

870122

46
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CINCO DIFERENTES APARATOS
ROMPEHABITOS USADOS EN LA SUCCION PULGAR

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARIA GABRIELA GUERRA DOMINGUEZ

ASESOR: DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



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.

" ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CINCO DIFERENTES APARATOS
ROMPEHABITOS USADOS EN LA SUCCION PULGAR "

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
CAPITULO I	
Succión del pulgar.	2
A) Etiología.	3
B) Efectos secundarios en la dentición.	11
CAPITULO II	
Diseño, construcción, adaptación y evaluación de cinco diferentes tipos de - rompehábitos.	22
Búsqueda de hábitos bucales.	28
Pasos en el tratamiento.	30
Elección del aparato.	32
Colocación del aparato para eliminar - hábitos.	34
A) Diseño.	36
B) Construcción.	38
C) Adaptación.	42
D) Evaluación.	45
1) Ventajas.	45
2) Desventajas.	46
Foto hábito succión del pulgar.	48
Aparato fijo con rejilla anterior.	49
Aparato removible con rejilla anterior.	50
Aparato fijo con rastrillo.	51
Aparato fijo con rastrillo modificado.	51

	Pág.
Casística.	
Caso Clínico I	52
Caso Clínico II	55
Caso Clínico III	59
Caso Clínico IV	62
Caso Clínico V	66
Conclusión	70

Bibliografía.

Citas Bibliográficas.

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

En la actualidad mucho se habla sobre los hábitos que - los niños presentan: las causas, efectos en la dentición, y tejidos blandos, influencia psicológica que los ocasiona y muchas otras cosas más.

Pero realmente, son pocas las personas que se preocupan por llevar al niño a que se le realice un tratamiento tem - prano a estos problemas, que sin darse cuenta, se van arra^ugando tan profundamente, que cuando se quiere dar solución, es muy difícil que el paciente coopere para la eliminación - del problema.

Es fácil opinar y hablar de estos problemas, pero en la realización de este trabajo y sus casos clínicos pude darme cuenta de la poca cooperación que dan primero el paciente y luego su familia.

En el niño es comprensible su dificultad para aceptar - un aparato rompehábitos, pues si en los mayores es difícil - y se necesita mucha fuerza de voluntad para eliminar un há - bito, imaginemos en un niño en el cual su personalidad aún - no se define.

Pero como ellos tratan generalmente de agradar a sus pa - dres, creo que al tener estos constancia e interés en la - eliminación del hábito de su hijo, se puede llegar a un tra - tamiento satisfactorio.

Lamentablemente, pocas son las personas que persisten - en el tratamiento de un problema tan importante y profundo, que sin su eliminación nos causa serios problemas en teji - dos blandos, dientes, paladar y eventualmente psicológicos.

C A P I T U L O I

SUCCION DEL PULGAR.

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contrac- -
ción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos -
sirven como estímulos para el crecimiento normal de los ma-
xilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masti-
cación correcta. Los hábitos anormales que pueden interfe-
rir con el patrón regular de crecimiento facial, deben dife-
renciarse de los hábitos normales deseados, que son una par-
te de la función orofaríngea normal y juegan así un papel -
importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiolo-
gía oclusal. (5)

Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pue-
den estar implicados en la etiología de la maloclusión. Los
patrones habituales deletéreos de conducta muscular, a menu-
do están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedi-
do, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturba-
dos, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la-
musculatura facial y problemas psicológicos. Por lo tanto,-
no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse de los -
hábitos. (5)

Los niños experimentan continuas modificaciones de con-
ducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables
y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito-
inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lo-
grar cambios por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos -
casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres. -
(2)

Quando la conducta oro-muscular es desfavorable, el hábito solamente contribuye a una condición que probablemente persiste, aún cuando el hábito cese. Sin embargo, donde la conducta oro-muscular es favorable es menos probable que el hábito produzca una maloclusión intratable y hay mucha esperanza de una mejoría espontánea una vez que el hábito ha cesado. Hay que tener cuidado antes de culpar por todos los incisivos prominentes a los hábitos de succión digital, porque en un estudio uno de los autores encontró que sólo el 14% de todos los niños quienes se chupaban los dedos producían en realidad una irregularidad de sus dientes. (7)

A) ETIOLOGIA.

Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso, antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas. (2)

El reflejo de succión constituye para el recién nacido, su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Los labios del lactante son un órgano sensorial, y es la vía del cerebro que se encuentra más desarrollada.

Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación. (3)

Una temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, esto lo demuestran los reflejos de succión y asimiento, y el reflejo de -
moro, todos presentes en el nacimiento. Evidentemente el pa -
trón de succión del niño responde a una necesidad. La nece -
sidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aun -
que estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situa -
ciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarro -
llo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y -
la sensación de hambre que sigue a la succión hacen que este
reflejo sea marcadamente predominante. (2)

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si -
son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y -
bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfacto -
rias, se da a si mismo cierta satisfacción secundaria para -
aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al in -
troducirse su dedo o pulgar en la boca. (2)

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto -
de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Sa -
tisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la
necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto co -
mo uno de los primeros síntomas de desarrollo de independen -
cia o separación de la madre. (2)

Un estudio objetivo realizado con computadoras sobre ni -
ños alimentados en forma natural, artificial y combinada -
apoya las observaciones de Anderson (8) de que los niños -
amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen
menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan -
menos mecanismos infantiles. (3)

Los bebés alimentados con biberón muestran frecuentemente hábitos de succión indeseables, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarle e inducir sueño. Después que un niño así es destetado, aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir. Muchas madres dirán-que su hijo nunca se chupa el pulgar "excepto cuando va a la cama". Otros niños aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención de los padres es chupar sus dedos. (5)

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fue diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional que la lactancia natural. Se espera que ésta tetilla anatómica, junto con el chupete, usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir. (3)

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo, se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación. La madre deberá resolver esta situación, sin descuidar las necesidades mínimas de la lactancia. (3)

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser propuesto-por lo menos hasta el primer año. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada; junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos se

rán reducidos significativamente. (3)

Se recomienda el uso del chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia. (3)

La succión digital es practicada por muchos niños por una variedad de razones; sin embargo, si no está directamente implicada en la producción o mantenimiento de la maloclusión, probablemente no debe ser una preocupación clínica principal para el odontólogo.

La mayoría de los hábitos de succión digital, comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente son superados hacia los tres o cuatro años de edad. (5)

Gesell e Ilg, (15) del Laboratorio de Desarrollo Infantil de Yale, afirman que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño. Este hábito puede ser considerado como normal durante el primer año de vida y desaparecerá espontáneamente al final del segundo año de vida si se presta atención debida a la lactancia. Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia. (3)

La época de aparición de los hábitos de succión digital tienen alguna significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia. El neonato seguramente todavía no está envuelto en problemas de rivalidad con hermanos, y-

sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo, algunos niños no comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario. (5)

Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil. Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados por sus efectos psicológicos, por que pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad o hasta un deseo de llamar la atención. (5)

Mediante el interrogatorio del paciente, el examen de las callosidades causadas en los dedos por la succión, escuchándolo hablar y viendo su manera de deglutir, así como hablando con los padres, el odontólogo pudiera ser capaz de trazarse una imagen bastante exacta de la etiología de la maloclusión. Pero se pondrá cuidado en estos casos para evitar un excesivo celo al interrogar a los jovencitos acerca de sus hábitos bucales. (6)

El odontólogo se encuentra rápidamente con que se ha alejado del área de su especialidad cuando existen problemas de carácter psíquico. Es casi superfluo aclarar que los niños con clase I, tipo 2, tienden a ser infelices, inferiores en sus logros y lentos para madurar, que pueden presentar problemas de manejo psicológico para el odontólogo. Habitualmente, en esta categoría se encuentran más varones que niñas. (6)

El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por sus padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue. Ningún padre debería fijarse en éste hábito, no obstante la provocación. Esta observación es aplicable a niños de todas las edades. (3)

En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito. Esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles. (3)

Los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por si solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. (3)

Ahora como siguiente punto, mencionaremos algunas teorías formadas, tratando de explicar la causa o etiología de el hábito de succión.

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar "la succión digital no nutritiva" (como la denominan). La mayoría de las primeras ideas res -

pecto a la succión digital estaban basadas firmemente en la clásica teoría freudiana. Freud (13) sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual no está separada todavía de la toma del alimento. Así, el objeto de una actividad, la succión del pulgar, también es el de otra lactancia. Un desarrollo lógico de esta teoría se relaciona con intentos de detener el hábito de succión del pulgar, porque la creencia freudiana sostiene que la interferencia de un mecanismo tan básico, probablemente conducirá a la aparición de tendencias tan antisociales como la tartamudez o la masturbación. La succión digital también ha sido relacionada con la inadecuada actividad de succión. Se encontró en una serie de estudios, que había menos succión del pulgar, tanto en animales como en humanos, cuando eran alimentados adlib, que cuando las comidas estaban ampliamente separadas. (5)

Además, se aprendió, que, en general, los niños no chupadores de pulgar tomaban un tiempo más prolongado para alimentarse que el de los chupadores de pulgar. En oposición a la Teoría de la Actividad de Succión Inadecuada, está la Teoría del Impulso Oral de Sears y Wise, (18) cuyo trabajo sugiere que la fuerza del impulso oral es en parte, una función de cuanto tiempo un niño continúa alimentándose por medio de la succión. Así, no es la frustración del destete lo que produce la succión del pulgar, sino el impulso oral que ha sido reforzado por la prolongación de la lactancia. La teoría de Sears y Wise, corre pareja con la hipótesis freudiana que la succión aumenta la erogénesis de la boca. (5)

Otra teoría muy interesante, ha sido propuesta por Benjamin, (10) quien sugiere que la succión del pulgar surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los-

infantes mamíferos. Estos reflejos primitivos son máximos durante los primeros tres meses. La hipótesis que ella sostiene fue probada cubriendo las manos del infante con mitones las primeras semanas de vida, de manera que el pulgar no estaba accidentalmente implicado en el reflejo de ubicación. (5)

Benjamín (10) en una interesante serie de experimentos con monos, encontró que había mucho menos succión del pulgar entre aquellos cuya experiencia de succión nutritiva había sido muy reducida. Esta teoría sostiene que la succión del pulgar es expresión de una necesidad de chupar que surge por la asociación de la succión con los aspectos reforzadores primarios de la alimentación. (5)

Todas las teorías sobre succión del pulgar no son de origen freudiano, porque recientemente varias han sugerido que la succión del pulgar es uno de los ejemplos más tempranos de aprendizaje neuromuscular en el infante, y que sigue todas las leyes generales del proceso de aprendizaje. Un equipo de investigación multidisciplinaria en la Universidad de Alberta, (19) informó que niños que se chupaban sus pulgares no demostraron ningunas diferencias psicológicas consistentes, con la muestra de control. Los resultados bien documentados de este equipo apoyan firmemente la teoría que los hábitos de succión digital en seres humanos son una simple respuesta aprendida. No encontraron apoyo para la interpretación psicoanalítica de la succión del pulgar como un síntoma de trastorno psicológico. Más pruebas de sus ideas fueron presentadas estudiando los efectos psicológicos de la intervención ortodóntica; la terapia ortodóntica típica para detener el hábito, no produjo ningún aumento significativo de conducta psicológica indeseable alternati-

va o sustitutiva. (5)

Las diversas teorías respecto a la "succión digital no nutritiva" no son completamente incompatibles una con otra. Más bien sugieren que el hábito de succión del pulgar debe ser considerado por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada. Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores. La mayoría de los hallazgos comunicados hasta ahora, parecen apoyar mejor la teoría del aprendizaje, sobre todo si el aprendizaje de la succión digital está asociado con succión nutritiva prolongada y sin restricción. (5)

B) EFECTOS SECUNDARIOS EN LA DENTICION.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente se considera en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años pueden producir consecuencias desfigurantes). (2)

Debe recordarse que muchos niños practican hábito de succión digital sin ninguna deformidad dentofacial evidente, pero también es cierto que la presión que ejerce el hábito de succión digital, puede ser la causa directa de una maloclusión severa. La mecanoterapia para el tratamiento de la maloclusión resultante puede ser fácil, pero las repercusiones psicológicas de la terapia se entienden con menos claridad y, ocasionalmente, parecen haber sido exageradas. Por consi - -

guiente, la atención del odontólogo se dirige con frecuencia al chupador del pulgar al igual que a la maloclusión. (5)

La succión de los pulgares, otros dedos, o chupetes es un fenómeno común en los primeros años de vida. Tanto Gardiner como Humphreys y Leighton (14) han encontrado una incidencia de más del 50%. En la mayoría de los casos, el hábito es abandonado hacia los cuatro años de edad, y produce poco daño permanente. La continuación del hábito pasada la edad en que erupcionan los incisivos permanentes puede, sin embargo, resultar nocivo. Cuánto más persistente es el hábito, mayor su contribución a la perturbación de las fuerzas que operan sobre los dientes. (7)

Balters y sus colaboradores, (9) en Alemania, concluyen que las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria de leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. (3)

Muchos niños que practican hábitos de succión digital no tienen evidencia de maloclusión; sin embargo, Popovich (17) ha comunicado una asociación elevada de hábitos de succión anormal con la muestra de maloclusión, en el Centro de Investigación Ortodoncia Burlington en Ontario, Canadá. Cook (11) midió las fuerzas de la succión del pulgar, hallando tres patrones claramente diferentes de aplicación de la fuerza durante la succión, todos utilizando fuerzas suficientemente -

intensas como para desplazar dientes o deformar el hueso en crecimiento. (5)

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse en el chupador del pulgar depende de una cantidad de variables la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión el patrón esquelético facial, la fuerza aplicada a los dientes y al proceso alveolar, la frecuencia y duración de la succión, etc. (5)

El pulgar se ubica habitualmente en una posición tal que presiona en dirección lingual contra los incisivos inferiores. Puede haber también alguna interferencia con el movimiento oclusal de los incisivos, provocando una mordida abierta anterior.

La sustitución del pulgar por la lengua puede reducir el efecto de expansión sobre el paladar. Como la lengua permanece todavía dentro del arco inferior, puede desarrollarse una mordida cruzada en la parte posterior. (7)

El pulgar u otro dedo, es colocado habitualmente un poco hacia un lado y puede producir una inclinación asimétrica. Los hábitos de succión persistentes ocurren con frecuencia en casos donde la conducta oro-muscular, o la relajación de las bases dentarias, ya son desfavorables para el desarrollo de una buena oclusión. (7)

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes: 1) de la posición del dedo en la boca, y 2) de la acción de palanca que ejerce el niño contra las otras piezas y el alvéolo por la fuerza que genera, si además de succionar, presiona contra las

piezas. (2)

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia - ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar. (3)

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentición mixta (de los 6 a los 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes. (2)

Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos. (3)

Quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco en la maloclusión de clase II, división I, exista o no el hábito de chuparse los dedos. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de la vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espa -

cios entre los incisivos superiores. También puede existir - leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores. (3)

Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente. La protracción de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba - contra el paladar. La retracción postural mandibular puede - desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a 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. (5)

Teóricamente, es posible crear una serie de hechos que - atribuyan la protrusión total maxilar al hábito de chuparse los dedos, con el aumento de presión del mecanismo del buccinador activando el rafe pterigomaxilar justamente detrás de la dentición y desplazando los dientes superiores hacia adelante. En la práctica aunque vemos mordidas abiertas severas, mordidas cruzadas vestibulares, protrusión de los dientes anteriores superiores y apiñamiento de los incisivos inferiores, es poco probable que la relación bilateral de los segmentos vestibulares de Clase II pueda ser atribuida al hábito de chuparse los dedos. (3)

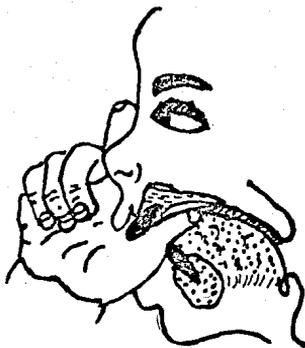
Es factible que la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares poderosos aún en los casos de maloclusión unilateral de clase II asociados con el hábito de chuparse los dedos. (3)

La permanencia de la deformación de la oclusión puede - aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Como se ha mencionado anteriormente, - esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y de pulgar, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior (3) (Fig. 1-01)

La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existen buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupadedos confirmados. - (3)

La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. De especial interés es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función. Por esto, la deformación prosigue de manera más constante que lo que hubiera sido posible con un hábito de dedo confirmado. (3)

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importante son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta al resultado final. El niño que chupa esporádicamente sólo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la



(Fig. 1-01)

Fig. 1-01. El hábito de chuparse el dedo abre la boca - más allá de la posición postural del descanso, ejerciendo - una presión labial y depresora sobre los incisivos superior - res y una fuerza lingual y depresora sobre los incisivos inferior - es. Obsérvese que la lengua es desalojada por este há - bito.

boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. (3)

La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador. Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores - que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. (3)

La duración, la frecuencia e intensidad constituyen el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento. Este trío de factores deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente de clase II, división I, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado. (3)

En resumen, los efectos más comunes que encontramos en la dentición de los niños que tienen el hábito de succión -- son:

- 1) Mal alineamiento de las piezas que generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores-superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre -

la mordida; y según la acción de palanca producida puede resultar una inclinación lingual de las piezas mandibulares anteriores. (2)

2) Los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral. (2)

3) Puede presentarse sobreerupción en las piezas posteriores, por lo tanto aumenta la mordida abierta.

La mordida abierta puede crear problemas de empuje y dificultades del lenguaje. (2)

4) El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común.

Esto inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior. (2)

Siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedo confirmados tirando hacia adelante sobre la dentadura superior puedan provocar la creación de maloclusión unilateral de clase II en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo, la lengua y el labio solo aumenta esta posibilidad. (3)

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el siste-

ma de fuerzas en, y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento. Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores del pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. (5)

El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y la deglución, estabilizan la deformación. Algunas maloclusiones que surgen de hábitos de succión pueden ser autocorrectivas al cesar el hábito; por ejemplo, si el patrón esquelético es normal el hábito es detenido temprano, la deformidad ha sido leve, hay una deglución con dientes juntos y los hábitos neuromusculares asociados son de naturaleza leve. Desafortunadamente, muchos chupadores de pulgar requieren terapia ortodóncica. (5)

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados para desterrar el hábito el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar éste hábito.

Pero, al igual que otros hábitos, encuentran que es dificil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración, higiénica poco deseable. (3)

Solo necesitamos examinar nuestros propios fracasos en la autodisciplina y nuestras reacciones cuando se nos amones

ta para comprender la actitud del niño. Con algunos niños - los mecanismos infantiles retenidos funcionan como un arma - para atraer la atención. Esta situación no conduce a la tranquilidad doméstica, especialmente cuando el padre está al - tanto de las posibilidades de daños en forma permanente los-dientes y tejidos adyacentes. (3)

En otros niños, el hábito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia; es un hábito condicionado por la repetición constante y el niño aún no transfiere sus actividades para obtener placer a actividades maduras y-extrovertidas propias de niños mayores. (3)

C A P I T U L O I I

DISEÑO, CONSTRUCCION, ADAPTACION Y EVALUACION DE CINCO DIFERENTES TIPOS DE ROMPEHABITOS.

Existen comentarios diferentes, sobre el momento y el me dio de interceptar los hábitos, pero al final todos tienen - el mismo objetivo, impedir que se vuelvan un problema más - adelante y que tengan consecuencias negativas en la fisiología y anatomía de la boca.

Conforme vayamos avanzando en este tema nos daremos cuen ta que cada autor tiene una opinión, a veces igual o a veces diferente a la de los demás, pero su objetivo será siempre - dar un buen tratamiento.

Las consecuencias nocivas de los hábitos son obvias. Uno de los servicios ortodónticos interceptivos más valiosos que puede prestar el dentista es eliminar los hábitos perniciosos de chuparse el dedo, la lengua o el labio, antes de que puedan causar daño a la dentición en desarrollo. Resulta desafortunado que no se pueda ver al niño con la oportunidad suficiente para ayudar en los problemas de la deglución y la lactancia. Si se pudiera, habría muchos menos hábitos de chuparse el dedo, el labio y la lengua para preocuparlo, ya que el dentista podría interceptar este ataque a la integridad - de la dentición normal. Aquí, la solución es la educación - del paciente. Los padres saben entonces que esperar, pudiendo así, evitar problemas ortodónticos futuros mediante el manejo inteligente de las exigencias físicas y emocionales del niño en crecimiento. (3)

Habitualmente, no hay una razón fuerte para establecer -

un régimen riguroso de control del hábito; por lo tanto, se puede tomar tiempo para estudiar el problema a fondo. Parece ría sensato preocuparnos del control de los hábitos bucales que en realidad son deletéreos para la oclusión; otros hábitos bucales indeseables pueden ser tratados mejor fuera de la profesión odontológica. (5)

No todos los hábitos de chupeteo o de musculatura bucal-anormal requieren tratamiento con aparatos. Ni todos los hábitos ocasionan daño. En estos casos se debe dejar a los niños en paz y observarlos periódicamente. En ocasiones, el comentario de los problemas con el niño por lo menos puede eliminar el chupeteo, en tanto que otros elementos del problema pueden ser superados con una mayor madurez psicológica. Si el hábito sólo es una faceta de una inmensidad de síntomas de un problema de comportamiento anormal, lo que se recomienda primero es consultar a un psiquiatra, sin embargo, estos casos son la minoría. En muchas ocasiones los niños tienen una adaptación y salud adecuadas. Se puede tomar en cuenta algún tipo de tratamiento con aparatos si hay cooperación de los padres del paciente y de los hermanos. (1)

Como podemos observar en los párrafos anteriores la diferencia tan grande en las opiniones entre Graber, Moyers y Chaconas. Ahora seguiremos analizando los estudios y conclusiones encontrados en sus libros.

Los odontólogos haríamos bien en confirmar nuestros esfuerzos al problema clínico que debemos tratar -la oclusión- Mucha tontería se escribe para los legos y para la profesión, por psiquiatras, psicólogos y médicos- al igual que por odontólogos.- Es desafortunado que tanta información equivocada-respecto a este importante tema aparezca en revistas legas.-

Muchos de esos escritos superficiales que se refieren a la oclusión no son hechos por quienes eventualmente deben manejar el problema. (5)

Cuando se observa que el niño tiene el hábito de chuparse los dedos persistentemente, así como maloclusión, resulta fácil interpretar esta relación simbiótica y asignar arbitrariamente la causa y el efecto. Puede ser correcto afirmar que el chupado del dedo es un factor en la deformación de los dientes y las estructuras de soporte; pero solamente es un factor de síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección de lengua, deglución anormal, mordedura de labio, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculo del labio superior hipoactivo y quizá hiperactividad del músculo buccinador. Asignar valores específicos a cualquier elemento sólo en la producción de maloclusión total sería muy difícil. Sin embargo, con frecuencia resulta un buen procedimiento interceptivo colocar un aparato diseñado para reducir y eliminar la actividad deformante. (3)

En un pasado, demasiados dentistas intentaron intervenir en etapas demasiado prematuras para impedir el daño de las arcadas dentarias de los niños pequeños que mostraban dañados hábitos de succión del pulgar y otros dedos. Esta intervención tomó a menudo la forma de dispositivos fijos fabricados por el odontólogo, tales como trampas linguales, rejillas, pantallas o aparatos palatinos removibles (6)

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente. En ocasiones, una discusión franca del problema con el

niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura. Como han demostrado Worms, Meskin, - Isaacson, Tulley, (20) la maloclusión puede ser un problema - legado al tiempo, que es eliminado por sí solo con la madura ción del desarrollo. (3)

Al margen de qué hábito se está corrigiendo, se aplican dos consideraciones básicas:

1) Un reflejo está implicado. El problema consiste en - controlar un proceso fisiológico; por lo tanto, el fundamento de la terapia debe ser fisiológico y no mecánico. Siempre debe intentarse alterar el brazo aferente del reflejo, y esta alteración debe pensarse en términos de reaprendizaje muscular. Se deduce entonces, que dispositivos como sujetadores, mitones e inmovilizadores del codo, que sólo aportan interferencia mecánica, deben ser descartados. El fundamento de la terapia es condicionar respuestas no mecánicas. (5)

2) Debe determinarse si la maloclusión es de preocupación primaria o secundaria. Somos odontólogos, y nuestras - mentes y ojos están dirigidos a problemas dentarios y soluciones dentarias, pero los arcos linguales no tratan trastornos emocionales. (5)

El término "succión del pulgar" ha sido usado superficialmente para cubrir una amplia variedad de hábitos bucales de succión. En esta discusión nos limitaremos a la interpretación más estricta del término. La succión forzada repetida del pulgar, con fuertes contracciones asociadas bucales y - del labio, parece ser el tipo de succión más probablemente - relacionado con maloclusión. El tipo de patrón facial hace -

alguna diferencia. Un perfil recto con una oclusión firme de clase I, parece tolerar las fuerzas de la succión del pulgar mejor que un esqueleto facial típico clase II. No dejar de considerar la cara en la que aparece el hábito, porque un hábito leve en algunas caras es más perjudicial que uno severo en otras. Así como varían los factores que hacen el hábito, así también, varían las caras. Es la combinación de hábito más cara en crecimiento lo que origina el problema clínico. (5)

Los aspectos clínicos del problema pueden dividirse en tres fases de desarrollo precisas:

a) Fase I: Succión del pulgar normal y subclínicamente significativa.- Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los tres años, dependiendo del desarrollo social del niño. La mayoría de los infantes muestra una cierta cantidad de succión del pulgar, o de otros dedos, durante este período, sobre todo en el momento del destete. Comúnmente, la succión se resuelve en forma natural hacia el final de la Fase I. Sin embargo, si el infante muestra algunas tendencias al tipo "pulgar-específico" de succión vigorosa, el enfoque debe ser definitivamente profiláctico por el posible daño oclusal. El uso de un chupete de goma hacia el final de la Fase I es mucho menos perjudicial, al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar. (5)

b) Fase II: Succión del pulgar clínicamente significativa.- La segunda fase se extiende aproximadamente desde los tres a los seis o siete años. La succión practicada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones: 1) es una indicación de posible ansiedad clínicamen

te significativa, y 2) es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Un programa firme y definido de corrección está indicado en esta época. (5)

c) Fase III: Succión del pulgar intratable.- Cualquier succión del pulgar que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema difícil, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. Un hábito de succión del pulgar durante la fase III requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directas. Está indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y psicólogo, o el médico, para realizar un enfoque integrado. Cualquier hábito de succión del pulgar, que persiste hasta la fase III, seguramente no es más que un síntoma de un problema mayor que la maloclusión resultante. (5)

Relación entre los hábitos de succión y la proyección lingual con la maloclusión.- Para comprender correctamente la relación entre los hábitos de succión, la proyección lingual y la maloclusión en los niños cuyas edades oscilan entre los años correspondientes a la dentición mixta puede ser pertinente repasar lo que varios autores han concluido de sus estudios. Esta es un área de la odontología en la cual el foniatra es muy útil. Los investigadores de la fonación han confirmado que la pauta de deglución normal de un bebé es muy parecida a una proyección lingual, con la punta de la lengua interpuesta entre los rebordes gingivales para contactar el labio inferior y obtener un sellado para la deglución con la maduración y la erupción de los dientes temporales se produce una lenta modificación hacia la pauta de la deglución adulta. Aún así, un estudio demostró que la pauta de de

glución infantil persiste en una elevada proporción de niños de cuatro a seis años.-(6)

Pero en niños que tienen hábitos de succión, la mordida-abierta que resulta en la región anterior proporciona una vía perfectamente cómoda a través de la cual puede proyectarse la lengua. Cuanto más persista el hábito, más difícil será que la pauta de deglución madure hacia la normalidad. Es importante comprender que las malposiciones de los dientes anteriores permanentes causadas por hábitos de succión, pueden ser mantenidas o hasta empeoradas por un continuo hábito de deglución aberrante. (6)

En tanto que los hábitos de succión (pulgar, otros dedos, etc.) se prolonguen, la pauta de deglución con proyección lingual se mantiene. Al establecerse firme la pauta del hábito con la edad, la proyección lingual durante la deglución puede persistir aún cuando los hábitos de deglución hayan sido superados. Corrientemente, se espera que en la población general se produzca una neta declinación natural en la proyección lingual alrededor de los nueve años. (6)

Búsqueda de hábitos bucales: En los exámenes en busca de hábitos bucales, el odontólogo está interesado en observar - si está presente un hábito persistente de succión del pulgar o de otro dedo; si durante la deglución se produce una mueca facial o una contracción excesiva del músculo mentoniano, - una contracción normal de los músculos masetero y temporal y ubicación normal de la lengua contra los dientes y el paladar, y si la pauta de dicción del niño es en esencia normal. Para observar todo esto, se pueden encarar varios pasos: (6)

1) Observe al niño en el momento en que no tenga conciencia de que lo está escrutando para verificar lo que sigue:

a) Perfil facial ¿Es esencialmente recto, cóncavo o convexo?

b) Las posiciones de los labios en reposo ¿Están juntos o separados?

c) Posiciones de los labios durante la deglución. Se cierran formando un sello ¿Cierra el labio inferior el sello presionando hacia arriba por detrás de los dientes anteriores superiores?

d) Tensiones relativas de los labios superior e inferior al deglutir ¿Permanece el labio superior pasivo o incompetente durante el acto de la deglución?. (6)

Examen de la cavidad bucal para determinar el tamaño y la posición de la lengua en reposo:

a) Observe estrechamente que hace la lengua durante la deglución, si es posible. Esto no se puede hacer mientras se mantienen los labios separados como se ha sugerido. Todos los chicos proyectan la lengua para formar el sello para la deglución en esas condiciones. (6)

b) Observe la simetría de las posiciones iniciales de los incisivos centrales y laterales superiores. La asimetría en esta zona puede dar una clave de si el niño se succiona de preferencia el pulgar u otro dedo derecho o izquierdo. Las proyecciones linguales también pueden ser laterales, con creación de una mordida abierta anterior asimétrica. (6)

c) Mida la mordida si existe. Mida desde el borde incisal del lateral superior derecho al incisivo lateral inferior, y desde el central superior derecho al incisivo central inferior. (6)

d) Busque evidencias de respiración bucal: Agrietamiento de la línea gingival o caries o excesiva pigmentación de las caras vestibulares (tercio gingival) de los incisivos centra

les y laterales superiores.

e) Busque callosidades en el dorso de los dedos de la ma para encontrar el dedo succionado habitualmente. Muchas veces el niño responderá a la pregunta: ¿Puedes mostrarme el dedo que más te gusta cuando te vas a la cama por las noches?. (6)

Si existe daño franco (maloclusión total), deberá hacerse una historia clínica completa, preferiblemente con el niño fuera de la habitación. Si los hábitos de chupar son sólo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal la primera consideración es pedir una consulta con el psiquiatra. Sin embargo, estos casos son los menos. En la mayor parte de los casos los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos. Si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los hermanos deberá considerarse la utilización de un aparato. Las teorías actuales sobre el aprendizaje indican que el aspecto psicológico ha sido exagerado por los psiquiatras y los pediatras. (3)

Pasos en el tratamiento: 1) Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño, sin el padre cerca. No usar amenazas, ni avergonzarlo; es preferible un intento amigoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. Muchos niños dirán que se chupan sus pulgares solamente cuando duermen, y también declararán que quieren muy sinceramente librarse del hábito. Se pueden usar ventajosamente esas manifestaciones diciendo: "Es bastante difícil controlar lo que haces mientras estás durmiendo, ¿verdad?" "Te gustaría una pequeña ayuda para recordar a tu pulgar que se mantenga fuera de la boca cuando no estás despierto para hacerlo?" "Si se consigue del niño una respuesta cooperativa y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer-

de ese recordatorio si es que en los dos o tres meses siguientes no puede manejar el problema solo. Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos. Mostrarle el resultado del tratamiento, también para establecer en su mente lo que se puede lograr con ayuda del odontólogo. En otras palabras; usar esta primera discusión para conocer al niño y hacerlo saber sobre los métodos disponibles para la corrección del hábito. Ser amable, porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el asunto. Dejarle con la idea que el va a hacer lo que pueda por si mismo durante dos o tres meses y que después de ese tiempo discutirán nuevamente la situación. (5)

Se han obtenido excelentes resultados por el uso de una tarjeta que se entrega al niño para que anote cada mañana si el dedo fue chupado durante la noche. No debe ser una fecha-impresión, sino tarjeta con el nombre del niño escrito, especialmente para él. Se trazan simplemente dos columnas si y no. Hacer una cita para que el niño regrese en dos semanas, o menos, y traiga la tarjeta. Se le habrá dicho que puede chuparse su pulgar si lo desea, pero que debe llevar el control para que se pueda conocer la severidad del hábito. No estimular al niño inseguro, perturbado, a que mienta por complacerle. Enseñarle que un adulto está interesado en el y que puede hablar de la succión del pulgar sin burlarse o avergonzarlo. Una cantidad sorprendente de niños controlan ellos mismos el hábito con este programa. Puede variarse un poco prescribiendo Band Aids para colocar en el dedo cada noche y recordarle al pulgar que permanezca fuera de su boca. Y aún cuando es necesario recurrir al aparato, el niño está psicológicamente listo para él y el aparato sirve simplemente para recordarle al pulgar cuando está dormido y no puede-

hacerlo. (5)

A medida que el niño entra en el período en que intenta controlar el hábito por sí mismo, hay que conversar con uno o ambos padres. Insistir en que ninguno debe discutir el problema con el niño, ni debe ser tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos. Por sobre otra cosa, nadie debe hacer comentarios en menosprecio respecto al hábito. Pedir específicamente a los padres que vigilen a los otros niños y a los abuelos dentro del círculo familiar. El niño pierde así los aspectos que fijan su atención en el hábito y se siente estimulado a trabajar en forma más madura con el odontólogo. Unos pocos niños terminarán por completo con el hábito en este período. La mayoría no, pero se beneficiará mucho por la eliminación de las tensiones familiares centradas en la succión del pulgar y estarán preparados para trabajar con el odontólogo. (5)

Si el niño está en la fase II, el paso siguiente es la colocación de un aparato corrector del hábito. Si el niño está en la fase III el paso siguiente es consulta con médico de familia, con un psicólogo clínico competente o con un psiquiatra. Muchos sistemas escolares disponen de ese personal familiarizado con el problema. Después de esa consulta, la terapia se convierte en esfuerzo conjunto. Habitualmente, no se colocan aparatos hasta que todos los problemas del niño están definidos y la succión del pulgar se ve con la perspectiva correcta. (5)

Elección del aparato: El aparato ideal para ayudar en la corrección del hábito de succión del pulgar deberá:

1) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.

- 2) No requerir recordatorios para usarlo
- 3) No avergonzar con su uso, y
- 4) No complicar a los padres. (5)

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser construídos por el odontólogo. La me jo r ma ne ra de cl as i f i c a r l o s e s , tal vez, en instrumentos fijos y removibles. (2)

Las alabanzas son la terapéutica que mejor actúa en todos los niños. Los elogios deben ser sinceros, y se debe dar al niño cuanta oportunidad sea posible para que comparta las responsabilidades. Si el aparato fuera removible, los padres deberán tener presente que el niño lo use según las indicaciones del profesional. Pero los reproches continuos y agresivos de los padres hacia el hijo en su hogar puedan hacer que pierda la buena voluntad de complacer al odontólogo. En estas circunstancias, algunos niños "perderán" sus aparatos-removibles, habitualmente justo antes de la sesión odontológica. El odontólogo debe recordar que está tratando de corre gir un há bito bucal y no procurando modificar el estilo de vida de toda la familia del niño. (6)

Graber (16) señala que es habitualmente el padre más se siente afectado por los hábitos anormales de succión de su hijo. Es también el tipo de persona que no sigue los consejos del dentista cuando se confecciona el aparato que deberá utilizar la criatura. (6)

Ei el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años, en quie-

nes solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar - piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón - contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, en - tre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje. (2)

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensa - ción en el niño de estar siendo "castigado" mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos, como la noche. - Ciertamente, para el odontólogo, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de - construir y ajustar que los de tipo fijo. La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva - solo cuando el desea. (2)

Colocación del aparato para eliminar los hábitos. El - - tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre - las edades de 3 1/2 y 4 1/2 años de edad, preferentemente durante la primavera o el verano, cuando la salud del niño se - encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chupar pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales. (3)

El aparato desempeña varias funciones:

Primero, hace que el hábito de chuparse el dedo pierda - su sentido eliminando la succión. El niño desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera sa - tisfacción al hacerlo. Así, chuparse los dedos se hace análogo al café sin cafeína o a los cigarrillos sin nicotina. De-

berá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una "máquina de masticar" sana.

Segundo, en virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios. (3)

Tercero, el aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal. Como resultado, la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos. Si los pacientes son niños sanos y normales, se observarán pocas secuelas desfavorables, salvo un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado o inmediatamente después de que es retirado. (3)

Es clínicamente provechoso exigir a los pacientes realizar los ejercicios de labio y lengua; por ejemplo, pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios 5 ó 10 minutos antes de acostarse. Esto con frecuencia proporciona suficiente satisfacción y relajamiento, disminuyendo la necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse. La leche tibia o la música suave al retirarse-

también tienden a reducir el deseo de chuparse los dedos. -
(3)

A) DISEÑO.

La prescripción ortodóntica para la reducción de los hábitos adopta diversas formas. Existen dos tipos de aparatos, fijos y removibles. Una de las formas más eficaces es una criba fija. El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040 y coronas metálicas o bandas de ortodoncia. Su diseño se hace pasando el alambre base en forma de U, adaptándolo mesialmente a nivel del margen gingival, va del segundo molar deciduo de un lado hasta el segundo molar deciduo del lado opuesto. Este aparato consta también de un aparato central que consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. (3)

Se va a utilizar pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, para soldar el asa a la barra principal, y el aparato soldado se suelda a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. (3)

Aparatos Removibles.- Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo es la pantalla bucal o vestibular o una combinación de ambas. Estos aparatos removibles han sido perfeccionados hasta lograr un alto grado de eficacia por František Kraus, de Checoslovaquia. (12) La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos. También puede utilizarse para interceptar hábitos de chuparse los dedos. (3)

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado -

similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso.-
(3)

Las maloclusiones funcionales se deben tratar tan pronto como se descubren, con el fin de crear un medio adecuado para el futuro desarrollo de la dentición. Si esto no se lleva a cabo, una maloclusión funcional se puede transformar en un problema esquelético más grave. (1)

En este tipo de situaciones se debe construir un dispositivo no sólo para ensanchar los segmentos bucales del arco dental maxilar, sino también para crear una fuerza ortopédica para colocar los dos huesos maxilares en una relación más normal. (1)

El método de elección por lo general es el retenedor de la lengua para romper hábitos, ya que con este no se requiere una cooperación del paciente tan importante como los aparatos removibles. Si el paciente está bastante motivado y coopera bien, el clínico puede intentar utilizar un retenedor de lengua adaptado a un dispositivo removible tipo Hawley modificado. (1)

Trampas.- Pueden servir para:

- 1) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior;
- 2) Distribuir la presión también a las piezas posteriores;
- 3) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito; y
- 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente. (2)

Trampa con punzón.- Una trampa con punzón es un instru -

mento reformador de hábitos que utiliza un "recordatorio" - afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. (2)

Trampa de rastrillo.- Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. - Sin embargo, como el término lo implica, este aparato en realidad, más que recordar al niño lo castiga. (2)

Quizás el mejor aparato es un arco lingual con puntas - cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga afuera. Este aparato no es una interferencia mecánica para el pulgar, ni debe tener la forma de una pantalla enorme, llamada también rastrillo. Debe estar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal y contener suficientes puntas cortas, agudas, como leves señales aferentes de incomodidad, cada vez que se coloque el - pulgar. (5)

Un tipo de aparato usado en la corrección de la succión del pulgar, está construido de alambre de acero inoxidable - de .036 pulgadas, soldado a 2 o 4 coronas de acero para dientes primarios. Las puntas son muy cortas, agudas y colocadas estratégicamente. El tiempo requerido para corregir la maloclusión es aproximadamente 4 meses. (5)

B) CONSTRUCCION.

La prescripción ortodóntica para la reeducación de los - hábitos adopta diversas formas. Una de las formas más eficaces es una Criba fija.- Se hace una impresión en alginato - en la primera visita y se vacían moldes de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar alambres

de bronce separados en esta visita. A continuación, se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita -- subsecuente. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas que pueden obtenerse en tamaños diversos son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias. La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos a tres milímetros, sobre las superficies vestibular, lingual, y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado la cual se contornea si es necesario, y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo. El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivooclusal. A continuación, se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar. (3)

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

tica neuromuscular. Hay que recordar el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. Salvo que pueda cambiarse de posición de la lengua y disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente. (3)

Deberá tratarse más de un síntoma, y el chupado de los dedos es casi siempre sólo un síntoma -no el único factor. En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que una las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción. (3)

Aparatos Removibles.-

Pantalla Bucal o Vestibular.- La pantalla bucal es un pa

lador de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barra de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse ganchos-sobre los molares si se necesita retención adicional. Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si es utilizada asiduamente y construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo. Utilizando solos, estos aparatos son de alcance limitado para la corrección y sólo deberán ser empleados como auxiliares interceptivos para perversiones musculares francas. (3)

La pantalla vestibular o pantalla oral, es de acrílico - (preferentemente transparente) y se adosa a toda la parte vestibular de los dientes. Se recomienda hacerle a la pantalla unos orificios con el objetivo de que el niño pueda tener alguna respiración auxiliar por la boca. (4)

Trampas.-

Trampas de Punzón.- La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor de Hawley, o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo. (2)

Trampa de Rastrillo.- Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye

de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje linual y deglución defectuosa. (2)

Un tipo de aparato usado en la corrección de la succión del pulgar, está construido de alambre de acero inoxidable - de .036 pulgadas, soldado a 2 ó 4 coronas de acero para dientes primarios. Las puntas son muy cortas, agudas, y colocadas estratégicamente. El tiempo requerido para corregir la maloclusión es aproximadamente cuatro meses. (5)

C) ADAPTACION

Es equivocado colocar cualquier aparato como primer paso del tratamiento, ya que la adaptación probablemente será muy difícil. El enfoque permisivo y más gradual comentado, es más fácil, lleva menos tiempo, requiere menos aparatos, y condiciona mejor las respuestas que el enfoque mecanicista tradicional. (5)

Algunos de los enormes y grotescos aparatos sugeridos son solamente impedimentos mecánicos y, por lo tanto únicamente proporcionan frustración al niño. Los chupadores de pulgar habitualmente la tienen ya en abundancia. Comentar con los padres el fundamento y pedirles su ayuda las primeras dos noches. Es aconsejable que tomen el tiempo necesario de tranquilizar al niño antes de la hora de acostarlo y darle un poco más de atención y afecto durante unos días. Los niños en la Fase III, con frecuencia se sacarán el aparato varias veces. Siempre debe ser recementado y el incidente comunicado al otro clínico quien trabaja en el problema. (5)

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa. A los hermanos se les instruye de la misma manera. Si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central, antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original, desplazando el primero y segundo molares deciduos en sentido vestibular. Si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.040 ó 0.045 pulgadas. Puede hacerse lo necesario para colocar asas de cierre vertical y brazos de aparatos intrabucales. (3)

Adaptación de la criba fija o aparato palatino.- En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a

adaptar los contornos oclusales y proporciona un método para verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. La mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal cinco o diez minutos después. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas. (3)

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojan abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca. No se hace mención del dedo. Al padre se le dice que habrá poca molestia, pero que el impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos sibilantes. Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir. (3)

Después de un período de ajuste de dos o tres días la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres o -

cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un período de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva. (3)

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato. Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primero los espolones. Tres semanas después, si no hay pruebas de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja más tiempo. (3)

La pantalla bucal puede usarse para ayudar en la corrección de la succión del pulgar, pero requiere mucha cooperación del paciente y no se usa en forma continua. (5)

Siempre deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bucal. Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los aparatos fijos. (3)

Los aparatos removibles para su adaptación requieren de la completa cooperación del paciente. (3)

D) EVALUACION DE LOS APARATOS.

1) VENTAJAS.

Las ventajas de los aparatos removibles son obvias. Es -

posible que el dentista trate a un mayor número de pacientes con este tipo de aparatos que con los aparatos fijos que requieren más tiempo. El aparato utiliza el paladar o el hueso alveolar inferior para obtener anclaje. La actividad muscular del propio paciente se emplea para producir un movimiento dentario más fisiológico; el aparato generalmente solo se lleva en la noche y en el hogar, y por lo tanto no interfiere en el habla ni crea un problema estético. Como es generalmente más fácil mantener limpio tal aparato que un aparato fijo, la caries dental o la descalcificación es un problema menor durante el tratamiento ortodóntico. Puede aprovecharse el crecimiento durante el tratamiento recibido. Las visitas para realizar ajustes son menos frecuentes. (3)

Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los aparatos fijos. (3)

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato fijo. Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito. (3)

2) DESVENTAJAS.

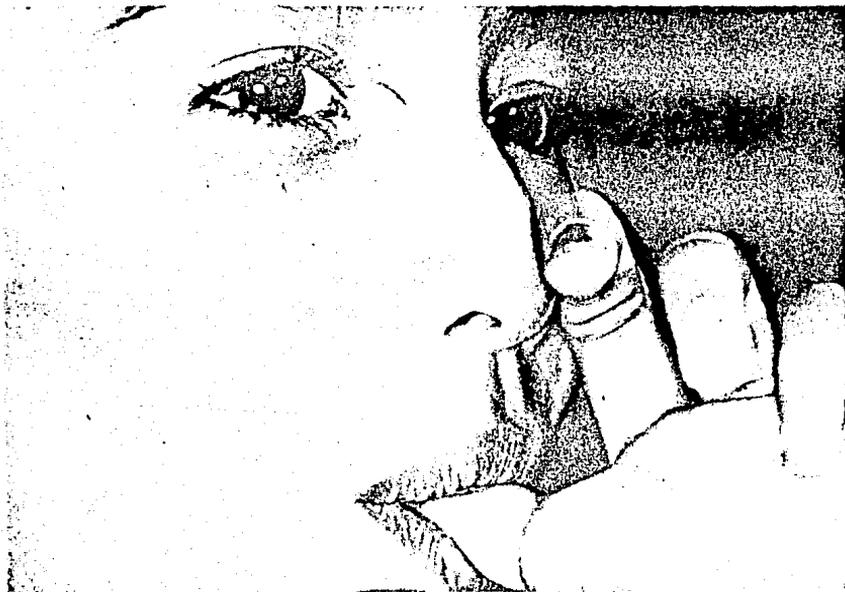
La mayor desventaja de los aparatos removibles es la dependencia casi total de la cooperación del paciente. La mayoría de estos aparatos son toscos, dificultan el acostumbramiento y proporcionan una barrera mental, si no física, para los niños que respiran por la boca. (3)

El tiempo que deberán llevarse los aparatos removibles es generalmente mayor que el necesario para los aparatos fijos. El nivel de la cooperación del paciente se reduce paulal

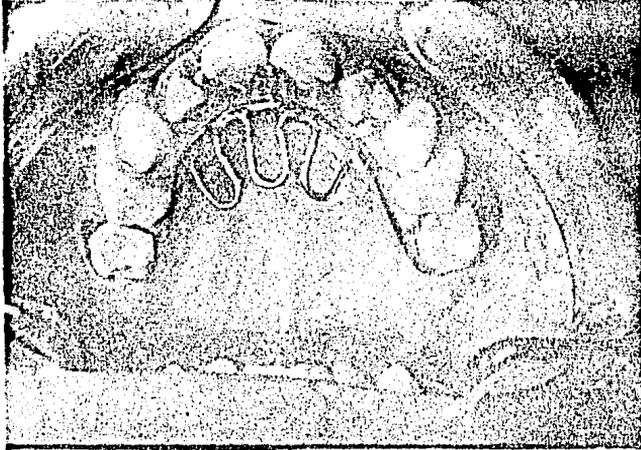
tinamente y las oportunidades de daño o pérdida de los aparatos aumenta significativamente. El logro del objetivo deseado es más difícil con el aparato removible que con el aparato fijo. Además requiere mayor capacitación, sentido biológico, enseñanza, experiencia, igual habilidad y disposición para recurrir a los aparatos fijos, al sacrificio de dientes o ambos, si el progreso del tratamiento lo indica. (3)

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión. (3)

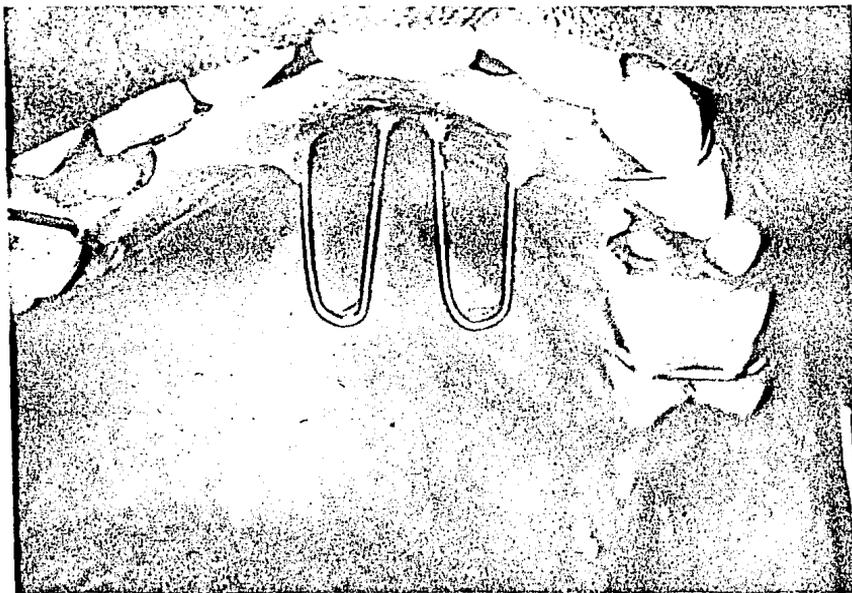
CASUISTICA.



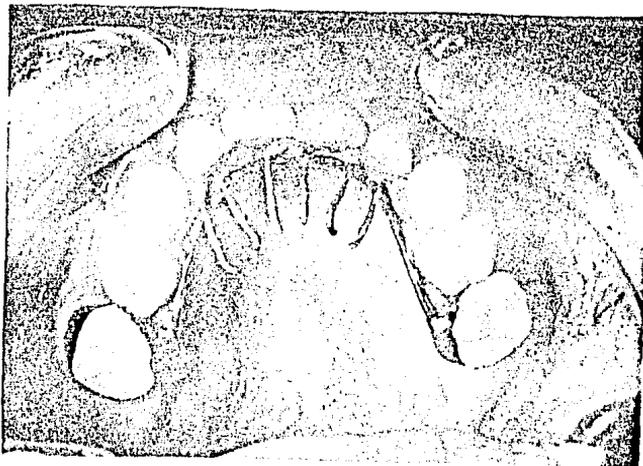
HABITO DE SUCCION DEL PULGAR.



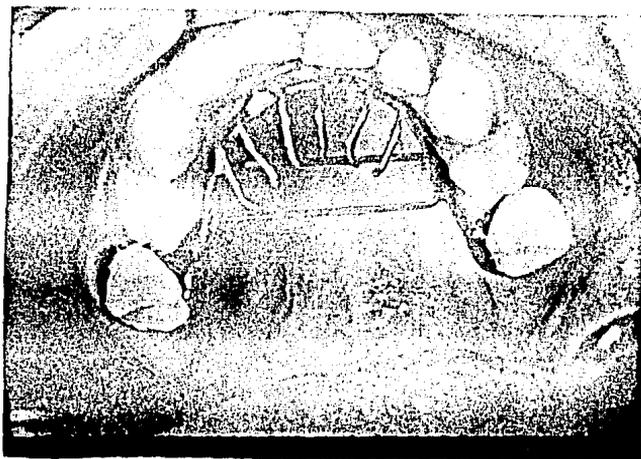
APARATO FIJO CON REJILLA ANTERIOR



APARATO REMOVIBLE CON REJILLA ANTERIOR.



APARATO FIJO CON RASTRILLO



APARATO FIJO CON RASTRILLO MODIFICADO

CASO CLINICO I

PACIENTE: RIVERA GONZALEZ ALEJANDRO
EDAD: 6 AÑOS
SEXO: MASCULINO
OCUPACION: ESTUDIANTE 1er. GRADO
DOMICILIO: ALICANTE 2464

I. ANTECEDENTES MEDICOS.

No presenta ninguna enfermedad, así como tampoco alergias a los medicamentos.

II. COMPORTAMIENTO SOCIAL.

Paciente un poco introvertido, en sus juegos se comporta normalmente y en la escuela su aprendizaje no presenta problemas.

III. HABITOS BUCALES.

Presenta hábito de lengua y dedo.

OTROS HABITOS: Cuando no puede succionar su dedo se muerde de la cara dorsal del índice.

IV. HISTORIA DENTAL.

El paciente fue traído por los padres debido a la presencia del hábito de succión del pulgar. Al examen clínico se observó una higiene bucal regular, el labio superior se presenta hipotónico y el inferior hiperactivo. También encontramos hiperactividad del músculo mentoniano, su perfil es convexo y el frente es braquiocefalico.

La respiración es bucal y el habla normal. Aún persiste la deglución infantil.

En la clasificación de maloclusiones de encontró la clase I tipo 2 - DE ANGLE.

La sobremordida vertical anterior mide 9 mm. y no presen
ta sobremordida horizontal pues encontramos mordida abierta.

V. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.

Romper el hábito de succión, deglución y respiración bu
cal.

VI. TRATAMIENTO.

Placa rompehábito removible con rejilla anterior.

CONCLUSION.

El hábito de succión está bastante arraigado y no se lo-
gró ninguna mejoría, pues el paciente no cooperaba y no usa-
ba en casi todo el día el aparato, por lo tanto se tuvo que-
cambiar el tratamiento.

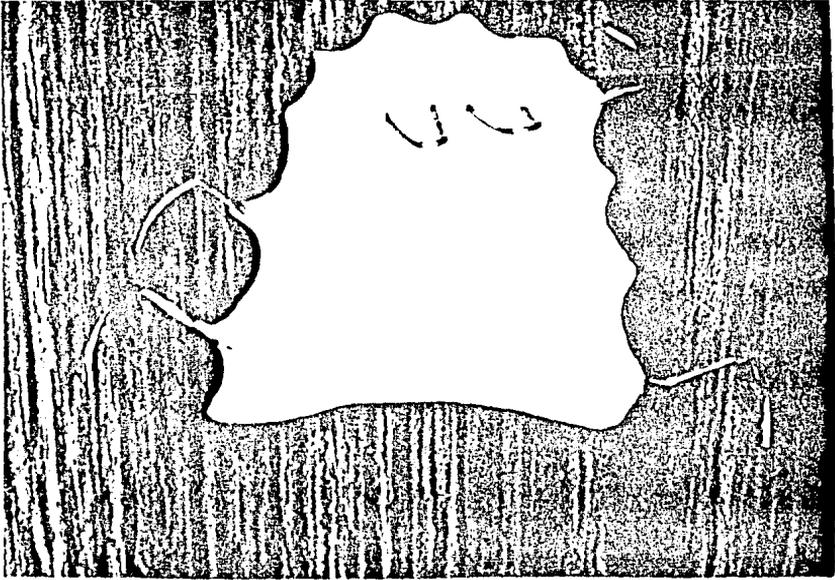


FOTO 1



FOTO 2

CASO CLINICO II

PACIENTE: RIVERA GONZALEZ ALEJANDRO
EDAD: 6 AÑOS
SEXO: MASCULINO
OCUPACION: ESTUDIANTE 1er. GRADO
DOMICILIO: ALICANTE 2464

I. ANTECEDENTES MEDICOS.

No presenta enfermedades, ni alergias a los medicamentos.

II. COMPORTAMIENTO SOCIAL.

Paciente introvertido, sin problemas de aprendizaje.

III. HABITOS BUCALES.

Presenta hábitos de lengua y dedo.

IV. HISTORIA DENTAL.

Paciente traído por los padres porque el hábito de succión persistía, después de un intento de eliminarlo con rompehábitos removible, pues el paciente no lo usaba.

Al examen clínico se observó una higiene regular, el labio superior se presenta hipotónico y el inferior hiperactivo, también encontramos hiperactividad del músculo mentoniano.

La sobremordida vertical es de 9 mm. y presenta mordida-abierta anterior.

La respiración es bucal y aún persiste la deglución infantil.

V. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.

Lograr eliminar los hábitos de succión del pulgar, de -

respiración bucal y deglución infantil.

VI. PLAN DE TRATAMIENTO.

Placa rompehábito fija con rejilla anterior.

CONCLUSION.

A los tres meses después de haber colocado el aparato obu tuvimos resultados muy positivos, la sobremordida horizontal casi se normalizó llegando a medir 3 mm. y la sobremordida vertical 1 1/2 mm. También logramos corregir la respiración bucal a nasal y eliminar el hábito de lengua, la musculatura peribucal se encontró más relajada, solo que se presentó otro tipo de problema también grave, el niño al tener el aparato rompehábito se mordía la cara dorsal del dedo índice, llegándolo a lastimar bastante.

Por lo tanto llegué a la conclusión que éste hábito compulsivo, bastante arraigado en el niño, tiene ya influencia psicológica en él, pues al no poder tener satisfacción con la succión del dedo, llegó hasta lastimarse tal vez en un es tado de ansiedad.

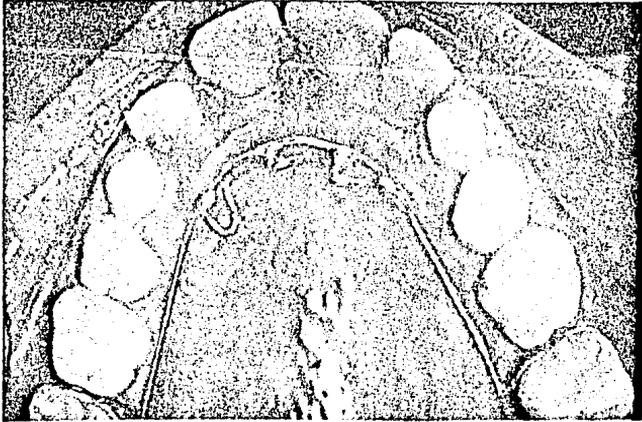


FOTO 1

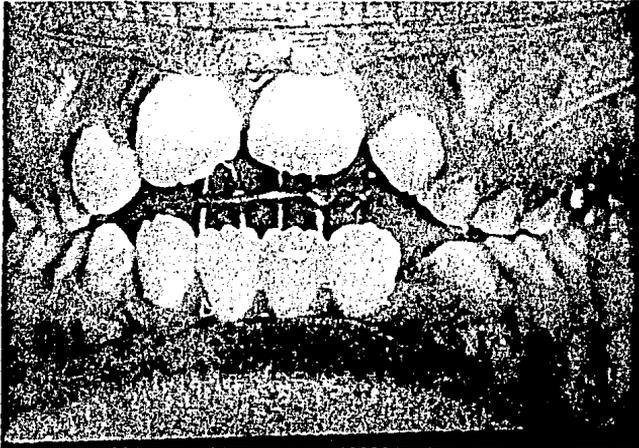


FOTO 2

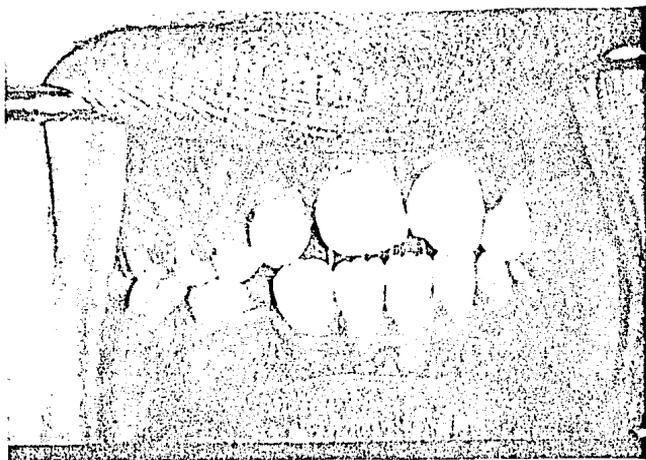


FOTO 3

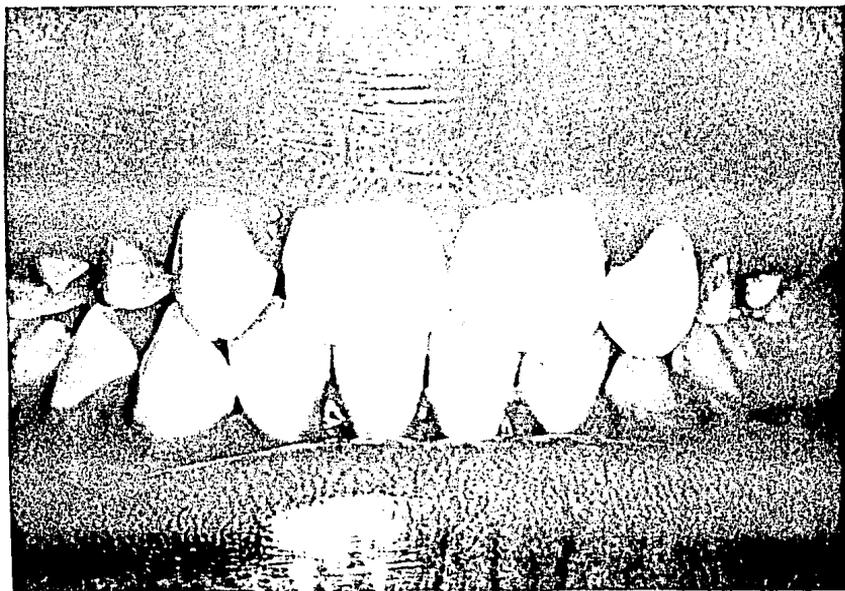


FOTO 4

CASO CLINICO III

PACIENTE: GOMEZ MARTINEZ VERONICA PATRICIA
EDAD: 4 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: ESTUDIANTE 3o. GRADO KINDER
DOMICILIO: EMILIANO ZAPATA 373

I. ANTECEDENTES MEDICOS.

La paciente no ha padecido ninguna enfermedad, tampoco -
presenta alergia a los medicamentos.

II. COMPORTAMIENTO SOCIAL.

El comportamiento de la paciente es normal.

III. HABITOS BUCALES.

La paciente presenta succión del pulgar.

IV. HISTORIA DENTAL.

Su higiene bucal es buena al examen clínico presenta labio superior hipotónico y el inferior hiperactivo, también -
se observa hiperactividad del mentoniano. En la oclusión poster
terior el escalón terminal es recto.

Durante la oclusión en molares encontramos mordida cr
da derecha e izquierda. La sobremordida horizontal mide 7.5-
mm. y la sobremordida vertical anterior 5 mm., la paciente-
presenta respiración nasal, perfil convexo, su habla es nor-
mal, la deglución infantil y el frente braquicefálico.

V. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.

Eliminar el hábito de succión del pulgar.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Placa rompehábito fija con rastrillo y con soldadura en-

las puntas.

CONCLUSIONES.

Después de 15 días de haber puesto el aparato, se citó a la niña, ya el hábito había desaparecido, según refirió la madre. Su lengua presentaba mínimas lesiones ocasionadas por el rastrillo. (los espolones disminuyeron bastante el traumatismo que causa el rastrillo).

A los 2 meses se observó clínicamente gran mejoría, la sobremordida horizontal medía 3 mm y la vertical 1 1/2 mm., - como puede observarse casi normales. El labio inferior también lo encontramos normal, ya había desaparecido la hipertonicidad.

Psicológicamente la niña no presentó problema alguno.

CASO CLINICO III

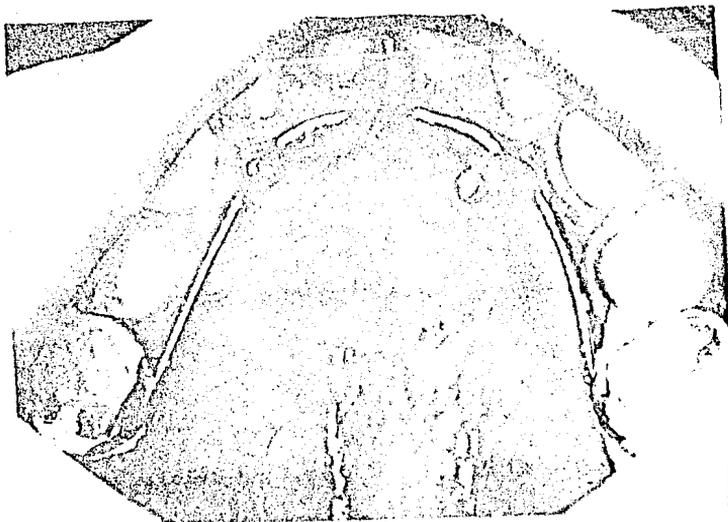


FOTO I



FOTO II

FOTO III

CASO CLINICO IV

PACIENTE: RAMIREZ LOPEZ REYNA
EDAD: 7 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: ESTUDIANTE 3er. GRADO
DOMICILIO: RAMON SERRATOS 1895

I. ANTECEDENTES MEDICOS.

Al hacer interrogatorio los padres manifiestan que la niña no ha padecido enfermedades de tipo sistémicas, ni tampoco estar bajo tratamiento médico.

II. COMPORTAMIENTO SOCIAL.

Paciente introvertida y sin problemas en el aprendizaje.

III. HABITOS BUCALES.

Presenta un arraigado hábito de succión del pulgar, casi todo el día y aumenta por la noche.

IV. HISTORIA DENTAL.

La niña tiene una buena higiene bucal, su labio superior se encuentra hipertónico lo mismo que el labio inferior.

Al examen clínico encontramos que su musculatura peribucal es rígida y el mentoniano se encuentra en hiperactividad, su perfil es convexo, la respiración bucal y el habla normal y el frente dilicocefálico.

En la clasificación de maloclusión DE ANGLE presenta clase I tipo 2, la sobremordida horizontal es de 7 mm. y presenta mordida abierta anterior y grandes diastemas en los 4 incisivos superiores.

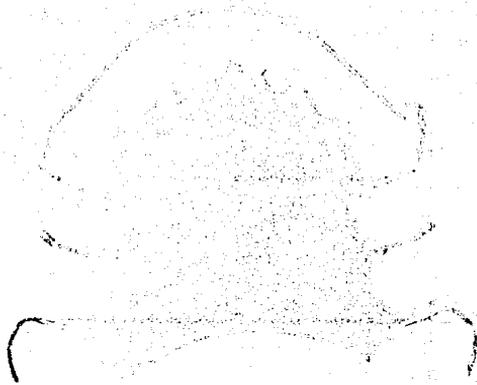


FOTO 1



FOTO 2

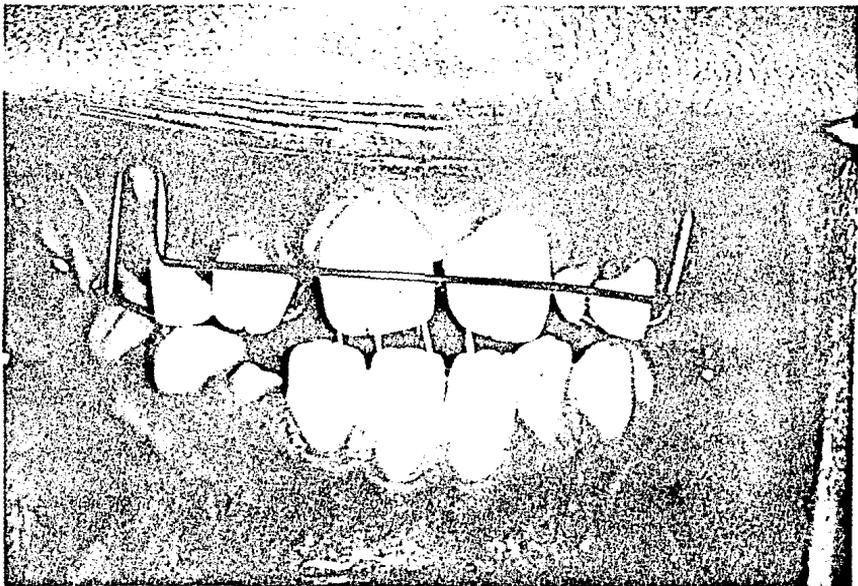


FOTO 3

CASO CLINICO V

PACIENTE: IMELDA PINEDO ARELLANO
EDAD: 16 AÑOS
SEXO: FEMENINO
OCUPACION: ESTUDIANTE 1o. PREPARATORIA

I. ANTECEDENTES MEDICOS.

Su madre no nos refiere ninguna enfermedad, así como tampoco alergias a los medicamentos.

II. COMPORTAMIENTO SOCIAL.

Es una paciente más bien introvertida, sin ningún problema de aprendizaje.

III. HABITOS BUCALES.

La paciente presentó una marcada succión del pulgar, en el pasado, en la actualidad encontramos un hábito de proyección lingual.

IV. HISTORIA DENTAL.

Presenta una higiene regular, su labio superior es hipotónico y el inferior hiperactivo. También encontré que la musculatura peribucal y el mentoniano están en hiperactividad.

Al examen clínico se observa una sobremordida horizontal de 6 mm. y en la sobremordida vertical anterior encontramos mordida abierta.

También se observa un perfil convexo, frente mesiocefálico, respiración bucal y el habla es normal.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO.

Eliminar el hábito, nivelar los arcos dentales y corre -

gir la sobremordida horizontal y vertical.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Aparatología fija superior e inferior. Trampa lingual fija con brazos de expansión y ejercicios musculares y linguales.

CONCLUSION.

En la fotografía 3, se puede apreciar a la paciente 3 meses y medio después del tratamiento y se observa el resultado positivo que hasta este tiempo se ha obtenido.

Clínicamente observé los tejidos peribucales con menos hipertonicidad, más relajados.

Después de estos meses de tratamiento encontramos una disminución de 3.5 mm. en la sobremordida horizontal, la sobremordida vertical la encontré a 1 1/2 mm. como puede observarse las dos sobremordidas están casi normales.

El hábito de lengua desapareció unos días después de haber puesto el aparato.

CASO CLINICO V

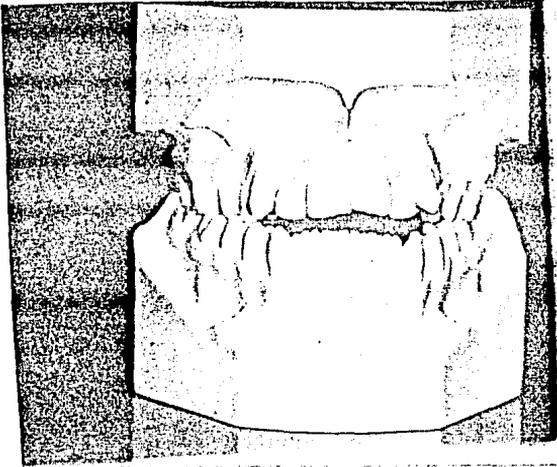


FOTO I

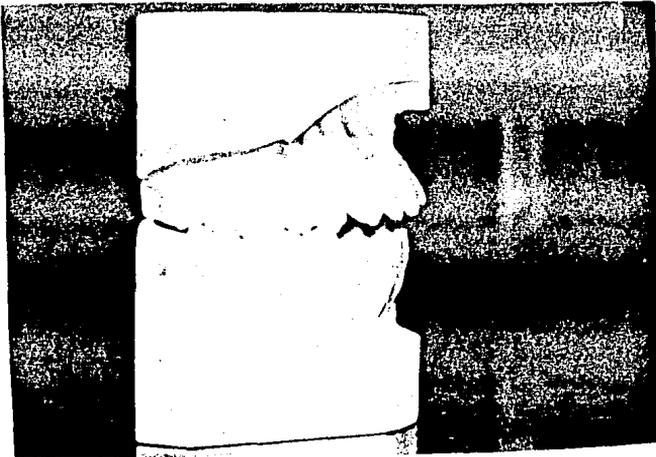
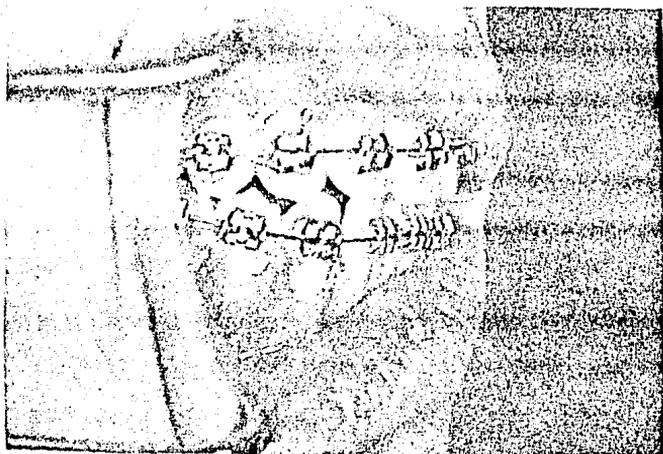


FOTO II



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FOTO III

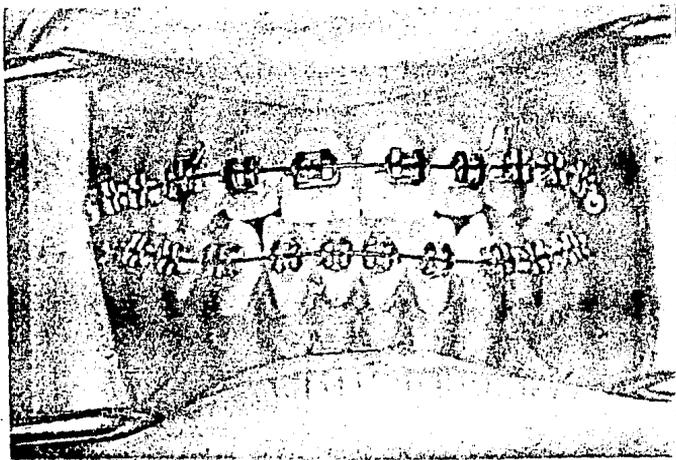


FOTO IV

C O N C L U S I O N .

Como conclusión después del estudio comparativo con diferentes aparatos rompehábitos para la succión del pulgar, puedo corroborar varios puntos que se dicen en los libros.

1) Los aparatos rompehábitos removibles en ningún momento son recomendables para eliminar un hábito y menos si éste es compulsivo o muy arraigado, pues es muy difícil que el niño tenga la suficiente fuerza de voluntad para no sacar de su boca el aparato que le impide realizar el hábito tan necesario y satisfactorio para él.

2) Con los aparatos fijos definitivamente tenemos casi un 100% en la eliminación del hábito.

3) Los aparatos fijos con rastrillo en si son demasiado traumáticos para el niño, pero con puntos de soldadura en la terminal de cada alambre, el traumatismo disminuye bastante y el hábito desaparece rápida y favorablemente.

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

- 1.- CHACONAS SPIRO J. DDS, MS.
ORTODONCIA
1a. REIMPRESION DE LA 1a. EDICION
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MEXICO, D. F. 1983
CAPITULO II.
P. 200, 203

- 2.- FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
4a. EDICION
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO DE MEXICO 1980
EDITORIAL INTERAMERICANA
CAPITULO I
PP. 285, 326, 327, 328, 330
CAPITULO II.
PP. 331, 332

- 3.- GRABER T.M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
3a. EDICION
MEXICO 4, D. F. 1981
EDITORIAL INTERAMERICANA
CAPITULO I
PP. 284, 285, 286, 287, 289, 293, 294, 296, 298.
CAPITULO II
PP. 298, 640, 641, 644, 645, 647, 648, 658, 661, 698.

- 4.- MAYORAL JOSE
MAYORAL GUILLERMO

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA

4a. EDICION

BARCELONA, ESPAÑA 1983.

EDITORIAL LABOR, S. A.

CAPITULO II

PP. 288

5.- MOYERS ROBERT E. DDS. PHD.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION

ARGENTINA 1976

EDITORIAL MUNDI, S. A. I.C. y F.

CAPITULO I

PP. 252, 253, 254, 255, 256, 257.

CAPITULO II

PP. 730, 731, 732, 733, 734.

6.- SIM JOSEPH M.

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS

2a. EDICION

ARGENTINA 1980

EDITORIAL MUNDI

CAPITULO I

P. 38

CAPITULO II

PP. 102, 103, 146, 147, 153, 154, 155.

7.- WHITE T.C.

GARDINER J. H.

LEIGHTON B.C.

INTRODUCCION A LA ORTODONCIA.

1a. EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1977
EDITORIAL MUNDI
CAPITULO I
PP. 104, 105

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

- 8.- ANDERSON EN:
GRABER T.M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
3a. EDICION
MEXICO 4, D. F. 1981
EDITORIAL INTERAMERICANA.
P. 285
- 9.- BELTERS Y COLABORADORES EN:
GRABER T.M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
3a. EDICION
MEXICO 4, D. F. 1981
EDITORIAL INTERAMERICANA
P. 285
- 10.- BENJAMIN EN:
MOYERS ROBERT E.
MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)
1a. EDICION
ARGENTINA 1976
EDITORIAL MUNDI
P. 254

11.- COOK EN:

MOYERS ROBERT E.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION

ARGENTINA 1976

EDITORIAL MUNDI, S. A.

P. 254.

12.- FRANTISEK KRAUS DE CHECOSLOVAQUIA EN:

GRABER T.M.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

3a. EDICION

MEXICO 4, D. F. 1981

EDITORIAL INTERAMERICANA

PP. 658, 661

13.- FREUD EN:

MOYERS ROBERT E.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION

ARGENTINA 1976

EDITORIAL MUNDI

P. 253

14.- GARDINER, HUMHREYS Y LEYGHTON EN:

WHITE T.C.

GARDINER J. H.

LEIGHTON B.C.

INTRODUCCION A LA ORTODONCIA

1a. EDICION

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1977

EDITORIAL MUNDI

P. 104

15.- GESELL E ILG EN:

GRABER T.M.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

3a. EDICION

MEXICO 4, D. F. 1981

EDITORIAL INTERAMERICANA

PP. 287 y 289

16.- GRABER T.M. EN:

SIM JOSEPH M.

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS

2a. EDICION

ARGENTINA 1980

EDITORIAL MUNDI

P. 155

17.- POPOVICH EN:

MOYERS ROBERT E.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION

ARGENTINA 1976

EDITORIAL MUNDI, S. A.

P. 254

18.- SEARS Y WISE EN:

MOYERS ROBERT E.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION. ARGENTINA 1976.

EDITORIAL MUNDI.

P. 254

19.- UNIVERSIDAD DE ALBERTA (COLABORADORES) EN:

MOYERS ROBERT E.

MANUAL DE ORTODONCIA (PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL)

1a. EDICION. ARGENTINA 1976.

EDITORIAL MUNDI

P. 254.

20.- WORMS, MESKIN, ISAACSON, TULLEY EN:

GRABER T.M.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

3a. EDICION

MEXICO 4, D. F. 1981

EDITORIAL INTERAMERICANA

P. 641.