



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

HABITOS BUCALES INFANTILES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Rosa Leticia Reyes Gallegos

San Juan Iztacala, México 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ASPECTOS GENERALES	
- Hábitos Bucales Infantiles	3
- Actos Bucales No Compulsivos	7
- Actos Bucales Compulsivos	8
CAPITULO II PSICOLOGIA INFANTIL	
- Comportamiento del Niño	10
- Temores Objetivos y Temores Subjetivos	13
- Protección Excesiva	17
- Rechazo	19
- Dominación	20
- Identidad	21
CAPITULO III ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA	
- Elaboración de la Historia Clínica	23
CAPITULO IV LOS HABITOS BUCALES INFANTILES	
- El Reflejo de Succión y la Lactancia - Natural y Artificial	33
- Succión Digital	38
- Queilofagia ó Succión Labial	45
- La Deglución Normal y Anormal	47
- Empuje Lingual	50
- Respiración Bucal	52
- Bruxismo	56

	- Onicofagia	58
	- Automutilación	59
	- Empuje del Frenillo	61
	- Hábitos de Postura	62
CAPITULO V	TRATAMIENTOS	
	- Aparato Utilizado para el Tratamiento de Succión Digital	63
	- Aparato Utilizado para el Tratamiento de Proyección Lingual	69
	- Aparato Utilizado para el Tratamiento de Succión Labial	74
	- Aparato Utilizado para el Tratamiento de Respiración Bucal	77
CONCLUSIONES		79
BIBLIOGRAFIA		81

INTRODUCCION

Los hábitos perniciosos nos van a producir una alteración osea, una oclusión francamente anormal y en general una alteración física y/o psicológica y es en relación a estas alteraciones donde actuan los especialistas; ya sea Psicólogos, Especialistas en Transtornos del Lenguaje, Psiquiatras, Otorrinolaringólogos y Odontólogos.

Lo más común es que los padres decidan acudir a la consulta del Cirujano Dentista cuando el hábito ya esta firmemente establecido; y más preocupados por la inacceptabilidad social que la exhibición de su hábito le acarrea a el niño y por alguna alteración estética que por el aspecto psicologico; es por esto que el Odontólogo debe estar bien informado sobre este tema, para además de corregir los cambios bucales estructurales que provocan hábitos prolongados, canalizar ya sea con el Pediatra, el Psicólogo o el Psiquiatra, ya que un hábito bucal puede ser solo un síntoma de un problema de conducta y esto entra claramente en el campo de dichos especialistas. Aunque no por ello el Odontólogo puede ignorar este tipo de problemas, ya que por el contrario debe estar familiarizado con ellos.

Es importante que sepamos distinguir entre un hábito bucal no compulsivo, entendiendose como aquel que fácilmente se dejará para adoptar un patrón de conducta más aceptable y del cual por lo tanto no resultará una reacción anormal en el infante; y un

hábito bucal compulsivo siendo este una fijación en el niño, es una forma de protección que él mismo se crea cuando siente de uno u otro modo amenazada su seguridad busca el paliativo a su necesidad emocional recurriendo a la práctica de su hábito. La importancia de tal diferencia es no caer en realizar tratamientos demasiado severos o bien realizar estos a una edad inapropiada.

Así mismo debemos comprender que la niñez es una etapa de transformación y aprendizaje constante; un niño entenderá todo aquello que le sea expuesto con razonamientos comprensibles a su edad y que no siempre el castigo severo es la mejor solución. Con este tesis sobre hábitos orales deseo contribuir de alguna manera a todo aquel interesado en este tema, reuniendo información básicamente sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

HABITOS BUCALES INFANTILES

Durante mucho tiempo el odontólogo ha tenido oportunidad de observar y atender todas las alteraciones que a nivel estructural y anatómico son producidas por la serie de hábitos bucales que practica el niño en determinadas edades. Básicamente se observa la presión que se ejerce sobre los bordes alveolares, que ante su inmadurez y maleabilidad óseas, serán modificados en su anatomía normal.

Es importante también, la serie de cambios en la posición normal de las piezas dentarias y su consiguiente maloclusión. En el problema de hábitos bucales, intervienen también varios especialistas como lo son el Pediatra, Psiquiatra, Psicólogo y el Especialista en problemas del Lenguaje. La función del odontólogo y del especialista en problemas del lenguaje será conjunta hacia los cambios estructurales, que resultan de los hábitos prolongados.

El Pediatra, Psiquiatra y Psicólogo darán mayor importancia a los problemas de conducta, que son los causantes de los hábitos bucales que serán solo un síntoma. El papel de los padres será en el plano social de inaceptabilidad ante el hijo que muestra algún hábito bucal; normalmente es el padre quien se siente más

afectado en este tipo de problemas y será también el que muestre mayor urgencia por desterrar el hábito.

Es fundamental el hecho de que el Cirujano Dentista, pueda formular un diagnóstico completo sobre los cambios estructurales bucales que resultan de los hábitos. Es igualmente importante el escuchar a otros especialistas que tienen que ver de alguna manera con el problema; o bien, canalizar hacia ellos el caso, de ser necesario. Normalmente el Cirujano Dentista examina a el niño después del firme y prolongado establecimiento del hábito. Durante los años de crecimiento y desarrollo del hombre, van a existir numerosas fuerzas de tipo estrínseco e intrínseco que tendrán su efecto sobre él, siendo una serie de hábitos saludables. No obstante algunos de estos hábitos pueden tomar un rumbo equivocado y tornarse nocivos para el crecimiento y desarrollo óptimos de los maxilares y la faz.

El instinto y el hábito están compuestos por los mismos reflejos elementales. En el instinto el orden y modo de la reacción son heredados, no así en el hábito, el cual se adquiere durante la vida. El hábito se podría definir, como un complejo sistema de reacciones o reflejos y que funcionará en un orden adecuado cuando el niño reciba el estímulo apropiado. Otra definición nos plantea a el hábito como una práctica fija producto de la constante repetición, se va haciendo menos consciente, hasta que llega a ser completamente inconsciente. También se define

como la forma metódica en que actúa el cuerpo y la mente, como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos. Algunas propensiones son instintivas, es decir, se inician en el nacimiento ó después de él, por ejemplo; el mamar al nacer es un instinto, pero si el niño no lo practica ó deja de hacerlo lo perderá parcial ó totalmente en poco tiempo; en tanto la inmediata ejecución del mismo servirá para fijarlo.

Cuando el niño presenta hábitos esporádicos y se produce alguna deformidad, ésta se corregirá si el hábito desaparece antes de que broten los dientes permanentes. La edad adecuada para empezar a tratar este tipo de problemas según el Psicólogo es entre los cuatro y cinco años de edad; generalmente también a esta edad es cuando los daños causados por los hábitos son muy grandes.

Veeder analiza el problema y resume: Debe de haber una conciencia plena de parte de los especialistas, con respecto a la importancia del hábito y su tratamiento correcto. Nos dice también que la mayoría de los especialistas consideran al hábito de succión pulgar como normal durante los dos primeros años de vida y que no debe de impedirse, si persiste después de los tres ó cuatro años, es probable pensar en él como resultado de un desajuste emocional.

Desde el momento en que nace el niño, se encontrará la mayoría del tiempo en continuo movimiento de sus miembros (brazos, pier

nas, manos, pies y ojos). Conforme pasa el tiempo va descubriendo que algunos movimientos le producen estímulos agradables y desagradables, los que le pueden provocar dolor ó placer. En especial los labios del niño se encuentran muy desarrollados en su sensibilidad al tacto. Las yemas de los dedos son sumamente sensibles, de modo que si las lleva a los labios se producirá una respuesta inmediata a ellos; por lo que se moverán en su intento por succionar los dedos. El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le proporcionará satisfacción así como alimento; el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante. En poco tiempo se fijará este tipo de reacción y si no se le satisface con el pecho, encontrará su sustitutivo en el dedo de la mano ó del pie.

Algunos autores piensan que los hábitos son medios para agotar la energía nerviosa sobrante que se acumula como resultado de la vida sedentaria que llevan.

Swinehart llama la atención sobre la estrecha relación que existe entre los fenómenos anormales nerviosos y psicológicos con el hábito de succión pulgar. Los niños que se succionan el pulgar suelen ser considerados como niños difíciles, las historias clínicas demuestran con frecuencia que los fenómenos anormales nerviosos y psíquicos son numerosos y de naturaleza diversa.

Invariablemente se ha encontrado que los síntomas son más numerosos y graves cuando los hábitos han sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad. Frecuentemente se observa que el sueño es inquieto y que el apetito se ha pervertido y es deficiente.

Estos casos requieren de la intervención de un psicólogo para lograr que los pacientes tengan una relación más normal con los niños de su edad y para ayudarlos a ajustarse a la vida cotidiana de juego y de trabajo.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

En el desarrollo del niño van dándose experiencias nuevas y continuas modificaciones de conducta, que le permitirán el ir desechando hábitos indeseables y formar hábitos nuevos que sean aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se podrán lograr cambios por medio de alabanzas y halagos, así como en otros casos se amenazará con algún tipo de castigo por parte de los padres.

La conducta a seguir por el niño en la madurez irá definiéndose por las presiones externas del medio, como lo son los padres, compañeros de juego y clase. Los hábitos que se adopten ó abandonen fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar, se denominan no compulsivos.

De este tipo de situaciones no se da como resultado generalmente reacciones anormales, es así como el niño está siendo preparado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

ACTOS BUCALES COMPULSIVOS

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de acudir a la práctica de ese hábito cuando las tensiones exteriores se tornan intolerables, cuando siente de uno u otro modo amenazada su seguridad, buscando así paliativo a su necesidad emocional.

Es muy singular el hecho de que la ansiedad y angustia aumentan cuando se intenta corregir el hábito.

Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Literalmente, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

El asignar etiologías específicas a los hábitos compulsivos es difícil, no obstante algunos autores piensan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido muy rápidos, ó bien que el niño recibía poco alimento en cada toma. Así también -- pudo haberse producido demasiada tensión en el momento de la --

alimentación; también se ha atribuido al sistema de alimentación por biberón. Se acepta también que en muchos casos la falta de amor y ternura maternal producen la inseguridad del niño tan importante en este tipo de problemas.

CAPITULO II

PSICOLOGIA INFANTIL

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En cualquier situación el comportamiento del niño es regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

A diferencia de la herencia, el comportamiento consecuencia del medio sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien adaptada, adecuada a la sociedad en que se desarrolla.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un patrón de comportamiento que sea aceptable socialmente y que además satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Los tratamientos dentales pueden ser considerados como una necesidad física; y la aceptación ó rechazo de éstos dependerá de la manera en que han sido condicionados; el condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia todas las experiencias que forman la niñez, se forma básica y primordialmente en el hogar, bajo guía de los padres.

Para que el odontólogo pueda manejar con éxito a sus pacientes debe conocer y comprender los factores psicológicos y sociológicos.

cos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento - hacia la odontología.

Aunque es responsabilidad de los padres el inculcar actitudes - convenientes hacia la odontología, el Cirujano Dentista puede - auxiliar informando a los padres sobre los fundamentos más nece sarios de psicología infantil.

Finn dice "Si queremos tener buenos pacientes infantiles, prime ro tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo ha ga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño".

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema del miedo; ya que representa para el Cirujano Dentista el problema básico de manejo y es una de las razones por las - que las personas descuidan el tratamiento dental.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan - después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se han demostrado antes del nacimiento reac ciones reflejas a estímulos.

El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo -- que produce miedo. A medida que el niño crece aumenta su capaci dad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen -- miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de

ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera; si le es físicamente imposible huir y se siente incapaz de hacer frente a la situación su miedo se intensificará.

Contrariamente a lo que en general se cree, el miedo dirigido y controlado en forma adecuada puede ser muy valioso para la formación del niño.

Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad e incluso en un futuro provocarle problemas de tipo legal. Si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son mayores; por lo tanto el miedo es un mecanismo protector de preservación.

El enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe el peligro.

Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene por que inspirarle miedo. Llevar a el niño a el odontólogo no deberá implicar nunca un castigo, ello lógicamente provoca miedo y rechazo hacia el Cirujano Dentista.

TEMORES OBJETIVOS Y TEMORES SUBJETIVOS

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen y saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado en forma deficiente causándole dolor innecesario, forzosamente desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.

Es muy difícil lograr que un niño que ha sido tratado de manera inadecuada, acuda al dentista por voluntad propia.

Cuando un niño llega en estas condiciones a el consultorio, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con tacto y lentitud para ganarse la confianza del niño.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Un niño que ha padecido dolores en un hospital causados por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares del odontólogo. Incluso el olor característico de ciertos medicamentos ó compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores aparentemente injustificados.

El miedo hace descender el umbral del dolor, de tal modo que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones mayores.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el haya pasado por esa experiencia personalmente.

Los niños de corta edad son muy sensibles a la sugestión; al oír hablar a sus padres ó a otras personas sobre experiencias dolorosas en el consultorio dental desarrollará miedo a éste y lo evitará lo más posible. La imagen que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la imaginación característica de la infancia se agiganta.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazada por ella; el miedo persistirá hasta que el niño quede convencido de que no existe razón para asustarse.

El niño debería conocer, de manera muy general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo antes de su primera visita dental. Nunca debe mentírsele a el niño respecto a minimizar ó exagerar las molestias de los procedimientos dentales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otro, llega a sentir un miedo igualmente genuino hacia el mismo objeto ó situación; sobre todo si el temor es observado en los padres.

Estos temores por imitación también pueden transmitirse sutil-

mente; siendo el padre el transmisor y el niño el receptor, sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. La ansiedad que se refleja en el rostro del padre, por ejemplo, puede causar más aprensión que una sugerencia verbal ó bien una madre que teme a sus visitas dentales, y que siempre va con una gran tensión, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo.

Por lo general mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, se irán agrandando; hasta no guardar proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

El miedo a los estímulos objetivos, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión, siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente y no haya sido más que el necesario; el niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esa situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior; por ejemplo el dolor que produce una inyección.

Los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales no se relacionan con ninguna experiencia real y personal, de tal modo que el miedo que puede experimentarse no tiene límites.

Jersild ha estudiado las experiencias más temidas por los niños y no encontró relación entre éstas y las experiencias más desagradables que en realidad vivieron. Los temores más profundos -

los inspiraban objetos ó acontecimientos imaginarios.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores más imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. A menudo utilizan el miedo para no cumplir con alguna tarea ó para no asistir a su cita dental; corresponde a los padres y al Cirujano Dentista determinar si el miedo es real ó simulado.

Es importante recordar que cada niño es un individuo y reacciona de forma individual. Independientemente del condicionamiento gran parte de las reacciones dependerán de las capacidades físicas y mentales del individuo. No es igual la respuesta de un niño retrasado mental a la de un niño mentalmente alerta ó la de un niño con funciones endócrinas normales que responderá de manera más activa que uno con hipofunciones glandulares. A veces hay situaciones en las que dos niños sanos, con iguales capacidades mentales reaccionan de manera muy distinta ante el mismo estímulo.

Estas diferencias individualistas deben de ser comprendidas y aceptadas por los padres para lograr una mejor formación de sus hijos y lograr que acepten los procedimientos dentales como una

experiencia normal relacionada con la salud.

Siendo el miedo una de las principales emociones que el odontólogo tiene que tratar, no explica del todo el comportamiento -- del niño en el consultorio dental; existen además las relaciones interpersonales que alteran el patrón de comportamiento del niño que visita al dentista.

Las relaciones entre padres e hijos son de las principales relaciones interpersonales, por ser las más íntimas y por lo mismo las más poderosas para determinar el comportamiento emocional - del niño.

En la mayor parte de los casos, el comportamiento del niño en - el consultorio dental es un indicador de las actitudes que tienen hacia él sus padres.

PROTECCION EXCESIVA

Es cierto que todo niño necesita amor y afecto; pero por ciertos factores emocionales, relacionadas con experiencias ó dificultades experimentadas por los padres, su impulso protector -- puede volverse excesivo; impidiendo a el niño tener iniciativa ó tomar decisiones por sí mismo, es auxiliado en cualquier cosa que haga por mínima que sea, incluso a vestirse y alimentarse - y la madre toma parte activa en sus actividades sociales. El niño es limitado en sus juegos y trabajo por temor a accidentes,

enfermedades ó costumbres indeseables contagiadas por sus compañeros de juego.

En cuanto a los niños, parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

Los hijos de padres dominantes son niños muy tímidos, sumisos, delicados y temerosos; no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Tienen complejos de inferioridad, ansiedades profundas y son humildes.

Estos niños pueden constituir pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes y disciplinados; pero frecuentemente a causa de la timidez del niño el odontólogo debe esforzarse bastante para poder ganar su confianza.

Por el contrario, los hijos de padres demasiado indulgentes ó que rodean a sus hijos de demasiados lujos, son niños con grandes dificultades para adaptarse a el medio social que les rodea; son niños que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Al negárseles lo que piden se impacientan, hacen muestra de su mal genio por "berrinches" e incluso pueden tratar de golpear a la persona que no accede a sus deseos.

Son niños muy mimados y muy difíciles de manejar en el consultorio. En la mayoría de estos casos el único medio para obtener su cooperación es usando disciplina; el problema radica en que

los padres consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo -- que en realidad están, por lo cual deberá tenerse mucho tacto - al aconsejarlos con respecto a su hijo.

R E C H A Z O

Existen varios grados de rechazo; desde ligera indiferencia a - causa de compromisos de trabajo ú otros intereses, hasta un re- chazo total a causa de problemas emocionales.

Los hijos de padres que son algo indiferentes, son niños que se sienten inferiores y olvidados, inseguros de sí mismos, resentí dos y poco cooperadores; se retraen en sí mismos sin amar ni in teresarse por nadie.

Los niños rechazados además de la falta de amor y afecto, pue den ser tratados con desprecio y en ocasiones con brutalidad. - Pueden ser víctimas de críticas constantes y demostraciones - abiertas de desagrado; en ocasiones es evidente el descuido y - los severos castigos que sufren. Estos niños desarrollan caren cias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los llevan a ansiedades profundas.

Por falta de seguridad en su casa se vuelve suspicaz, agresivo, desobediente, combativo, vengativo, poco popular, nervioso y de masiado activo; por esta actitud es rechazado por los chicos de su misma edad, lo que le hace buscar la compañía de otros pare-

cidos a él.

En el consultorio odontológico, el niño puede ser difícil de manejar, el odontólogo debe ser amigable y comprensivo, además de paciente. En muchos casos el niño se porta mal para llamar la atención, puesto que está necesitado de bondad, atención y afecto.

D O M I N A C I O N

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo obligan a competir con niños mayores ó más avanzados. El niño es forzado en su entrenamiento por los padres que generalmente son extremadamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan.

Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud, puede ser común el negativismo.

Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán los órdenes despacio y con el mayor retraso posible.

Si el odontólogo los trata con consideración y amabilidad, pueden llegar a ser buenos pacientes.

I D E N T I D A D

Hay casos en los que los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren brindar al niño todas las ventajas que a ellos les fueron negadas; si el hijo no reacciona como ellos esperaban, los padres dan a conocer su decepción abiertamente; lo que provocará en el niño sentimientos de culpabilidad que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento; son niños que lloran con facilidad y no tienen confianza en sí mismo, poco emprendedores por miedo al fracaso.

Su reacción en el consultorio dental es la misma que la de los hijos de padres dominantes, por ende el odontólogo debe tratarlos igualmente con amabilidad y consideración.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan determinantes como las relaciones padre-hijo, también influyen en el comportamiento del niño; por ejemplo la dominación que puede ejercer un hermano mayor ó por el contrario, dominio del niño sobre un hermano más pequeño ó incluso la rivalidad ó competencia por el afecto de los padres ó por cualquier otro motivo puede influir en su patrón de comportamiento

En la personalidad del niño además de las relaciones con padres y hermanos existen cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, etc.

Los hogares deshechos pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, es más per-

judicial para la formación del carácter un hogar con frecuentes conflictos y desajustes que un hogar deshecho.

Conforme el niño crece y asiste a la escuela; los maestros al igual que los compañeros escolares y de juego influirán en una forma importante en la formación de su personalidad.

Pero el hogar es indudablemente el factor más importante para moldear la personalidad del niño.

CAPITULO III
E L A B O R A C I O N D E
L A H I S T O R I A C L I N I C A

El exámen clínico es un punto clave para el Cirujano Dentista, ya que además de obtener un conocimiento claro del grado de enfermedad ó salud que presenta nuestro paciente, es nuestra base para considerar los diferentes enfoques correctores para su problema específico.

La historia clínica en sí, constituye una relación ordenada y detallada de todos los datos relativos a nuestro paciente. Hay muchos tipos y formas variadas de historias clínicas según el órgano ó aparato a examinar. Para un estudio completo y analítico de hábitos bucales, se requiere de la recopilación de una serie de datos bien específicos, para poder hacer un análisis y valoración de las causas y los efectos, y brindar posteriormente alguna alternativa en beneficio de nuestro paciente.

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

El ó los hábitos son con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño ó de su mala adaptación.

Pueden existir temores desusados como a la obscuridad, a la se-

paración de los padres, a los animales ó insectos. La historia frecuentemente da a conocer dificultades en el adiestramiento de los esfinteres. Hechos como la falta de aceptación en actividades grupales en la escuela; ó los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto el hábito puede no ser un -- síntoma suelto, aislado; sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

Desde la primera visita del paciente al consultorio dental, la actitud del odontólogo hacia el niño se recomienda sea la de -- buscar un acercamiento amistoso, para ir ganando su confianza, - debe procurarse también utilizar el mínimo número de instrumentos para examinarlo, de lo contrario el niño puede alarmarse. - Si lo mencionado se hace correctamente dará como resultado la - aceptación del niño hacia el odontólogo, lo cual nos facilitará en mucho el tratamiento posterior.

A continuación se muestra un tipo de historia clínica, para - ilustrar más claramente el tipo de datos que nos auxiliarán para formarnos un criterio de los acontecimientos conducentes a - la formación del hábito.

HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Teléfono _____

Remitido por:

C.D. ()

Médico ()

Otro ()

Especificar _____

Edad: años _____ meses _____ Peso al nacer _____ Kg.

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Prematuro ()

Anomalías Congénitas ()

Especificar _____

C A S A

Hermanos:

Número de hermanos _____ Edades _____

Número de hermanas _____ Edades _____

El niño vive con: Madre () Padre () Otro () Especificar _____

Otros en el hogar _____

P A D R E S

Madre: Calmada () Padre: Calmado ()

Energica () Enérgico ()

Tensa () Tenso ()

Ocupación de la madre _____

Ocupación del padre _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL

Personalidad: Introverso () Juegos: Normales ()

Bien adaptado () Anormales ()

Extroverso ()

Escuela: Atrasado ()

Regular ()

Avanzado ()

Comentarios _____

SALUD GENERAL ACTUAL

Salud: Buena () Bajo tratamiento ()

Regular () Enfermedades Graves ()

Mala ()

Comentarios _____

Gripes anuales y otras -
 enfermedades menores: Frecuentes () Invierno ()
 Ocasionales () Primavera ()
 Rara vez () Verano ()
 Otoño ()

Reacción bajo tensión: Antagónica ()
 Dócil ()
 Defensiva ()

Comentarios _____

ALIMENTACION

Lactancia natural () Duración () meses

Edad al destete () meses

Lactancia con biberón () Duración () meses

Edad al Destete () meses

Alimentación Actual: Buena ()

Regular ()

Mala ()

Comentarios _____

SUEÑO

Día: Regular () Noche: Núm. de horas ()
 Irregularmente () Profundamente ()
 Rara vez () Frec. interrup. ()

W. C.

Hábitos: Anormales () Comentarios _____
 Normales () _____

Defecación:

Edad de aprendizaje: años _____ meses
 Aprendió completamente años _____ meses

HABITOS BUCALES

Chupar el dedo ()
 Chupar los labios () Frecuentemente ()
 Respiración Bucal () Ocasionalmente ()
 Empuje lingual () Rara vez ()
 Bruxismo ()

Edad comienzo del hábito: años _____ meses
 Edad en que lo abandonó: años _____ meses

Aún continúa: Día () Noche () Escuela ()
 Viendo T.V. ()

Hábitos Auxiliares:

Jalarse los cabellos ()

Tirarse de la oreja ()

Hurgarse la nariz ()

Morder ó acariciar trapo ()

Otro ()

Especificar _____

Métodos utilizados para controlar el hábito:

Ninguno ()

Dental ()

Otro ()

Especificar _____

Conocimiento del hábito por el niño:

Niño Consciente ()

Reñido por hermanos ()

Reñido por la madre ()

Reñido por el padre ()

Otro ()

Especificar _____

Otros con hábito similar:

Ninguno ()

Hermano (a) ()

Padre ()

Madre ()

Otro ()

Especificar _____

T R A T A M I E N T O

Deseo del niño de dejar el hábito:

Sí con tratamiento () No le importa ()

Sin tratamiento () Ningún deseo ()

Actitud de los padres:

Madre Sin tratamiento () Padre Sin tratamiento ()

Tratamiento:

Aparato ()

Aparato ()

Ningún aparato ()

Ningún Aparato ()

Comentarios Generales _____

En caso de que se requiera, se procederá a hacer un examen radiográfico; para obtener una visión más amplia de las estructuras dentales, para observar soporte óseo, etc. Los modelos de estudio serán también indispensables y de suma importancia. Existen también una serie de observaciones que el Cirujano Dentista puede llevar a cabo en su búsqueda de hábitos bucales.

1.- Observar a el niño en el momento en que este no se percate de lo que está observando:

- a) Perfil facial ¿Es recto, cóncavo ó convexo?
- b) Posiciones de los labios en reposo ¿Juntos ó separados?
- c) Posiciones de los labios durante la deglución. Observar si se cierran formando un sello; ó si el labio inferior cierra el sello presionando hacia arriba por detrás de los dientes anteriores superiores.

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

- a) Observar estrechamente que hace la lengua durante la deglución, si es posible. Esto no se puede hacer mientras se mantienen los labios separados, como se ha sugerido; ya que en estas condiciones la lengua se pro--

yecta para formar el sello de la deglución.

- b) Buscar evidencias de respiración bucal; - -
agrietamiento de la línea gingival ó caries,
ó excesiva pigmentación de las caras vesti-
bulares (tercio gingival) de los incisivos
centrales y laterales superiores.
- c) Buscar callosidades en el dorso de los de--
dos de la mano para encontrar el dedo suc--
cionado habitualmente.

Una vez que contemos con la recopilación de todos los datos que nos interesan, se podrá dar un diagnóstico y trazar un plan de tratamiento adecuado; no olvidándonos de que debemos contar con el consentimiento de los padres, así como el niño debe de estar de acuerdo a cooperar con el tratamiento a seguir.

CAPITULO IV

LOS HABITOS BUCALES INFANTILES

EL REFLEJO DE SUCCION Y LA LACTANCIA
NATURAL Y ARTIFICIAL

Engel afirmaba que en el niño hay una organización esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado "reflejo de succión", e incluso intrauterinamente se han observado fluoroscópicamente contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa le permite alimentarse de su madre y asirse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento.

El mecanismo de succión tan desarrollado en el recién nacido constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable para él; le proporciona asimismo sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de esa vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinápsis y otras vías, no necesita de

pende tanto de esta vía de comunicación.

Conforme se desarrolla la vista y el oído del niño, tratará de alcanzar y llevar a su boca aquello que ha visto y oído a distancia, haciéndose manifiesto también la mala coordinación de sus movimientos manuales; pero a pesar de ello no desiste hasta que todos los objetos posibles para ser lamidos, gustados son examinados por medio de sus sensaciones bucales. Si algún objeto le provoca una sensación agradable, puede intentar comérselo y si por el contrario la sensación es desagradable, lo escupirá y moviendo la cabeza en sentido contrario a el objeto mostrará su desagrado. A la primera reacción se la denomina "introyección" y a la segunda "proyección".

Así los objetos que estén calientes y blandos al introducirlos en la boca traerán a el lactante una asociación de alimentos y bienestar pasado, dándose a sí mismo una satisfacción secundaria ó similar para aliviar las angustias del hambre ó de otro tipo. Esto se aplica a la succión digital, encontrando el niño un sustituto de la madre y de su alimento tibio en su dedo. El hecho de satisfacer su necesidad de tener algo en la boca y de agarrarse a algo, es considerado como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia maternal.

Hay muchas interrogantes con respecto a la controversia existente entre la lactancia natural y la artificial, pero es claro que esta última no proporciona la importante sensación de gra-

tificación asociada con la lactancia natural.

Al producir sólo un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante. El maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

La tetilla artificial común y corriente, solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (borde bermellón). Falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo materno, la fisiología de la lactancia no es imitada debido a el mal diseño del chupón, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador y todo el mecanismo anteriormente descrito acerca de la fisiología de la succión natural, es reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia debido a el gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no

tiene que realizar grandes esfuerzos.

Para efectuar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando permite a la madre acelerar el flujo de líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia. Está plenamente comprobado que los niños amamantados en forma natural, -- están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Se ha concluido también que las tetillas de goma artificiales -- mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial, -- causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos.

La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe, -- no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo -- hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; y el niño por lo tanto, deberá ser "eructado" con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla que provoca la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fué perfeccionado el "ejercitador" ó "pacificador". Con el uso correcto de la tetilla anatómica y del ejercitador se espera que se reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo a el dedo ó pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo para amamantar a su hijo. Se recomienda un mínimo de media hora por intervalo; aunque claro está que no puede ser establecida una norma firme e inflexible, ya que algunos niños requieren de más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales.

El destete deberá hacerse hasta el primer año de vida; si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, la frecuencia de los hábitos prolongados de succión digital serán reducidos significativamente, también los hábitos anormales de labio y lengua tendrán una reducción considerable.

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

Es importante el volver a recordar que la mayoría de los hábi-

tos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del segundo año de vida, si se presta atención debida a la lactancia.

SUCCION DIGITAL

Este hábito es uno de los más comunes y se puede adquirir al nacimiento ó más tarde. Es indudable que proporciona a el niño algún tipo de placer ó satisfacción y que al paso del tiempo, se convertirá en un hábito demasiado arraigado.

Freud reconoció la diferencia entre la necesidad de succión con fines nutritivos y la succión como causa de placer. Tomó de base esta observación para lograr la distinción entre la fase placentera y nutritiva del acto de alimentarse, para poder desarrollar su teoría acerca de las zonas erógenas, las cuales son - - áreas ó sitios de tensión del cuerpo dotadas de sensación placentera.

Levy dice: Las observaciones previas y los estudios clínicos han demostrado que la causa principal del hábito de chuparse el dedo, es la insuficiencia en el chupar el pezón ó el biberón. - Lo anteriormente dicho se apoya en el estudio hecho a diferentes sistemas de alimentación, en familias donde los niños tienen el hábito de chuparse el dedo y en familias donde no existe

este hábito; lo que llevó a la conclusión de que los primeros - tuvieron menos actividad lactante que los segundos. Se ha demostrado también que cuando el hábito se inicia después de las primeras semanas de vida, se debe específicamente a la escasez en el tiempo de succión natural.

En el acto de chuparse el dedo, existe con frecuencia un movimiento accesorio, dicho movimiento puede llegar a formar parte integral del acto de succión, esto es que no puede efectuarse - uno sin el otro. Un ejemplo sencillo es el de un niño que al - chuparse el dedo, tenga un movimiento accesorio como el asir un objeto; y cuando se retira el objeto el dedo succionado sale de la boca. Existen también casos en que basta que el observador - inicie en el niño los movimientos accesorios para que estos - sean seguidos por la succión digital. En general, la opinión de los psiquiatras ante este problema, es la de no hacer caso hasta que se compruebe que causa algún daño. Otro aspecto importante que contempla este hábito, es cuando se practica con una abstracción lo suficientemente fuerte para que el niño niegue - el interés normal respecto a otras actividades y en ocasiones - al aprendizaje normal.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo - durante el tiempo que es normal; es decir el primer año ó año y medio de vida, es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a -

su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales ó formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños nó lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como puede suceder si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito ó la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. "Ningún padre debería fijarse en éste hábito no obstante la provocación", esta observación es aplicable a niños de todas las edades. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito; lo que parece ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

En el terreno odontológico los daños producidos por la excesiva succión son a nivel de la deformación de los maxilares, dando como secuela la sobremordida y separación de los incisivos superiores por la presión ejercida del pulgar hacia ellos.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior; este daño será temporal, siempre y cuando el ni

ño principie con oclusión normal.

La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que pueden provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar; debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria de clase II división I.

Hay diferentes opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos, pero en general se coincide que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores no habrá riesgo de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. No así cuando el hábito persiste durante el período de dentición mixta (de los seis a los doce años), pudiendo producirse problemas oclusales y/o deformaciones óseas. Es importante establecer que la duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final; es lógico que el niño que chupa solo cuando se va a dormir ó esporádicamente causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad que el niño aplica en la práctica de su hábito es también importante; ya que en algunos niños el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad muscular; mientras que en otros la función muscular peribuca y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles.

El desplazamiento de las piezas ó la inhibición de su erupción normal puede ser causada por dos puntos:

- De la posición del dedo en la boca
- De la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveólo por la fuerza que genera, si además de succionar presiona contra las piezas dentarias.

Por el contorno de la mordida abierta, casi se puede saber de que mano es el dedo que el niño se succiona. Lo podemos confirmar revisando en una forma discreta y casual las manos del niño, ya que la que utiliza tendrá un dedo más limpio ó bien en el dorso del dedo tendrá una callosidad.

El mal alineamiento de las piezas por lo general produce una abertura labial de las piezas anteriores superiores. Esto a su vez aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Algunos autores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción de las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la

mordida abierta. Hay dudas con respecto a que la succión del -- pulgar provoque estrechamiento de la sección palatina.

La prominencia que resulta de los incisivos permanentes superiores desplazados labialmente, los vuelve altamente vulnerables a sufrir fracturas accidentales. La mordida abierta da como resultado además problemas de empuje lingual y trastornos fonéticos. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción de los músculos al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores, con algo de fuerza, durante la fase final de espasmo de deglución.

Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión. Sin embargo, debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales. El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, división 1, y casualmente también succio

ne su pulgar, no justifica la conclusión de que succionar el de
do, por sí solo, produjo la maloclusión de segunda clase. Debe-
rán considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La ob
servación minuciosa de las oclusiones de los padres pueden reve-
lar factores importantes a este respecto.

QUEILOFAGIA O SUCCION LABIAL

Hay casos de hábitos de succión en los que no sólo se emplea el pulgar ó algún otro dedo, sino también intervienen otros tejidos como las mejillas, la lengua y principalmente los labios; - estos tejidos en un momento dado sustituyen al pulgar ó cualquier otro dedo con el fin de seguir practicando el hábito.

La succión ó mordida del labio, pueden ocasionar en el niño los mismos desplazamientos dentarios que los de la succión digital. Este hábito generalmente se presenta en la edad escolar y puede ser abandonado por el niño, si se logra convencerlo y obtener su cooperación.

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara, si se practica de una manera constante; puede también deformar las arcadas dentarias.

Los dientes anteriores del maxilar se moverán en sentido labial, estableciendo con ello una apertura de la mordida. El labio superior se muestra hipotónico y corto.

En los casos graves, el labio inferior muestra los efectos del hábito; apreciándose abultado y asociado con frecuencia al herpes crónico con zonas de irritación y agrietamiento del labio.

El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior puede ser notados fácilmente por el odontólogo.

En algunos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora, causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Si existe maloclusión de clase II división I, ó como ya se mencionó anteriormente, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora ó adaptativa a la morfología dentoalveolar; en estos casos antes de corregir la posición labial se debe de cambiar la posición dentaria, es decir el establecimiento de la oclusión normal, para lo cual se requiere generalmente la intervención de un especialista en ortodoncia.

Cuando la oclusión es normal ó ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

LA DEGLUCION NORMAL Y ANORMAL

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

La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios. Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, como resultado final habrá un cambio en la posición y la relación de los dientes.

En el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero, la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, solo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en solo la región incisiva y canina. En otros casos, además de la punta interpo-

nen también los lados de la lengua; esta posición provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares, así como en la zona anterior.

El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto ó menos en las horas de sueño dependiendo la frecuencia del flujo salival. Para saber si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución; procedemos a ubicarnos frente a él, colocamos los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se le pide al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae; si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

La posición anormal de la lengua está con frecuencia asociada a la maloclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal. Straub cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de clase III.

El bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes se posicionan entre los labios y la lengua. En coincidencia con ésto, el reflejo de deglución -- normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par -

craneal entran en acción.

Una demora en este cambio puede deberse a las siguientes posibilidades:

- a) Por el uso prolongado del chupón.
- b) Por el uso de chupones demasiado largos ó con agujeros muy grandes que ocasionan un mayor y más libre flujo del alimento.
- c) Por demora en la incorporación de alimentos sólidos.

La mordida abierta anterior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, es característica del tipo simple de hábito de proyección lingual; misma que puede ser tratada con mucho éxito obteniéndose resultados notables en la oclusión anterior.

EMPUJE LINGUAL

En los niños que se presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión, es frecuente observar hábitos de empuje lingual. No obstante no se ha comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, ó si la mordida abierta es la que permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

Hay pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Hay casos en los que originalmente existe una historia de hábito de succión prolongado; desaparece éste, pero persiste una moderada proyección lingual que mantiene la mordida abierta.

El empuje lingual tiene efectos similares a los de la succión del pulgar; produce protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares, aunque en este hábito puede presentarse una presión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Es importante al realizar un diagnóstico de mordida abierta anterior, tomar en cuenta además de la succión del pulgar que generalmente se asocia con la mordida abierta un posible hábito de empuje lingual ó bien una lengua agrandada, que pueden ser igualmente determinantes en la formación de la mordida abierta y órganos dentales anteriores en protusión.

Moyers y Linder-Aronson han demostrado que el hábito de proyección lingual puede darse a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua por la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

Es conveniente tener en cuenta la posibilidad de aplicar una terapia funcional como tratamiento para la proyección lingual, antes de colocar algún aparato.

Se puede utilizar una pastilla de menta sin azúcar, se le indica a el niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva; mientras mantiene así la pastilla fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Andrews recomendó la instrucción con agua; bebiendo un trago, cerrar los dientes hasta ocluir, colocar la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutir. Tan pronto como el paciente haya logrado adiestrar su lengua y sus músculos para un funcionamiento adecuado durante la deglución, se puede colocar un aparato para que el paciente recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

El aparato puede ser removible ó fijo, dependiendo de la madurez y cooperación del paciente; Cohen recomienda el uso de uno removible cuando el paciente realiza con formalidad los ejercicios con la oblea sin azúcar y con la lengua.

RESPIRACION BUCAL

Es poco frecuente que los niños respiren continuamente por la boca. En los niños que se presenta este hábito, puede deberse a tres causas:

- a). Por obstrucción
- b). Por hábito
- c). Por anatomía

En el caso de los niños que respiran por la boca por obstrucción son los que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Es decir, que por existir dificultad para exhalar e inhalar aire por la nariz, el niño se ve obligado a respirar por la boca para satisfacer sus requerimientos de oxígeno.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la causa que lo forzaba a hacerlo.

El respirador bucal por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo la boca sin tener que realizar grandes esfuerzos.

Con la clasificación mencionada, el odontólogo podrá identificar en el niño la categoría que le corresponde.

También debe distinguirse el segundo tipo del de un paciente que respira por la nariz, pero que por tener el labio superior corto, mantiene los labios separados constantemente.

La respiración por la boca de tipo obstructivo se presenta frecuentemente en los niños ectomórficos que son de cara estrecha y larga y espacios nasofaríngeos estrechos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser provocada por:

- a). Por la hipertrofia de los turbinados causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas ó aire contaminado.
- b). Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- c). Por adenoides agrandados. No es raro que los niños de corta edad respiren por la boca porque el tejido adenoidal ó faríngeo aumenta de tamaño frecuentemente durante la infancia; sin embargo cuando el proceso fisiológico natural cause la contracción del tejido adenoideo la respiración bucal se corregirá por sí sola.

Es un hecho que aunque la causa se elimine, el efecto puede persistir como es en el caso de obstrucción nasofaríngea que ha sido corregida por intervención quirúrgica ó bien por contracción fisiológica, y sin embargo el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Siendo esta situación más evidente cuando el niño duerme ó esta en posición reclinada. En este caso el odontólogo intervendrá colocando un aparato que obligue a el niño a respirar por la nariz; como lo es el protector ó escudo bucal, cuya función aquí es obstruir el paso del aire por la

boca, forzando así la inhalación y exhalación del aire por los orificios nasales. Antes de colocar el protector bucal, deberá uno estar seguro de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire.

Para comprobar lo anteriormente dicho, Massler y Zwemer sugieren el uso de un trozo de algodón colocado frente a los orificios nasales. Se le pide a el niño cerrar los ojos y la boca para que no se percate de la pequeña prueba y para que la respiración sea natural. Si no puede respirar por la nariz ó lo hace con gran dificultad, deberá canalizarse con un rinólogo para que diagnostique y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedírselo, incluso después de hacer algún ejercicio violento, hay gran probabilidad de que su respiración bucal sea por hábito, y se corregirá entonces con un protector bucal. El aspecto típico de las personas que respiran por la boca a veces se describe como "facies adenoidea", aunque no se ha comprobado del todo que la respiración bucal cause este aspecto; la cara es estrecha, los dientes anteriores superiores presentan protusión labial y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores, maxilar superior en forma de v, bóveda palatina elevada. Es común el agrietamiento de los labios, mucosa edematosa y enfes agrandadas.

No se ha comprobado definitivamente que la respiración bucal --

sea causa de maloclusión, aunque frecuentes han sido los casos en que se observa una tendencia a maloclusión en niños que respiran por la boca.

El protector bucal descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal; generalmente se usa durante la noche, para que al dormir el niño se vea forzado a respirar por la nariz.

BRUXISMO

Se considera un hábito bucal en los niños y consiste en el frotamiento de los dientes sin propósitos funcionales dando como resultado el desgaste de los dientes.

Este hábito se practica con más frecuencia por las noches y si se mantiene por un período prolongado, se producirá una atrición ó desgaste considerable en las piezas dentarias tanto temporales como permanentes, e incluso se provocan molestias matutinas de la articulación temporomandibular.

Las causas exactas de este hábito no son muy claras aún, pero se considera que existe un componente de tipo emocional, ya que se presenta en niños nerviosos e irritables y que lo practican de una manera consciente e inconsciente por un tiempo indefinido; la tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el bruxismo. Es probable que estos niños practiquen otro tipo de hábito como la succión del pulgar ó la mordedura de uñas, generalmente su sueño es intranquilo y son niños que sufren ansiedades. También se ha observado el bruxismo en enfermedades como la epilepsia, meningitis y en pacientes con trastornos gastrointestinales.

Ramjford menciona como causa probable, el que exista una interferencia oclusal y que la presencia de ésta desencadene el bruxismo, y con mayor razón si se presenta acompañada de una tensión nerviosa. Si se presentan interferencias el tratamiento a

seguir es el ajuste oclusal para eliminar éstas. El tratamiento en general entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra.

La actitud del odontólogo para romper el hábito será mediante la construcción de una férula de caucho blando, para ser llevada durante la noche sobre los dientes, perdiendo de esta manera el hábito su eficacia satisfactoria.

ONICOFAGIA

Después de la edad de la succión es común que se desarrolle el hábito de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasa directamente de la etapa de la succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Se han hecho estudios en los que se ha concluido que aproximadamente 80 por 100 de los individuos se muerden las uñas ó han practicado en el pasado este hábito.

No se considera un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, ya que las fuerzas ó tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos en que las uñas de los individuos contienen impurezas se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores. Pueden presentarse constantes irritaciones alrededor de las uñas y dedos en forma de bala.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos; objetos como lo son la goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar, ó incluso las mejillas ó la lengua, actuarán como sustitutos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

AUTOMUTILACION

No es muy frecuente el encontrar referencias sobre este tipo de hábito, esto no quiere decir que la automutilación no se practique muy frecuentemente; sino que es difícil en cierta medida el diagnosticarla, ya que generalmente el niño no está dispuesto a admitir la práctica del hábito a menos que sea sorprendido haciéndolo.

Este tipo de problemas le corresponde también al odontólogo que muchas veces por falta de cooperación de los pacientes, pues como ya se mencionó no es fácil que acepten la práctica de este hábito; puede diagnosticar incorrectamente las lesiones autoinfligidas. Si se descubre que la causa de la mutilación es por factores dentales locales, se puede corregir; pero por lo general existe un problema emocional en la raíces del problema, siendo lo más indicado el canalizar a la familia a consulta con especialistas en este campo. La mayoría de las veces las causas son conflictos familiares ó bien la no adaptación del niño a el medio familiar ó escolar, así como la tensión emocional.

El hábito en sí consiste en la movilización de las piezas dentales a consecuencia de la falta de soporte óseo y de encía; es decir que el niño utilizando sus uñas e incluso algún otro objeto como ganchillos ó pasadores empieza a traumatizarse los tejidos gingivales llegando en algunos casos a el grado de destruir el hueso alveolar y finalmente a autoextraerse la pieza denta-

ria.

La remisión de estos pacientes hacia una clínica ó a la consulta particular para una orientación infantil y familiar es la -- conducta a seguir por el odontólogo, para que haya una solución en las bases reales del problema.

EMPUJE DEL FRENILLO

El empuje del frenillo es un hábito que es raro el observarlo; si los incisivos permanentes superiores están espaciados entre sí, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición durante varias horas. Es probable que el hábito se inicie como un juego ocioso pero puede tornarse en un hábito que provoque el desplazamiento de las piezas dentales. El efecto sobre los dientes en este hábito es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal separando los incisivos centrales.

HABITOS DE POSTURA

Los hábitos de postura que producen maloclusión son muy raros; entre estos hábitos está la costumbre de apoyar el mentón en la palma de la mano, por las posiciones que se adoptan al dormir con el brazo bajo el rostro y otras posiciones peculiares. Graber dice que la mala postura puede acentuar una maloclusión existente, pero que aún no ha sido probado que constituya el factor etiológico primario.

CAPITULO V

T R A T A M I E N T O S

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE
SUCCION DIGITAL

La prescripción ortodóntica para la reeducación de los hábitos adopta diversas formas; una de las formas más eficaces es una criba fija.

En la primera visita se toman las impresiones con alginato y se vacían moldes de yeso. Si el segundo molar superior decidido tiene contactos proximales estrechos, es recomendable colocar alambres separadores de bronce en esta misma visita. Los segundos molares deciduos superiores, constituyen buenos dientes de soporte. Se pueden utilizar coronas metálicas completas ó bandas de ortodoncia ordinarias; algunos autores prefieren las coronas. Fabricamos el aparato sobre el modelo, se recorta la porción mesial del primer molar permanente, si existe y la distal del primer molar decidido, un milímetro ó dos, impidiendo el contacto con el segundo molar decidido.

Se recorta el margen gingival de los segundos molares deciduos, siguiendo su contorno; el recorte es de aproximadamente 2 ó 3 mm. se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, se corta la porción gingival con tijeras para coronas -

para ajustarla al contorno gingival que hicimos en el modelo, y se contornea si es necesario. Debe tenerse especial cuidado en el recorte de las zonas proximales, ya que es frecuente el recortarlas demasiado, reduciendo con esto la dimensión gingivooclusal. A continuación, se corta una ranura en la corona en la superficie mesiobucal ó distobucal y se lleva a su lugar.

Procedemos a construir el aparato palatino con alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival de el segundo molar deciduo hasta el nicho entre el primer molar y canino primarios. Se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el primer molar y el canino primario del lado opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival, aquí se hace otro dobléz hacia atrás hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente a el modelo; es importante el no seguir el contorno del paladar para poder reducir la satisfacción de la succión.

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 aproximadamente 45 grados respecto a el plano oclusal, a la vez no debe de ir más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del asa, que van hacia adelante, se continúan más allá de

la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que ha gan contacto con él ligeramente. Se suelda el asa a la barra -- principal con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de -- plata. Se suelda una tercera proyección entre las dos anteriores del asa central.* La barra principal y el aparato soldado se unen también por medio de soldadura a las coronas colocadas en los segundos molares deciduos. Se aconseja colocar en estas uniones un exceso de soldadura. Se procede a limpiar y a pulir el aparato quedando listo para la inserción.

* Los espolones no deben ser afilados.

En la segunda visita, el aparato se retira del modelo y se redu ce la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del - corte vestibular.

Si se han colocado alambres de separación se retiran, y colocamos el aparato sobre los segundos molares deciduos, se le indica a el paciente que ocluya firmemente; con esto las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia de los -- dientes individuales, se procede a soldarlas sobre el modelo a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Todo el - margen gingival de la corona deberá de ajustar perfectamente y encontrarse debajo del margen gingival, pero sin producir dolor, isquemia ó mutilación de la encla.

Debe comprobarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central, si es así los

espolones deben ser recortados y doblados hacia el paladar.

Para colocar el aparato definitivamente los dientes se afilan, se limpian y se secan; el aparato se seca también perfectamente y se coloca con cemento, pidiendo a el niño que ocluya firmemente para que lo lleve a su lugar. Después de unos minutos se limpia el excedente de cemento. Se observará que las coronas abrirán un poco la oclusión, constituyendo los únicos contactos superiores de los dientes inferiores; pero los dientes superiores restantes harán erupción en poco tiempo hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

A el niño se le dice que el aparato que le hemos colocado solo es para enderezar sus dientes, en ningún momento debe de mencionarse el intento de hacer desaparecer el hábito; le explicaremos que tardará algunos días en acostumbrarse a el aparato y - que tendrá alguna dificultad en limpiar los alimentos que se retengan en el aparato. Asimismo debe advertírsele que tendrá necesidad de hablar lentamente y con cuidado, por la barra que se ha colocado dentro de su boca.

A los padres de nuestro paciente se les instruye para que tampoco en el hogar se haga mención del fin real de la colocación del aparato; tanto los padres como los hermanos solo harán alusión a el intento de enderezar los dientes del niño. Se les informa también que habrá poca molestia, pero que el impedimento del habla durará al menos una semana, afectando es-

pecialmente a los sonidos sibilantes. Los problemas del habla pueden estar presentes durante todo el tratamiento; la dieta debe de ser blanda durante los primeros días. Hay niños que salivan excesivamente y algunos se quejan de dificultad para deglutir; normalmente en un período de ajuste de dos ó tres días la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Las visitas de revisión deben hacerse a intervalos de tres ó cuatro semanas.

El aparato se lleva durante un período de cuatro a seis meses - en la mayor parte de los casos; cuando el hábito de dedo ha desaparecido completamente durante un período de tres meses se -- considera segura la no recidiva; por lo regular después de usar el aparato durante la primera semana el hábito desaparece.

Cuando ha transcurrido el período de tres meses de desaparición total del hábito; se procede a retirar el aparato, primero se - quitan los espolones. Si no hay recurrencia tres semanas después se retira la extensión posterior; tres semanas más tarde - pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si - existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado - un aparato parcial más tiempo.

La estructura de este aparato está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su -- funcionamiento y para permitir la corrección autónoma de la - -

maloclusión producida por el hábito.

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE PROYECCION LINGUAL

El aparato utilizado para la corrección de la proyección lingual es una variante del que se ha descrito para el tratamiento de succión digital. Tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante el acto de deglución.

Los segundos molares superiores deciduos pueden usarse como soportes, pero si existen los primeros molares permanentes con suficiente erupción son preferibles.

Se toman buenas impresiones con alginato de ambas arcadas dentarias de nuestro paciente y se corren en yeso. Se recomienda montar los dos modelos de trabajo sobre un articulador de bisagra ó anatómico.

Se procede a recortar los márgenes gingivales de los dientes de soporte y a la selección y ajuste de la corona en la misma forma que en el aparato para el tratamiento de succión digital. También se hace un corte vestibular en la corona.

Con alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo, de 0.040 pulgada se fabrica la barra lingual en forma de U; se adapta a nivel del margen gingival desde la corona hacia adelante hasta el área del canino del mismo lado, la barra debe hacer contacto con las superficies palatinas prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Se colocan los modelos en oclusión y trazamos con lápiz una li-

nea sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Misma que se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales inferiores respecto a la dentición superior. Adaptamos el alambre de base para ajustarlo a el contorno del paladar, precisamente por el aspecto lingual de esta línea, y lo llevamos hasta el canino del lado opuesto. Se dobla hacia atrás a lo largo del margen gingival, contactando con las superficies palatinas del primero y segundo molar deciduo hasta la corona metálica -- del primer molar permanente.

La oclusión en este momento no nos concierne, ya que el aparato se esta colocando para corregir una mordida abierta; sin embargo, al reducirse la mordida abierta, debemos asegurarnos de que la incisión no se interfiera por la barra base y su criba. Es esta la razón por la que la barra base se construye en sentido lingual respecto al margen incisal inferior.

Ya que se ha hecho la barra base y que tiene un ajuste pasivo sobre el modelo superior con alambre del mismo calibre formamos la criba. Soldamos un extremo a la barra base en la zona del canino; con la pinza número 139 hacemos tres o cuatro proyecciones hacia abajo en forma de V, dichas proyecciones deben llegar exactamente atrás de los cingulos de los incisivos inferiores cuando se pongan los modelos en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Fabricadas las proyecciones en forma de V, y que los brazos de

estas se encuentran aproximadamente a nivel del alambre base, - se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se - sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. Se - coloca el conjunto con cuidado sobre el modelo y se suelda a - las coronas.

El aparato se limpia y se pule, quedando listo para que lo pro- bemos dentro de la boca del paciente y establecer la circunfe- rencia periférica correcta para las coronas del soporte. Solda- mos el corte vestibular y finalmente podemos proceder a la ce- mentación del aparato.

Al igual que con el aparato para el hábito de succión digital, - la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimi- na en una semana. Los espolones son doblados hacia abajo para - que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferio- res, así durante el contacto oclusal total de los dientes pos- teriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual. La postura lingual es también modificada de tal forma que el dorso es proyectado contra el paladar, y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la de- glución es contra las arrugas palatinas, y no se introduce a - través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la - dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones -

periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores, esto conserva la distancia interoclusal ó la aumenta cuando es deficiente, así se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

El tiempo necesario para la corrección autónoma de la maloclusión puede variar de cuatro a nueve meses, dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta. No siempre el aparato tiene éxito por sí solo, y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

Cuando es necesario un refuerzo extrabucal, se pueden colocar tubos vestibulares horizontales sobre las coronas.

La edad recomendada para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia.

No todos los hábitos de proyección lingual causan maloclusión en los segmentos anteriores. Aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse, provocando infraoclusión en los segmentos posteriores superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y problemas del habla. Para su tratamiento puede emplearse una criba para hábito modificada para eliminar la pro

yección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes -
afectados.

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE SUCCION LABIAL

Para la fabricación de este aparato se requieren impresiones de alginato superiores e inferiores, corridas en yeso; para facilitar su manejo se montan en un articulador de bisagra.

Hacemos el recorte de los márgenes gingivales de los primeros molares permanentes inferiores ó de los segundos molares decíduos, liberándolos antes de los contactos proximales. Se seleccionan las coronas metálicas ó las bandas de ortodoncia adecuadas para los dientes pilares y se ajustan a ellos en la misma forma que en el aparato para succión digital. Cuando se ha optado por las coronas; las cuales tienen más posibilidades de resistir las fuerzas oclusales si el aparato va a ser usado durante un tiempo considerable; también se hace una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se suelda en varios puntos.

A continuación se adapta por lingual un alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo de 0.040 pulgada desde el diente de soporte, hasta el nicho entre el caninoy el primer molar decíduo, ó bien el canino y el incisivo lateral, para cruzar el área interproximal hacia labial.

Cualquier espacio interproximal puede ser seleccionado para cruzar el alambre base hacia labial, dependiendo del espacio exis-

tente, que se determina por el análisis de los modelos articulados.

Ya que se ha cruzado por interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen gingival vestibular, llevándolo - hasta el nicho correspondiente del lado opuesto; llevamos entonces el alambre a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte.

Es muy importante el verificar que la porción labial del alambre no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al ocluir los modelos. El alambre debe estar - de 2 a 3 mm. alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores para permitir que se desplacen hacia adelante.

Se agrega un alambre de níquel y cromo ó de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgada, soldando un extremo en el punto en que - el alambre cruza el nicho y llevándolo en sentido gingival ó u 8 mm., se le hace un dobléz para llevarlo sobre la enca de los incisivos inferiores, paralelo al alambre base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre base. La porción paralela debe estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales.

Se procede a soldar el alambre base a las coronas ó a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posibles interferencias oclusales ó incisales.

Después de limpiar y pulir el aparato, podemos cementarlo sobre

los dientes.

La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre el alambre base y el auxiliar, lo cual tiende a reducir la irritación de la mucosa del labio inferior.

El período de tratamiento es de ocho a nueve meses. El retiro del aparato se hace en forma gradual; primero se eliminan los alambres auxiliares y varias semanas después el resto del aparato. En realidad no hay que apresurarse por quitar el aparato, especialmente en los casos en que ha habido apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores.

El aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial; lo que además de mejorar su inclinación axial, con frecuencia reduce la sobremordida.

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE RESPIRACION BUCAL

La pantalla vestibular constituye un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo.

El uso de pantallas vestibulares ó protectores bucales es recomendado para la corrección del hábito de respiración bucal. Es un sólido escudo insertado en la boca, descansa sobre los pliegues labiales; evita la respiración bucal y favorece la respiración nasal. Para su confección puede usarse resinas sintéticas, plexiglas ó plástico termolábil. A continuación se describe el método para fabricarlas con plexiglas.

Se construirá sobre modelos articulados, mantenidos en contacto vertiendo yeso por la parte lingual en la porción posterior de los modelos, mientras los mantenemos en oclusión. Ya que el yeso ha fraguado, se delinea el protector en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel que se coloca sobre el plexiglas, el cual calentandolo ligeramente podemos recortarlo en la forma requerida con unas tijeras. Se calienta aún más para adaptarse a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos y se tuerce como un torniquete para adaptar el protector. El plexiglas que se utiliza es de 1.5 ó 2 mm.

Generalmente se inserta durante la noche, antes de que el niño se acueste a dormir, para que durante las horas de sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

La pantalla vestibular nos puede auxiliar en los casos de mordeduras de labios, proyecciones linguales, succión digital y para la retracción de incisivos; aunque tiene la desventaja de que puede ser fácilmente retirado por el paciente; por lo tanto la completa cooperación de éste es absolutamente indispensable.

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

Dentro de todos los aspectos importantes que se plantearon en el presente trabajo, se concluye que los más destacados son los siguientes:

- 1.- El compromiso más importante del Cirujano Dentista ante este tipo de problemas bucales, es el tener los conocimientos necesarios para poder diferenciar lo normal de lo anormal y así poder brindar el tratamiento más adecuado a cada caso. Si este no está a nuestro alcance, debemos remitir al paciente con el especialista indicado.
- 2.- Es indispensable la elaboración de una buena historia clínica buscando las causas del hábito para decidir nuestro tratamiento sobre bases reales.
- 3.- Los hábitos bucales no deben considerarse como hechos aislados, ya que es común que estén relacionados con problemas de tipo emocional.
- 4.- El Cirujano Dentista debe crear conciencia en los padres con respecto a la gran influencia, ya sea favorable ó desfavorable que ellos ejercen sobre la personalidad del niño; determinando por lo tanto su comportamiento.
Orientarlos también sobre la prevención, diagnósti

co y sobre todo el tratamiento del hábito, ya que necesitaremos de su ayuda para llevarlo a cabo.

- 5.- El tratamiento tendrá éxito si está apoyado por un buen diagnóstico.
- 6.- Establecer una confianza recíproca entre el Cirujano Dentista y el niño para que el tratamiento sea aceptado por este último con mayor facilidad.
- 7.- Para realizar cualquier tipo de tratamiento debemos contar con la total cooperación del paciente.
- 8.- Es conveniente el relacionarse con profesionales de otras áreas que puedan auxiliarnos a resolver la alteración existente.

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

Arias, Galicia Fernando. Introducción a la Técnica de Investigación en ciencias de la administración y del comportamiento. México: Editorial Trillas, 1974. (3a. ed.)

Cohen, M. Michael. Pequeños movimientos dentarios menores en niños. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1976.

De la Fuente, Muñoz R. Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.

Duarte, Avellanal Ciro. Diccionario Odontológico. México: Editorial Mundi, 1978. (3a. ed.)

Finn, Sidney B. Odontología Pediátrica. México: Editorial Interamericana, 1976. (4a. ed.)

Graber, T. M. Ortodoncia Teoría y Práctica. México: Editorial Interamericana, 1981. (3a. ed.)

Hotz, P. Rudolf. Odontopediatría, Odontología - para niños y adolescentes. México: Editorial Médica Panamericana, 1977.

Lock, Stephen. Smith, Antony. et al. Diccionario Médico Familiar. México: Selecciones del -- Reader's Digest, 1983. (3a. ed.)

Mc'Donald, E. Ralph. Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires: Editorial Mundi, - 1976. (2a. ed.)

Philip, Adams C. Diseño y construcción de aparatos ortodónticos removibles. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1975. (3a. ed.)

Sim, M. Joseph. Movimientos dentarios menores - en niños. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1976.

Succión del pulgar. Revista Asociación Dental - Mexicana. Vol. XXXVI No. 4, 1979.

Thompson, M. Luis David. Law M. Simposio sobre
Paidodoncia. Serie X, Vol. 29. Odontologia Clí-
nica de Norteamerica, 1976.