

69

deej



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

Facultad de Odontología

OCLUSION FUNCIONAL E HABITOS BUCALES

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

**ARACELI ROCIO CARDENAS GRANDA
ANICETO ESCOTO GONZALEZ**



México, D. F.

1986



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 está 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.

INDICE GENERAL

	Pág
INTRODUCCION	1
ERUPCION DENTAL	3
PAUTAS DE ERUPCION	3
ERUPCION	4
ARCOS DENTARIOS	6
ACCION DE LOS PLANOS TERMINALES DE LOS MOLARES TEMPORALES SOBRE LA ERUPCION - DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.	9
FUNCION DE LOS DIENTES TEMPORALES	12
FUERZAS QUE AFECTAN LA CAVIDAD BUCAL	13
FUERZAS MUSCULARES	15
FUERZAS DE ERUPCION	17
FUERZAS DE LA LENGUA	20
FUERZAS DE DESPLAZAMIENTO MESIAL	24
PERDIDA PREMATURA DE LOS SEGUNDOS MOLARES MANDIBULARES TEMPORALES	28
PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL.	29
PERDIDA PREMATURA DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR TEMPORAL.	31
PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR MAXILAR TEMPORAL.	32

CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PERMANENTE EN LA POSICION DEL SEGUNDO PREMOLAR.	34
CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PERMANENTE SOBRE LA POSICION DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE	35
CONSECUENCIA DE LA PERDIDA PREMATURA- DEL PRIMER MOLAR MAXILAR PERMANENTE - SOBRE LA POSICION DEL SEGUNDO PREMOLAR	36
CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.	36
PERDIDA DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE	37
CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DE DIENTES ANTERIORES	38
PERDIDA DE DIENTES ANTERIORES PERMANENTES.	39
HABITOS BUCALES EN NIÑOS	41
HABITOS BUCALES COMPULSIVOS	43
ACTOS BUCALES COMPULSIVOS	45
METODOS PSICOLOGICOS PARA CORREGIR EL HABITO	46
METODOS EXTRAORALES PARA REENTRENA-- MIENTO	49
USO DE ADITAMENTOS INTRAORALES PARA-- COMBATIR UN HABITO.	51

P R E G U N T A S	52
CONSTRUCCION DE LOS ADITAMENTOS	54
T R A M P A S	56
R A S T R I L L O S	57
B R U X I S M O	58
SUCCION DEL PULGAR	61
A U T O M U T I L A C I O N	69
HABITOS LINGUALES Y DE DEGLUCION	71
HABITOS ORALES	78
SUCCION DEL LABIO	78
MORDIDA DE UÑAS	80
HABITO DE POSTURA	81
ABERTURA DEBIDA A LA HORQUILLA DE PELO	82
RESPIRADOR BUCAL	82
EL BIOMBO ORAL	85
PRECAUCIONES CON RELACION A TRATAMIENTO TEMPRANO.	90
C O N C L U S I O N E S	92
B I B L I O G R A F I A	94

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

Es de primordial importancia considerar las responsabilidades que tiene el Cirujano -- Dentista en la práctica diaria en lo que concierne a sus pacientes y a su comunidad.

Se debe tener interés en este punto, porque si el Cirujano Dentista realiza su profesión manteniendo el equilibrio en salud y función de los elementos del sistema masticatorio ofrecerá una mejor atención a sus pacientes y a la comunidad misma.

Los conceptos prácticos que se mencionan en esta tesis, ayudarán al Cirujano Dentista a elaborar una evaluación tanto del equilibrio del aparato estomatognático como de los problemas que tienden a provocar la desarmonía del mismo.

Ya que considero de gran importancia y -- más aún en Odontopediatría por medio de la -- cual no sólo se debe de devolver la salud y -- función, ya sea general o dental, sino también proporcionar al paciente una educación completa y facultad necesaria para el equilibrio y -

2

sosten de su salud permanente.

ERUPCION DENTAL

Desde los puntos de vista tradicionales - del desarrollo de la oclusión de los dientes, - parecen erupcionar a través de la encía y buscar sus posiciones en los arcos dentarios de acuerdo con un plan maestro. Estos efectos que pueden ser observados por el Odontólogo sagaz sirven para retardar, distorsionar y hasta interceptar ese plan.

PAUTAS DE ERUPCION

Un estudio clínico bien elaborado es de suma importancia, ya que en él podemos detectar las diferentes fuerzas que actúan sobre los dientes, a medida que estos brotan, saliendo a la luz una serie de fenómenos que en la vida de cada diente pueden dar un cuadro más dinámico de la lucha que cada uno experimenta al responder a las presiones que lo mueven hacia su posición de arco.

El movimiento final de erupción de los dientes permanentes y el crecimiento simultáneo de la cresta alveolar con fenómenos interesantes de observar.

ERUPCION

- 1.- Los dientes tienden a brotar según la línea de sus propios ejes, hasta que encuentran una resistencia que, para los dientes reemplazantes aparecen bajo la forma de un diente temporal que va a ser absorbido.
- 2.- Al ser absorbido el diente temporal, se crea un conducto en el hueso alveolar a través del cual se mueve el diente permanente, presionado por su fuerza motriz de erupción, gran parte de la cual proviene de la formación de su raíz.
- 3.- Si las caries avanzadas o los traumatismos hicieron perder la vitalidad al diente temporal este nos puede ocasionar una desviación en la erupción del diente permanente apartándose de su guía normal de erupción. La falta de espacio en el arco dentario produce un desvío semejante en el diente en proceso eruptivo.

- 4.- Los factores genéticos pueden determinar pautas eruptivas extrañas, que a menudo se observan como carácter familiar.
- 5.- A medida que el diente brota, ciertas fuerzas ayudan a guiarlo a su posición normal en el arco dentario y desviarlo en el. Estas fuerzas pueden nacer de presiones de los dientes adyacentes, músculos linguales, labiales, así como presiones extra orales y, por objetos succionados.
- 6.- Es muy normal que hacia los tres años, en la mayoría de los niños, hayan entrado en oclusión los 20 dientes temporales, los que casi no suelen presentar curva de spee, teniendo escasa interdigitación cuspidea, sobremordida y muy poco apiñamiento. Sin duda en muchos casos, pueden presentar un espacio interdentario, generalizado, o pueden aparecer espacios en zonas específicas los cuales se presentan en:
En el arco superior, entre C-B/B-C. en

tre los laterales y caninos.

En el arco inferior: entre D-C/C-D, entre los caninos y los primeros molares.

En razón de las pautas de erupción de los dientes están entremezcladas con el movimiento subsiguiente y migración natural de ellos, es necesario reparar estas pautas para distinguir lo normal y lo anormal.

A R C O S D E N T A R I O S

Uno de los conceptos más interesantes sobre la erupción dentaria y el desarrollo de los arcos dentarios, indudablemente fué publicado en 1950 por Louis J. Baume, de la Universidad de California, quien observó que los arcos dentarios primarios aparecen de dos tipos:

- 1.- Los que tienen espacios interdientales.
- 2.- Los que carecen de espacio entre los dientes.

Baume fué el primero en poner nombre a los

espacios hallados con mayor frecuencia en la dentición temporal entre los incisivos laterales y los caninos superiores, y entre los caninos y los primeros molares inferiores.

Por corresponder tan marcadamente con los espacios observados en las dentaduras de los monos, los llamo espacios primates o fisiológicos.

Baume concluyó así mismo que el niño parte con una dentadura no espaciada y no aparecen espacios adicionales interdentarios a medida que este crece.

Observó que los espacios interdentarios en la dentición temporal no aumenta en tamaño después de tres años de edad, mas bien se observó que tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes. Es lógico cuando se compara el tamaño superior de los dientes permanentes con los dientes temporales respectivos.

En contraste contar con una dentición temporal espaciada da al niño cierta ventaja -

para tener una dentición permanente con suficiente espacio.

Esto no siempre significa que si la dentición temporal de un niño esta apiñada no tenga probabilidad alguna de tener unicamente dientes permanentes apiñados.

Durante el segundo período de erupción -- que generalmente dura de los 6 a los 12 años, -- la dentición es susceptible a las modificaciones ambientales, como en la ocasión resultan evidentes muchas maloclusiones y es importante estar familiarizado con el proceso algo complicado de la modificación normal de las denticiones.

Baume hizo hincapié en la importancia de los planos terminales de los segundos molares temporales como claves para predecir si los primeros molares permanentes brotarían en una obclusión normal o de clase 1.

Aún cuando se utilicen estas claves, el Otontólogo deberá hacer frente a muchos problemas para formular su diagnóstico predictivo --

acerca de que si la dentición permanente muestra una oclusión normal, nada puede servir como sustituto de una observación cuidadosa y de minuciosas mediciones de las dimensiones de -- los arcos y de los anchos dentarios. Aún si se observó una oclusión satisfactoria en un niño de menos de seis años, hay que prestar cuidado sa atención a la pauta de erupción de los primeros molares permanentes, Buscar con todo cui dado las posiciones de los molares temporales -- que nos permitan establecer ciertas suposi-- ciones predictivas con respecto a la oclusión -- futura de los planos terminales de los segun-- dos molares temporales, guía al primer molar -- permanente en proceso de erupción a su posición en el arco dentario. Es importante observar -- las dos maneras convenientes en que la oclusión molar de clase 1, puede llegar a presentarse -- durante el período inicial de la dentición mix ta.

ACCION DE LOS PLANES TERMINALES DE LOS
MOLARES TEMPORALES SOBRE LA ERUPCION -
DEL MOLAR DE LOS SEIS AÑOS.

Es más notable ver que en la predicción -- de las futuras posiciones de los primeros mola -- res permanentes, los planos terminales de los-

segundos molares temporales, representan un -- factor importante en la predicción.

Incluyendo las clases II y III de maloclusiones en un panorama amplio, los cuatro tipos de planos terminales y su influencia sobre la oclusión molar permanente pueden ser diagnosticados como sigue:

1.- Plano terminal recto o en un mismo nivel.

Esto permite que los primeros molares permanentes broten en relación de borde a borde. Después cuando son exfo--leados los segundos molares tempora--les, los primeros molares permanentes inferiores se desplazan más hacia me--sial que los superiores hacia una cla--se I normal.

CLASE I DE ANGLE:

Se presentan cuando la cúspide mesio--bucal del primer molar superior perma--nente esta en relacion mesiodistal co--rrecta con la fosa mesio**bu**cal del primer molar inferior permanente.

- 2.- Plano terminal con escalón mesial, da lugar a que los primeros molares permanentes broten directamente en oclusión clase I, normal.
- 3.- Plano terminal con escalon distal, permite que los molares de los seis años broten en maloclusión clase II.

CLASE II DE ANGLE:

Se presenta cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente este en relación con la unión formada entre el segundo premolar inferior y el primer molar inferior permanente.

- 4.- Plano terminal con escalón mesial exagerado, permite que los molares de los seis años sean guiados únicamente a maloclusión de clase III.

CLASE III DE ANGLE:

Se presenta cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente esta en relación con la fosa distobucal del primer molar inferior permanente.

FUNCION DE LOS DIENTES TEMPORALES

Además de sus funciones en la masticación y como asistencia en el proceso del lenguaje. - La dentición temporal sirve como:

- 1.- Mantenedora del espacio natural.
- 2.- Para guiar la erupción de los dientes permanentes hacia una alineación correcta.

De este modo los dientes temporales -- y en especial los molares temporales, sirven como factores importantes en el desarrollo normal de la dentición permanente y en general de los arcos dentarios. La pérdida prematura de un molar temporal nos llevará a la malposición dentaria del sucesor permanente y en general de los arcos de los dientes contiguos, a menos que se provea de un mantenedor de espacio artificial - que puede ser fijo o removible.

La pérdida prematura de cualquier diente posterior da como resultado malposición de los dientes antagonistas y adyacentes.

El efecto depende de las fuerzas que actuen sobre el diente, estas fuerzas en orden de importancia dependen de:

- 1.- La posición de los dientes en el arcodentario.
- 2.- De la etapa de la erupción del último molar.

LA ACCION DE LAS FUERZAS QUE AFECTAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE A LA CAVIDAD ORAL

FUERZAS DE OCLUSION:

Las fuerzas de oclusión son poderosas y -- ocurren solamente durante los procesos normales de la masticación y deglución.

La presión ejercida paralela al eje axial del diente ha reportado de 100 a mas de 200 libras de presión por pulgada cuadrada en oclusión forzada.

Esta fuerza muestra ser esencial y sana, -

manteniendo vitalidad en la boca, reforzando - la musculatura antigravitacional, estimulando - tambien la deposición del hueso alveolar firme y de textura densa. La protracción lingual disminuye esta fuerza critica al interponerse la - lengua entre los arcos dentarios. Los musculos antigravitacionales ceden, promoviendo la deno - minada postura orofacial de reposo. Los mola - res pueden inclinarse a cambiar de posición, - ya que el diente este en malposición, cualquier tipo de oclusión se convierte en un microtrau - matismo adicional, una fuerza que en vez de -- ser benefica tiene influencia perjudicial.

Tambien dará como resultado alguna degene - ración del hueso alveolar. La llamada "Ley de - Transformación Osea". fue formada hace cien -- años, pero ha sido confirmada en estudios re - cientes, este proceso se nos hace más evidente en la extracción, cuando un diente se deja sin antagonista en el arco dentario opuesto. El -- hueso alveolar que rodea dicho diente es facil - mente penetrado por Rayos X, mostrando una ima - gen radiográfica débil, no obstante se ha en - contrado que la restauración de presión por me - dio de un reemplazo artificial del antagonista

causará rejuvenecimiento del proceso alveolar. Los dientes permanentes están ubicados en las arcadas dentarias de tal forma que hacen prominente su inclinación mesial.

Las fuerzas de oclusión entre los dientes superiores e inferiores, por lo tanto, producen un fuerte componente de fuerza anterior, - lo cual causa un desplazamiento mesial fisiológico de los dientes. Dando como resultado que los dientes formen un arco continuo.

En contraste los dientes temporales no están mesialmente inclinados encontrados erectos.

Como regla general, los molares temporales no sufren desplazamiento mesial como resultado de las fuerzas oclusales a menos que haya un molar permanente que este ejerciendo fuerza sobre ellos.

FUERZAS MUSCULARES

La musculatura que rodea a las arcadas dentarias por su parte externa y la envuelta por-

los arcos son normalmente mantenidas en un equilibrio delicado una con otra.

El musculo businador forma una banda continua con el constrictor superior u de la faringe y ejerce una fuerza constrictora sobre el arco, como una liga clásica continua.

Esta fuerza constrictora sirve para mantener las áreas de contacto interproximales fuertemente cerradas, estando balanceada en su parte interna por la lengua, la cual ejerce una fuerza bucal difusa.

Cualquier trastorno a este equilibrio delicado de fuerzas musculares dará como resultado un trastorno en los arcos dentarios.

Cuando se aplica una fuerza extraña, como un pulgar en la boca, interfiere con este equilibrio produciendose una fuerza labial, la cual es mas fuerte de la que los labios pudieran contrarrestar dando como resultado protusión y mordida abierta anterior.

FUERZAS DE ERUPCION.

Desde hace mucho tiempo ha existido en --- Odontología un principio básico el cual dice - que los dientes buscan antagonistas oclusales - y tienden a continuar brotando hasta encontrar resistencia, sin embargo este proceso no para ahí, habiendo hecho contacto con el antagonista, la fase "prefuncional" de la erupción llega a su fin, pero el proceso continúa a lo largo de la vida del diente.

En función normal esta moderada pero constante fuerza compensa la abrasión y otras pérdidas de las superficies oclusales, manteniendo así la posición relativa de los dientes en el plano oclusal, encontrando en esta manera - una relación forzosa. El remover un antagonista y no reemplazarlo (Protesis) usualmente resulta en un renovado proceso de erupción buscando el diente su punto de resistencia.

En muchos tipos de hábitos linguales la -- presencia interdental de la lengua trastorna las fuerzas oclusales pudiendo resultar la infraerupción de algunos dientes y permitiendo -

la hipererupción de otros. Los dientes en el lugar de presión provocando por este hábito -- lingual, encuentran resistencia a destiempo y para su fase prefuncional prematuramente provo cando la mordida abierta común, en el caso de protección de la lengua con mioterapia, la --- erupción continua y la mordida tiende a cerrar se.

Un efecto muy diferente es el ocasionalmen te visto en los dientes situados en una posi-- ción diferente en el arco dentario, apartando del lugar de presión, hablamos de dientes que son mantenidos fuera de oclusión por la proto-- sición lingual. En algunas protracciones ante-- riores, los malestares pueden sufrir una hiper erupción abriendo así mas la mordida y requi-- riendo intrusión de los molares como parte de la corrección ortodoncica. En casos extremos la hipererupción puede llevar a la resección man-- dibular.

No obstante, la fuerza normal y es aquella que sistemáticamente se utiliza para abrir y - cerrar la mordida, como cuando se inserta una - placa o aparato de mordida (acrílico rápido), - para mantener a los molares fuera de oclusión-

hasta que hagan suficientes erupciones alcanzando su plano oclusal antes que los incisivos sobrecierren (Overclose).

Durante la erupción de los dientes molares permanentes se detecta una fuerza que actúa sobre las arcadas dentarias. Una fuerza que actúa y tiene tendencia de desplazamiento mesial resulta evidente en los primeros molares permanentes. (Fuerza resultante de la erupción de los primeros molares permanentes). La misma fuerza eruptiva mesialmente dirigida es aplicada a la arcada dentaria permanente con la erupción de los segundos y terceros molares. Si a este tiempo rompe la continuidad tanto de la arcada temporal como de la permanente por la pérdida de algún diente se observa invariablemente que el espacio se cerrará.

Los molares maxilares y mandibulares difieren en sus respectivas fuerzas de erupción debido a sus diferentes trayectos de erupción. Los molares maxilares están orientados distalmente con ligera tendencia bucal antes del principio de la erupción.

FUERZAS DE LA LENGUA

Las fuerzas de la lengua comienzan a trabajar primeramente durante el proceso de masticación y de deglución y pueden estar reducidas o ausentes durante el descanso normal, el lenguaje y otras funciones auxiliares. La fuerza combinada de los ocho músculos que componen la lengua representan un potencial de gran magnitud.

En función normal estas fuerzas son primariamente dirigidas contra el paladar, el cual tiene forma de arco, por lo cual puede resistir tales presiones con facilidad, de hecho el paladar depende de estas presiones para su desarrollo normal, cualquier presión residual -- de la lengua aplicada en el plano horizontal -- durante la deglución es rápidamente absorbida por los dientes en oclusión normal, si las cúpides se encuentran en oclusión céntrica apropiada, los planos inclinados proveen un refuerzo reciproco y esta una pared rígida y estable es autosuficiente, la presión es transmitida -- por esta pared al proceso alveolar en donde --

ejerce una fuerza expansora benéfica, se ha de
 dicado mucha atención a la lengua como un ins-
 trumento muy nocivo, gran creador de una gran-
 variedad de maloclusiones en movimientos anor-
 males y se han hecho pocos comentarios respec-
 to a la influencia que tiene la lengua en la -
 formación de estructuras normales durante el -
 período de desarrollo dental. Por estas razo--
 nes podría ser ventajoso inspeccionar esta --
 función por un momento. La lengua probablemen-
 te tiene poco efecto en el crecimiento o la --
 forma del hueso basal, por el contrario, los -
 maxilares se desarrollan hacia una forma potenu
 cial que puede ser largamente determinada por-
 la herencia. Este crecimiento potencial puede-
 ser modificado por enfermedad o mal nutrición-
 durante un período crítico o impedido por un -
 desbalance endocrino, aquilosis de la articulau
 ción temporamandibular, traumatismo, etc.

No obstante el hueso basal esta probable--
 mente influenciado por los dientes que lleva -
 o las fuerzas de su medio.

Sin embargo, la estructura normal de proceu

so alveolar y el orden de las coronas de los -
 dientes en el arco dentario, son producto no -
 solo de la herencia sino tambien de otras fuerz
 zas naturales que operan en el área. Estricta-
 mente hablando, estas estructuras, los dientes
 y el proceso alveolar que los soporta, no son-
 características esqueleticas, crecen del esquel
 eto y sin embargo se encuentran separadas de-
 él, son parte de lo que se llama exoesqueleto-
 y en consecuencia no estan sujetos a las mis--
 mas leyes de crecimiento y desarrollo que go--
 biernan las características basales.

La forma del arco inicial se junta por hues
 o nasal, pero al brotar las coronas de los --
 dientes, alejándose del hueso esquelético ha--
 cia el medio oral, las fuerzas musculares so--
 brepasan la débil influencia del hueso basal -
 en el mantenimiento y desarrollo de la forma -
 individual del arco dentario.

El proceso alveolar se ve usualmente como-
 hueso de conveniencia, o la adaptación, su funci
 ón es la de soporte dentario, no importando-
 la posición que tengan los dientes. Como tal -
 el proceso alveolar no posee la propiedad de -

crecimiento expansivo y por esto no puede ensanchar el arco o efectuar movimiento dentario.

La lengua suministra fuerza vigorosa y firme sobre los arcos dentarios de adentro hacia afuera debiendo tener un papel importante en el crecimiento, actuando independientemente de la arcada dentaria, este órgano muscular es esta situado por dentro de la dentadura y esta idealmente construida para expandir y mantener la forma del arco, con glosectomía vendría el colapso del arco dentario.

La lengua es, por lo tanto, un elemento vital en el desarrollo normal, de la naturaleza esencial de esta influencia requerida de la lengua deriva mucho de su potencial para causar perjuicios.

Cuando sus fuerzas son desplazadas del paladar y procesos alveolares directamente sobre la región molar debido a la separación de los dientes, producida por la lengua durante la deglución, se liberan fuerzas potenciales anormales no estando preparados los dientes para afrontarlas.

FUERZAS DE DESPLAZAMIENTO MESIAL

Aunque anteriormente hemos hablado de las fuerzas de desplazamiento mesial en el inicio correspondiente a las fuerzas de oclusión, ampliamos un poco mas este concepto.

Las fuerzas de desplazamiento mesial consistente en la presión distomesial suministrada por los dientes adyacentes y a nivel de los puntos de contacto de las coronas, esta presión fue reconocida por Angle, refiriendose a ella como "el componente anterior de fuerza". Es el producto de varios factores tales como: El efecto acumulativo de las presiones de los musculos orofaciales y de la inclinación axial de las estructuras radicales, la cual es tal -- que, cuando los dientes se ponen en contacto firmemente, las coronas son proyectadas hacia el frente de la boca, y tiene el efecto de cerrar espacios, lo cual unifica y estabiliza a la arcada dental y compensa el desgaste de las superficies de contacto de los dientes adyacentes, dependiente en parte de la continuidad de la arcada dentaria.

Algunos tipos de deglución anormal tienden a romper las fuerzas benéficas del desplazamiento mesial.

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

Con la posible excepción de la fuerza atmosférica se puede ver que las fuerzas ejercidas sobre los dientes son de tal variedad y magnitud que los dientes serían destruidos en poco tiempo, si la naturaleza no los hubiese provisto con esmalte (formando un escudo protector) y de un ligamento periodontal elástico. No obstante todas estas fuerzas son naturales y cada una de ellas es esencial para la íntegra salud de los dientes los problemas comienzan cuando este balanceo de fuerzas es modificado o eliminado. Esto también puede ocurrir en una boca de desorden. Una mala oclusión representa el mejor atentado de la naturaleza a mantener el equilibrio de todos los elementos del sistema estomatognático. El operador clínico debería estar al tanto de un concepto frecuentado por el Ortodoncista. Una mala oclusión no tratada se encuentra en el equilibrio dinámico en cualquier tiempo determinado, "El molestar este equilibrio no puede hacerse con impunidad, la dentición puede afectarse con un tratamiento descuidado. Cualquiera que propusiera intervenir con este balance deberá estar

al tanto de la dinámica involucrada y preparado a compensar cualquier cambio, para que el producto final sea un equilibrio revisado y no un mayor desequilibrio dañino.

PERDIDA PREMATURA DE LOS SEGUNDOS
MOLARES MANDIBULARES TEMPORALES

ANTES DE LA ERUPCION DE LOS PRIMEROS MOLARES
PERMANENTES

Si el segundo molar mandibular temporal -- se pierde antes de la erupción del primer molar permanente, (entre las edades de 2 y 5 años) no se requiere el mantenimiento de espacio hasta - el tiempo de erupción de ese diente, ya que no hay tendencia precisa al desplazamiento distal - del primer molar temporal.

DURANTE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Si el segundo molar temporal se pierde durante la erupción del primer molar permanente, - hacia una correcta posición en la arcada y para mantener la correcta longitud de la misma. Si - no se provee de un mantenedor de espacio, el -- primer molar permanente tomará una posición la - cual será mesial con tendencia a la inclinación ya que perderá el apoyo del segundo molar tempo - ral (entre las edades de 6 y 8 años).

DESPUES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR
PERMANENTE

La fuerza de erupcion ya no es considerada después de haberse complementado de la erupción, no obstante el molar exhibe una tendencia hacia el desplazamiento mesial como resultado de las fuerzas de oclusión y la futura erupción de los segundos y terceros molares, en este caso se requiere la colocación de un mantenedor de espacio para contrarrestar esta tendencia (entre las edades de 8 a 10 años) Primeros molares permanentes (entre los 8 y 10 años).

PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL
ANTES DE LA ERUPCION DEL PRIMER
MOLAR PERMANENTE.

Si el primer molar mandibular temporal se pierde antes de que la fuerza eruptiva del primer molar permanente se ejerza (antes de 6 años) es raro que el caso en que se necesita mantener el espacio, ya que el segundo molar temporal rara vez se desplaza hacia el espacio edentulo. Sin embargo, se deberá colocar un mantenedor de-

espacio bastante tiempo antes de esperarse la erupción del primer molar permanente.

DURANTE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Si el primer molar temporal mandibular se pierde cuando el primer molar permanente hace erupción contra el segundo molar temporal en dirección mesial. Como resultado parcial se cerrará el espacio, por lo que se necesita colocar un mantenedor de espacio. Sin embargo, no se perdería tanto espacio, como ocurriría si el segundo molar temporal se perdiera durante la erupción del primer molar permanente. Esto ocurre porque el segundo molar temporal ofrece resistencia a la fuerza eruptiva ejercida por el primer molar permanente.

DESPUES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Si el primer molar mandibular temporal se pierde despues de que el primer molar permanente se encuentra en oclusión se deberá colocar un mantenedor de espacio.

La fuerza mesial resultante de la oclusión puede lentamente cerrar el espacio inclinando - al segundo molar temporal hacia el área edentula.

PERDIDA PREMATURA DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR TEMPORAL

Cuando se pierde antes de la erupción del primer molar permanente, no será necesario colocar un mantenedor de espacio. El patrón o -- trayectoria de erupción del primer molar maxil-- lar permanente comienza siendo distal, ensegui-- da oclusal y finalmente mesial.

DURANTE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

La trayectoria mesial de erupción general-- mente ocurre cuando la corona ya ha atravesado-- los tejidos blandos. Se requiere colocar un --- mantenedor de espacio en cuanto la corona del - primer molar se hace visible. La fuerza erupti-- va mesialmente dirigida llega a su máxima po--- tencia en este estado cuando el primer molar -

permanente gira para ponerse en contacto con - el segundo molar temporal ya perdido.

DESPUES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Si el segundo molar maxilar temporal se -- pierde después de haber hecho erupción el primer molar permanente, pero todavía no llega su plano de oclusión, se requiera colocar un mantenedor de espacio, si el segundo molar maxilar temporal se pierde después de haber llegado al primer molar permanente a su plano de -- oclusión, el espacio podrá tender a cerrarse - debido a las fuerzas oclusales mesialmente dirigidas.

PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR MAXILAR TEMPORAL ANTES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Se sugiere un mantenedor de espacio justo- antes de la erupción del primer molar maxilar-

permanente (entre las edades de 5 y 6 años). - Ya que su trayectoria de erupción es variable, el contacto inicial con el segundo molar temporal puede presentarse antes de lo esperado.

DURANTE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Se requiere colocar un mantenedor de espacio si el primer molar temporal se pierde durante la erupción del primer molar permanente, ya que la fuerza ejercida sobre el segundo molar temporal es de suficiente magnitud para -- desplazarlo mesialmente reducido. así el espacio del primer molar temporal.

DESPUES DE LA ERUPCION DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PERMANENTE

Se deberá colocar un mantenedor de espacio hasta que el primer premolar se haga visible - al no hacer esto, el espacio del primer molar temporal se cerrará por el desplazamiento mesial de los dientes posteriores como resultado de las fuerzas de oclusión.

CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR
MANDIBULAR PERMANENTE EN LA POSICION
DEL SEGUNDO PREMOLAR

ANTES DE LA ERUPCION DEL SEGUNDO PREMOLAR
MANDIBULAR

Cuando se pierde el primer molar mandibular permanente antes de la erupción del segundo premolar, no es necesario colocar un mantenedor de espacio ya que hay un ligero desplazamiento distal del primer premolar mandibular. Si llega a ocurrir este desplazamiento, será mínimo y será corregido posteriormente por la erupción del segundo premolar, teniendo en cuenta que se substituye el primer molar permanente. (Prótesis).

DURANTE LA ERUPCION DEL SEGUNDO PREMOLAR
MANDIBULAR

Si no se ha substituido el primer molar permanente durante la erupción del segundo premolar permanente, se hace necesario un mantenedor de espacio con el objeto de prevenir la in

clinación mesial del segundo molar permanente-provocada por las fuerzas oclusales mesialmente dirigidas.

CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR MAXILAR PERMANENTE SOBRE LA POSICION DEL SEGUNDO PREMOLAR

No se requerirá mantenedor de espacio durante o despues de la erupcion del segundo premolar a menos de que el segundo molar permanente este casi en su plano de oclusión, existirá menor tendencia para el desplazamiento mesial-del segundo premolar que en el caso del segundo premolar mandibular.

CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR MAXILAR PERMANENTE SOBRE LA POSICION DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE

ANTES DE LA ERUPCION DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR PERMANENTE

No se necesitara un mantenedor de espacio-cuando el primer molar maxilar permanente se pierda antes de la erupción del segundo molar-

permanente.

DURANTE LA ERUPCION DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR PERMANENTE

Si el primer molar permanente se pierde al mismo tiempo que el segundo molar permanente - esta haciendo su erupción, el segundo molar podrá continuar su giro mesial y reemplazar completamente al primer molar permanente el cual se ha perdido.

Esto es debido a la mayor capacidad de los molares maxilares de realizar desplazamiento - de la pieza completa y no se realiza el desplazamiento por inclinación.

Salman (1948) indicó que los espacios maxilares se cierran más rápidamente que los espacios mandibulares como resultado de un desplazamiento de cuerpo completo.

Si esto ocurre, no será necesario colocar un mantenedor de espacio en la mandíbula, la inclinación de las piezas dentarias dificulta el trabajo de prótesis, y siempre se deberá --

insertar un mantenedor de espacio.

DESPUES DE LA ERUPCION DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR PERMANENTE

Si se pierde el primer molar permanente -- después de haber alcanzado su plano de oclu--- sión el segundo molar permanente, el espacio - es reducido muy lentamente ya que la marcada-- intercuspidadación dentaria reduce grandemente - las fuerzas de desplazamiento mesial.

Se requiere colocar un mantenedor de espa- cio para conservar la correcta inclinación --- axial para la restauración protesica.

PERDIDA DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE.

Los problemas asociados con la pérdida de los segundos molares permanentes son los mis-- mos asociados con la pérdida de los primeros - molares permanentes.

CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DE DIENTES ANTERIORES

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS

La pérdida prematura de la dentición primaria anterior no requiere de mantenedores de espacio. Estos dientes no son esenciales como guía para lograr la correcta posición de sus sucesores (centrales o laterales). El componente de fuerza mesial de la dentición posterior sufre una disipación antes de afectar a la región anterior. La disminución de espacio es probablemente causada por el tejido de cicatrización al estar haciendo erupción el sucesor permanente, los dientes temporales serán forzados a ocupar su posición original, se colocará una prótesis para evitar hábitos linguales, problemas con la fonética del lenguaje, con la deglución, con la estética, etc. Siendo esto lo importante.

Si se pierde prematuramente un incisivo temporal no existiendo espacios primates entre la dentición anterior, existe una tendencia muy fuerte de la arcada dentaria a sufrir un colapso ya sea en dirección lingual y distal, pueden

do provocar una mordida cruzada. Esto sucede -- por lo cual se aconseja usar el mantenedor de espacio sin embargo si existe una dentición con espacios interproximales (primates) y si el paciente presenta una sobre mordida vertical y horizontal normales para la edad del paciente, se podrá observar al paciente periodicamente revisando su oclusión, su deglución, viendo en general que no haya desarrollado hábitos tambien se podrá indicar el mantenedor de espacio por estética (protesis).

PERDIDA DE DIENTES ANTERIORES PERMANENTES

Para poder apreciar los problemas relacionados con la pérdida de algún diente anterior--permanente, se deberá revisar sus trayectos de erupción.

Como en los casos de los dientes molares-- los dientes anteriores inferiores brotan mesialmente usando al diente contiguo mesial como apoyo con el cual a enderezarse y girar a su correcta posición en la arcada dentaria.

En cualquier caso, la presencia del diente adyacente (mesiales) en la arcada superior, son esenciales para la correcta posición del incisivo durante el período de la dentición mixta, el diente que brote adyacente se inclinará rápidamente hacia la zona edentula. Esto también ocurrirá después de complementar la erupción pero a un paso bastante más lento. En general se deberá colocar un mantenedor de espacio después de la pérdida de cualquier diente anterior permanente.

Con la pérdida de un incisivo central, la línea media se encuentra en peligro de sufrir una distorsión por el desplazamiento mesial del otro diente central. La pérdida del incisivo lateral significaría la pérdida de la guía esencial para que el canino logre llegar a su correcta posición con el resultado de que el canino brote inclinado mediante la pérdida de un diente canino permanente provocara un desplazamiento mesial de todos los dientes posteriores y un desplazamiento distal de los dientes anteriores.

Un mantenedor de espacio formando un re-
fuerzo de apoyo es por consiguiente esencial.

HABITOS BUCALES EN LOS NIÑOS.

Durante muchos años los dentistas se han preocupado por los hábitos orales de los niños los dientes crean en estos hábitos las posibilidades de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los rebordes -- alveolares muy maleables e inmaduros, sobre -- los cambios posibles en la posición de los --- dientes, y en las oclusiones que pueden volver se claramente anormales de continuarse los ha-
bitos durante largos períodos. También interesados en estos problemas se encuentran: El Pe-
diatra, el Psicólogo, el Patólogo, del lengua-
je, etc., Así como los padres del niño, en ge-
neral puede decirse que el Dentista y el Pato-
logo, del lenguaje se interesan en los cambios
estructurales de la boca que son resultado de-
patrones de hábitos prolongados. Pediatra, Psi-
quiatra y Psicologo, pueden conceder más impor-
tancia a los problemas del comportamiento del-
niño, de los cuales el hábito oral puede ser -
únicamente un síntoma.

Los padres parecen preocuparse mas de que un niño con un hábito oral exhibiendo un acto que sea socialmente inaceptable, aunque es de gran importancia para el Dentista el poder -- diagnostica los cambios en las estructuras -- orales que parecen ser resultado de los hábititos bucales, es igualmente importante que comprenda los puntos de vista de otros profesionales, se dice profesionalistas cuando estos estudien el mismo problema. Aquí intentaron - orientar al Dentista en ciertas opiniones --- principales en estas áreas, el Dentista rara- vez ve a los niños hasta que se hayan estable- cidos los hábitos bucales. En ciertos casos - ve unicamente al niño para actuar como arbi-- tro en una disputa familiar sobre si un hábi- to determinado es o no dañino para el pa--- ciente infantil.

Por esta razón sería buena idea ver como- el niño se relaciona a su medio externo a tra- ves de sus actividades bucales. Freud y sus - discipulos hicieron hincapie en esto delineando ciertas fases de la infancia como períodos orales y anales, otros han hablado de "orali- dad esencial del niño"

HABITOS ORALES COMPULSIVOS

Generalmente se concuerda que un hábito -- oral compulsivo cuando ha adquirido fijación -- en el niño al grado que se retira a la practica de este hábito cuando ve que su seguridad -- se ve amenazada por acontecimientos producidos en su mundo. Tiende a sufrir ansiedad cada vez mayor cuando se intenta corregir el hábito debe dejarse bien claro que estos hábitos compulsivos son reflejos de una necesidad emocional con raíces muy profundas. El hábito sirve como escudo en la sociedad que lo rodea. Es la válvula de escape las presiones familiares se --- vuelven demasiado pesadas para soportarlas. Lijteralmente el niño se vuelve hacia si mismo y con la extremidad corporal colocada en la boca puede lograr la acción que anhela.

Aunque la etiología específica de los hábitos orales compulsivos son difíciles de aislar ciertos autores consideran que los patrones -- iniciales de alimentación puede haber sido demasiado rápidos o que el niño reciba alimentos escasos en cada alimentación y bien se le ha -- acusado a la alimentación con biberon de haber

causado dichos hábitos. Además se acepta generalmente que la inseguridad en el niño producida por la falta de amor y ternura por parte de la madre juega un importante papel en muchos casos.

ACTOS ORALES COMPULSIVOS

Los niños parecen sufrir modificaciones de comportamiento continuo que les permiten liberar ciertos patrones de hábitos indeseables y formar otros nuevos patrones, los cambios pueden ser llevados a cabo por los padres haciendo uso de halagos o en ciertos casos amenazas de castigo. El moldeado sutil o no sutil de la personalidad de un niño continúa en la edad adulta, cuando este se ve sometido por las presiones producidas por sus padres, sus compañeros de juego y sus asociados en la escuela. -- Los hábitos que se aceptan o abandonan fácilmente en los patrones de comportamiento del niño, medida que se esta siendo restringida de un hábito personal antes aceptado a un nuevo patron de comportamiento más consistente con un nivel de mayor madurez y responsabilidad no produce generalmente reacción anormal.

METODOS PSICOLOGICOS USADOS PARA CORREGIR EL HABITO

Aunque estos problemas de la personalidad se encuentran claramente dentro del ambito de aquellos que tratan los aspectos psicológicos de la salud, al Dentista muchas veces piden -- los padres que intervengan en casos en los que se encuentra que el hueso alveolar y la posición del diente esta siendo trastornado por su patron de hábito oral normal. Ciertos Ortodontistas han afirmado que la duración, frecuencia, desarrollo osteacenio, significado genético y el estado de la salud del niño, deberán todos de ser observados cuidadosamente antes de tratar cualquier intervención. Es una regla clínica ineludible el quitar un hábito como -- puede ser la succión del pulgar puede llevarse concientemente a cabo por parte del niño mismo y guiado por el dentista y los padres unicamente, si el niño esta sicologicamente predispu^osto y quiere romper dicho hábito. Los niños frecuentemente combinan hábitos bucales primarios que serían por ejemplo tirarse de los pelos -- o meterse su dedo a la nariz. Frecuentemente -- el hábito bucal primario puede romperse hacien

do que el hábito secundario sea imposible de realizar. Esto se ilustra con el caso de una niña de edad escolar de diez años, que succionaba su pulgar al mismo tiempo tiraba del pelo de su cabeza.

Eso continuo hasta casi haber quedado calva en ese lado de la cabeza. Desde haber rasurado la cabeza de la niña, esta perdido el deseo de succionar el pulgar y el hábito fue descontinuado, sin embargo, existen otros métodos menos especulares que son avances igual de eficaces. Un autor proponia que los niños lo hablaran por teléfono al consultorio dental despues de hacerlo dispuesto con los padres. Despues de alguna conversación, el Dentista unicamente sugería que el niño se oía tan mayor que no podía ser aquel niño que antes succionaba su pulgar y esto representaba un inicio positivo hacia su reentrenamiento. En caso de desearse tambien se programa una visita de esfuerzos esto se hacia para asegurarse que no se estaba succionando el pulgar de manera que esta información podía colocarse en un registro que muchos de estos niños se han visto favorecidos o alentados para romper el hábito oral obvia

mente este procedimiento implica que los padres estan dispuestos a cooperar y seguir la sugerencia del Dentista en casa.

- 1.- Establecen una meta a corto plazo para descontinuar el hábito (De una o dos -
semanas).
- 2.- Ofrecen pequeñas recompensas al niño--
si abandona el hábito.
- 3.- No se critica al niño en caso de conti
nuar el hábito. De no lograrse esta --
cooperación se progresará muy poco en-
el desentrenamiento del hábito.

METODOS ORALES PARA REENTRENAMIENTO

Algunos métodos mas sencillos que han producido éxito en otros Dentistas y que se incluyen colocar aditamentos en la boca del niño -- son: Pintar el dedo del niño de una sustancia de sabor desagradable y disponible comercialmente para este propósito. Arreglar que el dedo ofensor este envuelto en cinta adhesiva o pegar un guante en la muñeca del dedo para mantenerlo en su pulgar. Todos estos medicamentos tienen una cosa en común. Dependen de que el niño acepte la idea de que va a abandonar el hábito. Los padres deberán ser advertidos de que siempre existe la posibilidad de que se desarrolle otro hábito más nocivo como sustituto del hábito actual que se esta combatiendo.

La actitud de los padres durante este procedimiento es de indudable importancia ya que si exigen perfección en el niño que este no -- puede lograr el proceso que se vera destinado al fracaso.

En realidad esta actitud de los padres -- ha podido ser la causante de la tenacidad del-

hábito bucal en sus orígenes, sin embargo si -- los padres en cierta manera recompensan al niño por "crecer y abandonar el hábito".

Durante el procedimiento sus acciones sean con actos y con algunos pequeños premios, esto impresionará profundamente al niño y lo orienta ra a una meta definitiva.

De esta manera el Dentista puede ayudar a los pacientes a decidir sobre la elección de mé todos o alternativas.

USO DE ADITAMENTOS INTRAORALES PARA COMBATIR EL HABITO

La mayoría de los aditamentos intraorales fabricados por el dentista y colocados en la boca del niño con o sin consentimiento son considerados por el niño como instrumento de castigo.

Pueden producir trastornos emocionales -- que sean más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento de dientes producido por el hábito.

En la mayoría de los niños estos aditamenentos sirven para fijar complejos de culpa con relación al hábito original que puede dar un resultado de su presión aparente del hábito, pero después el hábito puede cambiar de la noche a la mañana de un niño de aspecto feliz a un niño nervioso.

En dichos casos el reentrenar el hábito en un procedimiento que no costea.

CINCO PREGUNTAS

Cinco preguntar que el Dentista debiera formularse antes de intentar colocar un aditamento para suprimir un hábito en la boca de un niño, - son las siguientes:

- 1.- La comprensión del niño: ¿Comprende claramente el niño la necesidad de dicho aditamento y presta deseo de que se le ayude?
- 2.- Cooperación de los padres, lo que usted esta tratando de hacer: ¿Le han prometido su total cooperación?.
- 3.- Relación amistosa: ¿Ha establecido -- una relación amistosa con el niño de manera que exista una sensación de -- compensación y no de castigo?
- 4.- Orientación de las metas. ¿Ha elegido usted a los padres una meta definitiva, se dice definitiva en tiempo y en forma de un premio material a los cuales aspire el niño?.

5.- Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez para un período de reentrenamiento que puede causarle ansiedades a corto plazo?

El dentista juicioso que se hace estas preguntas y que se asegura de que todas las preguntas y todas las respuestas son afirmativas pueden sentirse libre de colocar algún aditamento de reentrenamiento de un hábito.

La mayoría de las personas que informan de éxitos con estos aditamentos concuerdan que el no preparar a los niños y a los padres para el proceso casi siempre destina a dichos procedimientos al peor de los fracasos.

CONSTRUCCION DE LOS ADITAMENTOS

Existen muchos tipos diferentes de aditamentos para descotinar hábitos que pueden ser--
construidos por el dentista para hacerlos más -
sencillo. Los clasificaremos como aditamentos -
sencillos y aditamentos removibles.

Si el niño expresa deseo de que el dentista
le avude este deberá elegir el tipo más apropia
do de aditamentos despues de tomar en considera
ción la edad del niño. la dentadura y el patron
de hábito bucal.

En los niños de menos de seis años solo ---
existen dientes primarios y entonces un adita--
mento removible puede no ser bien aceptado debi
do a la poca madurez del niño.

Durante la edad de la dentadura mixta, el -
engrapar dientes permanentes o parcialmente bro
tados tambien pueden ser factor contrario a un-
aditamento removible. Tambien entre los ocho y-
nueve años de edad se produce la madurez del --
lenguaje.

Sin embargo un aditamento fijo puede provocar en el niño la sensación de que se le esta castigando mientras que un aditamento removible puede permitirle la libertad de llevar dicho aditamento unicamente durante los periodos críticos, por ejemplo, la noche.

Naturalmente para el dentista se es mucho más fácil fabricar los aditamentos removibles que unicamente serán llevados por el niño cuando el lo considere apropiado.

T R A M P A S

Una trampa es un aditamento para entrenar - hábitos que utiliza "Recordatorio" de alambre - que evita que el niño salga en su hábito.

La trampa puede consistir de un alambre engastado en un aditamento de acrílico similar a un retenedor de Hawley o puede ser una "barda" - añadida al arco dental superior.

LAS TRAMPAS PUEDEN SERVIR:

- 1.- Para romper la succión u forzar el segmento anterior.
- 2.- Para distribuir la presión a los dientes posteriores.
- 3.- Para recordar al paciente que esta cayendo en un hábito..
- 4.- Para hacer que el hábito no sea agradable al paciente.

R A S T R I L L O S

Un rastrillo puede ser un aditamento fijo - o removible igual que la trampa. Según implica el término, este aditamento más que recordar al niño le castiga.

Se construye como la trampa pero tiene pequeñas espuelas que se proyectan las barras cruzadas o acrílico retenedor hacia la bóveda palatina.

Dichas espuelas desalientan no sólo la succión de la lengua sino el empujar la lengua y tragar de manera inapropiada.

B R U X I S M O

El bruxismo que suele considerarse un hábito bucal es un desgaste, frotamiento o rechinamiento de los dientes, de carácter no funcional. Reding informó que un 15 % de los niños, adultos y jóvenes de un grupo de estudio practicaban algunos grados de bruxismo.

El hábito se practica con más frecuencia de noche y si se mantiene por un período prolongado, puede provocar tanto la abrasión de dientes temporales como de permanentes.

Cuando la práctica persiste en la edad adulta, puede resultar una enfermedad y trastornos en la articulación temporomandibular.

Los niños nerviosos pueden desarrollar bruxismo el cual podrá continuar consciente o inconsciente, por un período indefinido.

El Odontólogo debe enfocar el problema cuando se causa. Ramford cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadena-

miento del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa, por lo tanto, el ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias, Sheppard - recomendo la construcción de una placa de mordida palatina, la que permite la erupción continua de los dientes posteriores.

Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito. Un protector plástico de la mordida, de vinilo, que recubra la superficie oclusal de todos los dientes mas 2 mm. de las caras vestibulares y linguales, puede ser utilizado para impedir la abrasión continúa de los dientes. La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna. Para superar este hábito tambien puede ser util un protector del tipo descrito por Cunningham.

En los pacientes que carecen de perturbaciones psicogenas graves aparentes, pero afectados por cierto modo grado de nerviosismo e inquietud, los farmacos tranquilizantes pueden

ayudar a superar al bruxismo. Una dosis de --
25 mg de clorohidrato de hidroxina, una hora--
antes de dormir, ha dado por resultado la in--
terrupción del hábito. No se puede esperar --
cambios notables en unas pocas noches de medi--
cación con farmacos tranquilizantes, pero en--
períodos de varios meses es apreciable el pro--
greso observado.

SUCCION DEL PULGAR

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar e igualmente contradictorias son las recomendaciones publicadas para la corrección del hábito. La succión del pulgar en el lactante es un problema que preocupa al Pediatra y a los padres, pues la causa del inicio del hábito puede ser un problema de alimentación. La succión del pulgar de los lactantes ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido (Mamadera) ó con demasiada tensión presente durante el acto de la lactancia.

Aunque se ha dicho con frecuencia que la succión del pulgar es normal durante los dos primeros años de vida y muchos niños normales se chupan los pulgares por períodos breves durante la primera infancia, no están bien asesorados los Odontólogos quienes tranquilizan a los padres asegurandoles que el niño finalmente dejará el hábito, y que no habrá efectos perjudiciales. Es cierto que muchos niños dejan el hábito en sus años preescolares, pero algunos los conservan durante los años escola-

res y a veces la edad adulta, según informó -- Brody. Aun cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptado, por lo tanto, debe ser impedido tan pronto como haya evidencias de que se esta desarrollando, cualquiera que sea la edad del niño.

Salzmann, cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares superiores e inferiores y sobre los arcos dentales, incluida la oclusión dental depende de cierto numero de factores. Estos factores incluyen -- la frecuencia con que se practique el hábito -- el desarrollo oseo, la herencia, influencias nocivas del hábito. Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro -- años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplea el pulgar para consuelo y compensación en algunas instancias -- parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. Cumley cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y escapes por el juego.

La mayoría de los niños dejaron de succionar el pulgar a los cinco años, si el hábito - persistiera los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplinarse y que puede ser ayudado o ayudarse así mismo.

Los hábitos bucales no son peculiares de ningún grupo de niños, aunque Calisti y colaboradores informaron que había una cantidad superior significativa de hábitos bucales en el grupo socioeconómico superior que en los grupos medio inferior.

Aunque el Odontólogo es con frecuencia el primero y en algunas veces, el único consultado respecto del hábito, la succión del pulgar no suele ser un problema en Odontología, pero es obligación del Odontólogo buscar evidencias del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles si el hábito no fuera abandonado y en caso elegido, intentar ayudar al niño a superar el hábito.

Si el bebé tiene el hábito de succionar el pulgar la corrección sería pasar de la fase de succión a la de masticación. Se podría lo--

grar una reorientación de la actividad de succión, actividades masticatorias; a veces es -- útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto como algo masticable. En niños mayores el empleo de ayudas visuales que puedan ser útiles para mostrarles como el hábito de succión del pulgar en caso de continuarlo les perjudicará la boca.

Ninguno de los enfoques correctores recomendados para la succión del pulgar deberá ser considerado sin antes tener una cuidadosa historia clínica bien completa en un intento por descubrir la causa. Hablando con el niño, 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, es adquirido por imitación o el resultado de un problema emocional complejo. La modificación de un cuestionario recomendado por Graber ha sido valiosísima para desarrollar un patrón de los hechos conducentes a la formación del hábito.

La succión del pulgar es con frecuencia -- nuestra mala adaptación del niño. El niño pue-

de tener temores pero comunes, como obscuridad a la separación de los padres o a los insectos. La historia revelará a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres. algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela. Los hechos como el poco deseo de participar en actividades grupales en la escuela podrían estar relacionados con el mismo hábito y con otros problemas de adaptación, por lo tanto, el problema de la succión.

Puede ser síntoma suelto, aislado, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional, resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se puede determinar que el niño quiere abandonar el hábito y sólo necesita un recordador para cumplir esta tarea. De emplearse un aparato debe ser un idonio e indoloro y no interferir en la oclusión, ha de actuar como recordador únicamente se ha comprobado que para ayudar al niño a superar el hábito. Resulta útil una placa --

parcial removible que tenga una serie de asas suaves colocadas por igual de los incisivos.

El uso de los aparatos destinados para romper hábitos., cuando el hábito es el resultado de un problema emocional, puede provocar una serie de reacciones indeseables.

Korner y Reider, informaron de la inscripción de un aparato del tipo de horquilla paraheno entre niños no sólo fracasó en hacer abandonar el hábito de succión sino que hasta concentró la atención del niño en la succión del pulgar, además observaron síntomas drásticos nuevos como: Terrores nocturnos, descontrol esfinteriano, diurno trastorno del lenguaje, rechazo de los alimentos sólidos, beligerancia e irritabilidad.

Algunos Odontólogos practicaron un enfoque totalmente distinto, si resulta evidente que el niño quería dejar el hábito. Este enfoque implica la cooperación de los padres de familia y su consentimiento para ignorar el hábito y no mencionárselo al niño, el Odontólogo dis-

cute el problema y sus efectos. Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se le lleve el pulgar a la boca y que cada semana llame al Odontólogo e informe de su progreso en la succión del hábito.

Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito y se vera el progreso e indicio de que finalmente el niño lo dejará.

El papel de los padres en la corrección -- de un hábito bucal es muy importante, los padres se encuentran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. - Esta ansiedad puede provocar reprimendas y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito y frecuentemente -- será necesario cambiar el medio y la rutina -- hogareña antes de que el niño pueda superar el hábito.

El problema de la succión del pulgar es -- por tanto, complejo.

El papel del Odontólogo suele ser secundario a tal efecto, aún cuando fuera el primer consultado. Es deber del Odontólogo aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos que existen para la corrección del hábito también está obligado el -- Odontólogo a enviar padres y niños a los médicos especialistas que puedan efectuar el tratamiento de los casos más avanzados.

AUTOMUTILACION

Aunque no es frecuente a veces los niños se traumatizan intensionalmente los tejidos -- bucales.

El problema en que produzcan automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce pues relativamente pocos niños están dispuestos a admitir el acto menos que sean observados practicándolo, se debe a factores dentales locales, puede ser corregido.

Sin embargo en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional y el -- Odontólogo deberá dirigir a la familia hacia -- servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizan los tejidos gingivales y adherentes con la uña, alfileres de gancho y mordiendo la cara interna de los carrillos a veces al punto de destruir el hueso alveolar y -- producir grandes zonas de necrosis.

La tensión y los conflictos en el hogar -- pueden ocasionar automutilaciones en los pa--- cientes infantiles.

Fisher informó que la desdicha y los con-- flictos en el hogar pueden estar más facilmen-- te ocultos en un adolescentes de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

HABITOS LINGUALES Y DE DEGLUCION

Straub describió como acto normal de la deglución aquel en el cual los musculos de la -- masticación se emplean para llevar a estrecho-contacto dientes maxilares y mantenedores, -- asi durante todo el proceso. La deglución tipica se produce con los dientes en oclusión y -- con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la por---ción anterior del paladar.

La lengua puede funcionar contra el paladar duro y rigido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro del arco, se dice de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios, Si la fuerza excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otra estructura, el resultado final será un cambio en la posición y relación de -- dientes.

En el hábito anormal de deglución, en cambio los musculos de la masticación no son uti-

lizados para poner en contacto los maxilares.

Primero, la lengua es proyectada hacia -- adelante, entre los dientes, después los musculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua, en la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua esta involucrada con mordida abierta en las zonas caninas y molares, así como en la zona interior. Pueden resultar involucrados el musculo orbicular de los labios y otros musculos faciales de la expresión especialmente mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de -- ayudar para el bolo alimenticio hacia atras el acto de deglución se repite apróximadamente -- dos veces cada minuto en las horas de vigilancia y una vez por minuto o menos la del sueño, dependiendo la frecuencia del flujo salival.

Es relativamente fácil determinar si un paciente esta utilizando los musculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente - al paciente, se colocan los dedos suavemente - sobre el musculo temporal y se indica al pa---

ciente que deglute. Si el acto es normal el musculo temporal se contrae. Si no se ponen los dientes en oclusión como debiera duramente el acto normal, el musculo temporal no se contrae.

La posición anormal de la lengua esta tambien con frecuencia asociada a la mala oclusión 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 de maloclusiones de clase III.

La deglución visceral (infantil) descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación del patrón reflexivo congenito. El lactante deglute con los revordes gingivales desdentados separados. El erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua.

En coincidencia con esto el reflejo de deglución normalmente cambia a los músculos --- inervados por el quinto par entran en acción--- una demora en este cambio podría deberse de haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamadera, o el uso de pezones que sean demasiados largos.

Que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado, libremente, por la demora en incorporar los alimentos sólidos. Un hábito precoz de succión del pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil. Los pacientes que conservaron su patrón anormal de deglución pueden tener solo los dientes posteriores en oclusión. El pronóstico en estos pacientes es pobre aún con corrección de Ortodoncia de la mordida abierta.

La mordida abierta anterior localizada, a menudo en oclusiones anteriores normales, es característica del tipo simple de hábito de proyección lingual. Es frecuente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando -

se proyecta la lengua hacia adelante. La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener -- cambios notables en la oclusión anterior.

Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección -- lingual simple, antes se debiera intentar la -- terapeutica funcional. Andrews recomendo que -- el paciente fuera instruido para practicar la -- deglución correcta 220 veces antes de cada -- comida. Con un vaso de agua en una mano y un -- espejo delante, se servirá un trago de agua -- cerrara los dientes hasta ocluir, colocara la -- punta de la lengua contra la papila incisiva -- y degluira. Esto se repite y cada vez es se -- quido por la relajación de los musculos hasta -- que la deglución progrese sin tropiezo.

Tambien ha dado éxito el empleo de una -- pastilla de menta sin azucar, se indica al ni -- ño que mantenga la pastilla con la punta de -- la lengua contra el paladar hasta que se di -- suelva, mientras mantiene asi la pastilla flu -- ye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Después de que el paciente adiestro su lengua y sus musculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, - se puede construir un arco lingual inferior-- con una rejilla o un mantenedor de acrilico - superior con una "valla" para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

La presencia de una mordida abierta anterior suele ser relacionada, inicialmente por lo menos, con un hábito de succión de los dedos, se mantiene porque proyecta la lengua hacia el o la lengua simplemente ocupa el lugar Gellen, observó que si una mordida abierta -- tiene su origen en la dentición temporal y -- despues se cierra espontaneamente, el cierre inicial suele comenzar hacia los diez años en el 90% de los niños. Asi el Otontólogo podría tener buenas razones para esperar hasta el décimo cumpleaños del niño antes de tomar medidas concretas y activas para corregir la mordida abierta anterior. Dewel, aconsejó otra-- alternativa en la secuencia de extracciones -

de la maloclusión milímetro, cuando aún existe la posibilidad de que sea evitada la extracción del primer premolar, cuando se supone que el crecimiento aún podría ser suficiente para acomodar todos los dientes. Se extrae un primer molar y retardar la erupción del canino, si el crecimiento supera las expectativas como a veces lo hace, no hay necesidad de extraer el primer molar.

O T R O S H A B I T O S

En los hábitos de succión, no sólo el pulgar y otros actos se emplean en posiciones -- convencionales o no convencionales, sino que otros tejidos como las mejillas y los labios se usan para tomar la lengua y los dedos.

S U C C I O N D E L L A B I O

La succión del labio o mordida del labio puede provocar el mismo desplazamiento hacia adelante que la succión de los dedos. Aunque el hábito generalmente se produce durante la edad escolar. Cuando un llamamiento al buen juicio del niño pueden provocar su abandono. El dentista puede ayudar sugiriendo ejercicios de labio como sería extender el labio superior sobre los incisivos superiores y colocar el labio inferior con fuerza sobre el labio superior. El jugar con instrumentos de

aire o de aliento ayuda a endurecer los muscu los del labio y ejercer la presión apropiada sobre los dientes anteriores superiores.

EMPUJE DE FRENILLO

Un hábito que se observa rara vez es el empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están ligeramente espaciados, el niño puede trabar su frenillo labial entre los dientes y persistirle permanecer en esta posición durante varias horas, esto probablemente se inicia como juego ocioso pero puede desarrollarse en un hábito que desplaze el diente al mantener separados los incisivos centrales, el efecto es similar al producir en ciertos casos por frenillo anormal. Un paciente orgullosamente alardeaba que podría trabar su frenillo entre los dientes y mantenerlo ahí durante dos o tres horas mientras descansaba.

MORDIDA DE UÑAS

Un hábito normal que se desarrolla después de la succión es de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasará directamente del hábito de chuparse el dedo al de morderse las uñas. Se ha calculado en estudios de los servicios armados que aproximadamente un 80% de todos los individuos son o han sido personas que se han mordido las uñas.

Esto no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusión, puesto que las fuerzas o tensión aplicada a morder las uñas son similares a las utilizadas en otro tipo de masticaciones. Sin embargo en ciertos casos en que permanece sucio bajo las uñas o arenilla. Se ha observado atrición pronunciada de los dientes anteriores superiores, el morderse las uñas es una manera de librar tensiones y aunque los padres puedan encontrar que esto no es muy afectable socialmente debemos recordar que tampoco era aceptable socialmente hace algunos años el que una mujer fumara. Un hábito al igual que el comportamiento-

en general, no deberá considerarse malo a menos que realmente dañe al niño en crecer y entre la edad madura sustituirá otros objetos por los dedos. La persona puede utilizar como goma de mascar, cigarrillos, lapices, goma, carrillo o lengua, ya que cada edad tiene sus diferentes elementos de escape.

HABITO DE POSTURA

Los hábitos de postura que llevan a la oclusión son raros deben pronosticarse ortodóncicamente en base individual, ciertas ayudas de postura ortopedicas caen en ciertas categorías. El braguero Milwaukee usado para niños con escoliosis es un ejemplo.

ABERTURA DEBIDA A LA HORQUILLA DE PELO

Otro hábito nocivo que una vez fue bastante fuerte en las muchachas adolescentes, era la practica de abrir horquillas para el pelo con los incisivos anteriores para poder colocar dichas horquillas en su cabello. En muchachas que seguían este hábito se observaron incisivos edentados y dientes parcialmente denu-- dados de esmalte labial. En esa edad general-- mente todo lo que se necesita para detener el hábito es llamarle la atención al paciente.

RESPIRACION DE LA BOCA

El respirar continuamente por la boca, es poco común en los niños. Estos respiradores -- por la boca pueden clasificarse entre catego-- rías:

- 1.- Obstructiva
- 2.- Habituales
- 3.- Anatómicos

Los respiradores por la boca obstructivos son niños que tienen resistencias mayores u -- obstrucción completa al modo normal de aire a través de los pasajes nasales. Debido a la dificultad de inhalar y exhalar aire por los pasajes nasales, el niño se ve obligado a respirar por la boca.

El respirador por la boca habitual es el niño que continuamente respira por la boca, -- por la fuerza del hábito aunque se haya eliminado la obstrucción anterior. El respirador' -- por la boca anatómico es aquel cuyo corto labio superior no les permite cerrar totalmente sin ejercer grandes esfuerzos. Debemos de distinguir entre estos tipos de respiradores por la boca. También debemos el tipo segundo del -- niño que respira por su nariz pero debido a un corto labio superior mantiene continuamente -- los labios separados. La respiración por la -- boca obstructiva generalmente se observa en -- niños ectomórficos que tienen caras y espacios naseo-faríngeos de cara triangular y naseo faríngeos de obstrucción nasal que aquellos que poseen espacios naseo faríngeos anchos como se

encontrarían en los individuos broquisealicos. La resistencia a la respiración a través de la nariz puede ser causada por:

- 1.- HIPERTROFIA, causada por la alergia - infecciones crónicas de la membrana mucosa que recubre los pasajes nasales, rinitis atrofica, factores climáticos secos, cálidos o aire contaminado.
- 2.- UN SEPTUMNASAL, desviado con bloqueo de pasaje nasal,
- 3.- ADENOIDES AGRANDADOS, como el tejido adenooidal o faringeo-tonsililar es fisiológicamente hiperplástico durante la infancia. El respirador por la boca puede ser autocorregido a medida que el niño crezca y el proceso fisiológico natural provoca la contracción del tejido adenooidal.

EL BIOMBO ORAL

Aunque la corrección de la obstrucción naseofaringea puede producirse a través de la intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por puro hábito.

Este puede ser especialmente evidente -- cuando el niño esta dormido o en posición reclinada. Cuando continúa esta situación, el Odontologo puede intervenir con un aditamento eficaz que haga que el niño respire a través de la nariz.

Esto puede realizarse con la construcción de un biombo oral (Escudo oral) que bloquearía el paso del aire a través de la boca y -- forzará la inhalación y exhalación del aire -- a través de los orificios nasales.

Aunque tratemos de forzar a un niño a -- respirar a través de la nariz usando un escudo oral, debemos asegurarnos que el espacio --

naseofaringeo sea lo suficientemente grande -- para permitir el intercambio de aire, incluso en momentos de respiración forzada como ocurriría durante ejercicios violentos o un estado emotivo fuerte. Massler y Zwemer sugieren usar una torunda de algodón de papel delgado manteniendo de la boca del niño y de los orificios nasales para probar esto. El niño deberá de cerrar los ojos antes de que se le coloque el algodón en los orificios nasales y la boca de manera que su respiración sea totalmente natural y no este forzada como ocurriría si el niño recibiera instrucciones de respiración a través de la nariz.

Si el niño no puede respirar a través de la nariz o lo hace con gran dificultad u no se le ordena, debere ser llevado a un rinologo para diagnostico de precaución. Si el niño no tiene dificultad alguna para resporar por la nariz cuando se le requiera para hacer esto, incluso después de algún ejercicio violento, podemos asegurar que la respiración por la boca habitual deberá ser corregida con un biombo oral.

Los respiradores por la boca a veces tienen un aspecto típico que se denomina como cara de adenoide aunque no se ha demostrado satisfactoriamente que el respirar por la boca provoque dicha cara. La cara es estrecha y -- los dientes anteriores obstruyen labialmente y los labios están abiertos con el labio inferior extendiéndose por detrás de los incisivos superiores debido a la falta de estimulación muscular normal debido a la lengua y por causa de la mayor presión en las áreas del -- primer molar y los caninos por los músculos -- bocinador y orbicular en tensión los segmentos bucales de la maxila se derrumban dando -- una maxila en forma de uve y una bóveda palatina alta.

No se ha demostrado definitivamente que la respiración por la boca provoque maloclusiones aunque se observe una tendencia a la -- maloclusión con cierta frecuencia en niños -- que respiran por la boca. Los mismos factores genéticos que producen maloclusión de clase -- II, pueden también contribuir a la producción de respiración por la boca.

Al corregir los hábitos de respiración - por la boca se recomienda usar un escudo oral. El escudo oral es un escudo sólido insertado - en la boca.

Descansa contra los pliegues labiales -- y se emplea para evitar la respiración por la boca, generalmente se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se lleva durante toda la noche de manera que el niño se vea forzado a respirar a través de la nariz mientras duerme. El biombo oral cuando se lleva en la noche evita a quienes se muerden los labios colocar el labio inferior en posición lingual con relación a los incisivos superiores evitan que --- quienes empujan la lengua fuerzen la lengua en tre los dientes anteriores, inferiores y superiores, evita que los que respiran por la nariz, respiran por la boca y evita que quienes se succionan el pulgar se coloquen los dedos - en la boca. El biombo oral por lo tanto puede servir a muchos propósitos y volver a usarse - más de los que se usan actualmente. Este biombo puede hacerse de cualquier material más sen

cillo de usar y el utilizado más comunmente -
son las resinas sintéticas.

PRECAUCIONES CON RELACION A TRATAMIENTO

DEMASIADO TEMPRANO

Despues de haber desarrollado un enfoque técnico muy especializado para tratar el problema de los hábitos bucales en los niños, el dentista comunmente se encuentra orientado o motivado para tratar demasiado temprano y en exceso.

Klein ofrece un enfoque más precavido -- con su sugerencia de que un hábito de succión "Significativo" puede diferenciarse de un hábito de succión "Vacio".

Define un hábito como significativo cuando funciona como soporte psicológico importante para el niño. El tratamiento para corregir un hábito de este tipo debera orientarse psicológicamente.

Por otro lado el hábito de succión vacio es aquel que se persigue incluso cuando se ha-

determinado que aquel niño no tiene gran necesidad psicológica de dicho hábito.

La corrección de este caso se lleva a través del enfoque dental, es decir, ajustando algún tipo de aditamento recordatorio.

Klein hace hincapié que el niño deberá demostrar un sincero deseo de corregir el hábito en cuestión antes de que el dentista le ajuste cualquier aditamento correctivo.

CONCLUSIONES

Los dientes primarios son elementos para una correcta masticación, teniendo también como función la manutención de espacio para los dientes sucesores, como la acción de guías para lograr la correcta posición en las arcadas de los dientes posteriores permanentes, - para tener una correcta fonética del lenguaje etc.

Los dientes primarios son por lo tanto -- esenciales para un correcto desarrollo de la - dentición permanente.

Las indicaciones para la utilización de - mantenedores de espacio se harán claras con el estudio de las consecuencias de la mordida pre - matura de los dientes temporales tanto en el - período de la dentición mixta, durante cada fa - ce de desarrollo de las arcadas dentales.

En la dentición temporal, la región molar es de particular importancia. Una evaluación -

sensata de los efectos producidos por la pérdida de algún diente durante los períodos -- de la dentición temporal mixta, y su reemplazo con el mantenedor de espacio adecuado, podrán prevenir los problemas dentales serios en el adulto.

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

- 1).- MAYORAL, G., MAYORAL. J.
 Ortodoncia: Principios fundamentales-
 y practica.
 Editorial Labor
 Buenos Aires, 1969.
- 2).- Mc DONALD. R.E.
 Odontología para el niño y el adoles-
 cente
 Editorial Mundi.
 Buenos Aires, 1971.
- 3).- MORRIS, A.L. BOHANNAN, H.M.
 Las Especialidades Odontológicas en -
 la Practica General
 Editorial Labor
 Buenos Aires, 1974.
- 4).- RAMFJORD, S.G. ASH, M. Jr.
 Oclusión Editorial Inter-
 americana.
 México, 1972.
- 5).- SIM, J.M.
 Movimientos Dentarios menores en ni--
 ños.
 Editorial Mundi
 Buenos Aires, 1973.

6).- FINN, S.B.

Clinica Pedodontics Saunders Co.
London, 1973.

7).- GRABER, T.M.

Current Orthodontics Concepts and
Techniques Saunders Co.
Philadelphia 1975.

8).- HARNDT, E. WEYERS, H.

Odontología Infantil
Editorial Mundi
Buenos Aires 1967.

9).- HIRSCHFELD, L. GEIGER, A.

Pequeños Movimientos dentarios en Odon
tología general.
Editorial Mundi.
Buenos Aires 1966.

10).- HIYCHCOCK, H. P.

Ortodontics for Undergraduates Led and
Pebrger,
Philadelphia, 1974.