

El tratamiento más adecuado, incluye, la conversación con los padres y con el paciente, infundirle confianza, cariño, comprensión. Tanto el paciente como los padres deben estar al tanto de las medidas que serán tomadas y estar de acuerdo. En caso de requerir aparatología ortodóncica, ésta será "recordatorio", de tal forma que el niño estará consciente de no realizar el hábito .

Mi deseo es hacer algunas sugerencias en el sentido de corrección de los hábitos que perjudican el desarrollo normal de la cavidad bucal en los niños y evitar consecuencias posteriores que pueden llegar a ser irremediables.

Mucho ayudaría a corregir estos problemas, la comunicación a nuestro pueblo a través de los medios de difusión.

C A P I T U L O 1

ETIOLOGIA.

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

El niño al momento del nacimiento, sufre una conmoción psicobiológica que confiere a la boca un lugar preponderante y singular dentro de su organismo y le ayuda a superar ésta, mediante un mecanismo de succión que le permitirá adaptarse nuevamente con su madre.

Al nacer el niño está dotado de la habilidad de succionar, necesita chupar, satisface con ello, no solo sus necesidades de alimentación; de ahí la disposición efectiva de la madre para la lactancia. En ese momento, el niño introyecta, junto con el alimento, la imagen de lo que significa la relación con ella. Sin embargo, influyen mucho, la manera de darlo, el calor, el cariño que acompañan a la madre, ya que significará menos frustración, que el pecho dado friamente.

La capacidad de succionar le sirve como medio de autoconservación, pues sin la posibilidad de tomar los alimentos en forma líquida el niño sucumbiría por inanición. La succión de los líquidos es fundamental para su existencia.

El niño aprende a succionar antes de ver, o localizar un sonido, cuando se le da un juguete, lo lleva hasta la boca y por la succión adquiere una percepción del objeto. El infante aprende que este hábito de succión placentera de sentir el estómago saciado y un deseo de dormir.

Cuando el pecho ó la mamadera no están a su alcance, el niño aprende a obtener la misma satisfacción placentera por la succión de los dedos. - La zona de la boca es una de las áreas más precoces de obtención de pla - cer.

Los hábitos pueden ser: compulsivos y no compulsivos:

HABITOS NO COMPULSIVOS.

Los hábitos placenteros, no impulsados emocionalmente, no suelen ser perjudiciales para el individuo. Sirve de liberación ó escape para la - tensión, que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad.

Todos estos hábitos inócuos, son todos liberadores normales de ten - sión, necesarios como amortiguadores para el individuo que ha de alcan - zar la madurez emocional normal.

SUCCION COMPULSIVA.

En algunas ocasiones, se observa un niño que ya en la edad escolar - aún se succiona el pulgar ú otros dedos, éstos están en su boca muchas ve - ces durante el día y lo succiona con gran vigor y fuerza, sin tener en - cuenta la ocasión.

Cuando el hábito se hace compulsivo y se prolonga más allá de la edad en que suele dejarse la succión del pulgar u otros dedos como fuente de - placer, es posible suponer que la succión satisface una necesidad definida que puede haber sido engendrada por una frustración presente ó pasada.

El hábito es, entonces, una forma de expresar su aislamiento del mundo exterior, un refugiarse en su vida de fantasía, una posición autista, una - regresión. El niño al cual se castiga constantemente por succionarse los - dedos, puede generar una fijación como medio de regresión a sus experien - cias pasadas. En ocasiones, el niño utiliza la succión como una forma de -

llamar la atención de la madre.

El chupeteo compulsivo en épocas posteriores a la succión normal es considerado como síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y una forma de buscar el equilibrio psíquico interno, dominando la ansiedad. En esos niños, se comprueba la insatisfacción de las necesidades afectivas en la relación con los padres de tal forma, reaparece el hábito como una forma de conducta que le permite sobre un clima de carencia emocional, reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión y dar placer a su propio cuerpo.

El niño en edad escolar que aún prosigue succionándose compulsivamente, está utilizando esta regresión como una liberación subconsciente de la realidad y su succión puede ser el índice de una inmadurez emocional y de la necesidad de un auxilio.

Los padres suelen emprender por sí mismos la tarea de romper el hábito, valiéndose de la fuerza ó de los castigos; ésto hace que el hábito se fije. El niño se succionará con más fuerza, pero en vez de hacerlo a la vista, se esconderá en un rincón y engendrará sentimiento de culpa, - que se agregará a su ya recargado desarrollo emocional.

Si uno suprime un hábito, emocionalmente necesario, por la fuerza, - el niño suelo generar otro, quizás más pernicioso y destructor de personalidad. Cabe mencionar que al intentar suprimir un hábito, debemos tomar en cuenta los efectos laterales que se pueden producir, como son : mayor hostilidad, y mayor sentimiento de culpa con respecto a sus malos impulsos.

Entre los métodos que producen estos efectos, tenemos: amenazas, substancias de sabores repelentes, la utilización del ridículo, castigos, sobornos, etc.

La deglución atípica puede presentarse al perder el niño sus piezas-

deciduos y retrasarse la erupción de los permanentes. El adelanto de la lengua también puede ser provocado por dificultades respiratorias en niños con hipertrofia amigdalina. En estos niños, hay una tendencia a adelantarse la mandíbula, separándola del maxilar y permitiendo que la lengua se interponga entre ambas arcadas.

La alimentación artificial afectuada incorrectamente, que obliga al niño a vicios posturales de la lengua, pueden ser causa de mordida abierta, lo mismo que el uso de chupete hasta una edad demasiado avanzada.

Parece ser que la tensión nerviosa es una causa común para la aparición del bruxismo, en presencia de una oclusión patológica. En muchas ocasiones es una manifestación local de una condición general de psiconeurosis. La bruxomanía puede ser la expresión de una tensión nerviosa y de tendencias conscientes ó inconscientes de agresividad, o de manifestaciones de angustia somatizadas en la boca. La coexistencia de maloclusión con respiración bucal (ó respiración nasal difícil) ha dado lugar a muchas suposiciones sobre una relación de causa-efecto entre estas condiciones.

La mayoría de los investigadores creen actualmente, que la respiración nasal difícil es una disfunción primaria, probablemente causada por hiperplasia del tejido linfático de la faringe. También han sido implicados los pólipos, desviaciones de las estructuras nasales y mucosa nasal congestionada crónicamente.

Aunque es concebible que una respiración nasal difícil pudiera influir desfavorablemente en el desarrollo normal de los arcos dentales y maxilares, la respiración bucal tiene sin duda gran importancia.

Aunque muchos casos de proyección lingual puedan atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, ésto no es la causa en los hábitos de morderse ó chuparse los labios.

Muchas veces este hábito es una actividad compensatoria como resultado

do de la sobremordida horizontal y de la dificultad en cerrar los labios durante la deglución, es mucho más fácil para el niño colocar el labio lingual de los labios superiores. Para conseguir esta posición recurre el músculo borla de la barba, quien extiende el labio inferior hacia arriba.

La bruxomanía generalmente se inicia durante el sueño ligero ó en períodos de abstracción.

Varios autores, coinciden en su opinión de que el factor causal más frecuente para la iniciación de la bruxomanía es la discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica; invariablemente, ésta va acompañada de contracciones asincrónicas ó sostenidas de los músculos temporal y masetero, durante la deglución.

Un gran porcentaje de pacientes con parodontitis y periodontosis — tienen bruxomanía. Parece ser que estos padecimientos predisponen a la bruxomanía. Debe hacerse énfasis que la bruxomanía no lleva necesariamente a la enfermedad periodóntica, pero siempre es una causa potencial de influencia perjudicial sobre los dientes, periodonto, mandíbula, maxilar, músculos del cuello y lengua, carrillo y de la articulación temporomandibular.

El bruxismo es una parafunción, para que se produzca deben coincidir dos factores predisponentes: Uno psíquico (que ocasiona aumento del tono muscular), y otro desencadenante local constituido por interferencia oclusal.

Siendo el bruxismo de etiología doble, se han descubierto nexos entre la agresividad y el bruxismo. Siendo éste una expresión oral de la agresividad, se observa con más frecuencia en individuos que cursan por severos trastornos de conducta. Una pequeña interferencia con una gran neurosis desencadena bruxismo y puede ser que una gran interferencia sin una gran neurosis también.

C A P I T U L O I I

FRECUENCIA, DURACION E INTENSIDAD DEL HABITO

La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daño que aquél que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito, también es importante, la función muscular-peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles.

En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador si el dedo índice es el favorito, causará mayor daño si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca, el dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

Por lo tanto hay que tener en cuenta estos factores de duración, frecuencia e intensidad del hábito para poder reconocerlo, evaluarlo y poder tratarlo.

Kantorowicz, considera un niño como chupador constante únicamente si:

- 1).- Presenta una deformación por la succión.
- 2).- Admite el hábito.
- 3).- Lo puede mostrar fehacientemente.

El gran número de anomalías en el grupo de succionadores, y la considerable ausencia de anomalías en los no succionadores demuestra, que la succión es, numéricamente, una causa muy importante de las malformaciones adquiridas.

Cuando ya existen una protrusión del maxilar superior, ó una posición distal entre los dos maxilares en la dentadura temporal, éstos hábitos se identifican.

Actuando como almohadilla, el labio impide la autocuración de la anomalía y hasta la intensifica.

Durante los primeros años de vida del niño, según la experiencia, el solo chuparse los dedos, ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior, este daño generalmente es temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal.

Si el hábito persiste en el niño más allá de los tres años y medio, la permanencia de la deformación de la oclusión no depende sólo del hábito de chuparse los dedos, sino que también el contacto tan importante de la musculatura peribucal.

Lo que va a pasar aquí es que se va a reducir la sobremordida vertical y aumentando la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores y también existir leve apiñamiento o mal posición de los dientes anteriores inferiores. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo, dificulta el acto normal de la deglución.

Mientras por más tiempo esté establecido el hábito de la bruxomanía, más poderosos serán los músculos de la oclusión y por ende mayor la fuerza aplicada a las estructuras de soporte, debilitadas de continuo.

Lo perjudicial de la bruxomanía es que es una fuente productora de fuerzas traumatizantes ó potencialmente traumatizantes. En estas circunstancias, dichas fuerzas tendrán las siguientes características:

- 1). Dirección anormal
- 2). Intensidad excesiva
- 3). Habituales

Es decir, frecuentes en su realización y duraderas o intermitentes. En el último caso, esta intermitencia será de intervalos tan breves que no permitirán una reparación normal de los tejidos afectados.

El hábito de la succión es más frecuente en el mundo occidental y y probablemente ha aumentado al disminuir la lactancia al seno.

Son atribuidos a una succión intensa, la mordida abierta y la protrusión y extrusión de los incisivos superiores y la retrusión e intrusión de los incisivos inferiores, acompañadas por una distorsión de los procesos alveolares. Estas maloclusiones se corrigen a menudo de forma espontánea cuando el hábito de chupar no persiste más allá del quinto año.

Se cree que el morder continuamente un objeto extraño, puede retrasar el desarrollo vertical del proceso alveolar anterior y estimular el crecimiento del proceso alveolar lateral. El grado de mordida abierta - así producida depende de la manera, duración e intensidad del hábito de chupar ó de morder.

El acto de la deglución se realiza muy frecuentemente y no está solamente confinado a las ocasiones en que se coma, así, su efecto sobre los arcos dentales pueden ser fácilmente visualizados.

La enseñanza del método correcto de tragar requiere gran paciencia, pero es necesaria antes, la corrección de la maloclusión para que pueda ser efectiva. Pero están asociados diferentes grupos musculares, y las exigencias funcionales sobre la musculatura del sistema estomatognático, son distintas a las necesarias para la masticación, respiración y habla; por ejemplo: Un hábito de deglución anormal conduce al aumento del movimiento del hueso hioides en algunos individuos.

La bruxomanía y el apretamiento de dientes, produce un hueso más -

denso y altamente calcificado, mientras que en otros, las fuerzas son tan severas, que se podría apreciar la isquemia producida.

C A P I T U L O I I I

TIPOS DE HABITOS

La segunda fase en el proceso digestivo en la deglución, sigue inmediatamente a la masticación. La posición de la mandíbula en la deglución coincidirá con la de relación céntrica, siempre y cuando no existan interferencias oclusales que lo impidan (La relación céntrica comienza como un reflejo de deglución al nacimiento, durante el periodo de desarrollo y crecimiento se transforma en un patrón neuromuscular constante de movimiento para ayudar en la función de deglución).

Hay que tomar en cuenta que el hábito de chuparse el pulgar y otro dedo, es normal en una etapa de desarrollo del niño, o sea durante el primer año de vida y desaparecerá espontáneamente al final del segundo año si se presta atención debida a la lactancia. El repetido y esforzado hábito de chuparse el pulgar y acompañado de fuertes contracciones bucales y labiales parece ser el tipo de chupeteo más relacionado con las maloclusiones.

La bruxomanía y apretamiento de dientes, no son compatibles con la oclusión orgánica. De ahí la necesidad de explicar muy ampliamente a un presunto paciente, de rehabilitación oclusal los peligros que entrañan estos hábitos, en contra de la conservación y permanencia de los casos.

En la mitad de los casos con hábitos de lengua ó de deglución atípica se presentan síntomas de la articulación temporo-mandibular, acompañados de chasquidos, molestias y dolor. Casi el mismo número de casos presentan evidencias de bruxomanía y apretamiento de dientes.

A continuación, haré mención someramente de los diversos tipos de hábitos perniciosos:

-Succión digital- que puede causar dientes anteriores superiores espaciados y protuidos y también una mordida abierta anterior.

-Interposición lingual-durante la deglución ó posición lingual pasiva mantenida entre los dientes, ambas causales posibles de mordida abierta anterior.

Hiperactividad del músculo mentoniano-durante el acto de la deglución lo que causa presiones excesivas, no balanceadas contra los incisivos inferiores y puede actuar para volcarlos hacia lingual, de modo que aparezcan apiñados cuando el espacio podría sin duda ser adecuado si el músculo mentoniano no fuera tan fuerte.

-Morderse la lengua ó chuparla-y, sobre todo, presionar la lengua contra los dientes, también de esto provienen no pocas malformaciones. También se puede contar entre ellos, la respiración bucal habitual (cuando la respiración nasal es libre, no hay desviación de tabique, ni existen vegetaciones adenoides).

-Masticarse los carrillos- costumbres como poco conocida! Los dientes participantes quedan infraoclusión, o sea, que la mucosa del carrillo introducida entre las arcadas dentales, actúa inclinando los dientes hacia adentro, con lo cual se fomenta la formación de una mordida cruzada local" (Eismann).

-La bruxomanía, bricodoncia, briqueísmo, bricomanía, neurosis oclusal, bruxismo, efecto Karoly, stridor dentium, etc.--consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula, que producen un choque perceptible ó imperceptible, rechinariento, choque cuspídeo y otros efectos traumáticos.

HABITO DE SUCCION

Siendo la succión un reflejo primitivo, es normal que el recién nacido lleve a la boca todos los objetos que tenga a su alcance, inclusive el dedo. Por lo general el hábito de succión del pulgar es más que un reflejo liberado que debe corregirse.

El hábito debe combatirse, ya que desgraciadamente es uno de los causantes más frecuentes de mal posiciones. La función de la succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica en las estructuras del órgano masticatorio. El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. Mediante el acto de chupar ó mamar, el recién nacido, no sólo obtiene la nutrición, sino también satisface los requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado.

Una de las primeras zonas del organismo donde se desarrolla una función neuromuscular coordinada, es alrededor de la boca, los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

De aquí, que el acto de succión a pesar de ser un fenómeno tan complejo, el recién nacido lo domina instintivamente y debido a ello sea tan fácil adquirir el hábito de succionar el pulgar, los labios ó algún otro objeto provocandose las deformidades maxilares por la plasticidad del hueso.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua

es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se despiaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo de buccinador se contrée y relaja en forma alternada. El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto directo con el pezón, sino sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre, aumentan la sensación de euforia.

En la lactancia artificial, la tetilla corriente sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios, falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo maternos y la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador, la acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante de la mandíbula es reducido. Con frecuencia, debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, la leche es casi arrojada hacia la garganta en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. En este caso el recién nacido no tiene que trabajar y ejercitar la mandíbula como lo hace al mamar.

La lactancia artificial únicamente es efectiva cuando la madre no tiene suficiente leche o cuando aún teniendo la necesaria, no exista la afectividad correcta de parte de ella al niño en el momento de la lactancia. (El biberón dado con cariño y cuidado es mejor que una lactancia natural dada sin afecto). Una mala atención de la madre para con el niño en esta etapa, ocasiona una frustración que puede agravarse.

Al manejar el niño la succión perfectamente, encuentra placer y consuelo, su dedo es llevado a la boca y se inicia el hábito. Lo mismo pue-

de suceder cuando el primer hijo se siente relegado a la llegada del segundo niño, deja de ser el centro de atención, provocándole ésto un estado de angustia grave, por lo que busca un escape y lo encuentra en un mal hábito.

Algunas veces se da el caso de que dos otros hermanos con poca diferencia de edades tengan el mismo hábito, por ejemplo: la sucesión del labio o del pulgar, en este caso, los pequeños adquieren el hábito por imitación, o puede ser también que a todos los afecte el mismo problema emocional. (Entre los nueve meses y el año y medio de edad, aproximadamente, los pequeños son imitadores por experiencia).

Otra causa para la formación de un hábito, puede ser la inestabilidad en el hogar, por tensiones de los padres, discusiones, pleitos que asustan al niño, provocando en él, angustia e inadaptabilidad que puede refugiarse en el placer que le produce un hábito oral.

El niño sigue teniendo unión con la madre después del nacimiento a través de la lactancia, la cual ~~se~~ pierde con la aparición del destete, que es una causa de gran trascendencia para la iniciación de un hábito; ya que significa la pérdida de una gran seguridad y tranquilidad. Si esta separación, no se hace con la suficiente delicadeza, el niño puede quedar frustrado y esta frustración encuentra consuelo y refugio en el placer que da al niño un hábito de succión.

Los músculos que están activados en la función de la succión, tienen por objeto la producción de un vacío dentro de la cavidad oral. La succión comprende las siguientes actividades musculares y cambios tisulares:

HABITO DE PROYECCION LINGUAL

Al repetirse el acto de deglución, frecuentemente puede ejercer un

efecto profundo sobre el maxilar ó mandíbula, especialmente, si existe un mecanismo de deglución anormal.

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante, ha recibido diferentes términos, tales como: deglución pervertida, retención de la deglución infantil, deglución con dientes separados, deglución atípica, etc.

La deglución adulta ó somática, puede estar alterada, porque algunas personas que poseen dientes, evitan también juntarlos al efectuar la deglución, colocando la lengua entre ellos para fijar el maxilar. Esto se observa principalmente en personas con premadurez oclusal. (Un contacto prematuro, es un contacto ó interferencia oclusal que se presenta antes de que se logre una relación balanceada y estable entre ambos maxilares, ya sea en relación céntrica ó en el área entre estas dos porciones)

También se ha visto que la actividad normal de la lengua y labios, con frecuencia está asociado con el hábito de dedo. Las amígdalas grandes y adenoides pueden acentuar el hábito.

Con respecto a la lactancia natural, comparada con la artificial; los resultados indican que hay mayor tendencia al hábito de lengua en los niños alimentados artificialmente.

Este hábito anormal de deglución es una perversión de la función normal. Es uno de los más difíciles de corregir, es constante y continuo, ya que se efectúa inconscientemente. Otra actividad de la lengua es el acto de lamerse los carrillos ó dientes durante el habla ó antes de la deglución.

HABITO DE MORDER LABIO Y CARRILLOS (QUEILOFAGIA)

El hábito de morder el labio puede observarse aislado ó acompañado de succión del dedo. Se caracteriza porque, hay, la aplicación tensa de una fuerza vestibular contra los incisivos inferiores y una intensa fuerza vestibular contra los incisivos superiores.

Generalmente, se trata del labio inferior, éste se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes superiores.

Este hábito, se presenta generalmente en niños nerviosos ó vergonzosos.

Tratándose de ambos casos, (labio superior e inferior), apreciamos de formaciones marcadas o flacidez de los labios.

En casos graves, el borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisal. En algunos casos aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio.

Los carrillos, pueden usarse para la práctica de un hábito oral; ofrece dificultad para descubrirlo y corregirlo y es también causante de maloclusiones.

Este hábito puede ser unilateral ó bilateral; los carrillos al igual que la lengua, pueden ser constantemente mordidos o succionados.

RESPIRACION BUCAL

El crecimiento dentofacial normal, requiere respiración normal la cual se hace a través de las fosas nasales hacia y desde la faringe. Cuando se encuentra obstruida la cavidad nasal o la parte superior de la faringe que impide la respiración normal, se efectúa ésta por la cavidad oral.

Los estudios radiográficos de Eckert-Möbius han indicado que con la respiración nasal, después de la deglución, la lengua es firmemente empujada contra los dientes y paladar, produciendo un cierre hermético.

Este cierre, permite a los individuos afectados respirar normalmente a través de la nariz a pesar de que sus labios están separados. Sin embargo, en los individuos que respiran por la boca, la lengua está aplanaada por debajo de los arcos dentales perdiendo así todos sus efectos mo.

deadores sobre el maxilar superior.

Tienen especial importancia los estudios de Linder-Aronson y Backström en 115 niños de diez años de edad. Un hallazgo sorprendente fue que no parece haber ninguna correlación segura entre la respiración oral, ma loclusión y posición de maxilar. Sin embargo, parece existir una estrecha relación entre los índices de altura palatina y facial.

Los niños con caras alargadas, generalmente tienen una estenosis nasal mayor que los que tienen caras anchas con una bóveda palatina baja. La importancia de los adenoides parecen ser insignificantes porque su presencia ó ausencia son aproximadamente iguales.

La respiración bucal ejerce un influjo desfavorable sobre el desarrollo de la posición de los dientes, de la articulación e incluso de la plasmación del perfil, conduce con frecuencia a enfermedades por enfriamiento.

Las consecuencias de la respiración bucal son: la deficiente oclusión labial conduce a una hipoplasia de la musculatura labial, especialmente del músculo orbicular. El labio superior queda flácido e hipotónico, falta la hendidura bucal horizontal normal, el rojo de los labios está seco y agrietado, por lo tanto, los dientes frontales se desplazan en una típica posición de protusión. El maxilar se hunde hacia abajo y atrás, la lengua no puede descansar normalmente sobre el tercio anterior del paladar, por seguir el movimiento del maxilar.

Falta el estímulo funcional de la lengua sobre el maxilar superior que amplía el paladar y la arcada dentaria superior. La mejilla presiona con mayor tensión sobre los dientes laterales, lo que produce estrechez del maxilar superior denominada compresión del maxilar.

La sequedad de las partes marginales de la encía conduce a menudo a una gingivitis crónica y constituye con ello el principio de una lesión

paradontal.

La deficiente autolimpieza funcional masticatoria y la sequedad facilitan la formación de exudados que se adhieren firmemente, determinante de una descalcificación del esmalte y de una caries superficial, muy difíciles de tratar.

BRUXISMO

Comunmente se define como "el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales.

Se ha visto que la tensión nerviosa es una causa común para la aparición del hábito, en presencia de una oclusión patológica.

Thielemann observó que el aumento de lesión periodóntica proveniente de una bruxomanía, sucede en pacientes con cúspides muy altas donde las fuerzas laterales se aplican sobre sus puntas. El estrés en la punta de la cúspide tiene un mayor brazo de palanca que el estrés sobre la fosa central de los dientes. Es evidente que el significado periodóntico de la bruxomanía aumenta al disminuir el soporte del periodonto, ya sea por enfermedad o por ausencia de dientes.

Se considera la bruxomanía como factor importante en la etiología del trauma por oclusión y de los desarreglos temporomaxilares.

La bruxomanía presenta alguno ó algunos de los siguientes signos y síntomas clínicos:

- 1.-Facetas sobre los dientes, que indican un desgaste oclusal.
- 2.-Desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 3.-Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación de la mandíbula.
- 4.-Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, especialmente el masetero.

- 5.-Movilidad aumentada de los dientes.
- 6.-Sonido apagado a la percusión de los dientes.
- 7.-Sensación de cansancio en los músculos de la oclusión, al despertar por las mañanas.
- 8.-"Traba" de la mandíbula y una tendencia a morderse los labios, carrillos y lengua.
- 9.-Músculos de la oclusión adoloridos a la palpación
- 10.-Dolor o molestias en las articulaciones temporomaxilares.
- 11.-Sensibilidad de los dientes al estrés masticatorio.
- 12.-Sensibilidad pulpar al frío.
- 13.-Sonidos perceptibles de la bruxomanía.

No obstante que la mayoría de los pacientes aprenden a evitar las interferencias oclusales en las excursiones laterales y protrusivas, parece ser que es más difícil aprender a evadir las interferencias relacionadas con la posición mandibular céntrica durante la deglución. Es probable que esto requiere cambios en el patrón básico de reflejos.

A primera vista parecería, de acuerdo con lo expuesto, que la bruxomanía fuera el hábito más perjudicial, porque las fuerzas producidas por el hábito en esas circunstancias llenan los tres requisitos señalados, (dirección anormal, intensidad excesiva y ser habituales); mientras que en el apretamiento, las fuerzas serían axiales y por lo tanto toleradas por el parodonto.

Esto puede ser solo aparente, ya que el apretamiento en la vigilia puede realizarse, y de hecho así es en la mayoría de los casos, en una oclusión céntrica de conveniencia habitual. Es obvio, por lo tanto que en estos casos las fuerzas serían oblicuas al eje mayor de dientes.

Según un estudio concienzudo, el apretamiento se produce ejerciendo:

- a)-Una presión vertical directa sobre los dientes.

b)-Empujando hacia adelante directamente sobre los dientes anteriores superiores con los anteriores inferiores.

c)-Por presión unilateral, ya sea izquierda o derecha en los dientes posteriores.

d)-Presiones alternantes.

e)-Presión sostenida vertical sobre todos los dientes.

f)-Presión vertical pulsátil de los músculos sin efectuar movimiento mandibular.

El apretamiento en excursiones excéntricas se produce:

1.-Presión sobre los dientes anteriores en protusiva.

2.-Presión sobre grupos pequeños de dientes o sobre dientes individuales en transtrusión.

La bruxomanía se puede llevar a cabo de las siguientes maneras:

a).-Con un movimiento de 1 mm., aproximadamente en cada excursión lateral, alternadamente.

b)!-Con movimientos extensos en cada excursión lateral alternadamente.

c).-Rechinando los dientes desde relación céntrica hasta una excursión lateral y retornando a céntrica, repitiendo el ciclo.

d).-Deslizado desde céntrica hasta protusiva y retornando; apoyo sólo sobre los dientes anteriores.

e).-Dejando solo los dientes anteriores borde a borde en una posición latero-protrusiva. Muy común.

f).-Con movimientos complicados e irregulares de los dientes anteriores inferiores contra las superficies palatinas de los anteriores superiores.

HABITOS DE POSTURA

Son aquellos que provocan una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Aquellos que llevan la mandíbula hacia adelante y las posturas incorrectas al dormir.

Durante el descanso se cambia de postura con frecuencia, produce influencias perniciosas, cuando es ejecutado con intensidad y duración. Se produce una deformación del segmento bucal del maxilar. No es frecuente la deformación de la mandíbula porque tiene movimiento.

Los malos hábitos al dormir se presentan generalmente en los niños en edad pre-escolar.

Una postura típica de la cabeza al dormir puede ser una inclinación ventral y una flexión dorsal.

Algunos niños se enrollan durante el sueño en posición lateral, la cabeza se inclina hacia el pecho, el maxilar inferior es empujado forzosamente hacia adelante.

Otros niños duermen en posición decúbito supino o lateral con la cabeza echada hacia atrás. Los músculos del piso de la boca se ponen tensos y tiran de la mandíbula en dirección posterior, lo cual produce una hipoplasia de la misma y su posición distal.

El hábito mandibular es resultado directo del dolor, pero el hábito de dormir sobre el estómago se produce porque el padre coloca al niño en esa posición para ayudar a la eliminación del dolor.

Dormir sobre el estómago produce considerable fuerza sobre la cara y si coloca una mano o el brazo debajo de su cabeza ejerce una presión adicional indebida.

Una dieta adecuada prevendrá este tipo de hábito.

HABITO DE MORDER LAS UÑAS. (ONICOFAGIA)

Se presenta como una liberación de ciertas tensiones emocionales, ó como sustituto de los hábitos de succión. Aunque produzca una alteración en la oclusión, tiene mayor importancia clínica psicológica, pues se ha descrito como un estado de ansiedad o angustia en la personalidad.

Este hábito es más frecuente en niños de los cuatro a los diez años, que en los adultos, pues cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos. Pueden utilizarse goma de mascar, cigarrillos, lápices, goma de borrar o incluso las mejillas o la lengua, ya que cada persona tiene sus propios tranquilizantes.

El hábito de onicofagia puede no producir maloclusiones, puesto que las fuerzas realizadas al morderse las uñas son muy similares a la masticación, a menos que el esfuerzo realizado sea demasiado grande para lesionar al parodonto y producir maloclusiones en los dientes anteriores, debido a que la posición del diente varía según sea la forma en que se acostumbra a morderse las uñas; jalando producirá labioclusión, girando producirá giroversiones.

Además produce desgastes dentarios consecutivos localizados en la zona, proyecciones del maxilar inferior a tipo III de Angle, que pueden quedar como anomalías de la oclusión permanente.

A veces se unen a este hábito extrañas contorsiones de los labios que desplazan por presión a varios dientes.

OTROS HABITOS

1.-Morder objetos. El mordisqueo o chupeteo habitual de lápices, chupones y otros objetos duros puede ser tan dañino al crecimiento facial como el chupeteo del pulgar u otro dedo.

Masticar el lápiz perjudica el parodonto, usarlo como palanca produce

movimiento de uno ó más dientes, porque toda la fuerza masticatoria se aplica sobre una región. Lo mismo ocurre en diversos hábitos ocupacionales, tales como sostener clavos o alfileres en los dientes, o tocar instrumentos musicales.

Estos hábitos frecuentemente se observan en la adolescencia y se derivan de los hábitos de succión. A veces la sola eliminación del hábito lleva a la corrección de la malposición sin mecanoterapia, y se deberá intentar antes de comenzar cualquier tratamiento corrector.

2.-Empuje del frenillo. Si entre los incisivos centrales superiores permanentes existe diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Lo que generalmente se inicia como un juego ocioso, puede desarrollarse en hábito, que desplaza las piezas distalmente.

3.-Hábitos masoquistas. Son aquellos en que el propio niño lacera su anatomía. Como ejemplo tenemos el paciente que utiliza su uña para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de sus dientes. Lo cual provoca la exposición del hueso alveolar.

El tratamiento consiste en ayuda psiquiátrica y envolver el dedo con cinta adhesiva.

CAPITULO IV.

DIAGNOSTICO

Las mejores pruebas disponibles para determinar la presencia de hábitos bucales, consisten en medir la sobremordida y el resaltar y verificar cuánto se aproxima a los 90 grados con respecto al plano mandibular, una línea que siga el eje longitudinal de los incisivos centrales inferiores.

Medición de la sobremordida. - Sobremordida, es la distancia en milímetros por la cual los bordes incisales de los incisivos inferiores se cierra más allá de los bordes incisales de los incisivos superiores. - En una mordida normal, la sobremordida es de 1 a 2 milímetros.

Se determina la sobremordida con exactitud, haciendo que el niño cierre y contacte los dientes y marcando después con lápiz afilado en las caras vestibulares de los incisivos inferiores el nivel al cual llegan los bordes incisales de los dientes superiores. La superposición de los dientes puede ser medida en milímetros con las puntas aguzadas del calibre de Boley.

Una buena regla de trabajo será que si un niño tiene una mordida abierta anterior antes de la pérdida de los incisivos temporales a los 6 años, las probabilidades son excelentes de que los esté causando un problema de succión digital. Pero si el niño tiene una mordida cruzada anterior después de los ocho años, sería una buena hipótesis que lo está ocasionando una interposición lingual; la razón es que la mayoría de los ni

ños dejan el hábito original de succión digital a los ocho años por presiones sociales de sus compañeros. Sin embargo, la presión lingual continúa, porque la mordida abierta establecida, funciona como vía de conveniencia para que la lengua penetre y selle la abertura durante el acto de deglución.

BUSQUEDA DE HÁBITOS BUCALES

En los exámenes en busca de hábitos bucales, el odontólogo está interesado en observar si está presente un hábito persistente de succión del pulgar o de otro dedo, si durante la deglución se produce una mueca facial o una contracción excesiva del músculo mentoniano, una contracción normal de los músculos masetero y temporal y ubicación normal de la lengua contra los dientes y el paladar, y si la pauta de dicción del niño es en esencia normal. Para observar todo esto, se pueden encarar varios pasos:

1). Observar al niño en el momento en que no tenga conciencia de que se le está escrutando para verificar lo siguiente:

- a). Perfil facial ¿ Es recto, cóncavo o convexo ?
- b). Las posiciones de los labios en reposo. ¿ juntos o separados ?
- c). Posiciones de los labios durante la deglución. ¿ Se cierran formando un sello ? ¿ Cierra el labio inferior sellando el sello presionando hacia arriba por detrás de los dientes anteriores superiores ?.
- d). Tensiones relativas de los labios superior e inferior al deglutir- ¿ Permanece el labio superior pasivo o incompetente durante el acto de la deglución ?

2). Examinar la cavidad bucal para determinar el tamaño y la posición de la lengua en reposo.

- a). Observar estrechamente qué hace la lengua durante la deglución, si es posible. Esto no se puede hacer mientras se mantienen los labios separados, como se ha sugerido. Todos los chicos proyectan la lengua para formar el sello para la deglución en estas condiciones.

b). Observar la simetría de las posiciones incisales de los incisivos - centrales y laterales superiores. La asimetría en esta zona puede dar - una clave de si el niño se succiona de preferencia el pulgar u otro de - do derecho o izquierdo.

Las proyecciones linguales también pueden ser laterales, con creación de una mordida abierta anterior asimétrica.

c). Medir la mordida si existe. Medir desde el borde incisal del lateral superior derecho al incisivo lateral inferior, y desde el central superior derecho al incisivo central inferior.

d). Buscar evidencias de respiración bucal: agrietamiento de la línea - gingival o caries o excesiva pigmentación de las caras vestibulares (tercio gingival) de los incisivos centrales y laterales superiores.

e). Busque callosidades en el dorso de los dedos de la mano para encontrar el dedo succionado habitualmente. Muchas veces el niño responderá - a la pregunta ¿ Puedes mostrarme el dedo que más te gusta cuando te vas - a la cama por las noches ?

Las diversas manifestaciones clínicas del bruxismo, dependen de - los siguientes factores :

a). Si diente y parodonto son sólidos y la articulación temporomandibu - lar es débil, aparecerá dolor y/o molestias en la articulación.

c). Si el diente es débil pero el parodonto y la articulación temporomandibular son sólidas, aparecerá abrasión dentaria (desgaste oclusal) y.

d). Si el diente y la articulación temporomandibular son sólidas y el - parodonto débil, aparecerá movilidad dentaria y agravamiento de los fenómenos de parodontólisis.

Los hábitos orales son frecuentemente una manifestación de la inq

seguridad o malajuste del niño. El niño puede tener miedos extraordinarios, tales como : miedo al cuchillo, miedo de separación de los padres o miedo a animales o insectos. La historia, seguido revelará dificultades en el entrenamiento del baño, algunos niños continúan mojando la cama varios años después de empezar la escuela, tales cosas como mala voluntad para entrar en actividad de grupo pueden ser obtenidos en la historia. Conflictos en el hogar pueden tambien ser relacionados al hábito y a otros problemas de ajuste emocional normal.

El problema de los hábitos orales, algunas veces, puede no se un síntoma aislado, sólo, pero, puede ser uno de varios síntomas relacionados a conflictos e inestabilidad emocional resultando de una serie de eventos pasados.

Una historia cuidadosa ha sido completada en una tentativa para conocer la causa. Hablando al niño y a los padres, el dentista puede usualmente determinar si el hábito es relacionado a un problema de alimentación temprana y es ahora conducido como un hábito vacío, es adquirido en imitación de otra persona o es el resultado de un problema emocional complejo.

La modificación de un cuestionario recomendado por Graber ha sido invaluable en desarrollar un patrón de eventos que llevan al desarrollo de un hábito.

HISTORIA CLINICA

Paciente:.....Edad:..... Sexo:.....

Tipo de hábito:.....

Alimentación durante la infancia :.....

 a) Pecho:.....¿Cuánto tiempo?.....

 Cuando pasó a botella:.....

 b) Botella.....¿Cuando pasó a taza?.....

Hábitos al dormir:.....

 a) Siesta de día,regularidad,duración,etc.....

 b) En la noche,número de horas,frecuencia de interrupción,profundidad,
 etc.....

Miedos extraordinarios:.....

Hábitos de baño y entrenamiento.....

Hábitos de comer:.....

Condiciones en casa:.....

 a) Hermanos,número y edad:.....

 b) Temperamento de la madre:.....

 c) Temperamento del padre:.....

 d) Otras personas en la familia:.....

 e) Ocupación de la madre:.....

 f) Ocupación del padre:.....

Ajuste escolar:.....

 a) Dificultades sociales:.....

 b) Hábitos al jugar:.....

 c) Dificultades escolares:.....

Salud general del niño:.....

 a) Enfermedades de la niñez:.....

b) Número de resfriados y dolencias menores anualmente:.....

.....

c) Cuando se enferma el niño, en invierno, en verano o todo el año:.....

.....

Respuestas bajo stress:.....

A que edad empezó el hábito?.....

Ha sido continuo desde entonces?.....

a) De día, de noche o ambos?.....

b) Durante la televisión?.....

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

.....

Que métodos han sido empleados para parar el hábito?.....

Ha sido regañado acerca del hábito por la familia o por extraños?.....

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

Actitud para con la terapia:.....

a) Quiere el niño abandonar el hábito?.....

b) Quieren los padres en aparato construido?.....

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

Comentarios adicionales:.....

.....

.....

.....

.....

C A P I T U L O V

ANALISIS DE LOS EFECTOS DE LOS MALOS HABITOS.

Si la succión se efectúa como un acto más o menos continuo sin la presencia de tejido o un cuerpo extraño entre los incisivos, pueden aparecer los siguientes efectos nocivos en las arcadas dentarias en crecimiento.

Estrechamiento de ambas arcadas en las regiones caninas, molar temporal ó premolar, y en menor grado, en la región molar superior. En muchos casos habrá pérdida de la continuidad de la arcada en las zonas caninas e inclusiva lateral, mesialización de las coronas de caninos, molares temporales ó premolares de ambos lados, a veces sólo en la arcada superior y a veces en ambos.

Los incisivos pueden estar en versión, en rotación y con inclinación axial labial, que puede ser correcta ó presentar cierta desviación lingual y mesial. La mordida se cerrará como resultado de la presión labial sobre los incisivos inferiores, lo que los obliga a adoptar una inclinación axial lingual y a tomar posiciones de supraoclusión, si se mantiene en los incisivos algún tejido ó cuerpo extraño, puede haber en ésta área una infraoclusión, unida a veces con supraoclusión de los molares.

También encontramos hipertrofia de los buccinadores y los músculos labiales, cuando este hábito tiene varios años de existencia.

Este hábito no solo produce deformación por presión sobre las arcadas, sino que también perjudica a la estabilidad del hueso alveolar, impidiendo el contacto funcional de los planos inclinados dentarios.

Al practicarlo, los maxilares se separan permaneciendo así durante mucho tiempo, de modo que gran parte del estímulo funcional derivado de la fuerza oclusal ejercida sobre el hueso del proceso alveolar y los músculos masticadores se pierden, no pudiendo adquirir estas estructuras su

estabilidad normal. No todos los que practican una succión anormal presentan arcadas deformadas y dientes en malposición.

Mucho depende de la posición que ocupan los dedos o cuerpos extraños usados en este acto, de la duración y frecuencia de la repetición - del hábito y del tipo de tejido óseo sobre el cual actúa. Estas mismas causas rigen los efectos resultantes de cualquier tipo de hábito que implique presión muscular.

Las peores deformidades vienen de la practica constante de este ha bito en arcadas susceptibles por sí misma a las fuerzas próximas, con - base ósea poccalcificada, por la mala nutrición ó raquitismo. Cuanto más tempranamente aparece el hábito, mayor será el peligro.

En el caso de proyección lingual es fácil darse cuenta de la acti- vidad anormal del músculo borla de la barba por las arrugas del mentón durante la deglución. Así como la lengua puede deformar los arcos den- tarios, lo mismo sucede con el hábito anormal del labio. Cuando el há- bito se hace pernicioso, le presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento en el segmento anterior inferior.

Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde del bermellón se hipertrofia y aumenta de volúmen durante el descanso. En algunos casos, aparecen herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El surco mentolabial y la hendidura suprasinfisal se acentúan.

Como consecuencia del hábito de succión tenemos también que los - dientes anterosuperiores se prostuyen y los incisivos inferiores y aún la mandíbula toda comienza retruirse. El labio inferior, que normalmen te apoya en el tercio incisal de la cara labial de los incisivos superio res, pierde su ubicación correcta, penetrando en el anormal resalte in- cisivo, yendo a almohadillar a los incisivos superiores por la cara lin-

gual de modo que agrega sobre ellos otra fuerza protusiva. La mayor retrusión mandibular obliga al niño a un cierre anterior anómalo, con el labio inferior contra la cara lingual de los superiores, que le permite un cierre por succión cuando el niño deglute. La lengua, que no puede ya mantener el contacto con la zona del cingulum de los incisivos superiores se sobreextiende para contactar con el labio inferior realizando el sellado anómalo para la deglución. Esta sobreextensión lingual con cierre bucal incompleto, por pérdida del contacto dentario anterior, provoca, al mismo tiempo, una disminución de la presión lateral por lingual en las piezas dentarias posteriores. Como la presión vestibular sobre esas piezas continua siendo la misma, es común hallar en estos casos una atresia en el sector posterior.

La secuencia de esta sintomatología nociva es similar en los casos de niños con alteraciones nasales.

La dificultad del pasaje de un caudal normal de aire obliga al niño a mantener su boca entreabierta. Esta última condición también sobreextiende la lengua disminuyendo su presión lateral sobre las piezas dentarias posteriores, creándose el mismo caudal de atresia.

A medida que los arcos dentarios se contraen, el espacio para la lengua se va haciendo menor. Es bien sabido que no puede mantenerse a un músculo estirado o comprimido indefinidamente y ello es válido para la musculatura lingual. Se provoca así la mordida abierta anterior ó lateral, permitiendo la ubicación lingual anómala, que busca el espacio necesario para su cómoda posición, tanto en el descanso como en la deglución. Según Silverman, la experiencia de quienes trabajan con individuos con vicios de deglución, les permitió llegar a la conclusión que desdentando totalmente a un paciente su vicio de deglución termina. Esta conclusión, dice Mollin, certifica su punto de vista de que no existiendo piezas dentarias ó algún otro elemento que afecte la posición lingual, la mordida abierta se corrige por sí sola.

Es decir que para solucionar tal condición, debe tratar de obtenerse el espacio adecuado para la normal función lingual y no deben haber hábitos que impidan también el normal funcionamiento de labios y mejillas.

En el respirador bucal encontramos una compresión del maxilar superior, especialmente en el segmento anterior, que a su vez impide un crecimiento mesial adecuado de la mandíbula y produce así una distoclusión.

Otro efecto desfavorable se debe a la tracción muscular desde el mentón hasta el hueso hioides que en los respiradores bucales crónicos interfiere con el crecimiento fisiológico hacia delante de la mandíbula.

La atrición oclusal e incisal es un fenómeno natural en sujetos de edad avanzada, y a veces es muy intensa en pacientes con bruxismo o en masticadores de tabaco, en los cuales se acumulan gran cantidad de residuos abrasivos. La atrición ó desgaste de los dientes puede depender de los hábitos del individuo. En efecto, el carpintero que se introduce clavos en la boca, o la modista que tiene por costumbre llevar agujas ó alfileres entre los dientes pueden desarrollar surcos incisales.

Asimismo, los pasadores abiertos habitualmente por el paciente (en salones de belleza), utilizando el borde incisal del diente pueden producir desgaste excesivo, lo mismo que la presión ejercida por el fumador sobre la pipa que lleva entre los dientes.

CAPITULO VI

PREVENCION

Bien sabido es que la Odontología Preventiva, requiere una acción eficaz e inmediata. Espero que con estas medidas se venga a atacar la verdadera raíz del problema, ya que además de encaminarse a restablecer la salud perdida, se incrementarán las medidas necesarias para evitar la reincidencia de la enfermedad y sobre todo, se evitará la manifestación de éstas en personas.

Cuando se coloca un mantenedor de espacio, cuando se hace un ajuste oclusal correcto, cuando se realiza un buen curetaje, un adecuado tratamiento de endodoncia, al colocar una prótesis fija sin desajustes de ninguna especie, cuando se revisa cuidadosamente y por rutina los tejidos de la boca se está haciendo prevención.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES: La ortopedia maxilar de la dentadura, toma el mismo camino que la medicina en el tratamiento de las enfermedades, mientras se conocen solamente los síntomas y la denominación. El tratamiento solo puede ser puramente sintomático. Pero cuando se conoce la causa de una enfermedad, la terapéutica puede ser etiológica.

El paso que va del tratamiento causal a la profilaxis es corto. Para las medidas de profilaxis ortopédica, los exámenes de los niños en las clínicas odontológicas escolares resultan demasiado tardíos.

El ortopedista maxilar, deberá empezar a actuar ya, en los dispensarios para madres y ante todo en los dispensarios infantiles y jardines de infantes; sólo entonces las medidas profilácticas manifestarán resultados exitosos.

Es ilusorio exigir hoy, un tiempo de amamantamiento de varios meses ó el método de "según demanda" de los lactantes. Por lo menos en los países industrializados, bajo la presión de las condiciones sociales, debemos re-

alcanzamos a la victoria de la alimentación artificial. Se busca por lo tanto dar al chupete largo en niños con paladar cerrado.

Si se trata de niños pequeños, se recomienda a la madre preparar pequeñas bolsas de trapos sobre las cuales se cosen grandes botones, y fijar estas bolsas en las mangas del camizón. Al jugar con estas bolsitas, los niños son distraídos de la succión.

En niños mayores, que ya son accesibles a los consejos personales, se debe apelar a la conciencia de los mismos y tocarles su amor propio.

Lo ideal sería que el régimen alimenticio de bebé estuviera balanceado desde los tres puntos de vista: nutritivo, funcional y emocional, buscando así completa satisfacción del pequeño, lo que evita la recurrencia a sustitutos, como lo es el hábito del chupeteo.

Puesto que a los seis meses de edad comienzan a erupcionar los primeros dientes, esto significa para el pequeño el alcance de un grado inmediato superior de desarrollo en el cual, la alimentación deberá hacerse por medio de la masticación.

Si en esta época, el niño manifiesta el hábito de succión, necesita una enseñanza que le permita dejar de chuparse los dedos y que lo estimula a masticar, que es la función que a su edad requiere.

En las horas en que el niño no duerme, debe tener siempre la compañía materna para tranquilizarlo, de esta manera, no se ensimisma recurriendo a chuparse los dedos, sus horizontes se ven ampliados y sus actos infantiles como el chupeteo, los va abandonando a medida que avanza en edad.

Respetaremos siempre la personalidad del niño, enfocando el problema y tratando de resolverlo, buscando su origen, para no proceder en una forma equivocada, que lo lleve a agravar más una situación difícil.

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

cir ,que mientras el niño no está convencido de que quiere romper con el hábito,el tratamiento practicamente será inútil,ya que tarde ó 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 de la succión y procure dominarlo por sí mismo,y que si no lo logra después de un determinado tiempo,nosotros lo colocaremos un aparato que le sirva de ayuda para recordar que no debe de chuparse el dedo.

Los movimientos mandibulares en la bruxomanía,son el resultado de la búsqueda inconsciente de la relación céntrica del paciente y la eliminación de interferencias para lograrlas.

De los estudios serios realizados para determinar la posible relación directa entre la maloclusión y la habitual bruxomanía y el apretamiento de dientes,es digna de encomio la realizada por el Instituto de Investigaciones Psíquicas y de Características Físicas de la Universidad de Heidelberg.

Los datos obtenidos indican que existe una relación definida entre la bruxomanía y el apretamiento de dientes , en presencia de la maloclusión. Cualquier tipo de interferencia oclusal puede iniciar la bruxomanía,pero las interferencias en céntrica y del lado de balance,son las más provocadores;las interferencias de lado de trabajo y las protusivas lo son menos.

El tono muscular en pacientes con bruxomanía está influenciado por estímulos locales.(oclusales) y sistémicos(S.N.C.).El tratamiento preventivo para evitar el bruxismo sería en este caso la eliminación de los disturbios

bios locales locales para así ,obtener un tono bien balanceado y la posición de descanso pueda se registrada.

La deglución es un acto que se realiza cientos de veces por día y la alteración resultante en el equilibrio de las fuerzas musculares,tendrá su efecto sobre los arcos dentales en evolución.

Normalmente un niño pequeño traga en una forma diferente a un niño mayor,el primer tipo de deglución está asociado con la succión y la atención está concentrada en una posible persistencia del patrón infantil de deglución en épocas posteriores ,con el efecto consiguiente sobre el desarrollo de los arcos dentales producidos por la falta de equilibrio muscular.

Se ha sugerido que este hábito de tragar falseado,es debido a una alteración en el equilibrio del mecanismo del control nervioso,y es común esta observación en niños nerviosos,tensos,que están al borde de un estado generalde incoordinación y alteración muscular.

Se señala también que no está dentro del alcance de practicabilidad la prevención de ese estado,ya que no se conoce bastante el factor fundamental que ha producido la alteración del equilibrio del control nervioso.

Existe otro tipo de deglución anormal producida por amígdalas hipertrofiadas,al deglutir el niño normalmente comprime las amígdalas y si éstas están afectadas,el niño sentirá dolor.

Si pasa la lengua entre los dientes,en lugar de apoyarla en el paladar, el dolor disminuirá y se adquirirá en esta forma el hábito.

Siempre que exista el hábito de deglución,será necesario remitir al paciente al Otorrinolaringólogo,para que diagnostique si el niño padece de amigdalitis crónica ó no ,ya que si no quitamos el agente productor del hábito,éste no cederá.

La deglución anormal,se ve asociada con la función muscular anormal.

Hay diferencia de opiniones en lo que respecta a sustituir el dedo del

niño por un chupón. Con el chupón se suprime la fuerza de palanca ejercida por el brazo del pequeño, y si la goma de que está hecho es muy blanda no ocasionará ninguna maloclusión, otra ventaja que, generalmente, es abandonado en la edad preescolar si el niño es enviado al jardín de niños, él solo dejará de usar el chupón al ver que otros niños no lo usan; sin embargo, se han registrado marcadas deformaciones por el uso de chupones demasiado duros y que han sido usados por mucho tiempo.

El tratar de sustituir el dedo por el chupón debe hacerse con mucha cautela, no debe obligarse al niño bruscamente a usar un chupón introduciéndoselo a la fuerza a la boca, debe siempre tomarse en cuenta que el niño puede poseer su hábito por algún motivo que lo esté frustrando y siempre deberá tratarse hasta donde sea posible, investigar cuál es el motivo de esta frustración.

Es mucho más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención. El momento de prestar atención a la succión del pulgar es, cuando el bebé intenta hacerlo la primera vez, ya sea inmediatamente después de alimentarse o cuando succiona con insistencia durante intervalos, es conveniente reducir el tamaño de la perforación del biberón ó acortar los intervalos entre comidas.

Los métodos correctivos que emplean castigos, tales como atarles las mangas, ponerles substancias amargas en los dedos ó burlarse de ellos, son ineficaces y tienden a fijar aún más el hábito. La mejor terapéutica es la educación y comprensión de los padres. El síndrome de mabila, puede ser prevenido a través de un programa educacional a los nuevos padres. La prevenición es particularmente aplicable en niños pequeños. Una condición oral saludable promueve buena nutrición y un crecimiento normal.

Es necesario evitar un sondeo demasiado obvio, orientado psicológicamente, de las necesidades del niño durante el examen inicial. Si el niño se

mostrara inmaduro en sus relaciones con quienes lo rodean, con frecuencia no será buen candidato para las medidas correctivas, ya con aparatos, ya por enfoque psicológico. Hay que subrayar aquí que todo aparato de ortodoncia preventiva somete al niño a cierta carga psicológica. Este stress agregado en algunos niños produce el resultado opuesto a lo que el odontólogo desea, al aumentar las veces y frecuencia de los episodios de succión digital.

Se ha de recordar que un hábito de succión del pulgar u otro dedo no es una emergencia odontológica. Algunas veces, es mejor ver al niño en el consultorio una o dos veces en varios meses antes de iniciar cualquier tratamiento, para que el niño se adapte a las sugerencias del odontólogo.

El descubrimiento por parte del paciente, de sus hábitos inconscientes en el caso de bruxismo, durante la vigilia, es de gran valor diagnóstico y a menudo el primer paso hacia la corrección.

Se recomienda el empleo de la autosugestión al acostarse y al despertar por cualquier causa, el paciente debe repetirse la frase: "Me despertaré si muerdo o aprieto los dientes", o bien, "Aflojaré la presión de mis dientes", o frases similares.

Las alabanzas son la terapéutica que mejor actúa en los niños, los elogios deben ser sinceros, y se debe dar al niño cuanta oportunidad sea posible para que comparta las responsabilidades.

El odontólogo debe interesarse por determinar si las estructuras bucales del niño están siendo mínima, moderada o severamente afectadas por el hábito. Cuando menos severa la alteración, menor la necesidad de iniciar el tratamiento.

Si el aparato fuera removible, los padres deberán tener presente que el niño lo usa según las indicaciones del profesional. Pero los reproches continuos y agresivos de los padres hacia el hijo en su hogar pueden hacer que se pierdan la buena voluntad de complacer al odontólogo. En estas circunstancias, algunos niños "perderán" sus aparatos removibles, habitualmen-

te justo antes de la sesión odontológica.

El odontólogo debe recordar que está tratando de corregir un hábito bucal y no procurando modificar el estilo de vida de toda la familia del niño.

En el nervioso, inmaduro y no cooperador; el odontólogo hará bien en diferir el tratamiento hasta que sea mayor.

C A P I T U L O V I I

TRATAMIENTO MEDIANTE APARATOLOGIA INDICADA PARA ORTODONCIA PREVENTIVA

Se debe instituir un tratamiento correctivo de las anomalías bucodentarias producidas por un hábito, remitiéndolo al Ortodoncista, al Parodoncista y al Foniatra, cuando las lesiones son severa.

Muchos autores opinan que se debe tratar al niño hasta después de los tres años para eliminar el hábito oral, pues las deformaciones bucodentales que a los tres años de edad se encuentran, pueden desaparecer por las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo.

Actualmente, se reprueba el usar medios agresivos para eliminar el hábito, por causar problemas psicológicos secundarios en los niños.

El paso más importante para aliviar un hábito, es la adquisición por parte del paciente de un sentido que le informe de cuando comienza a realizarlo, si lo consigue puede dejar de hacerlo voluntariamente y ha triunfado. Todos los esfuerzos correctivos deben tener esta meta.

El aparato más indicado, es aquel que:

- a).-No ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular normal.
- b).-No necesite recordatorio para usarlo.
- c).-Su uso no avergüence.
- d).-No dependa de los padres.

MALOS HABITOS DE SUCCION

Una de las formas más eficaces, es una criba fija.

Se toma una impresión de alginato y se obtiene el positivo en yeso. A continuación, se fabrica el aparato sobre el modelo.

En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte. Es preferible utilizar coronas metálicas, las cuales pueden obtenerse en tamaños diversos a las bandas de ortodoncia.

La porción mesial del primer molar permanente (si existe), y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. (Un milímetro ó dos son suficientes). El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea, y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo. Se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal y distobucal y se lleva a su lugar. (Debemos asegurarnos de hacer esta ranura antes de probarla dentro de la boca de tal forma, que exista un mínimo de presión sobre la encía).

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo de calibre 0.040, el alambre de base en forma de U se adapta pasandolo masialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblé agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario o puestos, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular.

En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre.

El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente cuarenta y cinco grados respecto al plano oclusal, el asa no debe-

rá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une a las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central, se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar, de tal forma que hagan contacto con él ligeramente.

Con pasta de soldar, a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Es preferible colocar un exceso de soldadura en estas uniones, una vez limpiado y pulido está lista para su inserción .

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente.

Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada por los dientes individuales, a continuación podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho.

Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuertemente como le sea posible.

Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados

y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se colocan con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida.

Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño solo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes, nunca mencionar que se intenta hacer desaparecer el hábito. Lo mismo se le recomienda al padre y demás miembros de la familia.

Si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de comenzar a cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original, desplazándose en forma vestibular el primero y segundo molares deciduos. Si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.04 ó 0.045 pulgadas.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse, que experimentará alguna dificultad para limpiar los dientes de los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado. El impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos silbantes. Sin embargo, los problemas del habla podrán persistir durante todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos ni

ños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta -
deglutir.

Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. Este aparato se lleva de cuatro a seis meses en la mayoría de los casos. En un período de tres meses en que desaparece el hábito es un buen seguro en contra de la reci-
diva y es entonces cuando se empiezan a retirar primero los espolones; -
tres semanas después si no hay señales de recurrencia, se retira la ex -
tensión posterior, tres semanas después puede retirarse la barra palatina restante y las coronas.

Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de -
proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja en la boca más -
tiempo.

No deberán dejarse espolones afilados. La estructura está diseñada -
para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el de-
sarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su fun -
cionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión pro -
ducida por el hábito.

Los aparatos mal diseñados que poseen espolones que siguen el contac -
to del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión. Entre los a -
paratos removibles están la trampa con punzón, la cual consiste en un --
alambre engastado en un instrumento, acrílico removible como el retene -
dor de Hawley, es similar a la criba fija, pero en vez de emplear bandas
o coronas de acero se construye la placa Hawley.

Como parte del tratamiento se usa el ejercicio de deglución pasiva, para hacer volver los músculos a su función normal.

RESPIRADOR BUCAL.

La eliminación de las causas de este hábito, comprende varios procesos :

- a).- Intervención quirúrgica del Rinólogo.
- b).- Tratamiento de maloclusión, que haga posible y fácil la proximación de los labios.
- c).- Restauración de tejidos labiales a su tamaño, tono y función normales.

Los hábitos del respirador bucal crónico, presenta las siguientes -- anormalidades :

- 1).- Labio superior poco desarrollado.
- 2).- Labio inferior flácido y con hipotonismo.

Frecuentemente, después de la corrección de la obstrucción faríngea, el niño puede continuar respirando por la boca por constumbre. Esto puede ser evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, debemos estar seguros de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

HABITO ANORMAL DE DEGLUSION

Un aparato para eliminar el hábito de proyección lingual deberá intentarse :

a).- Eliminar la proyección anterior enérgica a manera de émbolo durante la deglución.

b).- Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

El aparato es muy similar al empleado en el hábito de succión, pero - en éste, (criva lingual modificada), los espolones son doblados hacia abajo, para que formen una especie de cerca, atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obteniéndose así una barrera eficaz contra la proyección lingual.

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, ésta se expande hacia los lados con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución madura es estimulado por este tipo de aparatos; mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos, es entre los cinco y diez años, si se coloca después de esta edad es posible que se requieran los servicios de una especialista en ortodoncia y aparatos ortodóncicos completos.

HABITO DE CHUPARSE EL LABIO

En este caso, se fabricará un aparato que consiste en una barra metálica soldada a coronas de acero sobre los segundos molares deciduos o los primeros molares permanentes, La barra puede cruzar de labial a lingual, ya sea en mesial o distal del canino, dependiendo de la oclusión y de los espacios anteriores, debe asegurarse de que el aparato en su porción labial se encuentre dos o tres milímetros por delante de la cara labial de los incisivos inferiores.

Este aparato es cementado de tres a seis meses, dependiente de la gravedad del hábito del labio.

C A P I T U L O V I I I

TRATAMIENTO

Una vez que sabemos cuál es la causa por la que el niño practica el hábito oral, se debe hacer todo lo posible por lograr de una manera no agresiva que el niño lo abandone ó remitirlo al Psicólogo, si el caso lo amerita.

Se debe estudiar el tipo de hábito de que se trata, determinar si es o no compulsivo. Si se observa que el niño succiona sus dedos ó el labio por pequeños ratos ó unicamente antes de dormir, y al quedar dormido, él sólo se saca el dedo de la boca, se trata con seguridad de un hábito no compulsivo, que no debe ser motivo de preocupación, ya que llega a desaparecer por sí solo y por el poco tiempo que las fuerzas y presiones, accionan sobre los dientes y tejidos orales no causan ninguna anomalía, sólo debemos sugerir - les a los padres, que no se moleste al niño cuando esté practicando el hábito.

Se debe tratar de entretener al niño, mejorando sus métodos de distracción y dedicándole la ^{mayor} atención posible, sin que se entienda ésto como una sobreprotección.

Si por el contrario, se observa que el niño practica el hábito constantemente, prefiriéndolo a cualquier otro entretenimiento, y, que durante el sueño, la succión constante, es a veces al grado de que el ruido provocado por ella despierta a los padres, se trata seguramente de un hábito compulsivo que está motivado por un problema que le afecta en su equilibrio emocional.

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos orales, que pueden ser construídos por el Odontólogo, y se dividen en fijos y removibles.

Si al niño demuestra deseos de ser ayudado, se deberá elegir el tipo de instrumento más adecuado, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. En los niños menores de seis años en quienes

sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de la dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción, puede ser razón contraria a los instrumentos removibles.

Un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo castigado, mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de usarlo sólo en periodos críticos, como la noche.

Generalmente, los instrumentos removibles son más fáciles de construir y de adaptar que los de tipo fijo, sin embargo, la mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él así lo desea.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE SUCCION.

Antes de colocar cualquier tipo de aparatología especial para evitar la succión de dedo, debe conversarse con el niño explicándole los inconvenientes que su vicio puede acarrearle. Muchas veces la motivación del niño haciéndole cooperar, concluye con el hábito.

Mollin, describe que el método explicativo en la cátedra de odontología de Buenos Aires por el Profesor Monti con modificaciones por él efectuadas: Consiste en colocar una tira plástica donde se van colocando trazos de palillos para dientes, de algo más de 1cm., de largo, ubicados a medio cm., uno de otro y en sentido paralelo al eje longitudinal del dedo. Se envuelve el dedo con esta segunda porción de tira plástica con los palillos y luego se le dá una ó dos vueltas más con cinta adhesiva.

Al llevarse inconscientemente el dedo a la boca, los espacios entre los palillos permiten el pasaje del aire, impidiéndole al niño obtener la sensación de succión que está buscando, perdiéndose entonces, el estímulo para continuar con el hábito, pues el paso del aire hace perder el deseo de succión.

Para la lucha contra el hábito de succión se recomiendan también aparatos. Graber, coloca un aparato fijo en el maxilar, cuyos extremos libres puntiagudos, dirigidos hacia los incisivos, impiden la introducción del dedo en la boca. Cumring, recomienda una placa removible, fijada con ganchos y anclas en los incisivos superiores. Este aparato, también puede evitar que la lengua se interponga entre las arcadas dentales.

También se recomienda como aparato de elección en la lucha contra los hábitos de succión digital, de labios y lengua, y sus secuelas, la placa vestibular. Esta puede ser preparada individualmente de material plástico.

Kraus presentó unos aparatos que él llamó "Oral Screens", parecidos a las placas vestibulares son aparatos que no tienen parte activa, sino que son activados únicamente por las fuerzas musculares, los aparatos de Kraus son aparatos de inhibición. No actúan en forma activa ortopédica, sino que frenan el curso de los "procesos neuromotores anormales".

Entre estos aparatos de inhibición encontramos:

1) El escudo vestibular.- Una delgada placa de material plástico que dentro del vestíbulo bucal, va desde el último molar de un lado, al último del otro lado, y en todas partes llega hasta el repliegue de la mucosa, terminando en un rodete. En ninguna parte el escudo debe tocar los dientes. Dado que con este escudo no se practican ejercicios musculares no tiene agarre para los dedos, y puede ser escondido completamente detrás de los labios cerrados. Al confeccionar el escudo bucal, el maxilar inferior es ubicado en la posición en la cual se encontrará "en el desarrollo normal o donde debería estar al terminar la rehabilitación".

Este aparato está indicado en: hábitos de succión, respiración bucal, movimientos de deglución atípicos y sus consecuencias.

2) El medio escudo vestibular.- Que llena el vestíbulo bucal únicamente en la región del maxilar inferior. Llega hasta el tercio incisal de los

dientes inferiores y no debe tocar las caras palatinas de los dientes superiores. Su tarea es impedir que el labio inferior penetre debajo y detrás de los incisivos superiores y toque eventualmente la punta de la lengua.
Indicación: Casos de mordida o de succión de labios.

3) El escudo linguo-vestibular.- Consta de una placa palatina sin gan— chos, bien adaptada de la cual sale un apéndice vertical (de material plástico ó alambre).

Indicación : Hábitos linguales y movimientos de deglución anormales.

Desde luego se pueden combinar, si ocasionalmente fuera necesario, el es— cudo vestibular con el lingual.

Otro dispositivo para evitar la succión del dedo está confeccionado con alambre de 0.5 mm. y tiene la forma de una rejilla que cubre la parte anterior del paladar duro. Se coloca en lugar del arco interno no calzándose los extremos del mismo en los tubos palatinos y ligandolos en forma similar al arco lingual. Comienza con el omega extendido y el omega posterior en la misma forma que se hace con el arco lingual. Pero en vez de continuar bordeando el cuello de los dientes, dobla en ángulo recto y se dirige hacia la línea media donde hace una pequeña ansa para volver a su lado. Sigue bordeando el cuello del primer premolar y se vuelve a la línea media y así sucesivamente hace otra incurvación y pasa al lado opuesto donde repite el mismo tipo de dobleces pero enlazándolos con los primeros, hasta terminar en los omegas como en el arco lingual.

Esta rejilla evita que el dedo succionado se ponga en contacto con el paladar y pueda producirse el cierre hermético que permite la succión, desapareciendo así el hábito rápidamente.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE PROYECCION LINGUAL

READIESTRAMIENTO.- Algunos Odontólogos, pudieran no haber generado en sí un interés por el readiestramiento de los niños en cuanto a pautas de de-

glusión. Sin embargo, aludir este aspecto importante, es jugar a que el aparato solo condicionará al niño para una nueva pauta de deglución más aceptable, durante la cual el músculo mentoniano no actúa con su empuje contra los incisivos inferiores, como ocurría anteriormente.

Una de las mejores pruebas en el consultorio, para determinar si la forma de deglución se ha modificado, es observar al niño mientras está sentado en la sala de espera. Si ese acto fuera visible, necesitará terapéutica readiestrante.

Para readiestrar a un niño de su pauta de deglución anormal a la normal, tres objetivos habrán de cumplirse, los cuales podrán ser demostrados por el niño por separado y/o concertadamente:

a).- Mejor ubicación de la lengua contra el paladar durante el proceso de deglución. La punta de la lengua tiene su mejor ubicación en la papila palatina, eminencia mucosa oral por detrás de los incisivos superiores.

b).- Mejor aptitud labial, (compresión firme e igual de ambos labios durante el acto de la deglución). La unión de los labios, para después pronunciar un sonido explosivo ("POP"); puede ayudar al niño a captar lo que significa una firme compresión de los labios.

c).- Una mejor acción de los músculos temporales y maseteros, en vez de la acción muscular del mentoniano. Esto se cumple haciendo que el niño "muerda con los dientes de atrás" al prepararse para deglutir.

Se recomienda vivamente, el repaso sobre deglución con dientes en contacto en vez de dientes separados, como adecuada para el Odontólogo que desea efectuar un estudio más extenso de este problema clínico común.

Para lograr modificar cualquier hábito, se requiere la cooperación del paciente. Esto solamente se consigue cuando el niño está dispuesto a que el dentista lo ayude. Muchos niños de corta edad, aprenden a deglutir correctamente mediante sencillos ejercicios delante de un espejo.

Se le indica que degluta repetidamente, mientras se mira en el espejo, para tener la seguridad de que ha cerrado los dientes. Para ello ha de tener los labios abiertos, lo cual interfiere por otra parte del patrón de la protusión lingual, mientras el niño se concentra en mantener la lengua contra el paladar, detrás de los incisivos centrales superiores.

Cabe reforzar la eficacia de este ejercicio, haciendo que el paciente apriete un objeto de pequeño tamaño contra la bóveda palatina con la punta de la lengua, mientras realiza la deglución. El objetivo es deglutir saliva u otro líquido, sin tragar al mismo tiempo el objeto que se sostiene contra el paladar.

Estos ejercicios, los realiza 15 minutos por día. A veces en pocos meses, puede obtenerse la corrección del hábito y en otros hasta la autocuración de la mordida abierta consecuente.

Si existe motivación para que el paciente desee el éxito, no habrá que vigilar mucho los ejercicios de deglución y bastarán las visitas regulares al consultorio dental. Es mucho más difícil enseñar a deglutir correctamente a los niños mayores de diez años que a los que no han llegado a esa edad. Los más aconsejables, es remitir los pacientes del grupo de más edad, a un ortodoncista, puesto que probablemente, existirá un difícil problema de maloclusión si se ha prolongado la deglución con protusión de la lengua.

En algunos casos, resulta útil el uso de un sencillo aparato recordatorio. Consiste éste, en una delgada placa que cubre el paladar, con un hueco detrás de los incisivos superiores, en el área en que se ha de poner la punta de la lengua durante la deglución. Este dispositivo puede perfeccionarse con una rejilla de alambre ó incluso darle forma de rastrillo con puntas.

Los aparatos recordatorios no deben contener ningún elemento de castigo, como ocurre con muchos dispositivos del tipo rastrillo. No hay mucho que ganar y sí mucho que perder castigando al niño, tanto si el castigo es expli

cito como si es implícito.

INHIBIDOR LINGUAL.- Para la corrección de hábitos linguales, causantes de mordida abierta, se utiliza también el inhibidor lingual. Este consiste en un parrilla, construida con alambre de 0.8 mm. de espesor, se le conoce también, con el nombre de plano guía mandibular.

Cuando se planea la posibilidad de emplearlo, se suelda en la porción palatina de los primeros molares superiores, paralelamente y a oclusal del tubo fino, un tubo corto, de diámetro interno similar, al espesor del alambre a utilizar. En estos tubos, se insertarán los extremos del plano guía, que, inmediatamente por delante, del extremo mesial del tubo, a nivel del centro del segundo premolar, cuenta con un círculo y a continuación, un ansa en forma de omega.

Luego del ansa, sigue una parte recta y, a nivel de mesial del primer premolar, desciende formando una parrilla vertical, que se prolonga hasta mesial del premolar, del lado opuesto, para seguir luego, con el ansa y el círculo, penetrando después su otro extremo, en el tubo grueso palatino. Es imprescindible, para la fabricación de este aparato, tener el modelo de la mandíbula.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE MORDER LABIO Y CARRILLOS.

Generalmente se presenta en la edad escolar, cuando el niño posee ya juicio, que nos permite solicitar su cooperación para lograr el abandono del hábito.

Si existe protusión, es necesario corregir el hábito, lo antes posible, tratando de generar la buena voluntad y cooperación del niño.

Este hábito, se practica de manera unilateral y puede estar asociado con la succión ó mordisqueo del carrillo de ese sector.

Los castigos son considerados contraproducentes. La terapéutica muscular, es la más eficaz y consiste en ejercicios labiales.

La colocación de aparatos que impidan la introducción del labio o carrillo entre los dientes, es de gran ayuda.

Ejercicios tónicos generales.- Con los dientes ocluidos, se fuerza una solución salina tibia a través de los espacios interproximales, desde el vestíbulo hacia el interior de la boca y de vuelta al vestíbulo, hasta que se produzca fatiga muscular. Se repite cinco ó seis veces cada mañana y noche. Fortalece los músculos de labios y mejillas.

Ejercicio masetero-temporal.- Consiste en la contracción y relajación alternadas de los musculos masetero y temporal con la mandíbula en oclusión céntrica, tres ó cuatro veces al día aumentando de diez a cincuenta paulatinamente.

Ejercicios de los músculos orbicular del mentón.- Un modo de ejercitar los músculos orbiculares, consiste en hacer tener al paciente, el ángulo de una pequeña tarjeta entre los labios, apretándola como si se pronunciara la letra "p".

Los labios se relajan y contraen alternativamente. Se comienza con veinte contracciones hasta aumentar a cincuenta.

Un ejercicio adicional para los labios, es la pronunciación repetida

forzada de la letra "p" como son las palabras: pipa, pepe, pipo, etc. - Estos ejercicios, tienen valor solamente si se los practica regular y conscientemente.

El dentista debe transmitir al paciente, la sensación de que ésta, - es la parte esencial del tratamiento y resulta eficaz.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

Para realizar este tratamiento, puede recomendarse la placa vestibular. Si al principio, es dificultosa la transición a la respiración nasal, puede taladrarse un agujero en el aparato para la adicional respiración bucal; con el tiempo, se achica el agujero finalmente se lo tapa completamente.

Esta placa vestibular, recibe también el nombre de pantalla bucal. - Es un dispositivo de goma latex, plexiglas* y materiales plásticos, - - blandos ó duros. Suele ser modelada por el Odóntologo para adaptarla a cada niño, que la sostendrá frente a sus dientes anteriores, por dentro de los labios, sólo por la noche mientras dura el tratamiento.

Actúa para incrementar las presiones ejercidas por los labios, en particular contra los dientes anterosuperiores, y al mismo tiempo, cambia la pauta de deglución para reducir el hábito de interposición lingual. La tendencia del niño a la respiración bucal nocturna tambien se reduce considerablemente.

CONSTRUCCION.- Se obtienen los modelos superior e inferior. Se montan en articulador de bisagra. Se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención, dejando una superficie continua entre el modelo superior e inferior.

Se diseña la pantalla, siguiendo el contorno de la línea mucogingival 263 milímetros antes de fondo de saco, extendiéndose hasta caninos ó - -

primeros ó segundos premolares.

Se bórdea con cera negra el contorno, se coloca acrílico de autopolimerización dentro del borde, dejando una superficie tersa. Se pule.

Como parte del tratamiento de hábitos de respiración anormal, se deben practicar los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios.

EJERCICIO DE WILSON.- Para cuando los labios están poco desarrollados e hipotónicos, se desarrollan los orbiculares y músculos afines y — estimula las vías nasales al hacer pasar fuerte corriente de aire por una fosa nasal a la vez:

a).- Juntar los labios y los dientes sin forzarlos.

b).- Contraer los músculos de la comisura izquierda de la boca, llevándola hacia atrás y arriba. Luego, con la cara palmar de los dedos de la mano izquierda colocados sobre la mejilla derecha, presionar esta última hacia adelante y a la izquierda, manteniendo cerrada al mismo tiempo — la fosa nasal derecha con el índice izquierdo. Los tejidos de la comisura izquierda de la boca deben seguir contraídos durante la operación anterior.

c).- Mientras los tejidos de la comisura izquierda siguen contraídos y el carrillo derecho presionado por los dedos, respirar profundamente — por la fosa nasal izquierda tres veces.

d).- Relajar los músculos y retirar la mano izquierda.

e).- Contraer los tejidos de la comisura derecha; colocar la palma — de la mano en el carrillo izquierdo, llevándolo hacia adelante y a la derecha, cerrando la fosa nasal izquierda con el índice derecho, respirar — profundamente tres veces.

f).- Alternar durante tres minutos.

g).- Repetir tres veces por día.

*Plexiglas.- Material plástico transparente. Por ejemplo: Acrílico transparente.

Este ejercicio, requiere una práctica constante.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE BRUXISMO.

El ajuste oclusal por desgaste mecánico es el tratamiento indicado en la bruxomanía, como terapia paliativa y ocasionalmente definitiva. Si el ajuste oclusal está mal terminado, no solo no curará el hábito, sino que agravará los síntomas y las molestias.

Después del ajuste oclusal, se notó una tensión bilateral igual, en las fibras posteriores de los músculos temporales, en la mayoría de los pacientes cuando se les pidió que llevaran su mandíbula a relación céntrica.

Cuando el operador empujaba la mandíbula del paciente hacia atrás con una presión constante y ligera, en la mayoría de los casos, la actividad electromiográfica de todos los músculos era menor que la actividad asociada con el tono normal en posición de descanso.

Otros tratamientos sugeridos para estas manifestaciones de hábito del sistema gnático son:

a).- El uso de placas acrílicas (guarda oclusal), para impedir el encuentro de las superficies oclusales oponentes. Se puede confeccionar esta guarda, de acrílico para recubrir las superficies oclusales de los dientes superiores con una superficie lisa para que ocluyan los dientes inferiores.

El aparato puede tener un paladar entero ó una herradura que cubra el paladar alrededor de un tercio de centímetros a partir del margen gingival. Se extiende hasta cubrir aproximadamente una tercera parte de la superficie vestibular de todos los dientes. En la zona molar, el espesor del acrílico no debe ser mayor de un milímetro. Como los dientes contactan con él, su espesor es algo mayor en la zona premolar y anterior. No es aconsejable separar los maxilares más allá de la posición de reposo.

Es necesario observar periódicamente esos aparatos, porque es posible - que ocurran cambios oclusales indeseables.

b).- El tercer tipo de tratamiento, se basa en la autosugestión. La autosugestión, supone la repetición de una frase u oración fija y positiva, redactada en forma tal que dé una reacción inconsciente de armonía y de acuerdo con las exigencias conscientes.

De los tratamientos citados anteriormente, el primero es el mejor. El hábito se rompe de inmediato, la mayoría de las veces, una vez terminado el ajuste. Deben revisarse con gran regularidad estos casos, pues es factible la reincidencia del hábito.

El tratamiento ideal, es la rehabilitación oclusal completa. Para — que sea efectivo, debe reunir dos requisitos básicos:

- 1.- Conservar la céntrica.
- 2.- No dejar la dentición en oclusión balanceada.

Por regla general, la bruxomanía ocasiona un desgaste oclusal excesivo que amerita una restauración total de la dentición.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE ONICOFAGIA.

(Morder las uñas)

Es un hábito frecuente en los niños y jóvenes que no presenta efectos perniciosos en la dentición, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación, - sin embargo, ciertos casos en que permanecían impurezas debajo de las uñas de los pacientes que realizaban el hábito, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas, alivia la tensión.

La terapéutica a base de castigos es contraproducente. Ya que el hábito ha sido adquirido como una ayuda para aliviar la tensión interior, -

la educación de los padres junto con su acercamiento espiritual es el me
jor tratamiento.

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS DE POSTURA.

Una dieta adecuada prevendrá este tipo de hábito.

Mantener constantemente a un niño pequeño en decúbito, sobre una superficie dura y plana puede aplanar el occipucio ó producir asimetría — facial. Para evitar malas posiciones durante el dormir debe enseñarse al niño a hacerlo en varias posiciones y darle vuelta ocasionalmente si tiende a quedarse demasiado en alguna de ellas.

Un colchón firme le permitirá cambiar su propia posición con más facilidad.

En los otros hábitos citados, el tratamiento consiste en ayuda psicológica.

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

Los malos hábitos, deben ser tratados oportunamente por el cirujano dentista de práctica general y, una vez enfocado el problema, tratarlo - de preferencia a edad temprana y, prevenir así, un daño mayor y las secuelas del mismo..

Para dominar un hábito nocivo, debe buscarse la cooperación del paciente, de los familiares cercanos y será preciso suprimir los castigos.

Debemos insistir en el método de amamantamiento con pecho ya que se ha visto que el hábito de succión, es más frecuente en el hemisferio - - occidental.

Deberemos tener muy en cuenta los factores siguientes: frecuencia - duración e intensidad del hábito de que se trate, para poder reconocerlo evaluarlo y poder tratarlo.

Lo ideal sería, que el régimen alimenticio del bebé, estuviera balanceado desde los tres puntos de vista siguientes: nutritivo, funcional y emocional, buscando así, la completa satisfacción del pequeño, lo que evita la recurrencia a substitutos como es el hábito del chupeteo.

El aspecto psicológico, tiene fundamental importancia en el desarrollo físico del individuo, es también el factor principal en la formación de hábitos, de su desarrollo y también de sus consecuencias, por lo tanto; en la corrección de éstos, no solo es necesario el tratamiento Odontológico; sino la colaboración del Psicólogo, Psiquiatra y del Foniatra.

Todas las anomalías producidas por los hábitos deben ser tratadas - lo más pronto posible para así alcanzar el éxito en dicho tratamiento.

Debemos capacitarnos para poder dar consejo a los padres sobre la actitud y conducta que deben seguir ante el problema de su ó sus hijos.

Mucho ayudaría a corregir estos problemas, la comunicación a nuestro

pueblo a través de los medios de difusión.

BIBLIOGRAFIA

- Ewald Hardt, Helmut Weyers. Odontología Infantil. Editorial Mundi. 1969.
- Joseph M. Sim. Movimientos Dentarios Menores en Niños. Editorial Mundi. 1973.
- Alvin U. Morris, Harry M. Eohannan. Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General. Editorial Labor, S.A. 1978.
- Monti A.E.; Mosquera R.J.; Saiz C.A.; Tenenbaum M.; Rose M.M. Técnica Ortodónica de Mollin. Editorial Mundi. 1968.
- Erik Martínez Ross. Oclusión. Vicova Editores, S.A. 1978.
- Belmaña J. Eduardo. Bruxismo o Rechinar Dentario. Revista Hispano-Americana de Odontología. Vol. III. N° 14, 1964.
- Einn, Sidney B. Odontología Pedfátrica. Editorial Interamericana. 1976
- Graber, T.M. Ortodoncia, Teoría y Práctica. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1974.
- Hatz, Rudolf. Ortodoncia en la Práctica Diaria. 2a. Edición. 1974.
- Thoma, Robert J. Gorlin D.D.S., Henry M. Goldman D.F.D. Patología Oral. Salvat Editores, S.A. 1975.
- Ramfjord Sigvard P. Bruxism, a Clinical and Electromyographic Study. Journal of the American Dental Association. Vol. 62 N° 1 1961.
- Boyens Paul J. Value Autosuggestion in the Theraphy of "Bruxism" and other Biting Habits. Journal of the American Dental Association. Vol 27. N° II 1940.