



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HABITOS ORALES INFANTILES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

BLANCA ROSA ORTEGA SOLANO



CHIHUAHUA, CHIH.

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

1985



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 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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
CONSIDERACIONES GENERALES	10
1) TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL	12
2) HÁBITOS FISIOLÓGICOS BUCALES NORMALES	12
- DEGLUCIÓN INFANTIL (VISCERAL)	
- DEGLUCIÓN MADURA (SOMÁTICA)	
3) HÁBITOS BUCALES ANORMALES	14
CAPÍTULO II	
ETIOLOGÍA DE HÁBITOS BUCALES ANORMALES	17
CLASIFICACIÓN	
- MECÁNICAS	
- PATOLÓGICAS	
- EMOCIONALES	
- CONDUCTA IMITATIVA	
- CONDUCTA AL AZAR	
- ABERRACIONES DE SUCCIÓN PERINATALES RESIDUALES	
- REFLEJO DE TODOS LOS MAMÍFEROS INFANTES	
- GRATIFICACIÓN ORAL	
- APRENDIZAJE NEUROMUSCULAR	
- REFORZADORES PRIMARIOS DE ALIMENTACIÓN	

CAPÍTULO III

FACTORES QUE EL DENTISTA DEBE TOMAR EN CUENTA 22

- 1) ESTABLECIMIENTO DE TRANSFERENCIA
- 2) HISTORIA CLÍNICA ESTRUCTURADA
- 3) OBSERVACIONES DE ACTITUDES Y CONDUCTAS PATERNALES
- 4) INFORMACIÓN ESPECÍFICA

EXAMEN CLÍNICO DEL HÁBITO 25

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS 26

CAPÍTULO IV

HÁBITOS BUCALES ANORMALES 27

1) SUCCIÓN DIGITAL 27

A) ÍNDICE DE SUCCIÓN DIGITAL 27

B) MALOCCLUSIONES QUE PRODUCE EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL 29

C) DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS DIGITALES 30

D) TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL 32

2) HÁBITO DE CHUPÓN 36

3) SUCCIÓN DEL LABIO 37

TRATAMIENTO

- APARATOLOGÍA

4) EMPUJE LINGUAL 38

A) CLASIFICACIÓN 40

B) DIAGNÓSTICO 40

C) PASOS EN EL TRATAMIENTO 40

5) RESPIRACIÓN BUCAL 41

A) ETIOLOGÍA 42

B) SÍNTOMAS 42

TRATAMIENTO 42

6) BRUXISMO	43
A) DATOS CLÍNICOS	44
B) TRATAMIENTO	45

CAPÍTULO V

PREVENCIÓN	46
1) ALIMENTACIÓN CON PECHO MATERNO	46
2) ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN	46
3) GUANTES	47

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE Y LOS PADRES	48
FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA	48
1) COOPERACIÓN DEL INTERÉS PATERNAL	
2) EDAD Y DESARROLLO VERBAL	
3) HIGIENE ORAL PERSONAL	
4) INTELIGENCIA	
5) COORDINACIÓN MOTORA	
6) RASGOS DE PERSONALIDAD	
7) RELACIONES SOCIALES	
8) INTERESES, DESEOS Y OBJETIVOS PERSONALES	

CONCLUSIONES	51
--------------	----

BIBLIOGRAFÍA	53
--------------	----

INTRODUCCIÓN

NO ENTRA YA EN EL PLANO DE LA DISCUSIÓN, EL HECHO DE QUE LA ODONTOLOGÍA FORMA PARTE DEL CONGLOMERADO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD Y SE HACE INNECESARIO REPETIR LOS CONCEPTOS QUE COMPRUEBAN LA ÍNTIMA RELACIÓN QUE GUARDAN LOS PROBLEMAS DE LA SALUD ORAL -- CON LA SALUD GENERAL DEL INDIVIDUO. ES EVIDENTE, ASIMISMO, QUE -- LOS FACTORES ETIOLÓGICOS RESPONSABLES DE LAS ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS ANEXAS, COMIENZAN A ACTUAR EN LOS -- PRIMEROS AÑOS DE VIDA Y CONTINÚAN CON UNA INCIDENCIA MUY ACENTUADA CONFORME AVANZA LA EDAD, HASTA LLEGAR A OCASIONAR LA DESTRUCCIÓN O PÉRDIDA DE DICHO ÓRGANOS, ASÍ COMO MALPOSICIONES SEVERAS Y DEFORMIDADES ÓSEAS.

TALES HECHOS INDICAN ENTONCES, QUE LOS ESFUERZOS DEBEN ENCAUZARSE EN SU MAYOR PARTE HACIA LA ATENCIÓN DENTAL DEL NIÑO, -- INSTITUYENDO EN LA EDAD MÁS TEMPRANA POSIBLE, LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN MÁS EFECTIVAS, ASÍ COMO LOS PROCEDIMIENTOS -- CLÍNICOS RECOMENDABLES PARA PRESERVAR LA DENTICIÓN EN UN MEJOR -- ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.

SE DEDUCE ASÍ, QUE LA MAYOR PARTE DE LOS ESFUERZOS DE LA -- PROFESIÓN ODONTOLÓGICA DEBEN CONCENTRARSE EN LA ODONTOLOGÍA INFANTIL, TANTO DESDE EL NIVEL ACADÉMICO EN LA FORMACIÓN DEL FUTURO ODONTÓLOGO, COMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN EN CUALES -- QUIERA DE SUS NIVELES.

LA FINALIDAD DE ESTA TESIS, ES MOSTRAR ALGUNOS DE LOS HÁBITOS ORALES MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS E INFANTES; SU ETIOLOGÍA, IMPORTANCIA, DIAGNÓSTICO, Y UNA VARIEDAD DE TRATAMIENTOS Y FÓRMULAS PREVENTIVAS.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

DURANTE LA VIDA DEL HOMBRE, EXISTEN FUERZAS INTRÍNECAS Y - EXTRÍNECAS QUE ACTÚAN SOBRE EL ORGANISMO; ALGUNAS DE ESAS FUERZAS GENERALMENTE TOMAN UN RUMBO EQUIVOCADO Y SE VUELVEN NOCIVAS PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS DIENTES Y MAXILARES.

DURANTE MUCHOS AÑOS, LOS ODONTÓLOGOS HAN ESTUDIADO LOS HÁBITOS BUCALES DE LOS NIÑOS; ÉSTOS LOS CONSIDERAN COMO POSIBLES CAUSAS DE PRESIONES DESEQUILIBRADAS Y DAÑINAS, EJERCIDAS SOBRE LOS BORDES ALVEOLARES INMADUROS Y SUMAMENTE MALEABLES.

POR ESTE PROBLEMA TAMBIÉN SE INTERESAN PEDIATRAS, PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS, FONIATRAS Y PADRES DE ESTOS NIÑOS. NUESTRA RESPONSABILIDAD COMO ODONTÓLOGOS ES LA SALUD ORAL DEL NIÑO, ESTO LLEVA IMPLÍCITO RECONOCER Y TRATAR LOS HÁBITOS ORALES ANORMALES, POR LOS CAMBIOS BUCALES ESTRUCTURALES QUE RESULTAN DE ELLOS; POR QUE NO SOLO CREAN O AGRAVAN MALOCCLUSIONES, SINO PROVOCAN UNA DESVIACIÓN DEL PATRÓN DE CRECIMIENTO CRANEOFACIAL.

LOS HÁBITOS QUE SE ADOPTAN O ABANDONAN FACILMENTE EN EL PATRÓN DE CONDUCTA DEL NIÑO AL MADURAR, LOS DENOMINAMOS "NO COMPULSIVOS", DE ESTAS SITUACIONES NO RESULTAN REACCIONES ANORMALES, - EN LAS QUE EL NIÑO ESTÁ SIENDO ENTRENADO PARA CAMBIAR DE UN HÁBITO PERSONAL ANTES ACEPTABLE, A UN NUEVO PATRÓN DE CONDUCTA MÁS CONSISTENTE EN UN MAYOR NIVEL DE MADUREZ Y RESPONSABILIDAD.

UN HÁBITO BUCAL ES "COMPULSIVO", CUANDO SE ADQUIRIÓ FIJACIÓN EN EL NIÑO AL GRADO DE QUE ACUDE A LA PRÁCTICA DE ÉSTE CUANDO -- SIENTE QUE SU SEGURIDAD SE VE AMENAZADA POR LOS EVENTOS OCURRIDOS EN SU MUNDO, ÉSTOS HÁBITOS EXPRESAN UNA NECESIDAD EMOCIONAL PROFUNDAMENTE ARRAIGADA Y TIENDE A SUFRIR MAYOR ANSIEDAD CUANDO SE TRATA DE CORREGIR O ERRADICAR DICHO HÁBITO.

LAS ÁREAS QUE AL DENTISTA LE CONCIERNEN PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR, SON LAS DEFORMACIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS Y DUROS CAUSADOS POR HÁBITOS ORALES.

LA DEFORMACIÓN ES CAUSADA POR LA PRESIÓN. LA CANTIDAD DE HUESO DENTOALVEOLAR DEFORMADO ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A:

1.- FRECUENCIA

ENTRE MÁS SE REALICE ESTE HÁBITO SERÁ MAYOR LA DEFORMACIÓN.

2.- DURACIÓN

ENTRE MÁS TIEMPO EJECUTE EL NIÑO ESTE HÁBITO, MAYOR SERÁ LA DEFORMACIÓN.

3.- INTENSIDAD

A MAYOR FUERZA APLICADA, LA DEFORMACIÓN SERÁ MAYOR.

4.- DIRECCIÓN

LA DEFORMACIÓN DEL HUESO ES AFECTADA POR LAS FUERZAS VECTORIALES APLICADAS AL HUESO.

LAS PRINCIPALES ÁREAS QUE AFECTA LA PRESIÓN EN EL COMPLEJO OROFACIAL SON:

A) LA DENTICIÓN

B) LOS PROCESOS ALVEOLARES

C) LAS ESTRUCTURAS QUE UNEN LA MAXILA CON EL RESTO DEL COMPLEJO OROFACIAL.

1.- TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL

EL CONCEPTO ACTUAL DE LA TERAPIA PARA HÁBITOS, ES MODIFICAR LA FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS FACIALES Y ORALES PARA IMPEDIR, INTERCEPTAR O TRATAR UNA MALOCCLUSIÓN, ESTO DESDE UN PUNTO DE VISTA ALTERNATIVAMENTE PREVENTIVO; ASÍ QUE ANTES DE DESCRIBIR "CÓMO" TRATAR HÁBITOS Y DE REVISAR DIVERSAS APARATOLOGÍAS, ES NECESARIO CONOCER LOS PRINCIPIOS MIOFUNCIONALES DE LOS MISMOS,

2.- HÁBITOS FISIOLÓGICOS BUCALES NORMALES

LA FISIOLÓGÍA BUCAL TRATA DE LA FUNCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MECANISMO ORAL. ESTO SE REFIERE A LA ACCIÓN MUSCULAR DE LOS LABIOS, LA LENGUA Y LOS CARRILLOS EN DESCANSO, DURANTE LA FONACIÓN, DEGLUCIÓN Y RESPIRACIÓN,

LA ACCIÓN MUSCULAR BUCAL NORMAL TIENDE A PROVOCAR Y MANTENER OCLUSIONES NORMALES; SE CARACTERIZA POR LOS SIGNOS EXTRAORALES SIGUIENTES:

- A) LA RESPIRACIÓN SE HACE POR LA NARÍZ Y CON LA BOCA CERRADA. EN DESCANSO, LOS DIENTES ESTÁN SEPARADOS, LOS LABIOS JUNTOS, LA PUNTA DE LA LENGUA APENAS POR DEBAJO DE LAS ARRUGAS PALATINAS Y LAS PARTES MEDIA Y POSTERIOR DE LA LENGUA ALGO DETENIDAS,
- B) LA DEGLUCIÓN OCURRE CON LA BOCA CERRADA SIN PROYECTAR LA LENGUA, MOSTRAR LOS DIENTES NI MOVER LOS LABIOS,

EN LA DEGLUCIÓN NORMAL SE CREA UN VACÍO PARA ASPIRAR EL BOLO ALIMENTICIO HACIA LA FARINGE, LOS INCISIVOS ENTRAN EN CONTACTO MOMENTÁNEAMENTE CUANDO LA PUNTA DE LA LENGUA TOCA LAS ARRUGAS PALA-

TINAS HACIA LOS INCISIVOS SUPERIORES, EL DORSO DE LA LENGUA SE -
APROXIMA HACIA EL PALADAR DURANTE EL ACTO DE DEGLUCIÓN, SI EL PA-
CIENTE DEGLUTE ASÍ NO SE OBSERVAN MOVIMIENTOS DEL ORBICULAR DE -
LOS LABIOS O DE LOS MÚSCULOS DEL MENTÓN.

DEGLUCIÓN INFANTIL (VISCERAL)

MOYERS HA ENUMERADO LAS CARACTERÍSTICAS DEL MOVIMIENTO DE -
DEGLUCIÓN INFANTIL COMO SIGUE:

- 1) LOS MAXILARES SE SEPARAN, CON LA LENGUA COLOCADA ENTRE -
LAS ENCÍAS,
- 2) EL MAXILAR INFERIOR ES ESTABILIZADO POR LA CONTRACCIÓN DE
LOS MÚSCULOS DEL SÉPTIMO PAR CRANEAL Y LA LENGUA INTER --
PUESTA,
- 3) EL MOVIMIENTO DE DEGLUCIÓN ES CONTROLADO Y GUIADO PRINCIPALMENTE POR UN INTERCAMBIO SENSORIAL ENTRE LOS LABIOS Y
LA LENGUA.

LA ACTIVIDAD MUSCULAR INSTINTIVA Y RÍTMICA, DE CARÁCTER PE-
RISTÁLTICO, CONDUCE EL LÍQUIDO O BOLO ALIMENTICIO HACIA LA FARIN-
GE.

LA DEGLUCIÓN INFANTIL ES A MANERA DE ÉMBOLO, LOS CARRILLOS -
SE DESLIZAN ENTRE LAS ENCÍAS DURANTE LA LACTANCIA. EL CÓNDRILO SE
DESLIZA RÍTMICAMENTE AL MAMAR; SE OBSERVA UN CONTORNO CÓNCAVO DE
LA LÍNEA MEDIA EN EL DORSO DE LA LENGUA.

FLETCHER, MENCIONA QUE LA DEGLUCIÓN INFANTIL ES ATRIBUIBLE A
UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA MORFOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL
Y EL MAYOR TAMAÑO DE LA LENGUA.

LA MADURACIÓN NEUROMUSCULAR, EL CAMBIO EN LA POSTURA DE LA CABEZA Y EL EFECTO DE GRAVEDAD SOBRE EL MAXILAR INFERIOR SON FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CAMBIO DEL TIPO DE DEGLUCIÓN.

DEGLUCIÓN MADURA (SOMÁTICA)

CARACTERÍSTICAS DE LA DEGLUCIÓN MADURA ENUMERADAS POR MOYERS

- 1) LOS DIENTES ESTÁN JUNTOS
- 2) EL MAXILAR INFERIOR SE ESTABILIZA POR LA CONTRACCIÓN DE LOS ELEVADORES DEL MAXILAR INFERIOR (MÚSCULOS DEL QUINTO PAR CRANIAL).
- 3) LA PUNTA DE LA LENGUA SE COLOCA SOBRE EL PALADAR, ARRIBA Y ATRÁS DE LOS INCISIVOS.
- 4) EXISTE CONTRACCIÓN MÍNIMA DE LOS LABIOS.

EL DORSO DE LA LENGUA ES MENOS CÓNCAVO Y SE ACERCA AL PALADAR DURANTE LA DEGLUCIÓN. LA PUNTA DE LA LENGUA SE COLOCA DETRÁS DE LOS INCISIVOS, LAS PORCIONES PERIFÉRICAS SE INTERPONEN ENTRE LOS SEGMENTOS POSTERIORES OPUESTOS; HA DESAPARECIDO LA PROYECCIÓN ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR.

3.- HABITOS BUCALES ANORMALES

LA ACCIÓN MUSCULAR ANORMAL TIENDE A PERTURBAR EL EQUILIBRIO MUSCULAR ENTRE LOS LABIOS Y LOS MÚSCULOS BUCCINADORES, SOBRE LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES, Y LA LENGUA SOBRE LAS CARAS LINGUALES Y PALATINAS DE ESTOS ÚLTIMOS.

COMO RESULTADO LOS DIENTES TIENDEN A ASUMIR NUEVAS Y MALAS POSICIONES, SI PERSISTE LA ACCIÓN MUSCULAR ANORMAL SE CREAN O AGRAVAN MALOCLUSIONES. EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL COMO YA SE MENCIONÓ, ES MODIFICAR LA FUNCIÓN MUSCULAR BUCAL ANORMAL Y CONVERTIRLA EN LA FUNCIÓN NORMAL DESCRITA,

EL HÁBITO BUCAL FISIOLÓGICO, SE CARACTERIZA POR LOS SIGUIENTES SIGNOS:

- CIERRE INCOMPLETO DE LOS LABIOS DURANTE LA RESPIRACIÓN Y/O A LA DEGLUCIÓN.
- PROYECCIÓN DE LA LENGUA ENTRE LOS DIENTES Y/O LOS LABIOS DURANTE LA RESPIRACIÓN Y/O DEGLUCIÓN.
- MOVIMIENTO DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL DURANTE LA RESPIRACIÓN - AUNQUE LOS LABIOS PUEDEN PERMANECER CERRADOS.
- FLACIDEZ DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL Y PÉRDIDA DE TONO.
- DEDOS IRRITADOS O INFLAMADOS, INUSUALMENTE LIMPIOS Y CON CALLOSIDADES.

LOS SIGNOS ANTES MENCIONADOS, NOS SUGIEREN LOS HÁBITOS SIGUIENTES:

- 1.- SUCCIÓN DEL PULGAR U OTROS DEDOS
- 2.- SUCCIÓN DEL LABIO
- 3.- EMPUJE LINGUAL O DEGLUCIÓN ATÍPICA
- 4.- RESPIRACIÓN BUCAL
- 5.- BRUXISMO

ESTOS Y OTROS HÁBITOS, PUEDEN PROVOCAR LOS PROBLEMAS DE OCLUSIÓN SIGUIENTES:

- A) MORDIDA ABIERTA
- B) PROTRUSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR

- C) RETRUSIÓN DEL MAXILAR INFERIOR
- D) SOBREMORDIDAS MUY MARCADAS
- E) CONSTRICCIÓN DEL ARCO
- F) DESPLAZAMIENTO MESIAL DE LOS DIENTES POSTERIORES
- G) DISCREPANCIAS AGRAVADAS ENTRE EL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y LA -
LONGITUD DE ARCO.
- H) ROTACIÓN DE INCISIVOS
- I) DIASTEMAS ANTIESTÉTICOS
- J) INTERFERENCIAS DE LA SECUENCIA NORMAL DE ERUPCIÓN
- K) LINGUALIZACIÓN DE LOS DIENTES ANTEROINFERIORES

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA DE HÁBITOS BUCALES ANORMALES

EN PREVENCIÓN NO NOS OCUPAMOS SÓLO DEL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS DE UN PROCESO PATOLÓGICO, SINO TAMBIÉN DE SU CAUSA, SI NO LLEGAMOS A LA CAUSA BÁSICA DEL HÁBITO NOCIVO, EL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO ES RESERVADO.

CLASIFICACIÓN:

1) MECÁNICAS

ESTAS LAS OBSERVAMOS POR EJEMPLO EN UN NIÑO QUE TENÍA PATRONES DE RESPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN NORMALES, HASTA QUE SUS INCISIVOS PERMANENTES ERUPCIONARON ECTÓPICAMENTE EN POSICIÓN PROTRUIDA Y PROVOCARON UNA INTERFERENCIA MECÁNICA. ENTONCES EL NIÑO SE VIO PRECISADO A METER LA LENGUA PARA LOGRAR EL VACÍO A LA DEGLUCIÓN.

2) PATOLÓGICAS

UNA AMIGDALITIS Y ADENITIS CRÓNICA Y/U OBSTRUCCIONES NASALES ACARREAN A RESPIRACIÓN BUCAL. SU ELIMINACIÓN AYUDA AL TRATAMIENTO DEL HÁBITO DE MODO QUE SE RESTAURAN LOS PATRONES DE RESPIRACIÓN ADECUADOS.

3) EMOCIONALES

LOS NIÑOS CON PROBLEMAS EMOCIONALES ARRAIGADOS PUEDEN TENER UNA REGRESIÓN INFANTIL Y ASUMIR POSTURAS QUE INCLUIRÍAN LA SUCCIÓN DE LOS DEDOS. ÉSTO ES UNA TENDENCIA A RETORNAR A CONDUCTAS PREVIAMENTE GRATIFICANTES O RECONFORTANTES.

ESTOS HÁBITOS POR LO GENERAL DESAPARECEN CUANDO EL NIÑO MADURA Y/O SE SOBREPONE A SU PROBLEMA Y A SU NECESIDAD.

4) CONDUCTA IMITATIVA

LOS NIÑOS DESPUÉS DE LOS DOS AÑOS DE EDAD TOMAN CONCIENCIA DE SÍ MISMOS Y APRENDEN A HABLAR, SENTARSE Y PONERSE DE PIE, POR IMITACIÓN. ASÍ TAMBIÉN IMITAN LOS PROBLEMAS DE FONACIÓN DE SUS PADRES, LA POSICIÓN DE LA LENGUA Y LA MANDÍBULA.

5) CONDUCTA AL AZAR

ESTA CAUSA NO DEBE SER UTILIZADA COMO EXCUSA PARA NO LOGRAR IDENTIFICAR OTRAS COMO: MECÁNICAS, PATOLÓGICAS, EMOCIONALES, IMITATIVAS, ETC.

DENTRO DE ÉSTA CABE POR EJEMPLO UN NIÑO QUE SUFRIÓ MUCHO MALESTAR PROVOCADO POR LA DENTICIÓN CUANDO ERUPCIONARON SUS INCISIVOS SUPERIORES; PARA ALIVIAAR EL DOLOR FROTABA SUS ENCÍAS CON EL DEDO Y AL DESCUBRIR QUE ESTA ANESTESIA POR PRESIÓN ERA RECONFORTANTE, MANTENÍA SU DEDO CONTRA LA ENCÍA DOLORIDA DEL MAXILAR SUPERIOR. CON RAPIDEZ COMENZÓ A CHUPARLO EN FORMA REGULAR ANTE EL PLACER QUE LE CAUSABA.

OTRO EJEMPLO: EL PLACER DE CHUPARSE EL DEDO DESPUÉS DE LASTIMARSE CON UNA CORTADURA O QUEMADURA.

EL OBJETIVO AQUÍ, ES INDICAR QUE NO TODOS LOS HÁBITOS TIENEN CAUSAS FÍSICAS, EMOCIONALES O IMITATIVAS. LAS CONDUCTAS QUE ORIGINALMENTE SE ADOPTARON AL AZAR, POR LO COMÚN RESPONDEN CON MAYOR PRONPTITUD AL TRATAMIENTO.

6) ABERRACIONES DE SUCCIÓN PERINATALES RESIDUALES

ES EL HÁBITO MÁS DIFÍCIL DE CORREGIR, YA QUE LAS MODIFICACIONES DEL MISMO NO OCURREN SIN SUS POSIBLES EFECTOS COLATERALES,

A VECES EL HÁBITO DE SUCCIÓN FRUSTRADO PROVOCA UNA REGRESIÓN DEL NIÑO A PATRONES MÁS INFANTILES, COMO PUDIERA SER LA ENURESIS, BERRINCHES O CUALQUIER OTRA ACTITUD DE "LLAMAR LA ATENCIÓN" POR LA INSEGURIDAD EMOCIONAL CREADA, ÉSTO EN ETAPAS POSTERIORES DE LA VIDA PUEDE CONTRIBUIR A UNA INGESTA COMPULSIVA, FUMAR EXCESIVO O AL ALCOHOLISMO,

7) REFLEJO DE TODOS LOS MAMÍFEROS INFANTES (BENJAMÍN)

TODOS LOS MAMÍFEROS TIENEN UN FUERTE INSTINTO DE SUCCIÓN EN LA INFANCIA QUE SE VA MODIFICANDO AL MISMO TIEMPO QUE EL ANIMAL - CRECE Y SE DESARROLLA,

EN LOS HUMANOS, EL RECIÉN NACIDO DEBE SER CAPAZ DE SUCCIONAR INMEDIATAMENTE, UNO DE LOS PRIMEROS REFLEJOS MANIFESTADOS POR EL BEBÉ ES EL DE ORIENTACIÓN, QUE LE AYUDA A ENCONTRAR A CIEGAS EL PEZÓN,

SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO, LOS FETOS DE 7 MESES DE VIDA ESTÁN CAPACITADOS PARA ALIMENTARSE, ÉSTO FUE DEMOSTRADO EN UNA SERIE DE FOTOGRAFÍAS TOMADAS POR EL FOTÓGRAFO SUECO NILSSON,

ASÍ EL ACTO DE SUCCIÓN ESTÁ TAN ARRAIGADO, QUE EL EMBRIÓN - QUE SE ALIMENTA A TRAVÉS DE LA PLACENTA, SE SIENTE FORZADO A SUCCIONAR AUNQUE NO RECIBA OTRA RESPUESTA QUE LA DE SU PROPIOCEPCIÓN NEUROMUSCULAR BUCAL,

8) GRATIFICACIÓN ORAL

LA SATISFACCIÓN INCOMPLETA DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE ALIMENTACIÓN PUEDEN ACARREAR UN DESEO CONTINUADO Y UNA POSIBLE - SOBRECENPENSACIÓN POR UNA FALTA DE GRATIFICACIÓN MEDIANTE LA SUCCIÓN.

UNA MADRE CON PECHO DEL QUE FLUYE LECHE CONTINUAMENTE O QUE ENSANCHA LA ABERTURA DE LA MAMILA DEL BIBERÓN, PUEDE FRUSTRARLO SIN QUERER EL INSTINTO DE SUCCIÓN DEL NIÑO. TAL NIÑO TENDRÁ A - CHUPARSE EL DEDO O LA LENGUA DESPUÉS DE ALIMENTARSE EN UN ESFUERZO POR SATISFACER SU INSTINTO DE SUCCIÓN. ÉSTE NIÑO PUEDE CRECER Y SER UN CHUPADOR DE DEDO O LENGUA, COMPULSIVO,

9) APRENDIZAJE NEUROMUSCULAR

PUEDA SER UNA RESPUESTA APRENDIDA EN LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN.

SI EL PECHO DE LA MADRE, PERMITE UN FLUJO TAN CONTINUO QUE LA LECHE CASI AHOGA AL NIÑO, PUEDE HACER QUE EL BEBÉ PROYECTE SU LENGUA PARA CONTROLAR EL FLUJO.

10) REFORZADORES PRIMARIOS DE ALIMENTACIÓN

OTRO PROBLEMA ASOCIADO CON LA EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN - POSTNATAL ES EL QUE SE RELACIONA CON LA SUCCIÓN O LAS GRATIFICACIONES ORALES COMO UNA CONDUCTA APRENDIDA O CONDICIONADA EN RESPUESTA A DIVERSAS SITUACIONES DE LA VIDA.

EL FLUJO DEL PECHO O DEL BIBERÓN PUDO HABER SIDO SATISFACITORIO; SIN EMBARGO, CADA VEZ QUE EL NIÑO LLORA PARA LLAMAR LA ATENCIÓN, LA MADRE PUEDE REACCIONAR COLOCÁNDOLE UN BIBERÓN O UN PACIFICADOR EN LA BOCA. EL RESULTADO PUEDE SER UN NIÑO ENTRENADO -

EN FORMA INADVERTIDA PARA BUSCAR UNA GRATIFICACIÓN ORAL CUANDO -
SE ENFRENTA A DIFERENTES PROBLEMAS QUE VAN DESDE LA SOLEDAD, HAS
TA LA FRUSTRACIÓN O EL HAMBRE,

CAPÍTULO III

FACTORES QUE EL DENTISTA DEBE TOMAR EN CUENTA

1) ESTABLECIMIENTO DE TRANSFERENCIA

ES PREFERIBLE ENTREVISTAR PRIMERO A LOS PADRES, TRANQUILICE A LA MADRE PIDIÉNDOLE QUE CUENTE ALGUNAS COSAS ACERCA DE SU HIJO, QUE PUEDAN AYUDARNOS A ACELERAR EL TRATAMIENTO, YA QUE POR MUCHO CUIDADO CON QUE EL PROFESIONAL EXAMINE AL NIÑO, NUNCA LLEGARÁ A CONOCERLO TAN A FONDO COMO SUS PROPIOS PADRES,

SE DEBERÁ ACENTUAR LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DESEMPEÑADO POR LOS PADRES EN LA TERAPIA MIOFUNCIONAL.

2) HISTORIA CLÍNICA ESTRUCTURADA

EL OBJETIVO DE UNA HISTORIA CLÍNICA ES OBTENER INFORMACIÓN. SI EL TONO Y LAS MANERAS DEL PROFESIONAL SON DEMASIADO FORMALES E IMPERSONALES, EL PADRE PUEDE LIMITARSE SIMPLEMENTE A CONTESTAR LA SERIE RUTINARIA DE PREGUNTAS SIN REVELAR INFORMACIÓN IMPORTANTE. LO MÁS PROVECHOSO ES ENTREVISTAR PRIMERO A LOS PADRES Y DESPUÉS - AL NIÑO, FORMULANDO PREGUNTAS CRÍTICAS.

3) OBSERVACIONES DE ACTITUDES Y CONDUCTAS PATERNALES

EL DENTISTA DEBE NOTAR EL TONO Y EL MODO CON LOS QUE EL NIÑO Y EL PADRE HABLAN CON EL PROFESIONAL Y ENTRE SÍ, ¿SON EL PADRE O EL NIÑO EXTROVERTIDOS O INTROVERTIDOS?, OBSERVAR LA RELACIÓN DEL NIÑO CON LA MADRE. ¿ES COOPERATIVA?, LOS PADRES CON DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON SUS HIJOS SERÁN DE POCA AYUDA EN EL TRATAMIENTO.

ES NECESARIO DECIR A LOS PADRES QUE LOS HÁBITOS SON MUY COMUNES Y CONSTITUYEN LA EXPRESIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO, DEBE - EXPLICÁRSELES QUE EL OBJETIVO ES CORREGIR ESTAS CONDUCTAS Y QUE LOS SENTIMIENTOS DE CULPA O DE CASTIGO INTERFERIRÍAN CON LA CORRECCIÓN.

YA QUE LA HISTORIA CLÍNICA CORTA ES NEGATIVA, DEBEMOS HACER UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y POSITIVA; COMO YA SE MENCIONÓ -- CON PREGUNTAS CRÍTICAS BIEN ESTRUCTURADAS, PARA OBTENER LA INFORMACIÓN DESEADA.

ALGUNAS VECES LA HISTORIA CLÍNICA DEBE EXTENDERSE, POR LO QUE DEBEMOS INTERRUPTIR EL PROCEDIMIENTO Y CONTINUAR EN LA SIGUIENTE VISITA.

4) INFORMACIÓN ESPECÍFICA

EL DENTISTA NECESITARÁ RESPUESTA PARA LO SIGUIENTE:

- ¿EXISTE ALGO QUE CONSIDERE IRREGULAR EN LA FORMA DE MORDER O MASTICAR DE SU HIJO?
- ¿SE CHUPA SU HIJO EL DEDO, LA ROPA, EL CABELLO U OTROS OBJETOS?
- ¿ESTE HÁBITO ES DE LARGA DATA O HUBO ALGÚN CAMBIO RECIENTE?
- ¿LO SIENTE USTED ASOCIADO CON LA FATIGA, LA TENSION O LA RIVALIDAD ENTRE HERMANOS?
- ¿QUÉ LUGAR OCUPA ENTRE SUS HERMANOS?
- ¿SE FROTA SU HIJO LOS DIENTES?
- ¿TIENE INFECCIONES RESPIRATORIAS FRECUENTES, RESFRÍOS Y/O ALERGIAS?
- ¿LE HAN EXTIRPADO LAS AMÍGDALAS O LAS ADENOIDES?
- ¿TIENE DIFICULTADES PARA RESPIRAR?

- ¿DUERME CON LA BOCA ABIERTA?
- ¿LE GUSTA MORDISQUEAR LOS LABIOS A MENUDO?
- ¿USA CHUPÓN?
- ¿SE LE DIÓ PECHO O BIBERÓN?
- ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?
- ¿A QUÉ EDAD DEJÓ EL BIBERÓN?
- ¿CUÁNDO COMENZÓ A INGERIR ALIMENTOS SÓLIDOS?
- ¿COME O COMÍA ALGUNAS COSAS QUE SE PUEDAN CHUPAR?
- ¿CÓMO LE VA EN EL COLEGIO?
- ¿TIENE AMIGOS?
- ¿CÓMO SE LLEVA CON SUS HERMANOS?
- ¿ESTÁ SU HIJO (O ESTUVO ALGUNA VEZ) BAJO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?
- ¿TRABAJA SU MADRE?
- ¿QUIÉN CUIDA AL NIÑO?

UNA VEZ TERMINADA LA HISTORIA DE LA CONDUCTA ORAL, SE DEBE VOLVER A EXAMINAR AL PACIENTE PARA CONFIRMAR O MODIFICAR LAS IMPRESIONES OBTENIDAS ANTERIORMENTE.

EXÁMEN CLÍNICO DEL HÁBITO

LAS MORDIDAS ABIERTAS, LOS GRANDES DIASTEMAS, LA PROTRUSIÓN DE INCISIVOS SUPERIORES Y LA RETRUSIÓN DE INCISIVOS INFERIORES, SUGIEREN A MENUDO HÁBITOS, PUEDEN TAMBIÉN REFLEJAR ERUPCIONES EC TÓPICAS O UNA DESARMONÍA ESQUELETAL DETERMINADA POR GENÉTICA,

1.- SE OBSERVA EL PERFIL Y SE PALPAN Y VISUALIZAN LOS PUNTOS A Y B, CON REFERENCIA A LOS DIENTES, SI LOS PUNTOS A Y B SON UBI CADOS EN UN PERFIL NORMAL, EXISTE DESARMONÍA ESQUELETAL CUYA E-- TIOLÓGIA PUEDE SER GENÉTICA, UN HÁBITO O AMBOS,

2.- LA OBSERVACIÓN DE LA MUSCULATURA ORAL SE UTILIZA PARA DETERMI NAR LA PRESENCIA DE UN HÁBITO DE PRESIÓN, PEDIMOS AL NIÑO QUE HABLE Y OBSERVAMOS SU LENGUA Y SUS LABIOS, ¿SOBRESALE SU LENGUA - DURANTE LA FONACIÓN?, ¿DESCANSA SU LENGUA ENTRE LOS DIENTES, CUAN DO SU BOCA ESTÁ EN DESCANSO? ¿HAY ALGÚN PROBLEMA DE DICCIÓN? ¿SE CHUPA LOS LABIOS?,

LE DAMOS AL NIÑO AGUA PARA QUE BEBA, ¿SE OBSERVA EMPUJE LIN GUAL CUANDO TRAGA?, SI LA RESPUESTA ES "SÍ" A ALGUNA DE LAS PRE - GUNTAS EXISTE UN HÁBITO ANORMAL OPERANTE,

3.- EXAMINE LOS DEDOS DEL NIÑO Y SUS NUDILLOS, ¿ESTÁN ENROJECI -- DOS? ¿TIENE CALLOSIDADES? O TIENE APARIENCIA NORMAL,

4.- DEBEMOS PREGUNTARLE AL NIÑO QUÉ DEDO TIENE MEJOR SABOR; O TO MAR UN DEDO Y DECIRLE: "APUESTO QUE ÉSTE ES EL DEDO MÁS RICO" SI EL NIÑO SUCCIONA, PUEDE CONTESTAR "ÉSTE NO", Y LO MÁS PROBABLE ES QUE NOS REVELE SU HÁBITO ORAL,

- 5.- HABLAR CON LOS PADRES PARA CONFIRMAR O NEGAR LA PRESENCIA DE SUCCIÓN DIGITAL U OTRO HÁBITO ENCONTRADO,

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

OTROS EXÁMENES REQUERIDOS PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA O NO DE UN HÁBITO, Y LA SEVERIDAD DE LA DESARMONÍA PRESENTE, CUANDO HAY DATOS POSITIVOS DE LA PRESENCIA DE UN HÁBITO SON:

A) MODELOS DE ESTUDIO

LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO O DE ESTUDIO NOS PROPORCIONAN DATOS QUE NO PODEMOS OBTENER POR OTROS MEDIOS O QUE PASARON DESAPERCIBIDOS EN EL EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL. SON DE UN VALOR INESTIMABLE PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO Y PARA LA PRESCRIPCIÓN DEL APARATO QUE UTILIZAREMOS EN LA CORRECCIÓN DEL HÁBITO

B) FOTOGRAFÍAS DEL NIÑO DE FRENTE Y DE PERFIL

ÉSTAS DEBEN SER TOMADAS ORIENTADAS EN EL PLANO DE FRANCFORT. ESTO NOS PERMITIRÁ COMPARAR LOS CAMBIOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON OTRAS FOTOGRAFÍAS TOMADAS DE IGUAL MANERA.

C) FOTOGRAFÍAS DEL NIÑO DE FRENTE Y DE PERFIL, REALIZANDO EL HÁBITO

ESTO NOS PERMITIRÁ TENER UNA CORRECTA APRECIACIÓN DE CÓMO REALIZA EL NIÑO SU HÁBITO.

D) SERIE RADIOGRÁFICA, RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

ES EL MÉTODO MÁS PRECISO CON QUE CONTAMOS EN LA ACTUALIDAD PARA EL EXÁMEN DE LAS ANOMALÍAS DENTO-MAXILO-MANDIBULARES.

CAPÍTULO IV

SUCCIÓN DIGITAL

ÍNDICE DE SUCCIÓN DIGITAL

REFLEJO DE SUCCIONAR

ESTE REFLEJO SE HA OBSERVADO PRENATALMENTE Y PUEDE SER ESTIMULADO EN LA 29 SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA.

LA SUCCIÓN Y OTROS REFLEJOS ESTÁN PRESENTES EN EL NACIMIENTO EN TODOS LOS MAMÍFEROS Y SON FUNCIONES NECESARIAS PARA LA SOBREVIVENCIA EN EL RECIÉN NACIDO.

DEBEMOS NOTAR QUE EL REFLEJO DE SUCCIÓN EN EL FETO, NO ES - CONDICIONADO POR LA ALIMENTACIÓN, YA QUE EL FETO NO RECIBE ALIMENTO ALGUNO AL SUCCIONAR.

EL REFLEJO TEMPRANO POSTNATAL DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA NO ES ESPECÍFICO Y PUEDE SER ACTIVADO POR UN NÚMERO DE ESTÍMULOS, INCLUYENDO OLFATO, GUSTO Y VARIACIONES EN LA TEMPERATURA.

DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS EL REFLEJO SE HACE ESPECÍFICO A AQUELLOS ESTÍMULOS DE LAS MEJILLAS, LABIOS Y LENGUA, ASOCIADO CON GRATIFICACIÓN ORAL Y ALIMENTACIÓN.

INICIACIÓN DE SUCCIÓN DIGITAL

ASÍ COMO EL NIÑO DESARROLLA UNA COORDINACIÓN MUSCULAR, DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA, DESARROLLA HABILIDAD PARA ALCANZAR SU CARA CON SUS MANOS Y EMPIEZA A EXPLORAR SU MEDIO AMBIENTE, TRATANDO DE LLEVAR A SU BOCA AQUELLOS OBJETOS CERCANOS PARA SER LAMIDOS, GUSTADOS Y EXAMINADOS POR MEDIO DE SENSACIONES BUCALES.

DURANTE ESTE TIEMPO LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, SUCCIONAN SU DEDO PULGAR O LOS DEMÁS DEDOS.

RETENCIÓN DE SUCCIÓN DIGITAL

ALGUNOS NIÑOS PUEDEN CONTINUAR LA SUCCIÓN DIGITAL CON VARIABLE FRECUENCIA E INTENSIDAD HASTA LA PUBERTAD, ADOLESCENCIA Y/O LA ADULTÉZ.

¿POR QUÉ ESTOS NIÑOS SE DESARROLLAN TENIENDO ÉSTE HÁBITO? - LOS PSICÓLOGOS ESTABLECEN QUE ESTE REFLEJO ES SINTOMÁTICO A LA FALTA DE GRATIFICACIÓN ORAL, Y EL RETENER ESTE HÁBITO, ES SÍNTOMA DE UN PROBLEMA PSICOLÓGICO.

SIN EMBARGO, NUMEROSOS ESTUDIOS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO - HAN DEMOSTRADO QUE LA SUCCIÓN DEL PULGAR, ES UN SIMPLE HÁBITO RETENIDO DESDE LA INFANCIA Y NO UN PROBLEMA EMOCIONAL; LO CUAL NOS MUESTRA LA GRAN INTERROGANTE QUE EXISTE ENTRE LOS ESTUDIOSOS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO Y LOS PSICÓLOGOS.

SE HAN HECHO ESTUDIOS COMPARATIVOS ENTRE LOS INFANTES QUE SE ALIMENTABAN DIRECTAMENTE DE LA MADRE Y LOS QUE SE ALIMENTABAN A TRAVÉS DE LA BOTELLA O QUE ESTABAN SEPARADOS DE SUS MADRES POR PERÍODOS LARGOS. LOS RESULTADOS REVELARON QUE LOS NIÑOS QUE ESTÁN EN CONTACTO CON SU MADRE TIENEN UNA MENOR TENDENCIA A ESTE HÁBITO.

PAPOVICH, REPORTÓ UN ALTO ÍNDICE DE SUCCIÓN DEL PULGAR MAYOR EN NIÑAS QUE EN NIÑOS.

POR TODO LO ANTERIOR PODEMOS PENSAR QUE LA SUCCIÓN DEL PULGAR PUEDE SER SÍNTOMA DE ESTRUCTURAS SOCIALES, CULTURALES O DE ADAPTACIÓN,

MALOCLUSIONES QUE PRODUCE EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, ES LA MALOCLUSIÓN MÁS FRECUENTE PRODUCIDA POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL. LA PROTRUSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR, SE VERÁ SOBRE TODO SI EL PULGAR ES SOSTENIDO HACIA ARRIBA CONTRA EL PALADAR. UNA RETRUSIÓN MANDIBULAR, PUEDE DESARROLLARSE SI EL PESO DE LA MANO O EL BRAZO, FUERZA CONTINUA MENTE LA MANDÍBULA A ASUMIR UNA POSICIÓN RETRUIDA PARA PRACTICAR EL HÁBITO. AL MISMO TIEMPO LOS INCISIVOS INFERIORES PUEDEN SER INCLINADOS HACIA LINGUAL; CUANDO LOS INCISIVOS SUPERIORES HAN SIDO LABIALIZADOS Y SE HA DESARROLLADO UNA MORDIDA ABIERTA, LA LENGUA TIENE QUE ADELANTARSE DURANTE LA DEGLUCIÓN PARA EFECTUAR UN CIERRE ANTERIOR, AGRAVANDO ASÍ LA MALOCLUSIÓN.

EL TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE PUEDE PRODUCIRSE EN LA SUCCIÓN DEL PULGAR, DEPENDE DE UNA CANTIDAD DE VARIABLES:

- A) POSICIÓN DEL DEDO
- B) CONTRACCIONES MUSCULARES OROFACIALES ASOCIADAS
- C) POSICIÓN DE LA MANDÍBULA DURANTE LA SUCCIÓN
- D) PATRÓN ESQUELÉTICO FACIAL
- E) FUERZAS APLICADAS A LOS DIENTES Y PROCESOS ALVEOLARES
- F) FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LA SUCCIÓN

DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS DIGITALES

CUANDO EL NIÑO ESTÁ EN LA ETAPA QUE MÁS SE SUCCIONA EL DEDO EL DIAGNÓSTICO ES OBVIO, SIN EMBARGO DURANTE UNA CITA DENTAL, EL NIÑO RARAMENTE REALIZA EL HÁBITO,

LA INFORMACIÓN LA OBTENEMOS MEDIANTE LA HISTORIA CLÍNICA, - Y/O PLATICANDO CON LA MADRE,

EXAMEN EXTRAORAL

EL DENTISTA DEBE REVISAR TODOS LOS DÍGITOS DEL PACIENTE; LOS QUE ESTÁN INVOLUCRADOS EN ESTA ACTIVIDAD, ESTAN LIMPIOS, CON FORMA AFILADA Y LA UÑA ES PEQUEÑA; A VECES SE PRESENTA UN DEDO CALLOSO, ÉSTE SE OBSERVA CUANDO ES UN HÁBITO CRÓNICO Y LLEVA UNA DEFORMACIÓN DEL DEDO,

EXISTEN OTROS HÁBITOS ASOCIADOS CON EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL, LOS MÁS COMUNES SON:

- ARRASTRAR UNA SÁBANA
- CARGAR UN OSO
- TOMAR SU OREJA O NARIZ
- JALARSE EL PELO, ETC.

CUANDO EL HÁBITO ES CRÓNICO, EL NIÑO TENDRÁ EL LABIO SUPERIOR CORTO E HIPOTÓNICO, PRESENTARÁ UNA ALTA TENDENCIA DE INFECCIÓN EN EL OÍDO MEDIO Y LAS AMÍGDALAS AUMENTARÁN DE TAMAÑO CUANDO EL NIÑO TAMBIÉN TENGA EL HÁBITO DE RESPIRADOR BUCAL,

EL CLÍNICO DEBE FIJARSE DURANTE EL ANÁLISIS ¿CUÁLES SON LAS PROPORCIONES RELATIVAS DE LA CARA DEL NIÑO? ¿ESTÁ SU MAXILAR PROTRUSIVO O ESTÁ RETRÓGNATA? ¿QUÉ TAN ALTO ESTÁ SU ÁNGULO MANDIBULAR?

CUANDO SE DESEA TENER UNA APRECIACIÓN RÁPIDA DEL VALOR DEL ÁNGULO MANDIBULAR EN EL EXAMEN CLÍNICO SE PUEDE OBTENER CON UN MEDIDOR DE ÁNGULOS, AL CUAL SE LE HA ADAPTADO UN INDICADOR MÓVIL, QUE SE ADOSA AL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE MIENTRAS LA BASE DEL GONIÓMETRO SE COLOCA SIGUIENDO EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO DE MANDIBULAR.

EXAMEN INTRAORAL

DEPENDIENDO DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL HÁBITO SE VAN A ENCONTRAR MANIFESTACIONES OROFACIALES, LAS QUE OBSERVAMOS CON MAYOR FRECUENCIA, SON DIENTES MAL ALINEADOS Y UNA SEVERA DISTORSIÓN DE LOS ARCOS DENTALES Y RELACIÓN MAXILOMANDIBULAR.

SI EL DÍGITO APLICA UNA FUERZA VECTORIAL ANTERIOR Y SUPERIOR EN LA ARCADA SUPERIOR, ENCONTRAREMOS DIASTEMAS ANTERIORES, OTRO SÍGNO INTRAORAL ES UNA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR, PRINCIPALMENTE EN NIÑOS QUE SUCCIONAN SUS DÍGITOS CON UNA PRONUNCIADA CONTRICCIÓN DE LA MUSCULATURA BUCAL, Y QUE TIENEN PALADAR ANGOSTO.

DEBEMOS ESTAR MÁS INTERESADOS EN NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS DE EDAD, YA QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS DEJAN ESTE HÁBITO APROXIMADAMENTE A LOS 4 AÑOS DE EDAD.

TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

IMPORTANTES ÁREAS DEBEMOS TOMAR EN CUENTA PARA HACER EL
PLAN DE TRATAMIENTO:

- IMPORTANCIA DEL HÁBITO PARA EL NIÑO
- EDAD DEL PACIENTE
- GRADO DE MALOCCLUSIÓN DEL NIÑO

FASES DE DESARROLLO

FASE I: SUCCIÓN DEL PULGAR NORMAL Y SUBCLINICAMENTE SIGNIFICATI- VA

ESTA FASE SE EXTIENDE DESDE EL NACIMIENTO HASTA MÁS O MENOS
LOS 3 AÑOS DE EDAD.

EN GENERAL NO SE HACE UN TRATAMIENTO ACTIVO EN ESTOS NIÑOS,
ÚNICAMENTE UN CONTROL CONTINUO, PORQUE TODAVÍA SON PERSONAS INMA-
DURAS. LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, DEJARÁN EL HÁBITO A LOS 4 AÑOS DE
EDAD; Y LOS NIÑOS CON CLASE I Y MORDIDA ABIERTA SE CORREGIRÁN -
CUANDO LOS INCISIVOS PERMANENTES ERUPCIONEN, SI EL HÁBITO SE DEJA
ANTES DE LA ERUPCIÓN.

FASE II: SUCCIÓN DEL PULGAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA

ESTA FASE SE EXTIENDE DE LOS 4 A LOS 7 AÑOS DE EDAD, SE OB-
SERVA UNA BUENA RELACIÓN INTERCUSPÍDEA CON UN POCO DE EMPUJE ANTE-
RIOR, O SEA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR. ÉSTO SE DEBE TENER EN CONSI-
DERACIÓN Y LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO ACTIVO CUANDO LOS INCISI-
VOS PERMANENTES ERUPCIONEN.

FASE III: SUCCIÓN DEL PULGAR INTRATABLE

NIÑOS MAYORES DE 7 AÑOS. SE CARACTERIZA POR UNA MORDIDA ABIERTA, QUE NO CERRARÁ POR SÍ SOLA POR LOS PATRONES DE FUNCIÓN QUE HAN SIDO ESTABLECIDOS.

UN HÁBITO DURANTE ESTA FASE REQUIERE TERAPIA ORTODÓNTICA. NUESTRA OBLIGACIÓN ES AYUDAR AL NIÑO A CONTROLAR SU HÁBITO Y SE LE DA UN RECORDATORIO, PARA QUE EL NIÑO DEJE SU DEDO FUERA DE LA BOCA.

PASOS EN EL TRATAMIENTO

1.- DISCUTIR EL PROBLEMA CON EL NIÑO, SIN EL PADRE ESTAR PRESENTE. NO AMENAZARLO NI AVERGONZARLO, ES PREFERIBLE UN INTENTO AMISTOSO Y TRANQUILO PARA CONOCER AL NIÑO Y SUS ACTITUDES HACIA EL HÁBITO. SI SE CONSIGUE DEL NIÑO UNA RESPUESTA COOPERADORA, SE LE SUGIERE QUE PUEDE DISPONER DE UN RECORDATORIO SI ES QUE EN DOS O TRES MESES NO PUEDE MANEJAR EL PROBLEMA SOLO. SE LE MUESTRAN MODELOS Y FOTOGRAFÍAS DE BOCAS DE NIÑOS CON SU MISMO HÁBITO Y MOSTRARLE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

SE HAN OBTENIDO EXCELENTES RESULTADOS POR EL USO DE UNA TARJETA INDIVIDUAL HECHA ESPECIALMENTE PARA CADA NIÑO. SE LE DIRÁ QUE PUEDE CHUPARSE SU DEDO SI ASÍ LO DESEA, PERO QUE EN SU TARJETA LLEVE UN CONTROL PARA CONOCER LA SEVERIDAD DEL HÁBITO.

UN GRAN NÚMERO DE NIÑOS CONTROLAN SU HÁBITO CON ESTE PROGRAMA. CUANDO ES NECESARIO RECURRIR AL APARATO, EL NIÑO ESTÁ PSICOLÓGICAMENTE PREPARADO PARA USARLO.

2.- A MEDIDA QUE EL NIÑO ENTRA EN EL PERÍODO EN EL QUE INTENTA CONTROLAR EL HÁBITO POR SÍ MISMO, HAY QUE CONVERSAR CON AMBOS PADRES. INSISTIR EN QUE NINGUNO DEBE DISCUTIR EL PROBLEMA CON EL NIÑO.

3.- SI EL NIÑO NO CONTROLA SU HÁBITO, EL PASO SIGUIENTE ES LA COLOCACIÓN DE UN APARATO RECORDATORIO.

SE ASIGNA UN PERÍODO DE TRES MESES COMO META, Y SI EL NIÑO HA LOGRADO CAMBIOS, EL APARATO PUEDE SER RETIRADO PARA UN PERÍODO DE PRUEBA. SI EL APARATO ES REMOVIBLE, LOS PADRES DEBERAN TENER PRESENTE QUE EL NIÑO LO USE SÓLO DE ACUERDO CON LAS INDICACIONES DEL ODONTÓLOGO.

ELECCIÓN DEL APARATO

EL APARATO IDEAL PARA AYUDAR EN LA CORRECCIÓN DEL HÁBITO, DEBERÁ REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- NO IMPEDIR LA ACTIVIDAD MUSCULAR NORMAL
- 2.- NO AVERGONZAR CON SU USO
- 3.- NO REQUERIR RECORDATORIO
- 4.- NO COMPLICAR A LOS PADRES
- 5.- FACILIDAD PARA SU HIGIENE
- 6.- COSTO ACCESIBLE

APARATOLOGÍA

PROTECTOR DE HULE RÍGIDO EN EL PULGAR

ESTE PROTECTOR TIENE COMO PRINCIPAL OBJETIVO, EL CONTROL DEL HÁBITO EN EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS,

ESTE APARATO SIRVE PARA CONTROLAR UN SOLO DEDO Y EN OCASIONES, IMPIDE LA ACTIVIDAD DE LA MANO QUE TIENE EL APARATO,

PLACA REMOVIBLE DE ACRÍLICO CON ARCO TIPO HOWLEY

ESTE TIPO DE RECORDATORIO ES EXTRAORDINARIO EN EL NIÑO QUE ESTÁ DISPUESTO A USARLO,

EL INCONVENIENTE ES QUE EL NIÑO CONOCE SU MANEJO Y SE LO QUITA CONSTANTEMENTE PARA CHUPARSE EL DEDO, EN MUCHAS OCASIONES LA PLACA SE PIERDE, CONSTITUYENDO UN PROBLEMA PARA LOS PADRES,

ARCO PALATINO CON VENTANA

ESTE MEDIO "RECORDATORIO", CONSISTE EN COLOCAR DOS BANDAS EN LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS SUPERIORES; Y SOLDADO A ESTAS BANDAS UN ARCO PALATINO, EL CUAL EN LA SECCIÓN INTERCANINA TIENE SOLDADA UNA VENTANA O REJA EN SENTIDO LINGUAL. ÉSTA REJA NO DEBERÁ INTERFERIR CON LA OCLUSIÓN NI CON LA MASTICACIÓN; PUEDE LLEVAR UN BOTÓN DE ACRÍLICO PARA PROTECCIÓN DEL PALADAR,

TRAMPA CON PUNZÓN

ES UN INSTRUMENTO RECORDATORIO, AFILADO DE ALAMBRE, EN UN APARATO REMOVIBLE TIPO HOWLEY,

ARCO PALATINO CON PICOS

ESTE APARATO CONSTA DE UN ARCO PALATINO, SOLDADO A DOS BANDAS COLOCADAS EN LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS SUPERIORES.

LOS PICOS, SE PONEN EN LA ZONA INTERCANINA, Y DEBEN DIRIGIRSE HACIA ABAJO EN DIRECCIÓN LINGUAL; DEBEN DE SER CORTOS Y NO INTERFERIR CON LA OCLUSIÓN O LOS MOVIMIENTOS DE LA MASTICACIÓN.

HÁBITO DE CHUPÓN

CUANDO ÉSTE HÁBITO SE PROLONGA POR ARRIBA DE LOS TRES O CUATRO AÑOS DE EDAD, PRODUCE LAS SIGUIENTES MALOCLUSIONES:

- MORDIDA ABIERTA
- MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
- CLASE II

ES ÚTIL CAMBIAR EL CHUPÓN TRADICIONAL POR UN "PACIFICADOR" FISIOLÓGICO O EJERCITADOR TIPO NUK SAUGER, DISEÑADO PARA ESTIMULAR EL MOVIMIENTO NORMAL DE LA LACTANCIA.

EL CONTACTO PALATINO ES TAL, QUE ESTIMULA Y NO FRENA EL CRECIMIENTO DE LOS ARCOS DENTARIOS.

SUCCION DEL LABIO

GENERALMENTE SE OBSERVA EN PACIENTES CON CLASE II, DIVISIÓN I Y SOBREMORDIDA VERTICAL MARCADA; O PUEDE IR ACOMPAÑANDO A OTRO HÁBITO, GENERALMENTE AL DE SUCCIÓN DIGITAL.

EN ESTE HÁBITO, EL LABIO INFERIOR ES EL IMPLICADO, EL NIÑO CON ESTE HÁBITO, NO TIENE EL CONTACTO NORMAL ENTRE LABIO Y LABIO; PRESENTA DIFICULTAD PARA DEGLUTIR, POR LA POSICIÓN POSTERIOR DEL LABIO INFERIOR, POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. SE OBSERVA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

CUANDO ESTE HÁBITO SE CRONIFICA, LOS INCISIVOS INFERIORES SE INCLINAN HACIA LINGUAL Y HAY PROTRUSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, ESTO SE DEBE A LA EXCESIVA PRESIÓN QUE EJERCEN LOS MÚSCULOS ORBICULARES Y PRINCIPALMENTE EL MÚSCULO MENTONIANO; ADEMÁS DE LA CONSTANTE INTERPOSICIÓN DEL LABIO INFERIOR ENTRE LAS DOS ARCADAS.

JAMMSON, ANALIZÓ ESTE HÁBITO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- A) LA LENGUA SE MUEVE HACIA ADELANTE Y HUMEDECE EL LABIO INFERIOR
- B) EL LABIO INFERIOR SE VUELVE HACIA ADENTRO
- C) AL VOLVER EL LABIO INFERIOR A SU POSICIÓN, SE APLICA UNA PRESIÓN SOBRE LOS INCISIVOS Y SE LINGUALIZAN
- D) LA LENGUA VUELVE A LA BOCA Y EL LABIO INFERIOR QUEDA SUJETO ENTRE LOS DIENTES.

SE OBSERVAN EN EL LABIO INFERIOR, MARCADOS LAS CARAS PALATINAS Y BORDES INCISALES DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

TRATAMIENTO

LA IMPORTANCIA DE ESTE HÁBITO ES QUE NO SE CORRIGE POR SI SOLO, Y SE AGRAVA CON LA EDAD POR LAS FUERZAS MUSCULARES,

PARA CORREGIR ESTE TIPO DE HÁBITO, ES NECESARIO IMPEDIR QUE SE REALICE; POR LO TANTO LOS APARATOS USADOS SERÁN MÁS QUE UN APARATO ACTIVO, UN "ESTORBO" O IMPEDIMENTO. SI EL HÁBITO SE ACOMPAÑA DE SUCCIÓN DIGITAL, PRIMERO SE ATIENDE ESTE ÚLTIMO.

APARATOLOGÍA

- 1.- BOMPER FIJO
- 2.- BOMPER REMOVIBLE

ADÉMÁS DE LOS APARATOS ANTES MENCIONADOS, SE ACONSEJAN EJERCICIOS MIOFUNCIONALES, COMO TIRAR DE UN BOTÓN CON UN HILO,

EMPUJE LINGUAL

ESTE ES EL HÁBITO MÁS DIFÍCIL DE TRATAR Y EL DE MÁS GRAVES CONSECUENCIAS. HAY UNA AMPLIA GAMA DE OPINIONES POR PARTE DE ORTODONCISTAS, PERIODONCISTAS, Y PEDIATRAS, EN CUANTO AL ORIGEN, DIAGNÓSTICO Y EFECTOS DEL EMPUJE LINGUAL.

TODOS LOS RECIÉN NACIDOS, TIENEN LA CARACTERÍSTICA QUE LA DEGLUCIÓN ESTÁ ASOCIADA CON EL REFLEJO DE MAMAR, EL TIPO DE DEGLU

CIÓN QUE ES PARTE DE ESTE REFLEJO ES "VISCERAL" O DEGLUCIÓN IN -
FANTIL, EN CONTRASTE CON LA DEL ADULTO QUE ES "SOMÁTICA" O DEGLU -
CIÓN MADURA.

UN NIÑO DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD, QUE TENGA EL TIPO DE DEGLU -
CIÓN INFANTIL, DE SEGURO PRESENTA EMPUJE DE LA LENGUA SIMPLE. A
LOS 9 AÑOS DE EDAD SÓLO UN 8% DE LOS NIÑOS CONSERVA LA DEGLUCIÓN
VISCERAL O INFANTIL.

LA FUNCIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN INFANTIL, ES -
DIFERENTE A LA DEGLUCIÓN MADURA, COMO YA SE DESCRIBIÓ ANTERIOR -
MENTE.

EL PROBLEMA OCURRE CUANDO LA LENGUA PERMANECE EN UNA POSI--
CIÓN BAJA ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES, CREANDO ASÍ UNA MORDIDA -
ABIERTA ANTERIOR ASOCIADA CON MÚLTIPLES DIASTEMAS O EMPEORA UNA -
MALOCCLUSIÓN CLASE II EN DESARROLLO, ESPECIALMENTE SI ES CLASE II
DIVISIÓN I.

SE HIZO UNA COMPARACIÓN ENTRE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN UNA -
MORDIDA ABIERTA Y UNA DEGLUCIÓN ANORMAL; Y UNA MORDIDA ABIERTA Y
EMPUJE LINGUAL, ENCONTRÁNDOSE QUE EN LOS NIÑOS QUE PRESENTAN EMPU
JE DE LA LENGUA HAY UNA REDUCCIÓN DE LA FUERZA EN AMBOS LABIOS, -
PRINCIPALMENTE EL SUPERIOR QUE SE OBSERVA HIPOTÓNICO; EL MÚSCULO
MENTONIANO, EN OCASIONES ADQUIERE HIPERTONICIDAD.

CLASIFICACIÓN

EXISTEN DOS TIPOS DE EMPUJE LINGUAL

(1) EMPUJE LINGUAL SIMPLE

SE DEFINE COMO UN EMPUJE LINGUAL ASOCIADO CON UNA DEGLUCIÓN NORMAL O CON DIENTES JUNTOS. LA MALOCCLUSIÓN ASOCIADA ES UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

(2) EMPUJE LINGUAL COMPLEJO

ES UN EMPUJE LINGUAL CON UNA DEGLUCIÓN ASOCIADA CON DIENTES SEPARADOS. ESTE HÁBITO MUY PROBABLEMENTE ASOCIADO CON INCOMODIDAD NASORESPIRATORIA CRÓNICA.

DIAGNOSTICO

SI NO SE PRESENTA LA DEBIDA ATENCIÓN, ESTE HÁBITO PUEDE PASAR DESAPERCIBIDO DURANTE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA. PARA ESTO EXISTE UN PROCEDIMIENTO SENCILLO Y FÁCIL DE EJECUTAR:

SUAVEMENTE SE SEPARAN LOS LABIOS DEL NIÑO Y SE LE DICE QUE DEGLUTA VARIAS VECES, OBSERVÁNDOSE ENTONCES QUE LA LENGUA ES PRESIONADA AUTOMÁTICAMENTE CONTRA LOS ESPACIOS EXISTENTES.

PASOS EN EL TRATAMIENTO

1.- MIOTERAPIA

SE REALIZA EN EL LUGAR DONDE LA FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁ DESEQUILIBRADA. SE RECOMIENDA EL SIGUIENTE EJERCICIO POSICIONADOR DE LA LENGUA CON UNA LIGA DE ORTODONCIA:

CONSISTE EN QUE SOSTENGA LA LIGA CONTRA LA PAPILA INCISAL, QUE OCLUYA Y DEGLUTA SIN QUE SE CAIGA. SE CITA AL PACIENTE DE 20 A 25 VECES PARA QUE PRACTIQUE.

2.- TERAPIA POR MEDIO DE APARATOS, ACOMPAÑADO POR MIOTERAPIA

SE PUEDE COLOCAR UNA TRAMPA EN EL PALADAR, COMO LA DESCRITA PARA EL HÁBITO DE DEDO, PARA QUE LA LENGUA SOSTENGA SU POSICIÓN. SE LE INDICA AL NIÑO QUE COLOQUE LA PUNTA DE LA LENGUA DETRÁS DE LA TRAMPA CUANDO VAYA A DEGLUTIR.

CON ESTE MISMO APARATO, PODEMOS INDICAR OTRO EJERCICIO POR MEDIO DEL USO DE LA OBLEA SIN AZÚCAR.

SE LE PIDE AL NIÑO QUE COLOQUE LA OBLEA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA, LE DECIMOS QUE LEVANTE LA LENGUA Y LA COLOQUE ATRÁS DEL RECORDATORIO; DECIRLE QUE TRAGUE, PERO SIN PERMITIR QUE LA LENGUA SE APARTE DE SU POSICIÓN INDICADA, PEDIRLE QUE DEGLUTA VARIAS VECES, HASTA QUE LA OBLEA SE HAYA DISUELTO.

OTRO APARATO QUE PODEMOS UTILIZAR, ES EL ARCO PALATINO CON PERLA, ÉSTE APARATO TIENE DOS VENTAJAS:

- 1.- MANTIENE AL PACIENTE CONCIENTE DE LA POSICIÓN CORRECTA DE LA LENGUA.
- 2.- SI SE USA EN CONJUNTO CON HOWLEY, CERRARÁ LA MORDIDA ABIERTA.

RESPIRACIÓN BUCAL

ESTE ES OTRO HÁBITO ORAL, QUE REQUIERE DE COORDINACIÓN Y EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA SER CORREGIDO.

LA COLABORACIÓN DE PEDIATRAS, OTORRINOLARINGÓLOGOS, ORTODON-
CISTAS, FONIATRAS Y ODONTOPEDIATRAS, AYUDARÁN A ESTABLECER UN -
BUEN PLAN DE TRATAMIENTO PARA CORREGIR EL HÁBITO,

ETIOLOGÍA

HA SIDO DISCUTIDA POR MUCHOS AUTORES, PERO LA MAYORÍA COINCIDEN QUE ES POR OBSTRUCCIÓN NASAL.

SEGÚN SASSOUNI, LAS CAUSAS POR LAS CUALES SE ADQUIERE ESTE HÁBITO SON: AGRANDAMIENTO DEL ANILLO DE WALDEYER, DE TEJIDO LINFOIDE, COMO TAMBIÉN DE AMÍGDALAS, ADENOIDES, DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL, MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE CORNETES, SINUSITIS.

SÍNTOMAS

EL PRIMERO Y EL MÁS FAMILIAR, ES LA QUERATINIZACIÓN CRÓNICA DE LA ENCÍA EN LA REGIÓN ANTERIOR DE AMBOS MAXILARES.

EL ASPECTO SECO DE LA ENCÍA, EN CONJUNTO CON LA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALIVAL, EVITA EL BARRIDO DE RESTOS ALIMENTICIOS, INFLUYENDO EN EL AUMENTO DE PLACA DENTOBACTERIANA; ADEMÁS DESAPARECE EL ASPECTO DE CÁSCARA DE NARANJA DE LA ENCÍA INSERTADA.

OTROS SÍNTOMAS, SON POSICIÓN BAJA DE LA LENGUA, ARCO MAXILAR ANGOSTO QUE DA POR RESULTADO MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y MORDIDA ABIERTA ANTERIOR; INCLINACIÓN DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES, Y LABIO INFERIOR MÁS LARGO; ESTO SE DEBE A QUE AL TENER EL NIÑO LA BOCA ABIERTA, LA TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS ORBICULARES AUMENTA Y EJERCE PRESIÓN SOBRE LOS INCISIVOS, SUMADO CON LA INADECUADA PRESIÓN DE LA LENGUA, LA PORCIÓN CORONARIA DE LOS INCISIVOS INFERIORES SE INCLINA HACIA LINGUAL.

TRATAMIENTO

AUNQUE LA CORRECCIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN NASOFARÍNGEA PUEDE -
PRODUCIRSE POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, O CONTRACCIÓN FISIOLÓGI-
CA DE LAS ADENOIDES; EL NIÑO PUEDE CONTINUAR RESPIRANDO POR LA -
BOCA POR COSTUMBRE, SI ESTA SITUACIÓN PERSISTE, EL ODONTÓLOGO -
PUEDE DECIDIR INTERVENIR CON UN APARATO EFICAZ QUE OBLIGARÁ AL -
NIÑO A RESPIRAR POR LA NARIZ.

ESTO SE LOGRA POR LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PANTALLA BUCAL, -
QUE BLOQUEE EL PASO DEL AIRE POR LA BOCA Y FUERCE LA INHALACIÓN
Y EXHALACIÓN DEL AIRE A TRAVÉS DE LOS ORIFICIOS NAALES, ADEMÁS
ESTE APARATO AYUDARÁ A CORREGIR LA MORDIDA ABIERTA, POR EL AUMEN
TO DE LA TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS PERIORALES.

ESTE APARATO SE COLOCA NORMALMENTE EN LA NOCHE, PERO SE PUE
DE INSERTAR DURANTE EL DÍA.

CASOS DE CLASE II DIVISIÓN I, SIN APIÑAMIENTO DE LOS DIEN -
TES INFERIORES, ENTRE LA EDAD DE 5 A 9 AÑOS, SE PUEDE USAR UNA -
ACTIVADOR, QUE AYUDE A CORREGIR LA MALOCLUSIÓN.

EL TRATAMIENTO DEPENDE DEL PROBLEMA, DE LA EDAD DEL NIÑO, -
DE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN Y DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA -
DEL NIÑO.

BRUXISMO

MUCHOS HÁBITOS ORALES NO CRÓNICOS, PRODUCEN SÓLO PERTURBA -
CIONES MENORES DE LA DENTICIÓN EN EL ALINEAMIENTO O EN LA OCLU -

SIÓN. OTROS SON DAÑINOS Y PUEDEN AMENAZAR LA CONSERVACIÓN DE TODOS LOS DIENTES; ENTRE ELLOS ESTÁ EL BRUXISMO, TAMBIÉN LLAMADO BRICOMANÍA O BRUXOMANÍA.

SE PUEDE DEFINIR COMO EL "FROTAMIENTO" O "RECHINAMIENTO" CON FUERZA DE LOS DIENTES; SE PRODUCE GENERALMENTE DURANTE LA NOCHE, POR LO QUE SE LE DENOMINA "RECHINAMIENTO NOCTURNO".

RARA VEZ EL NIÑO TIENE CONCIENCIA DE RECHINAR LOS DIENTES, ALGUNOS PACIENTES SE QUEJAN DE DOLOR, CANSANCIO O SENSIBILIDAD EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES Y EN LA REGIÓN DE LA ATM.

LA ETIOLOGÍA PRECISA NO SE HA DILUCIDADO, SE CREE QUE EL BRUXISMO ES UNA RESPUESTA A LA TENSIÓN NERVIOSA Y AL "STRESS", AL PRODUCIRSE SOBRE TODO EN NIÑOS MUY TENSOS E IRRITABLES. SIN EMBARGO SE HA DEMOSTRADO QUE SE PRODUCE EN NIÑOS CON PRURITO ANAL O NEMÁTODO (ENTEROBIUS VERMICULARES), EN QUIENES LA INTENSA PICA ZÓN CON FRECUENCIA HACE APRETAR O RECHINAR LOS DIENTES, COMO PARA PRODUCIR UNA CONTRAIRRITACIÓN AL PRURITO.

LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES O CONTACTOS PREMATUROS, TAMBIÉN SON DESENCADENANTES DEL BRUXISMO.

DATOS CLÍNICOS

CUANDO EL BRUXISMO ES LEVE, SE OBSERVAN PEQUEÑAS FASSETAS DE DESGASTE SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES. CUANDO EL HÁBITO ES CRÓNICO SE OBSERVA UNA SEVERA ABRASIÓN DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES E INCISALES DE LOS DIENTES; LA PULPA PUEDE ESTAR CUBIERTA POR UNA PEQUEÑA CAPA DE DENTINA O ESTAR AFECTADA LA CÁMARA PULPAR.

TRATAMIENTO

EN ALGUNOS CASOS CUANDO ELIMINAMOS LAS INTERFERENCIAS OCLUSAS EL BRUXISMO DESAPARECE.

PARA EL NIÑO QUE TIENE SÓLO LA DENTICIÓN PRIMARIA O EN QUIENES APENAS ESTAN ERUPCIONANDO LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES Y TIENEN TOTALMENTE ABRASIONADAS LAS CORONAS, SE DEMOSTRÓ QUE EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES EL USO DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE PARA RESTAURAR EL TEJIDO CORONARIO DAÑADO Y RECUPERAR LA DIMENSIÓN VERTICAL. LAS CORONAS BIEN REALIZADAS, ELIMINAN LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES Y REDUCEN LA RESISTENCIA DEL TRABAJO LATERAL DURANTE EL RECHINAMIENTO.

CUANDO EL BRUXISMO ES MUY SEVERO, DESPUÉS DE LA RECONSTRUCCIÓN SE RECOMIENDA USAR GUARDAS NOCTURNAS.

CAPÍTULO V

PREVENCIÓN

NUESTRA OBLIGACIÓN COMO PROFESIONALES, NO ES SÓLO CORREGIR -
HÁBITOS, LO MÁS IMPORTANTE ES PREVENIRLOS.

ALIMENTACIÓN CON PECHO MATERNO

ANDERSON, EFECTUÓ UN ESTUDIO EN QUE DEMOSTRÓ QUE LOS NIÑOS -
AMAMANTADOS EN FORMA NATURAL, ESTÁN MEJOR AJUSTADOS Y POSEEN ME -
NOS HÁBITOS MUSCULARES PERIBUCALES ANORMALES Y CONSERVAN MENOS ME -
CANISMOS INFANTILES DE SUCCIÓN.

PAPOVICH, MOSTRÓ QUE NIÑOS QUE DEJAN DE MAMAR A LOS 14 MESES
TIENEN MENOR INCIDENCIA DE HÁBITOS DE DEDO, QUE LOS QUE SE ALIMEN -
TARON DE BIBERÓN O LOS DESTETARON TEMPRANAMENTE.

LOS ESTUDIOS DE BURLINGTON, HAN DEMOSTRADO QUE LOS HIJOS DE
PROFESIONISTAS TIENEN CON MAYOR FRECUENCIA EL HÁBITO DE SUCCIÓN -
DIGITAL QUE LOS HIJOS DE GENTE DE CAMPO.

UN ESTUDIO DE 150 NIÑOS ESQUIMALES, NO MOSTRABA EL HÁBITO DE
SUCCIÓN DIGITAL, PROBABLEMENTE PORQUE LAS MADRES CARGAN EN SUS -
PARKAS A LOS NIÑOS HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD.

ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

CON BIBERONES ARTIFICIALES CORRIENTES DE CAUCHO, LA LACTAN -
CIA ES NO FISIOLÓGICA; LA BOCA NO SE PUEDE ABRIR NI CERRAR DEBIDA -
MENTE, AUMENTA LA CANTIDAD DE AIRE INGERIDO; SE CREAN PRESIONES -
MUSCULARES ANORMALES PARA COMPENSAR EL MOVIMIENTO DE ABERTURA EXE

SIVO Y NO SE EJERCITA EL MAXILAR INFERIOR (COMO AL MAMAR), PORQUE AGUÍ SÓLO CHUPA.

CON EL BIBERÓN NUK SAUGER SE IMITA LA ACTIVIDAD NATURAL. TODA LA ZONA PERIBUCAL SE PONE EN CONTACTO CON LA BASE DEL BIBERÓN QUE ES FLEXIBLE Y SE ADAPTA AL CONTORNO DE LOS LABIOS.

UN ESTUDIO HECHO POR BALTERS, MULLER Y COLER EN ALEMANIA, - DEMOSTRÓ LAS VENTAJAS DE ESTA LACTANCIA FISIOLÓGICA. PUES CON ESTA TETILLA ANATÓMICA SE REDUCE CONSIDERABLEMENTE LA NECESIDAD Y EL DESEO DEL NIÑO DE BUSCAR EJERCICIO SUPLEMENTARIO, VOLVIENDO AL DEDO Y AL PULGAR ENTRE COMIDAS Y AL DORMIR.

GUANTES

HAY QUIENES RECOMIENDAN SU USO DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE EDAD, QUIEN LO SUGIERE, IGNORA LA FISIOLÓGÍA BÁSICA DE LA INFANCIA. ADEMÁS NO ES UNA MEDIDA PREVENTIVA PARA HÁBITOS ORALES.

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA GENERAL DEL PACIENTE Y LOS PADRES

ANTES DE EMPRENDER CUALQUIER TRATAMIENTO PARA HÁBITOS, ES IMPREDECIBLE LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE Y SUS PADRES.

EL OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL, RESIDE EN ALCANZAR UN PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO, BASADO EN LA CAPACIDAD, INTELIGENCIA Y PRESENCIA O AUSENCIA DE FACTORES DE MOTIVACIÓN EN EL NIÑO.

FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA

1.- COOPERACIÓN E INTERÉS PATERNAL

LOS PADRES NO SÓLO DEBEN COOPERAR LLEVANDO A SU NIÑO AL DENTISTA Y PAGANDO LA CUENTA; NOS DEBEN AYUDAR SUPERVISANDO LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL HOGAR.

2.- EDAD Y DESARROLLO VERBAL

EN EL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL, LO IMPORTANTE NO ESTÁ EN LO QUE NOSOTROS HACEMOS AL PACIENTE, SINO EN LO QUE HACEMOS POR EL PACIENTE. DEBEMOS CONTRIBUIR A QUE SE AYUDE A SÍ MISMO; ESTO SE LLEVA A CABO PRINCIPALMENTE POR LA COMUNICACIÓN, YA SEA POR LO QUE DECIMOS (VERBAL) Y LA FORMA EN QUE ACTUAMOS (CONDUCTA). CUANTO MÁS JOVEN ES EL PACIENTE, SE UTILIZA MENOS COMUNICACIÓN VERBAL

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

YA QUE TIENE MAYOR TENDENCIA A IMITAR, POR LO TANTO RESULTARÁ MÁS INTELIGENTE DEMOSTRAR AL NIÑO PEQUEÑO LO QUE NOSOTROS QUEREMOS, - QUE TRATAR DE EXPLICÁRSELO,

3.- HIGIENE ORAL PERSONAL

UNO DE NUESTROS INTERESES ESENCIALES ES EVALUAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA ELIMINAR LA PLACA DENTOBACTERIANA, SI NO LOGRAMOS MOTIVARLO PARA CONTROLAR LA PLACA, POR SUPUESTO SERÁ MUY DUDO SO TENER ÉXITO EN EL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL.

4.- INTELIGENCIA

COMO EL TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS ES UN PROCESO DE EDUCACIÓN, TANTO LA SENSIBILIDAD COMO LA INTELIGENCIA DE LOS PADRES Y EL PACIENTE SON MUY IMPORTANTES.

NUESTRO INTERÉS EN LA INTELIGENCIA SE VINCULA NO SÓLO CON LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA APRENDER, SINO TAMBIÉN CON SU ATENCIÓN A LOS DETALLES, CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y VELOCIDAD DE APRENDIZAJE.

5.- COORDINACIÓN MOTORA

PARA UN TRATAMIENTO EFECTIVO Y EFICIENTE, ES PRIORIDAD SABER CUÁNTO COORDINA EL NIÑO, LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS FÍSICAMENTE ACTIVOS NORMALES, SON CANDIDATOS EXCELENTES PARA EL TRATAMIENTO.

6.- RASGOS DE PERSONALIDAD

LOS BUENOS ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD SON PULCRITUD, ATENCIÓN, APTITUD PARA ESCUCHAR, MADUREZ, APTITUD PARA COMUNICARSE, - ETC, ÉSTOS RASGOS FAVORECEN EL TRATAMIENTO DEL HÁBITO.

7.- RELACIONES SOCIALES

LA CONDUCTA DE UN NIÑO SE VE AFECTADA POR LAS FUERZAS ACTUALES DE SU MEDIO SOCIAL, LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y EL NIVEL GENERAL DE SEGURIDAD Y ASPIRACIONES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA DESEMPEÑAN IMPORTANTE FUNCIÓN.

8.- INTERESES, DESEOS Y OBJETIVOS PERSONALES

LA MOTIVACIÓN Y LOS REFUERZOS SON ESENCIALES PARA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO.

ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS DEBERÍAMOS PREGUNTARNOS ¿QUÉ MOTIVA AL NIÑO QUE ESTÁ BAJO TRATAMIENTO? ¿CUÁLES SON SUS GUSTOS?, EL OBJETIVO ES DESCUBRIR QUE ESTIMULA AL NIÑO EN PARTICULAR.

POR DESGRACIA LOS NIÑOS SIN INTERESES O DESEOS CONOCIDOS CARECEN DE FACTORES DE MOTIVACIÓN POSITIVA. EL ÚNICO FACTOR MOTIVACIONAL ES EL TEMOR O EL CASTIGO FÍSICO IMPUESTO POR EL PADRE.

UN NIÑO INTERESADO Y ENTUSIASTA, SERÁ MOTIVADO MÁS A MENUDO CON FACILIDAD PARA TRABAJAR Y LOGRAR UN RESULTADO TERAPÉUTICO ESPECÍFICO, SI PUEDE VER UNA RELACIÓN ENTRE DICHO LOGRO Y SUS INTERESES, DESEOS Y OBJETIVOS PERSONALES.

LA PREGUNTA SERÍA ENTONCES ¿QUÉ MOTIVA A ESE NIÑO EN PARTICULAR BAJO TRATAMIENTO? Y NO ¿CÓMO MOTIVAMOS AL NIÑO?

ES NECESARIO RESOLVERLO ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO ACTIVO Y NO DESPUÉS DE COMENZADO, CUANDO SE ADVIERTE FALTA DE COOPERACIÓN.

CONCLUSIONES

ES PERTINENTE HACER NOTAR QUE LOS HÁBITOS ORALES ANORMALES - PRODUCEN MALOCLUSIONES, PERO ÉSTAS DEPENDEN EN SU SEVERIDAD DE LA INTENSIDAD, FRECUENCIA, DURACIÓN Y DIRECCIÓN CON QUE SE PRACTIQUE EL HÁBITO Y SOBRE EL TIPO ANATÓMICO QUE ACTÚA PARA PRODUCIR UNA - DEFORMACIÓN ÓSEA.

CUALQUIER INDICIO DE MALOCLUSIÓN QUE SEA DETECTADO A LA MÁS TEMPRANA EDAD POSIBLE, PUEDE EVITAR PROBLEMAS COMPLEJOS QUE LLEGUEN A SIMPLIFICARSE CUANDO SON OBSERVADOS, CONSIDERADOS Y TRATADOS OPORTUNAMENTE.

ES IMPORTANTE HACER SABER A NUESTRO PACIENTE Y SUS PADRES EL EFECTO DEL HÁBITO Y LOS RESULTADOS PROBABLES, SI CONTINÚA PRACTICÁNDOLO.

DEBEMOS TENER SIEMPRE EN CUENTA QUE ESTAMOS TRATANDO CON UN PACIENTE EN PARTICULAR Y QUE NO DEBEMOS GENERALIZAR EL PLAN DE TRATAMIENTO PARA TODOS NUESTROS PACIENTES.

EL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL ES TOTALMENTE DIFERENTE DE OTROS TIPOS DE TRATAMIENTOS OCLUSALES, YA QUE TRABAJAMOS CON EL PACIENTE, ELLO ESTRIBA EN LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS A CASOS INDIVIDUALES.

LA COMPLETA COMPRESIÓN DE LOS FUNDAMENTOS BÁSICOS, DE LA -
REALIZACIÓN DE LA HISTORIA BUCAL CON LA MALOCCLUSIÓN, ETIOLOGÍA Y -
LOS PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO QUE ALIENTAN AL PROFESIONAL A UTI -
LIZAR SU INTELIGENCIA, EXPERIENCIA E INVENTIVA, SON MÁS VALIOSOS -
QUE UN PLAN DE TRATAMIENTO PREPARADO ARBITRARIAMENTE, DE MANERA -
RÍGIDA Y GENERALIZADA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BERESFORD J.S. Y OTROS

ORTODONCIA ACTUALIZADA

EDITORIAL MUNDI, S.A. BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1972
524 p.

- 2.- BRAHAM RAYMOND L.
MORRIS MERLE E.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A. BUENOS AIRES ARGENTINA,
1984
646 p.

- 3.- FINN SINDEY B.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V., MÉXICO 1981
EDICIÓN 4A.
613 p.,

- 4.- GRABER T.M.

ORTODONCIA TEÓRICA Y PRÁCTICA

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V., MÉXICO, 1974
EDICIÓN 1A.
892 p.

5.- HANSON HARETT R.D.

THE PSYCHOLOGIC EFFECTS THE RELATIVE EFFECTIVENESS OF VARIOUS
METHODS OF TREATMENT

J. ORTHODONT
53:569 1967

6.- HARYETT R.D.
DAVISON P.O.

THUMBSUCKING: HABIT OR SYMPTOM

CHILD DENT
34:252 1976

7.- MAYORAL, JOSE
MAYORAL, GUILLERMO

ORTODONCIA, PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA

EDITORIAL LABOR, S.A. BARCELONA, ESPAÑA, 1977
EDICIÓN 3A.
588 p.

8.- MOYERS, ROBERTO E.

MANUAL DE ORTODONCIA

EDITORIAL MUNDI, S.A. BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1976
EDICIÓN 3A.
776 p.

9. - SIM JOSEPH M.

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS

EDITORIAL MUNDI, S.A. BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1980

EDICIÓN 2A.

551 p.

10. - ZEGARELLI EDWARD V.

KUTSCHER AUSTIN H.

HYMAN GEORGE A.

DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL

SALVAT EDITORES, S.A. DE C.V., BARCELONA, ESPAÑA, 1981

REIMPRESIÓN

651 p.