

35
201



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE HABITOS BUCALES.**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Helia Beltrán Rodríguez

Ma. Concepción Torres Mendoza

Martha Pérez González



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.

INDICE

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HABITOS BUCALES

I.- INTRODUCCION

REVISION DE LA LITERATURA.

II.- A.- DEFINICION.

III.- DIAGNOSTICO EN HABITOS BUCALES.

A.- Historia Clínica.

B.- Modelos de Estudio.

C.- Radiografías.

D.- Fotografía Clínica.

IV.- CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES.

A.- Habitos Bucles Compulsivos.

B.- Habitos Bucles No - Comulsivos.

C.- Habitos Bucles Primarios.

D.- Habitos Bucles Secundarios.

V. FACTORES ETIOLOGICOS DE HABITOS BUCALES.

1.- Problemas Emocionales

2.- Problemas de Alimentación.

3.- Problemas de Deglución.

4.- Problemas de Respiración.

VI. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE HABITOS BUCALES.

1.- Habito de Succión del Pulgar y otros Dedos.

2.- Succión Labial.

3.- Habito de Empuje de Frenillo.

4.- Habito de Mutilación ó habitos Masoquistas.

5.- Habito de Postura

6.- Habito de Lengua

7.- Habito de Pasadores de Pelo.

8.- Habito de Morderse las uñas.

9.- Habito de Respiración Bucal.

10.- Bruxismo.

VII.- EFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES.

1.- Displasias Dentales.

2.- Displasias Esqueleticas.

3.- Displasias Esqueletodentarias.

VIII.- METODOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE HABITOS BUCALES.

1.- Metodos Intraorales

a.- Aparatos Fijos.

b.- Aparatos Removibles.

2.- Metodos Extraorales.

3.- Metodos Psicologicos.

4.- Terapeutica Miofuncional como parte del tratamiento para corregir habitos bucales.

IX.- RESUMEN Y CONCLUSIONES

X .- BIBLIOGRAFIA.

I/. INTRODUCCION.

Durante muchos años los cirujanos dentistas han atendido a un sin número de niños que presentan HABITOS BUCALES.

Los odontólogos han considerado estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ejercerse sobre los bordes alveolares inmaduros y maleables.

Y también de cambios potenciales en el desplazamiento de los dientes en oclusión, que pueden volverse problemas -- irreversibles si, actúan por un periodo, de tiempo largo.

Es por esto que entre los odontólogos debe existir una verdadera preocupación por diagnosticar y conocer a fondo el problema de los hábitos bucales tratarlos y eliminarlos en -- forma adecuada.

Por este problema, se interesan también, otros especialistas como son Pediatras, Puericultores, Psicólogos y Psiquiatras.

Ellos en general, dan mayor importancia a los problemas de conducta, que están profundamente arraigadas y de los cuales, los hábitos bucales, pueden ser solo un síntoma.

También el foniatra o terapeuta del lenguaje se interesa por este tipo de problema y que al igual que el Odontólogo se inclina más por estudiar tratando los cambios estructurales que resultan de hábitos prolongados.

Finalmente hay otras personas que se interesan mucho por este problema y que por supuesto son los padres de los niños que presentan o desarrollan dichos hábitos.

Parece ser que a éstos, les preocupa más el aspecto social inaceptable del niño que exhibe algún tipo de HABITO BUCAL.

Aunque también, existen padres a quienes no solo les interesa este aspecto, del problema sino que se preocupa por algo más, importante y trascendental, como serían los patrones psicológicos, las maloclusiones, etc.

Ahora bien, es cierto que es de gran importancia para el odontólogo poder formular un diagnóstico adecuado y correcto sobre los cambios en las estructuras que resultan o parecen ser el resultado de hábitos bucales presentes, pero es igualmente importante para este; escuchar opiniones de otros especialistas, que estudian el mismo problema, para así llegar al diagnóstico deseado y establecer un plan de tratamiento que de un resultado exitoso.

Así el dentista que decide dedicarse a la atención de este problema común en los niños deberá de estar conciente, de que estará tratando con un ser inmaduro y en pleno desarrollo con características propias ya que cada ser es una personalidad separada cuyas experiencias en la infancia, son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

Por esto es importante conocer sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales, emocionales para que así sea posible encauzarlas de tal manera que la íntima relación que idealmente debe de existir, entre el niño y el odontólogo sea altamente positiva y ayude a que el tratamiento aplicado para eliminar dichos hábitos sea exitoso.

De igual forma es importante tener en cuenta el papel que el aspecto preventivo juega dentro de este problema tan frecuente, ya que así podremos evitarlo y con ello evitar a tiempo los posibles consecuencias, que traen consigo, como las maloclusiones que son provocadas cuando un hábito está francamente establecido y ha sido de tiempo prolongado.

REVISION DE LA LITERATURA.

La teoría psicoanalítica de Freud, esta fundamentada - principalmente en sus experiencias clínicas, Esta Teoría se - ocupa fundamentalmente del desarrollo de la personalidad, de - los problemas emocionales y las neurosis.

Con esto se llegó a tener una aguda conciencia de la - enorme influencia que tiene el ambiente de los primeros años - de vida del niño en los desajustes emocionales posteriores, - teniendo como síntoma en muchos casos la presencia de uno o - varios hábitos. (4)

Por otra parte Engel (4) afirmaba que la observación - directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su - organización, era esencialmente bucal y de tacto.

Incluso antes de nacer se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas re flejas.

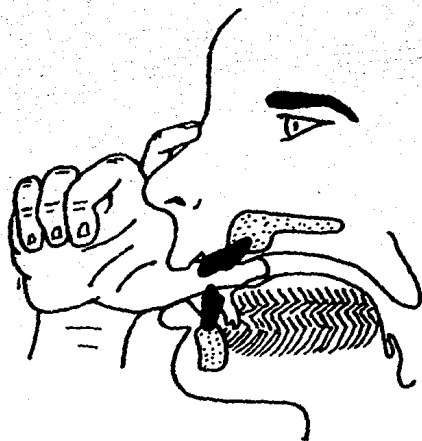
Al nacer, el niño ha desarrollado, un patrón reflejo - de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión.

Este reflejo de succión, así como la necesidad del niño de "agarrarse a su madre" influyen en éste, en sus situa--

ciones ideales, iniciales de aprendizaje y en su desarrollo -
psíquico.

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y - oído a distancia, de esta forma examina los objetos por medio de sensaciones bucales.

Ahora bien, el pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto del pecho materno. Con ésto el niño satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos como Engel consideraban ésto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia - o separación de la madre. (4)



II.- A.- DEFINICION

Un hábito bucal se puede definir como: "La disposición adquirida por actos que se repiten muchas veces, día tras día y que resultan de una modificación de conductas o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo, que tiende a alterar el equilibrio dentro de la boca. Dicho equilibrio está dado por la interrelación de dientes y arcadas así, como de las fuerzas musculares intraorales y extraorales con la musculatura bucal y peribucal y el sistema nervioso central y periferico".

Tres son los factores que modifican un hábito.

Estos son:

- A.- Duración
- B.- Frecuencia
- C.- Intensidad

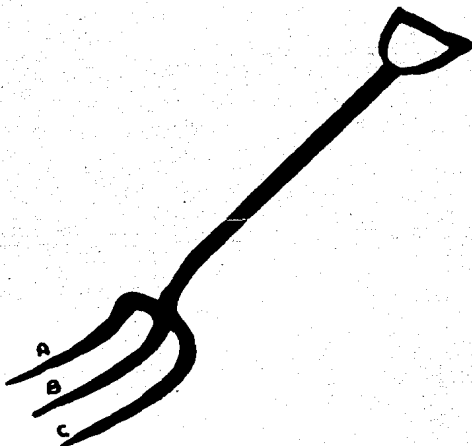
La duración es el tiempo que lleva establecido el hábito.

La frecuencia se refiere a la cantidad de veces que el hábito es realizado a repetido en un cierto tiempo.

La intensidad es la fuerza con la que es ejecutado - dicho hábito.

Debemos de tomar en cuenta estos factores para lograr así un diagnóstico acertado y poder establecer el tratamiento adecuado para el caso.

Se ha dicho también que aunque los hábitos se adquieren por hacer una misma cosa muchas veces, y días tras día, - el deseo y la necesidad tienen gran influencia en ellos.



- A) - DURACIÓN.
- B) - FRECUENCIA.
- C) - INTENCIDAD.

III.- DIAGNOSTICO EN HABITOS BUCALES.

El diagnóstico es la puerta de entrada al sistema de planificación del tratamiento.

El diagnóstico debe ser una descripción explícita y clara del trastorno presentado por el enfermo.

El análisis debe incluir las influencias apremiantes de la identidad y del estado de salud, así como la descripción en los tres planos del espacio, del alineamiento dentario, relación mandibular, configuración facial y articulación funcional.

La Historia Clínica, el examen clínico y las pruebas de laboratorio proporcionarán los hechos esenciales y necesarios para llegar a un diagnóstico. De los hechos recogidos, se pueden sugerir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que haya más de una patología al mismo tiempo. En ciertos casos hay que consultar a otros especialistas o médicos generales antes de llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

La historia clínica, exámenes clínicos, estudios radiográficos, fotografías clínicas y modelos de estudio ayudarán al Odontólogo a formular un buen diagnóstico.

A.- HISTORIA CLINICA.

La historia clínica del paciente es, en realidad una biografía médica de la vida del enfermo, en la que se da atención a trastornos físicos, trastornos emocionales, caracteres hereditarios, hábitos y medio ambiente que los rodea. Su elaboración debe llevarse a cabo en forma ordenada y sistemática de tal manera que facilite la recolección de datos.

La duración y enfoque de la historia clínica dependerá de las circunstancias que rodean a cada caso.

En situaciones ideales, los padres pueden completar el cuestionario en la sala de espera durante la primera visita. Esto puede ahorrar tiempo al profesional y al personal del consultorio e instruir a los padres sobre el interés que tiene el dentista por el niño que está tratando.

El odontólogo revisará el cuestionario y lo completará con anotaciones especiales en el registro del paciente.

La historia clínica de un paciente de Odontopediatría puede dividirse en:

- 1.- Estadísticas vitales o datos generales.

2.- Antecedentes:

- a). Antecedentes hereditarios y familiares.
- b). Antecedentes Personales.

3.- Padecimiento Actual.

4.- Examen clínico:

- a). Apreciación general del paciente.
- b). Examen bucal detallado.
- c). Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

I.- Estadísticas vitales o datos generales.

Son esenciales para tener el registro de nuestro paciente en el consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. Se anotan datos como: Nombre, edad, sexo, año escolar, nacionalidad, dirección y teléfono. Además deberá anotarse el nombre del médico del niño (Pediatra); para consultarle o para obtener información médica adicional cuando se necesite.

2.- Antecedentes.

Son una parte muy importante de la historia clínica

ya que facilitan el diagnóstico y permite preveer la evolución y la respuesta al tratamiento.

a). Antecedentes hereditarios y familiares.

Proporcionan alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También es útil ya que informa al odontólogo sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del niño y en los de los padres con relación a los servicios dentales.

b). Antecedentes personales.

Se dividen en dos partes:

- 1.- Historias prenatal y natal.
- 2.- Historia posnatal y de lactancia.

1.- Las historias prenatal y natal proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de dientes temporales y, de dientes permanentes.

El Odontopediatra analiza los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas de formación del niño.

2.- El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, tal como tratamientos preventivos previos, por ejemplo: de caries: trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, costumbres nerviosas; el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio: así como también hábitos de nutrición (dietas suficientes e insuficientes) otros hábitos, trastornos del metabolismo del hueso: enfermedades padecidas, operaciones y alergias a alimentos o a algún medicamento.

3.- Padecimiento Actual.

Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o solo un deseo de atención rutinaria.

En los casos de que no exista una patología en evolución, en el momento de la consulta odontopediátrica, es indispensable obtener un pequeño resumen al respecto que incluya el tratamiento que se ha utilizado.

4.- Examen clínico.

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos de

examen y de manera sonriente y amable. La cooperación del niño determina el curso de acción a seguir.

El examen clínico completo deberá de ser una evaluación a conciencia.

Diseño de un examen Odontopediátrico

- 1.- **Apreciación o perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, lenguaje, manos, temperatura).**
- 2.- **Examen de la cabeza y cuello.**
 - Tamaño y forma de la cabeza.
 - Piel y pelo.
 - Inflamación facial y asimetría.
 - Articulación temporomandibular.
 - Oídos.
 - Ojos.
 - Nariz.
 - Cuello.
- 3.- **Examen de la cavidad bucal.**
 - Aliento.
 - Labios, mucosa labial y bucal.

Saliva.

Tejido gingival, y espacio sublingual.

Paladar.

Farínge y amígdalas.

Dientes.

4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal.

Posiciones de la lengua, durante la fonación.

Forma de la lengua en posición de descanso.

Acción en el momento de tragar.

Posición de los labios en descanso.

Perspectiva general.

Estatura.

Se hace una perspectiva general rápidamente, de la estatura del niño cuando este entra en la sala de operaciones. La comprensión de la estatura requiere de conocimientos prácticos de crecimiento lineales. Esto incluye las características de crecimiento en los varios períodos de edades y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, -- anomalías de desarrollo y secreciones endócrinas.

Andar.

Se puede apreciar el andar de un niño cuando entra al consultorio dental, y ver si este es normal o afectado. El andar anormal más común es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otros tipos de andar son los de tipo hemipléjico, tambaleante, de balance y atáxico. Se interroga a la madre sobre cualquier cambio-reciente que haya observado en el andar del niño.

Lenguaje.

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad - que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos de lenguaje:

1.- Afasia motriz.- Es rara y generalmente denota -- pérdida de lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.

2.- Retrasos en el lenguaje.- Pueden tomarse en consideración si el niño no habla cuando llega a los tres años- Causas del retraso: Pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso del desarrollo general, enfermedades graves -

prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación. Los niños demasiado dependientes de sus padres también pueden ser muy lentos en el lenguaje.

3.- El tartamudeo o disfemia.- Ocurre en casi todos los niños en algún período. Es más común en niños que en niñas. La tensión psicológica juega un papel importante en el desarrollo y la persistencia de este problema.

4.- Los trastornos articulatorios del lenguaje. son: Omisión, inserción y distorsión. Los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica central paladar hendido o maloclusión a menudo tienen dificultades articulatorias.

Manos.

Las manos son una de las pocas áreas del cuerpo de un niño que el dentista puede observar normalmente. Se pueden observar todas las lesiones primarias y secundarias de la piel tales como, máculas pápulas, y vesículas.

Deben tomarse en consideración si las uñas están mordidas cortas, como resultado de su ansiedad y tensión ya que el niño puede presentar el hábito de morderse las uñas.

También el hábito de succión digital deja su huella -

en el dedo o dedos que se ocupen para realizarlo.

Temperatura.

La fiebre o elevación de la temperatura es uno de los síntomas más comunes experimentados por los niños.

Los niños pueden presentar abscesos dentales o enfermedades gingivales agudas y también algunas infecciones respiratorias y bucales que dan como resultado estados febriles en los niños.

Examen de cabeza y cuello.

Tamaño y forma de la cabeza.- La macrocefalia o cabeza demasiado grande, se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos de crecimiento, enfermedades o traumas que afectan al sistema nervioso.

Pelo y piel.

La alopecia o pérdida de cabello, puede observarse -- en pacientes de muy corta edad. Una de las calvicies más comunes es un área pequeña, redondeada y rodeada de una línea endurecida o inflamada y que generalmente lleva a diagnosti-

car empeine. Esto se ve más a menudo en niños que en niñas.

Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar pérdida del cabello.

Inflamación facial y asimetría.

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica. Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de un término normal, afectan a la forma de la cara de manera permanente.

Las infecciones, ya sea de origen bacteriano o viral, y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

Articulación temporomandibular.

Se debe de ver si existe discrepancias de la articulación temporomandibular y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicos desde la línea media.

Debe palparse suavemente inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación para determinar el grado de firmeza y extensión.

Puede observarse trismus o espasmos de los músculos masticadores o masticatorios cuando hay una infección.

Oídos.

El odontólogo deberá estar consciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil. Generalmente la queja principal será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído. Si al hacer un examen radiológico clínico no se encuentra problema dental alguno, deberá de enviarse al niño a un médico para que le haga un examen concienzudo del oído.

Nariz.

En los niños, el odontólogo a menudo se encuentra con drenaje nasal que indica infección respiratoria superior. Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz. A causa de la gran proximidad de la nariz a la cavidad bucal, la extensión de inflamación a través del maxilar superior puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz.

Ojos.

El odontólogo deberá observar si el niño tiene o no

dificultad para ver y si usa lentes o no. La observación de los ojos debe incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, presencia o ausencia de conjuntivitis defectos del iris o lagrimeo anormal.

Los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo.

Cuello.

El examen del cuello se hace por observación y palpación. Frecuentemente es, evidente en el paciente infantil, agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares y esto -- puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas y con -- infección respiratoria crónica.

Examen de la cavidad oral (bucal)

Aliento.

El aliento de un niño sano es generalmente agradable e incluso dulce. "Mal aliento" o halitosis puede ser atribuido a causas locales o generales. Los factores locales -- incluyen: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca, o alimentos volátiles de fuerte olor. Los facto--

res generales, son: deshidratación sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoideo crecimientos malignos, tracto digestivo superior, fiebre tifoidea y trastornos gastro-intestinales.

Labios, mucosa labial y bucal.

Despues de observar tamaño, forma, color y textura - deberán ser palpados usando el pulgar y el indice.

Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesiculas fisuras y costras. Cualquier inflamación o masa en los labios deberá ser palpada entre el pulgar y el indice para-observar el tamaño y la consistencia.

Se pueden encontrar labios traumatizados o bien, mordedura labial como hábito.

Deberá ser evaluada cualquier lesión o cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa.

Pueden palaparse con el indice y el pulgar las inflamaciones en la mejilla. Las lesiones más comunes que se observan en la mucosa labial o bucal de los niños son las que se asocian con virus de herpes simple en la que se observan pequeñas úlceraciones dolorosas o pueden ser generalizadas-

extendiéndose al tejido gingival y al paladar y produciendo tejido gingival demasiado sensitivo y doloroso.

Saliva.

La calidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o extremadamente viscosa. Parodontitis epidémica se caracteriza por una inflamación muy sensible y dolorosa unilateral o bilateral de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales pueden tener secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

Tejido gingival.

El frenillo labial situado en la línea media del maxilar superior e inferior puede ser responsable de espaciamiento anormal entre los incisivos centrales.

Esto puede ocasionar el desarrollo del hábito llamado empuje de frenillo.

El color, el tamaño, forma, consistencia y fragilidad capilar de la encía deberán de tomarse en consideración. La combinación de higiene bucal inadecuada, desnutrición y malestar general puede contribuir a la gravedad de esta en-

fermedad: Estomatitis de Vincent , que aunque generalmente en los niños no se observa puede aparecer.

Lengua y espacio sublingual.

El agrandamiento patológico puede deberse a mongolismo o puede asociarse con un quiste o neoplasia. Una descamación de las papilas superficiales asociada con cambio de color y sensibilidad, puede deberse a ciertas avitaminosis, anemia, o trastornos emocionales. El frenillo lingual corto puede ser causa de defectos de fonación.

Deben de observarse las costumbres de posición de la lengua para describir posibles asociaciones de maloclusión.

La hinchazón en el piso de la boca puede hacer que la lengua se eleve y afecte a la fonación y el movimiento lingual del niño.

Paladar.

Deberán de observarse la forma, el color y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando y en el duro.

Faringe y amígdalas.

Se debe de observar cualquier cambio de color úlceras o inflamación. La proliferación de tejido de la amígdala, - laríngea, puede ser tan extensa que exista muy poco espacio en la garganta para que pasen los alimentos.

Dientes.

Debe observarse el número de dientes ya que puede --- existir anodoncia parcial o total o bien puede existir dientes supernumerarios.

Se observa también el tamaño de los dientes, en donde la herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del tamaño de los dientes.

El color también se toma en cuenta ya que la tinción anormal de los dientes es debido a factores intrínsecos como discracias sanguínea, drogas: factores extrínsecos como invasión de bacterias cromogénicas.

También se deben tomar en cuenta la oclusión y las - malformaciones de los dientes así como las lesiones cariosas que estos presenten.

Cuerpos extraños

Etiología del Hábito.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento que se empleara.

Fechas:	Antes	Progreso	Después
---------	-------	----------	---------

Modelos:

Radiografías.

Fotografías.

B.- MODELOS DE ESTUDIO.

Después del examen clínico, no existe otro medio de diagnóstico y pronóstico más importante que los modelos de estudio de los dientes y tejidos de revestimiento de la boca del paciente. Estos modelos son el positivo de una impresión tomada en forma adecuada. Están hechos de yeso y -

deben ser correctamente tomados y preparados. Así, los modelos no deben estar llenos de burbujas. Deben de ser recortados de tal forma que la articulación correcta sea visible y puedan reproducirse fácilmente. El vaciado y recortado pueden ser realizados por un ayudante dental o técnico.

Idoneamente, los modelos deberán de ser montados en un articulador para lo cual se necesita tener un registro de la oclusión en cera. Al montar los modelos se debe de tener en cuenta que el plano oclusal del modelo superior debe estar paralelo a la superficie de la mesa o bien deberá tener una inclinación con referencia al plano de Frankfort. Si se hace ésto, los modelos mostrarán una inclinación aproximada del plano oclusal en la cara del paciente. También es importante relacionar la inclinación del plano oclusal con el plano mandibular.

Los modelos de estudio tomados en un momento determinado constituyen un registro permanente ligado al tiempo.¹

Es verdad que los modelos de estudio bien recortados tienen buena apariencia y provocan una reacción psicológica favorable en los padres y los pacientes (así como los procedimientos de trabajo y un odontólogo limpio, pulcro y cuidadoso en todos sus procedimientos operatorios). Pero es muy

importante el que los modelos proporcionan un registro preciso de una situación determinada en un momento dado.

Sirven también como auxiliares valiosos para discutir el problema del niño con otros especialistas, con los padres, o con el mismo paciente u otros pacientes con problemas similares.

Es bueno contar con un buen juego de modelos de estudio para correlacionar datos adicionales tomados de las radiografías intraorales y cefalométricas. El odontólogo no debe depender de su memoria y apuntes al tratar de definir el estado preciso de la situación en la que se encuentra el niño.

Datos que se pueden obtener de los modelos de estudio.

La mayor parte de los datos sacados del estudio cuidadoso de los modelos de estudio sirven para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante el examen bucal.

Los problemas de pérdida a temprana de dientes temporales, retención prolongada, falta de espacio, giroversión, malposición de dientes, diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología, de las interdientarias, son apreciados de inmediato. Las dudas acerca de la forma y simetría de la arcada, simetría de los dientes y discrepancia en la -

forma de uno de los maxilares solo pueden ser resueltas si se toma el tiempo necesario para observar, medir, y apreciar. El grosor del hueso alveolar sobre los dientes, la profundidad de la curva interior del hueso basal, partiendo del márgen-gingival, la relación apical basal de los dientes en cada -maxilar y las relaciones apicales basales de las arcadas --dentarias superior e inferior, tanto anteroposteriores como de izquierda y derecha son algunos de los datos importantes que debemos obtener si deseamos hacer un diagnóstico completo y un plan de tratamiento adecuado.¹

Los problemas de migración, inclinación sobrerupción falta de erupción, curva anormal de Spee y puntos prematu--ros pueden ser anotados cuidadosamente y correlacionados --con el análisis funcional y los datos radiográficos. Aún -la amplitud, profundidad y configuración del paladar y otros tejidos duros son muy importantes, como en los casos de la-mal oclusión, II división I. (Observe pag. 222)

En cada visita posterior debemos sacar los modelos -de estudio y comparar el estado actual de la boca con el estado de misma cuando fuerón tomados dichos modelos.

Esto es el mejor tipo de odontología, un principio -preventivo e interpretativo además de correctivo.¹

C.- RADIOGRAFIAS.

La radiografía tiene aplicaciones necesarias en la práctica odontológica y son un auxiliar del diagnóstico en el problema de hábitos bucales.

Básicamente, la radiografía proporciona información sobre forma, tamaño, posición, número de dientes, relación de estos con el hueso de soporte, así como de la densidad de éste y el estado del parodonto.⁴

Debemos de tener en cuenta las principales limitaciones de las radiografías dentales normales ya que solo muestran una figura bidimensional, y no tridimensional, y que los cambios en los tejidos blandos no son visibles, ya que la radiografía, se refiere principalmente a estructuras calcificadas. Sin embargo, la información que se obtiene sobre las estructuras básicas es extremadamente valiosa para el diagnóstico y evaluación de hábitos bucales, porque esta información en su mayor parte, no puede ser obtenida por ningún otro medio a la disposición del Odontólogo.⁸

El examen radiográfico puede dividirse básicamente en tres categorías especiales:⁸

- 1.- Examen general de la boca.

2.- Examen de áreas específicas.

3.- Exámenes especiales.

Examen general de la boca.

Este tipo de examen deberá realizarse en la primera visita al odontólogo y se llevara a cabo periódicamente. Este tipo de examen, consta de radiografías periapicales - de todos los dientes presentes en boca ya sean temporales o permanentes o ambos como en el caso de la dentición mixta. Estas películas captan la imagen del diente corona, - cuello y raíz), el ápice de su raíz y las estructuras circundantes.

Como suplemento del examen general deberán hacerse radiografías de aleta mordible cada seis meses. Se emplean principalmente para detectar lesiones cariosas interproximales, y para determinar la altura de la cresta alveolar del hueso que soporta los dientes.

Además se harán películas oclusales en las que podemos observar una sección transversal de los dientes y de la estructura palatina completa.

Con los niños lactantes o muy pequeños son poco cooperadores, se pueden obtener, en estos casos, películas pa

norámicas, que son de gran utilidad para encontrar anomalías dentales, patrones de crecimiento deformados cambios debido a enfermedades generales y lesiones presentes en dientes y hueso.

Examen de áreas específicas.

Este examen puede consistir en una película periapical única. En general los exámenes específicos de una área consisten en exámenes para localizar lesiones óseas, evaluación de raíces múltiples y canales pulpares, uniones temporales mandibulares, quiste, granulomas.

Exámenes especiales.

Los exámenes especiales se hacen generalmente por una de estas razones:

- 1.- Proporcionar un área de información específica.
- 2.- Mostrar estructuras que no se ven en las radiografías dentales normales.

Se hacen dos tipos de radiografías para obtener información específica.

La radiografía cefalométrica, y la radiografía de ma-

no y muñeca.

La radiografía Cefalométrica, proporciona al dentista datos valiosos como son:¹

Incrementos de crecimiento, dirección de crecimiento, crecimiento diferencial, y crecimiento de las partes -- que componen el complejo craneofacial. Todo esto es de gran importancia conocerlo y que como una de las principales consecuencias de hábitos bucales, es la maloclusión clase II, -- su corrección depende principalmente del crecimiento además, de la eliminación del hábito.

La radiografía Cefalométrica, además de revelar dientes incluidos, falta congenita de dientes quistes y dientes supernumerarios: proporciona una imagen más exacta de la inclinación de los dientes aún sin hacer erupción. Amígdalas y adenoides pueden observarse fácilmente en la placa lateral de cabeza y su papel en la obstrucción de las vías aéreas nasales y bucales puede ser evaluado. Las anomalías estructurales causadas por afecciones menos frecuentes, como lesiones durante el nacimiento, labio y paladar hundido, macroglosia, fracturas y prognatismo del maxilar inferior -- son observadas fácilmente.

También se pueden observar las relaciones entre --

los maxilares y las posiciones de los dientes que se encuentran íntimamente ligadas al tipo facial. Este es muy importante ya que la desición diagnóstica, resultado terapéutico y estabilidad final, reflejan las limitaciones impuestas por el factor morfogenético que afecta mucho a la posición de los dientes y a su inclinación.

La información acerca del progreso puede ser obtenido aun sin medir los diversos ángulos que componen un análisis cefalométrico. El pronóstico de un tratamiento y la retención del resultado final pueden ser previstos en gran parte mediante el estudio de las placas cefalométricas hechas antes, durante y después del tratamiento.

La Radiografía de mano y muñeca. ¹

Proporciona una edad ósea precisa. Además puede dar una idea general acerca de la magnitud del crecimiento, pero no de la dirección del crecimiento. Así se valoran las relaciones entre el tiempo de maduración, crecimiento máximo, en altura del cuerpo y crecimiento máximo de la cara durante el período cercano a la pubertad.

También se hacen radiografías para mostrar estructuras como lesiones en tejidos blandos, las cuales necesitan menos tiempo de exposición y sirven para mostrar tamaño de

lengua, adenoides, sialolitos ganglios linfaticos calcificados.

Todas estas radiografías son necesarias para lograr un diagnóstico más completo o cuando la persona que está -- realizando el diagnóstico considera que no está viendo la -- imagen patológica completa o que no está observando bastante de ella.

Exámenes completos de la boca.⁸

El examen completo radiológico de la boca deberá examinar los dientes y sus estructuras de soporte. Cuando las películas, indican que el cuadro patológico completo no está siendo observado, se vuelve imperativo usar películas -- adicionales y posiblemente películas extraorales; Las películas que se toman pueden ser de acuerdo a cuatro grupos de edades:

Lactancia, edad de la dentición primaria, edad de -- cambio de dentición, (dentición mixta) y edad de la adolescencia (dentición permanente).

En el caso específico de "hábitos bucales". Las radiografías son de gran ayuda para ver si este problema puede o ha causado una alteración en el alineamiento de los dientes

permanentes y la oclusión cuando éstos hagan erupción. O -- bien, podemos observar la presencia de alguna fractura, por ejemplo a nivel radicular, ya que la prominencia resultante en los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente debido al hábito de succión digital, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

También gracias a las radiografías sacadas cuando -- se presenta este tipo de problemas, se puede observar el estado en el que se encuentra el hueso de soporte o el paladar, ya que debido a la presencia constante de un hábito bucal, este hueso puede encontrarse afectado o lesionado.

Así, con la ayuda de las radiografías podemos precisar el diagnóstico y pronóstico en el problema de hábitos bucales para así posteriormente desarrollar un plan de tratamiento que sea exitoso para lograr su eliminación y para la corrección de los efectos causados por dichos hábitos.

D.- FOTOGRAFIA CLINICA.

Las fotografías intraorales y extraorales, modelos de estudio e historia clínica, son solo una parte de la imagen total del paciente.

Las interpretaciones hechas sobre las fotografías, - deberán de ser comparadas con otros datos obtenidos durante el diagnóstico.^I

Las fotografías ayudan a personalizar las radiografías, y los modelos de estudio ya que sirven para que el paciente comprenda que los registros obtenidos en éstos datos son en realidad una parte de él. Pero las fotografías constituyen algo más de esto. Muestran de una manera general la relación, entre las diversas partes de la cara y -- sirven de registro de los dientes y tejidos de revestimiento, en un momento determinado. Así gracias a éstas, nos -- podemos dar cuenta de que lo que es normal para un individuo, y tipo facial o racial, puede ser anormal para otro. Es por esto que las radiografías constituyen una pista importante para el tipo facial y esta pista no debe ser ignorada.

Por otra parte, con crecimiento y desarrollo favorable, eliminación de perversiones musculares y tratamiento

adecuado con aparatos, los cambios de la cara pueden ser -- muy satisfactorios y dramaticos y esto lo podemos notar gracias a las ^I fotografías.

Así por ejemplo, cuando un hábito ha producido algún tipo de maloclusión y por lo tanto cambios en la forma y as pecto de la cara: es necesario que además de eliminar ese - hábito, remitamos al paciente con algún Ortodoncista para -- que se encargue de tratar dicha maloclusión y mejore con és te, el aspecto facial.

Además de las fotografías extraorales, existen las - fotografías intraorales, gracias a las cuales podemos ver:

Dientes: forma, tamaño color, número.

Maxilares: forma, tamaño, posición.

Encias: tamaño, posición, color, pigmentaciones.

Frenillos: forma, tamaño, color, inserción.

Lengua: forma, tamaño, color, posición.

Paladar: forma, tamaño, color, posición.

Uvula: forma, tamaño, color, posición.

Piso de Boca: forma, color, profundidad.

Relaciones de líneas: medias maxilares: diastemas.

Alteraciones o lesiones dentro de la boca como: agrandamiento de glándulas salivales, neoplasias, etc.

Traumatismos como mordedura de labios y carrillos o de lengua.

También podemos observar el color, forma y alteraciones de labios, carrillos.

Es recomendable tener fotografías de nuestros pacientes, que desarrollan hábitos bucales, tanto de frente como de perfil de antes y después del tratamiento. Estos nos ayudan a darnos cuenta de lo que un hábito bucal puede provocar en la apariencia facial del paciente. Además podremos notar más el cambio que se ha efectuado después de eliminar el hábito y tratar las consecuencias producidas por éste.

Por otra parte, estas fotografías podemos mostrarlas al paciente para hacerlo ver en una forma más patente, el cambio que se ha producido.

IV. CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES.

A.- Hábitos bucales compulsivos.

Un hábito bucal compulsivo es aquel que ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica, de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos que ocurren en el medio ambiente que los rodea.

El niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos, compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve como escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula, de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar, se puede decir que el niño se retrae a sí mismo, por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Etiológicamente hablando, los hábitos bucales compulsivos pueden deberse a que los patrones iniciales de alimentación, fuerón demasiado rápidos o a que el niño recibió poco alimento en cada toma. También pudo haberse producido demasiada tensión, en el momento de la alimentación. También se ha atribuido, la presencia de este problema al sis-

tema de alimentación, por biberón. Pero el papel más, importante en este tipo de problema lo juega la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas.

B.- Hábitos bucales no compulsivos.⁴

Estos hábitos son aquellos que se pueden desechar --- cuando los niños experimentan modificaciones de su conducta, Así, se desechar ciertos hábitos indeseables y se forman hábitos nuevos y "aceptables socialmente". El éxito inicial - en este tipo de hábitos puede reforzar los nuevos patrones, - se pueden lograr cambios por medio de halagos, y-en ciertos casos por amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil, y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones - externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clases. Así, los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales en las que el niño- está, siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, - antes aceptable, aun nuevo patrón de conducta más consciente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

C.- Hábitos bucales primarios.⁴

Los hábitos bucales primarios son aquellos que se presentan generalmente debido a un problema emocional profundo o debido a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye un intercambio más importante con el mundo exterior. De él, no solo obtiene nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida.

Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener un sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación, y sentirse necesitado, y cuando esto no se presenta, se desarrolla el problema de hábitos bucales.

Los ejemplos más comunes de este tipo de hábitos bucales son:

A.- El hábito de chuparse el dedo pulgar.

B.- El hábito de proyección lingual, entre otros.

Este tipo de hábitos, puede ser causado también por

la presencia de una maloclusión. Pueden , a la vez ser el resultado de la incapacidad de la musculatura peribucal anormal para satisfacer las exigencias cinestésicas neuromusculares y sensoriales del niño que crece.

Los hábitos primarios pueden ser simples o combina--
dos.

Los simples son aquellos que están solos sin asocia
ción con hábitos de otro tipo.

Los combinados son aquellos que están asociados, con
otro tipo de hábitos como son: torcerse el pelo, taparse --
con la cobija, o morder un extremo de ésta, etc.

D.- Hábitos bucales secundarios.

Este tipo de hábitos se adquieren generalmente a partir de hábitos primarios. Pueden presentarse solo pero por lo regular acompañan a un hábito primario.

Dentro de este tipo de hábitos están:

A.- El hábito de chuparse o morderse los labios y las uñas, que generalmente se desarrollan después, de la edad de la succión del pulgar a la de morderse las uñas o los labios.

También se considera como hábito secundario el chupar los dedos como consecuencia de un hábito de proyección lingual: chupar el extremo de una cobija, cojerse la oreja durante el desarrollo de la succión digital: golpear su nariz o su labio al mismo tiempo que succionar su pulgar. Estos hábitos suelen desaparecer cuando el hábito primario o principal es eliminado.

V.- FACTORES ETIOLOGICOS DE HABITOS BUCALES.

Muchos son los factores etiologíaicos que pueden propiciar el desarrollo de hábitos bucales en los niños.

En general los principales factores causantes de este problema son:

- 1.- Problemas emocionales.
- 2.- Problemas de alimentación.
- 3.- Problemas de deglución.
- 4.- Problemas de lenguaje.
- 5.- Problemas de respiración.

1.- Problemas emocionales.

Para poder comprender los problemas emocionales que puede tener un niño, ya que pueden ser causa del desarrollo de hábitos bucales, es necesario estudiar primero y en forma general el, desarrollo psicológico del mismo, así como - los patrones de conducta que un niño puede seguir a lo largo de su vida, los tipos psicológicos existentes y el desarrollo de la personalidad del niño.

El desarrollo Psicológico, es una complicada serie - de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta, así como la adquisición de conocimientos, destrezas e intereses.

Así la maduración del individuo, está determinada -- por factores propios de éste, pero el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

El estudio de la psicología del niño tiene un gran valor teórico porque las teorías, existentes al respecto -- tienen como objetivos primordiales: la descripción, la explicación, y la predicción de la conducta humana, y de manera más especial, el crecimiento y desarrollo: pero dicho estudio tienen también aplicaciones prácticas, ya que nos proporciona datos que son útiles para la comprensión y el diagnóstico, de la conducta del niño y además nos puede indicar métodos de modificación de dicha conducta, como el estudio de las tendencias de la edad, por lo que respecta a diversos aspectos de la conducta, nos proporciona conjunto de -- promedios, normas o estándares que pueden usarse para evaluar el desarrollo particular de un niño y que en un momento dado puede ser muy útiles para diagnosticar problemas -- psicológicos individuales.²⁴

Investigaciones recientes indican insistentemente que

hay períodos críticos o sensitivos durante los cuales, algunos procesos psicológicos importantes se desarrollan con especial rapidez.

Las perturbaciones sufridas durante estos períodos - pueden afectar al desarrollo de estos procesos de manera decisiva.²⁴

Así pues, el Odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además de físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos.

Todos los que trabajan con niños deben comprender -- que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esto tiene importancia para el dentista ya que tanto para el diagnóstico de hábitos bucales causados por problemas emocionales como para la planificación del tratamiento debe considerarse ambas edades: Fisiológica y psicológica.

Ahora bien, la teoría en la psicología del desarrollo se compone principalmente de tres etapas:

a.- Teoría Psicoanalítica.

b.- Teoría del Aprendizaje.

c.- Teoría Cognoscitiva.

La teoría psicoanalítica, comenzó con S. Freud: se ocupa principalmente del desarrollo de la personalidad y más concretamente de los problemas emocionales y de las neurosis.

La teoría del aprendizaje también ha sido llamada -- teoría conductista, y postula que los aspectos más importantes de la conducta son aprendidos.

El aprendizaje desempeña un papel principal en el desarrollo del niño desde edad muy temprana.

Aunque no solo la teoría del aprendizaje puede explicar suficientemente todos los aspectos del desarrollo de la conducta, gran parte del desarrollo psicológico, puede explicarse de la manera más sencilla y conveniente mediante los principios de éste.

El aprendizaje es aquel proceso por el cual la conducta o la potencialidad de conducta se modifica a consecuencia de la experiencia. Sin embargo no toda la conducta es aprendida. Algunas tendencias a reponer existen desde el

nacimiento e inclusive en la vida prenatal.

Dentro del aprendizaje es importante tener en cuenta el estado fisiológico y psicológico del sujeto, para que éste se realice adecuadamente. Así, uno de los factores más importantes en el desarrollo del niño es el grado de maduración física de éste, ya que un infante puede ser incapaz de llevar a cabo determinado aprendizaje en una determinada -- etapa de su desarrollo, aún, cuando el estímulo pueda ser simple, y sencilla la respuesta que se le pide.

La teoría cognoscitiva, la fuente principal de esta teoría son las obras de Piaget,²⁴ psicólogo suizo quien se -- ocupó principalmente por estudiar los problemas del pensamiento y del conocimiento, es decir como el niño llega a -- comprender la naturaleza y el mundo que lo rodea.

Piaget, dice que la participación activa del niño -- en su ambiente y su tendencia innata a la adaptación tiene un valor esencial por lo que toca a efectuar el desarrollo de la comprensión y del conocimiento fundamental.

En los años recientes se ha hecho mayor hincapié en los procesos mecanismos subyacentes a los cambios del desarrollo, más que en las simples descripciones, de los cambios que acompañan a la edad. Los descubrimientos provenien

tes de los estudios del desarrollo psicológico deben considerarse relativos y no permanentes, fijos, o absolutos.

Tipos psicológicos del niño y su manejo.²⁴

Una vez mencionado el desarrollo psicológico del niño y las principales teorías al respecto, es menester dar a conocer los principales tipos psicológicos del niño para poder comprender mejor su conducta y a su vez para poder aprender a manejarlo dentro del consultorio dental.

Hay diversos tipos psicológicos, entre ellos están:

El niño tímido.- Este tipo de niño generalmente busca esconderse detrás de su madre por lo que se tendrá que dominar poco a poco su temor con lo que tendremos la oportunidad de entrar en el terreno de sus afectos demostrando -- interés, en lo que a él le gusta.

El niño consentido.- La excesiva indulgencia, o a veces el rechazo o indiferencia por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general se caracteriza por su desobediencia. Esta acostumbrado a conseguir todo lo que se propone y lo hace ya sea gritando, pateando, llorando y a veces hasta insultando. En estos casos, dentro del consultorio dental se tratará al ni

ño por la buena tratando de explicarle lo que vamos hacerle. Si el niño continua con sus berrinches, se tendrá que recurrir a medidas extremas, como teparle la boca para tranquilizarlo y hacerlo que pueda escuchar al odontólogo que le hablará con voz suave pero firme. El manejo de este niño es muy importante desde la primera cita o cuando menos parte del mismo: de otra manera el niño repetirá sus berrinches, ya -- que le darán buen resultado para evitar que el Odontólogo -- haga su labor.

El niño caprichoso.-- Es por lo general hijo único -- el más pequeño de la familia, o ha sido adoptado o ha permanecido enfermo durante mucho tiempo.

Por lo mismo se le complace casi en todo. Normalmente se comporta bien, pero le disgusta que se le pida algo -- que le moleste.

El niño desafiante.-- Son los niños que han sido sobre protegidos por us padres y desafian la autoridad del dentista negándose a abrir la boca. En estos casos el dentista deberá imponer disciplina para lograr su cooperación.

El niño temperamental.-- Todos los niños que a veces cooperan y a veces no, se presenta cansado o aburrido. Es -- el tipo de niño que cabe dentro de todos los tipos.

El niño débil mental.- Todos los niños de lento --- aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en -- forma individual en cada caso en particular.

Generalmente se caracterizan por la lentitud con -- que siguen las indicaciones. Para poder tratarlos adecua- damente, debemos manejarlos de acuerdo al grado o etapas -- de debilidad mental.

El niño cooperador.- Es el niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer de él, un mal paciente, - ya que son los niños que cooperan con todo lo que se les di- ce, pero en el momento en que se les trata inadecuadamente- se comportan como pacientes difíciles.

Patrones de conducta del niño.

Una vez conociendo los tipos psicológicos del niño, - debemos tener también, en consideración los Patrones de con- ducta que se presentan en el niño. Dichos patrones son los siguientes:

Del Nacimiento a los dos años.

En esta etapa, el niño depende por completo de su ma- dre: en lo que a cuidado y protección se refiere.

Por esto se encuentra unido fuertemente a ella de tal forma que la considera como parte de él.

Debido a este sentimiento de seguridad del niño conviene tener inalterada esa unión. Esto debemos tenerlo en cuenta cuando lo tratamos odontológicamente.

El niño de dos años, generalmente, se lleva bien con la familia y es tímido ante la gente y los lugares extraños.

De dos a tres años.

Es una etapa de transición entre la conducta del bebé y la de un niño preescolar. En ésta el niño trata de ser independiente en un medio ambiente familiar.

Cuando hay una situación de tensión o peligro, el pequeño trata de regresar a la protección paterna o materna. Su conducta se caracteriza porque distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un campo de intereses amplio y variado.

Sin embargo, esta es la edad ideal para llevar al niño con el dentista y comenzar un programa de atención dental preventiva.

A esta edad los niños no hablan mucho con extraños, pero obedecen ordenes sencillas cuando se les dan directamente.

El niño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, debido a que no posee el vocabulario suficiente para hacerlo.

Si el niño está asustado, puede responder positivamente con voz suave y cariñosa.

El niño de cuatro y seis años.

A esta edad el niño desea ser independiente y puede manifestar esa independencia de manera agresiva.

Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

A los cinco años de edad se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde el niño -- que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre, hasta el niño que se conforma dócil, sumiso, o el que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia.

Edad preescolar.

Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños -- o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos -- o poco sociables, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio, los niños que --- asisten a la escuela se vuelven más sociales y están más dis_ puestos a relacionarse con extraños ya aceptar mejor cual-- quier tratamiento.

Período Escolar.

Se divide en tres etapas:

- a). Temprana (del primer al tercer año de primaria).
- b). Intermedia (del cuarto al sexto año).
- c). Final (del primer al tercer año de secundaria).

La etapa temprana comprende aproximadamente de los - seisa los ocho años de edad, en la que el niño ya se en--- cuentra listo para iniciar una existencia independiente a - llevar con los demás y las normas y reglamentos de la socie_ dad.

Al mismo tiempo aprende a aceptarlos siendo ésta --

una de las fases importantes de su vida. Esto sucede frecuentemente a los nueve años pero hay ocasiones que ocurre a los seis años.

La etapa intermedia comprende aproximadamente de los nueve a los doce años de edad. De los ocho a los nueve empieza a romper sus relaciones con su casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

A los nueve años, el niño puede tener experiencias para adaptarse y cooperar, aceptando al odontólogo como autoridad por lo que no es necesario llegar a forzarlo.

A los diez años aproximadamente, el niño le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy difíciles. Con raras excepciones, a los doce años suelen desdeñar todas las actitudes de niños y son firmemente independientes.

A los nueve años, el niño está lleno de curiosidad, factor que el dentista puede utilizar para ganar su atención y confianza.

La etapa final comprende desde los trece a los dieciocho años.

Durante esta etapa se introducen muchas alteraciones-

importantes como resultado del marcado desarrollo físico, -- mental y emocional. Este período, exige un conocimiento y -- comprensión especiales por parte del odontólogo si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Aunque a esta edad el -- pequeño a dejado de ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado como adulto. Se enfrenta al -- problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos de los principios -- familiares basados en la autoridad responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión alejándose de su casa.

El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir responsabilidad. En la adolescencia temprana el chico quiere acaparar los privilegios del niño y el adulto.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde el -- nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

Desarrollo de la Personalidad del Niño. (19)

"La personalidad del niño emerge de entre todas las influencias del ambiente pero es el hogar en donde recibe la -- primera y en muchos aspectos la más completa educación para -- la formación de su carácter."

Algunos autores han investigado la conducta del niño, porque a través de ella se va expresando su manera de ser, - su comportamiento, etc., esa conducta trae consigo una serie de factores, ya sean innatos o adquiridos que van a formar - las bases o cimientos de esa personalidad que empieza a manifestarse.

La personalidad es en gran parte un producto del aprendizaje social y las acciones y reacciones sociales del niño - proporcionan las situaciones decisivas.

Según el doctor Adler (19) cuatro son los factores decisivos para el desarrollo de la personalidad del individuo: Estos son:

1.- HERENCIA.- Esta se origina en la naturaleza biológica y psíquica del hombre y es innata. Todo lo que se ha logrado se debe al esfuerzo, al desarrollo y al desenvolvimiento de las capacidades del hombre. Esto como proceso vital -- funciona dentro de todo ser viviente por medio del instinto.

El proceso vital debe ser considerado como una tendencia que recibe su orientación en medio de la gran corriente - de la evaluación a través del objetivo, de adaptación a las - exigencias del medio circundante.

Mientras el ser humano sigue la corriente evolutiva - por medio de sus tendencias, su desarrollo se encuentra en - equilibrio psíquico, cada vez que resuelve sus problemas se- gún las necesidades sociales aumentadndo así sus aptitudes.

La herencia está formada por atributos físicos y las - potencialidades humanas. Pero lo primordial es la forma en - la que el modela esos factores formativos y lo que lo hace -- ser individual y único en su manera de manifestarse. (19)

2.- LA FAMILIA.- El ambiente del hombre y las actitu-- des paternas adquieren mayor importancia y ejercen una gran - influencia.

Las acciones y reacciones mutuas de un niño con la ma- dre, constituyen la base de sus reacciones hacia los demás.

Se ha visto que la atmósfera del hogar se relaciona a sí mismo con la adaptación emocional general.

3.- EL SEXO.- Está inexplicablemente ligado al ser de cada individuo desde su nacimiento. Es parte constitutiva de su personalidad.

Los pequeños para que vivan en armonía en la sociedad tienen que adaptarse a las ideas que conciernen a su sexo.

Cuando los niños de ambos sexos en el seno de la familia presencian los choques de los padres que son en su mayoría el resultado de la tendencia a imposición, sienten inseguridad en la vida y la insertidumbre invade el alma infantil - cuyo sentimiento de inferioridad aumenta y que en condiciones normales es ya sentimiento normal y común para la edad infantil.

4.- EDUCACION.- Es un serio e importante factor porque ejerce una gran influencia en el desarrollo y evolución de la personalidad de todo ser humano.

La educación debe ser una adaptación y una utilización de aptitudes innatas del niño.

El desarrollo armonioso de la personalidad infantil, - la salud psíquica y la normalidad de la conducta dependen en cada caso del justo equilibrio de la obra educativa.

Trastornos Emocionales del Niño (19)

Una vez estudiado en forma general el desarrollo psicológico del niño, así como los patrones de conducta del mismo y los tipos psicológicos existentes y el desarrollo de la personalidad de éstos, explicaré a continuación cuales son los principales trastornos emocionales del niño y como influyen -

éstos en el desarrollo de hábitos bucales.

Los trastornos emocionales de los niños suelen reflejarse en trastornos de la salud física.

Las siguientes conductas: Deseo de contacto con adultos, agresión manifiesta, pérdida del control de evacuaciones fantasmáticas hostiles: son consecuencias esperadas de la combinación de un deseo incrementado de amor maternal y una frustración continua de ese importante motivo. El niño cuya necesidad de amor es frustrada, suele mostrar muy poca tolerancia a cualquier frustración, al reaccionar con mayor agresividad y cólera si las cosas no salen como desea.

La separación de la madre es una causa importante aunque no única, de ansiedad de los niños pequeños. El miedo y la ansiedad son característicamente respuestas a la intuición de que se produzcan acontecimientos desagradables.

El dolor, los cambios repentinos, o una sorpresa inesperada, son capaces de producir miedo. La ansiedad puede ser provocada por cualquier estímulo asociada con una situación de miedo o una situación nueva intuitiva anticipatoria de la pérdida de atención de parte de aquellos que satisfacen necesidades.

La agresión en la niñez parece ser universal. La expresión agresiva así como el tiempo de su aparición dependen de un aprendizaje. (19)

La aceptación, que le muestran los padres a sus hijos, y una actitud razonablemente permisiva respecto a las exploraciones y a su anatomía, probablemente fomentarán, el desarrollo de la confianza en sí mismo, de la independencia y espontaneidad. El niño sobreprotegido o restringido, propenderá a sentir ansiedad, manifestarse dependiente y a evitar todas las situaciones novedosas o amenazadoras.

Una conducta anormal que se repite o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos deberá alertarnos ante la posible presencia de un problema de conducta, el cual requerirá de un diagnóstico encaminado a descubrir la enfermedad que está provocando esos trastornos.

Un niño normal es aquel que habiendo sido dotado de -- una energía correcta y un medio ambiente favorable a su desarrollo, después de pasar por determinadas etapas alcanza el ideal que significa la utilización máxima de sus capacidades.

El trastorno de conducta se puede definir como la desviación o detrimento de ese desarrollo teórico. Un problema de conducta, una conducta repetitiva, una desviación del desa

rollo o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos, constituye un síntoma y requiere de un diagnóstico. Por ejemplo:

La hiperquinencia o hiperactividad en el niño es un trastorno emocional, que puede desencadenar muchos otros problemas. Se origina de un estado de angustia o de disfunción cerebral que también produce un trastorno emocional, en el niño entre su incapacidad de mantenerse quieto.

Es por estos que el niño no se encuentra en la posibilidad de detener o de encausar esa actividad hacia tareas o propósitos definitivos, y bien definidos.

Se ha visto que el paciente con problemas familiares, dificultades con los padres o la falta de comprensión y calor de uno de ellos o de ambos, es más propicio para desarrollar un hábito o hábitos perniciosos. A veces estos pacientes por la falta de voluntad que tienen para eliminarlos, exageran el mal hábito. Por ejemplo: El hábito de lengua haciendo presión de ésta contra los dientes.

El tratamiento así puede durar indefinidamente. Sin embargo una reacción, positiva, una alegría, un cariño sincero, pueden cambiar de una manera radical y sorprendente el resultado del tratamiento.

Algunos psicólogos opinan que el romper un hábito por ejemplo: El de succión digital, se produce un trauma psicológico, con transferencia del hábito, ya sea originarse durante el día, masturbación, pesadillas o bien irritabilidad.

Es por esto que se debe tener mucho cuidado al aplicar un cierto tratamiento para eliminar algún hábito.

Por otra parte, se ha comprobado que los problemas emocionales de los padres repercuten en los hijos... a tal grado que la angustia y a la vez la infelicidad de aquellos se manifestará con trastornos en la conducta de sus pequeños.

Las funciones del padre y la madre no son diferentes - sino complementarios en términos, de seguridad, estimulación y afectividad, contribuyen en forma decisiva a la integración correcta o deficiente del niño.

De aquí que los padres deben de estar enterados respecto de las necesidades afectivas del niño, las cuales serán de terminantes en su desarrollo.

Es frecuente que los padres manipulen al niño para obtener cambios aparentes en su conducta amenazandolos con "Ya no te voy a querer" etc. Esta amenaza encierra un efecto altamente perjudicial para el pequeño y lo que ella hará será -

crearle una inseguridad básica frente a la vida. El niño a toda costa busca y necesita el cariño y la aprobación de sus padres y la lección más grande que puede sufrir es sentirse rechazado por ellos.

Un niño que tienen algunos hábitos que son aceptados - por sus familiares concientes de que va tardar algún tiempo - (lo normal para él) en desprenderse de ellos, es forzado muchas veces por el maestro para que abandone esas costumbres - provocándole angustia y por lo tanto trastornos de conducta.

Es recomendable que tanto los padres como los maestros y médicos sean respetuosos del comportamiento del niño y que antes de asegurar que es aquél un problema, se detengan es reflexionar, con exactitud serena y juiciosa, que hay detrás de la señal que el niño, está mandando a través de su síntoma.

Muchas veces, los maestros, cuando ignoran los hábitos personales de cada niño, pueden proporcionar un problema de conducta en éste, que aún siendo normal difiere en algo de los otros niños y por ello es forzado a seguir un patrón general de comportamiento.

Con todo esto podemos ver que los hábitos que un niño adquiere tempranamente y que tienen tiempo de haberse establecido debido a trastornos emocionales del niño, pueden provocar

la formación de otros nuevos por lo que para poder eliminarlos mediante un tratamiento adecuado según el caso, debemos estudiar y comprender la conducta y personalidad del niño en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo así como - los trastornos emocionales que pueden sufrir.

2.- Problemas de Alimentación

Para poder comprender como los problemas al comer pueden causar el desarrollo de hábitos bucales, es necesario estudiar primero lo que es normal desde que un niño es lactante.

En el lactante, el alimento es tomado mediante la acción de mamar. Este es un reflejo automático no aprendido... Parece ser que en ningún momento de la vida se utilizan más músculos, par ingerir alimentos que durante el fenómeno de mamar llevado a cabo en la lactancia. Existe una acción de "colapso" de los carrillos, bamboleo del hueso hioides, movimiento a manera de serpiente de la lengua, protrucción anterior del maxilar inferior, actividad a manera de esfínter de los labios y un movimiento rítmico de toda la cabeza.

Tan pronto como el lactante aprende a tomar alimentos sólidos, la intensidad del acto de satisfacer el hambre disminuye, pero son utilizados la mayor parte de los músculos de los carrillos, lengua y piso de boca. Existe menos actividad de los labios. El lactante aprende rápidamente a utilizar los labios para evitar que los alimentos sean desalojados de la boca durante la acción peristáltica de la lengua y los carrillos para desplazar el bolo alimenticio hacia atrás, en dirección de la faringe. El alimento ingerido es mezclado con saliva por acción de la lengua. En el lactante, al mezclar -

el bolo alimenticio con saliva éste es forzado entre las encías, o las superficies oclusales de los dientes en erupción. Al mismo tiempo, la acción rítmica, de los músculos del carrillo sirve para proyectar el alimento nuevamente hacia la lengua, que aplasta el bolo alimenticio hacia el paladar duro.

Para alojar el bolo alimenticio entre las encías o los dientes, el maxilar inferior se deprime por gravedad y los músculos pterigoideos laterales y hioideos se desplazan simultáneamente hacia el lado de trabajo.

El desplazamiento lateral del maxilar inferior es más obvio cuando se consumen alimentos difíciles de masticar. -- Después de que una porción del bolo alimenticio es acomodado entre las superficies oclusales, el maxilar inferior es elevado con fuerza, primordialmente por actividad de los músculos temporales y maseteros.

Ahora bien, se cree que hay una posible relación entre la duración de la amamantación y el establecimiento de un hábito.

Se hicieron estudios al respecto y se encontró que -- hay una asociación, inversa entre el hábito y la duración, de la amamantación: así se vió que cuando hay una amamantación prolongada, la succión digital es menor o no existe.

Por otra parte, los niños presentan diferentes grados de frecuencia al succionar su pulgar u otros dedos. Lo hacen en forma menos frecuente cuando:

1.- Ellos son amamantados (lo cual requiere de una -- succión más fuerte y más larga.).

2.- Cuando son amamantados con botella y los agujeros en el chupón de la botella o biberón, no son muy grandes.

3.- Cuando las mamás amamantan a sus hijos más tiempo en cada alimentación.

4.- Cuando se les permite a los niños que den su propio paso en el proceso del destete.

Se ha observado que los bebés que son alimentados cada tres horas, no succionan sus pulgares tanto como un bebé -- que es alimentado cada cuatro horas y tanto como aquellos bebés que se terminaron su botella en 10 minutos (porque los -- agujeros del chupón son grandes). Estos succionan su pulgar con mayor frecuencia e intensidad que los niños que toman su botella durante 20 minutos.

No todos los bebés nacen con el mismo instinto de succión. Se pueden observar bebés, que no se amamantan por más

de 15 minutos y quienes nunca han puesto su pulgar en su boca: en cambio hay otros que toman su botella por más de 20 minutos y quienes succionan excesivamente su pulgar. Por esto se sospecha que hay un instinto de succión muy fuerte en algunas familias.

No debe inquietarnos cuando un bebé succiona su pulgar por unos pocos minutos después de que es alimentado. Es posible que haga ésto solo porque tiene hambre.

En ocasiones encontramos bebés que no satisfacen su deseo de amamantar aún y cuando se les da el pecho por el tiempo que ellos quieren, por lo que comienza a succionar su dedo pulgar.

Por otra parte, con respecto a la masticación uno de los problemas más comunes que podemos encontrar cuando un niño no como bien, es la imposibilidad de masticar correctamente, que por lo general es un factor asociado o bien porque puede ser el resultado de una maloclusión. (1)

Cuando hay dientes faltantes o colocados irregularmente provocan con frecuencia, el inicio de un patrón particular de masticación, Por ésto la mayoría de los niños (y de la gente en general) no distribuyen el bolo alimenticio en forma pareja favoreciendo así, un lado más que otro. (1)

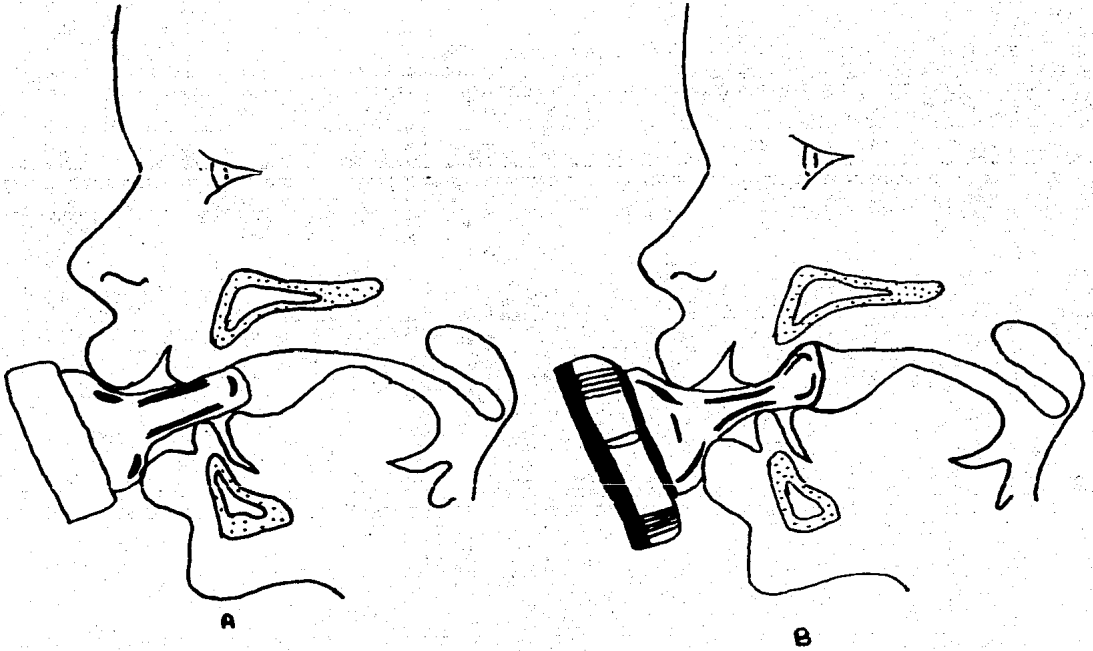
Esta selectividad masticatoria de un lado de trabajo es provocada además de por dientes faltantes o en mal posición, por restauraciones altas.

Es fácil comprender porque el niño al que se le dificulta masticar la carne, o que necesita degarrar los alimentos, tienen menos oportunidad de consumir alimentos que satisfagan sus exigencias nutricionales importantes, ya que como no mastica sus alimentos correctamente, el bolo alimenticio no es mezclado adecuadamente con saliva para que se realice el ciclo metabólico como debe ser, encontrándonos así con un niño enfermo y débil, ya que no siempre el cuerpo humano puede soportar tal situación.

Ahora bien, desde el punto de vista odontológico una masticación inadecuada puede provocar el desarrollo de un hábito bucal. Esto es porque es bien sabido que el niño al no poder comer adecuadamente y al no tener una estimulación de su sistema estomatognático va a desarrollar seguramente una frustración buscando así una salida a su problema. Esta puede ser: Succión digital, mordedura digital, o labial etc., con el que busca inconscientemente esa estimulación que no encuentra al no poder comer o masticar bien. (1)

Es por esto que debemos de estar concientes de la importancia que tiene que un niño se amamante y mastique adecua

damente de acuerdo a su edad, para la cual debemos diagnosti-
 car correctamente la causa por lo cual debemos no realizar -
 dicha alimentación y poder así tratarlo y con ésto evitar -
 un problema futuro: UN HABITO BUCAL.



A)-LACTANCIA NO FISIOLÓGICA CON BIBERON ARTIFICIAL
 DE CAUCHO.

B)-EL BIBERON NUK SAUGER IMITA LA ACTIVIDAD NATURAL.

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

3.- Problemas de Deglución.

Es preciso conocer la fisiología exacta de la actividad normal y saber como se aparta lo normal de lo anormal con respecto a la deglución.

Deglución Normal.

La fisiología de la deglución normal varía con las variaciones en tamaño y consistencia del bolo. La deglución -- normal y la deglución con impulso de lengua son similares ~~est~~ cuando se trata de bolos líquidos, grandes, pero son muy diferentes con un bolo sólido pequeño.

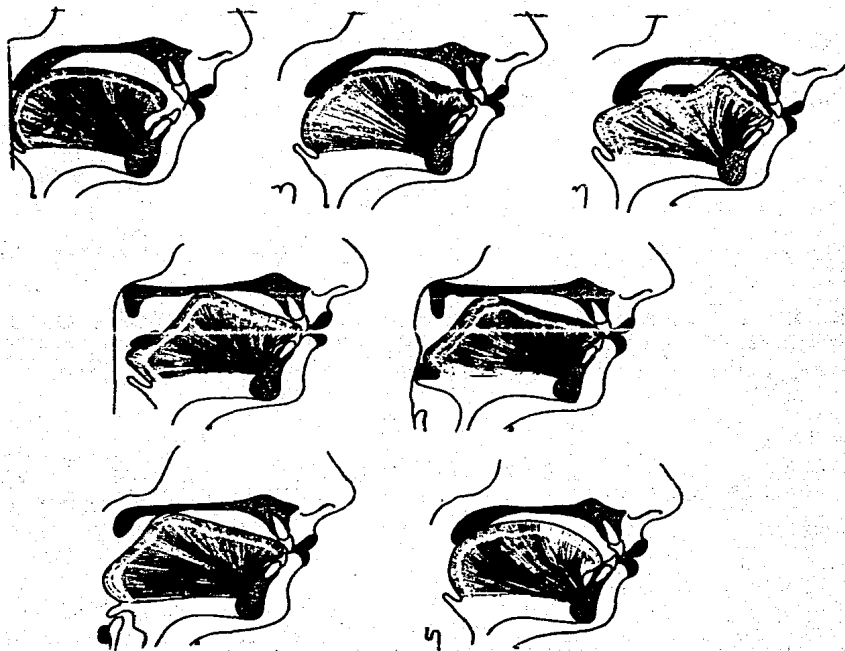
La preparación para la deglución, comienza cuando la lengua reúne, en un bolo la sustancia que será tragada y que va ocupando la posición, preparatoria características de la -- deglución. El bolo se haya circunscrito por un sellado periférico: en la parte anterior el cierre es mantenido por la -- punta de la lengua apoyada contra la mucosa palatina adyacente a los dientes vestibulares, y contra éstos también. En -- sentido posterior, la porción faríngea de la lengua se arquea detrás del bolo para encontrar los pilares posteriores, que -- se contraen hacia la línea media, y el paladar blando deprimido que se mueve hacia abajo para formar el sellado con la lengua. Se prefiere llamar a esta región "válvula veloglosa" --

esta válvula impide la penetración prematura del bolo en la faringe. El sellado periferico es importante ya que permite controlar el bolo al iniciarse la deglución.

La deglución se inicia con la abertura voluntaria de la válvula veloglosa. Al ocurrir la depresión de la lengua y la elevación del paladar blando, el bolo es liberado y llevado hacia atrás y es "exprimido" como si fuera pasta dentrificada.

En el caso de los líquidos, la gravedad parece desempeñar un papel importante en su propulsión desde la cavidad bucal.

En la segunda etapa de la deglución, el bolo es movido en sentido distal hacia la faringe por medio de la acción conjunta de la lengua, paladar blando y faringe. Al final de la primera etapa, el paladar blando se eleva para que el bolo pueda atravesar el istmo de las fauces. Durante la segunda etapa, el paladar blando se eleva todavía más para entrar en contacto con la pared posterior opuesta de la faringe. Esta acción sinérgica del paladar blando y pared posterior de la faringe impide que ocurra una filtración del bolo hacia la nariz. Al final de la primera etapa, la base o raíz de la lengua baja para permitir el paso del bolo por el istmo de las fauces. Durante la segunda etapa el bolo es aplastado en sen



**ETAPAS DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN
NORMAL . (ACTIVIDAD PERISTALTICA) .**

tido distal por la acción progresiva de la lengua actuando -
 contra los músculos constrictores que se contraen y que com-
 primen el bolo y lo empujan a través de la primera puerta --
 .- La Boca del Esófago .-

La frecuencia de degluciones es aproximadamente 590 -
 veces al día, 146 durante las comidas y 394 en el día y sin -
 comer y finalmente 50 veces durante el sueño (según Flanagan).

A este tipo de deglución madura se le llama también -
 "deglución somática", .FLETCHER, divide el ciclo de la deglu--
 sión en cuatro fases: que están altamente integradas y coordi-
 nadas sinérgicamente:

1.- Fase peoperatoria.- Empieza tan pronto como son -
 tomados los líquidos o después de que el bolo ha sido masticado.
 El líquido o bolo se coloca sobre el dorso de la lengua.
 La cavidad bucal es cerrada por los labios y la lengua.

2.- Fase bucal.- El paladar blando se desplaza hacia
 arriba y la lengua cae hacia abajo y atrás. La laringe y el
 hioides se desplazan hacia atrás y arriba.

Mientras que los alimentos sólidos son empujados por
 la lengua, los alimentos líquidos fluyen delante de las cons-
 tricciones linguales.

La cavidad bucal estabilizada por los músculos de la masticación, conserva un cierre anterior y lateral durante esta fase.

3.- Fase faríngea.- Comienza cuando el bolo pasa por las fauces. El tubo faríngeo se levanta en maza hacia arriba y la nasofaringe es obturada por el cierre del paladar -- blando contra la pared faríngea posterior.

El hueso hioides y la base de la lengua se desplazan hacia adelante mientras que la faringe y la lengua continúan sus movimientos peristálticos para impulsar el bolo alimenticio. A medida que el bolo va bajando, las cuerdas vocales falsas y verdaderas se acercan con movimiento reflejo, y la laringe sube para acercarse a la base de la lengua. Esta elevación de la laringe en relación con el hueso hioides proporciona la base esquelética para los movimientos del esfínter de la hipofaringe.

Puesto que el hueso hioides sirve como pedestal posterior sobre el cual se halla montada la lengua y debido a su unión tan estrecha con el sistema de suspensión lingual, faríngeo y laríngeo, es una estructura que es útil en el acto de la deglución.

Normalmente, durante la deglución de un bolo sólido y

pequeño, el hueso hioides se desplaza primero hacia arriba y atrás y después hacia adelante.

4.- Fase esofágica.- Comienza cuando el alimento pasa por el esfínter crico-faríngeo. Mientras que los movimientos peristálticos llevan el alimento a través del esofago, el hueso hioides, paladar y la lengua regresan a sus posiciones originales.

Deglución infantil.- Es aquella que se realiza antes de la erupción de los primeros dientes (dientes temporales).

Moyer (1) enumera las características del movimiento de la deglución infantil de la siguiente manera.

1.- Los maxilares se separan, con la lengua colocada entre las encías.

2.- El maxilar inferior es estabilizado primordialmente por la contracción muscular del séptimo nervio craneal y la lengua interpuesta.

3.- El movimiento de deglución, es controlado y guiado principalmente, por un intercambio sensorial entre labios y lengua.

4.- En la deglución, la actividad muscular instintiva y rítmica, de carácter peristáltico, conduce el líquido o bolo alimenticio hacia la faringe al abandonar la cavidad bucal. El alimento es conducido entonces a través de la faringe por los constrictores superiores, medio e inferiores de la faringe, pasando por la epiglotis hasta el esófago.

A esta deglución infantil se le llama también "Deglución Visceral", que contrasta con la deglución somática o matura anteriormente descrita.

Deglución Anormal o Defectuosa (1)

Como es bien sabido, la lengua es el único órgano formado por músculos de tejido estriado, insertados en un solo lado, por lo que hace movimientos reflejos y voluntarios.

La hipotonicidad e hipertonicidad de un grupo muscular rompe el equilibrio normal, alterando la morfología de las arcadas y su función.

Cuando el acto de deglutir es anormal, los maxilares no se juntan y los dientes no ocluyen y la punta de la lengua está presionada entre los dientes anteriores.

Se considera que el estado emotivo otensional produce

entre los niños, casos de lengua protráctil. Los chupadores de dedo dejan el espacio libre entre los dientes donde se introduce la punta de la lengua, en el momento de deglutir. - Se afirma que todo comienza con el biberón ya que la succión es diferente a la del pecho, pues con frecuencia la leche de la botella sale del biberón sin esfuerzo de succión, todo lo contrario de lo que ocurre con la leche del pecho materno. - Por ésto, el niño trata de detener el exceso de leche que fluye, presionando con la lengua la mamila de huele contra el - paladar. Esto puede perdurar por muchos años, constituyendo así un hábito con resultados desastrosos fisiológicos y esté-ticos.

Es por esto que desde hace algunos años se introdujo el biberón con chupón anatómico para simular el pezón materno pero aún no se ha podido apreciar sus resultados.

También se ha visto que las amígdalas, hipertróficas - pueden ser causa de lengua protráctil, ya que el dolor de las amígdalas inflamadas produce caída de la mandíbula para que - la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea. Por esto, hay una notable y fuerte con--tracción del músculo mentoniano, cada vez que la lengua se -- proyecta hacia adelante durante la deglución. (1)

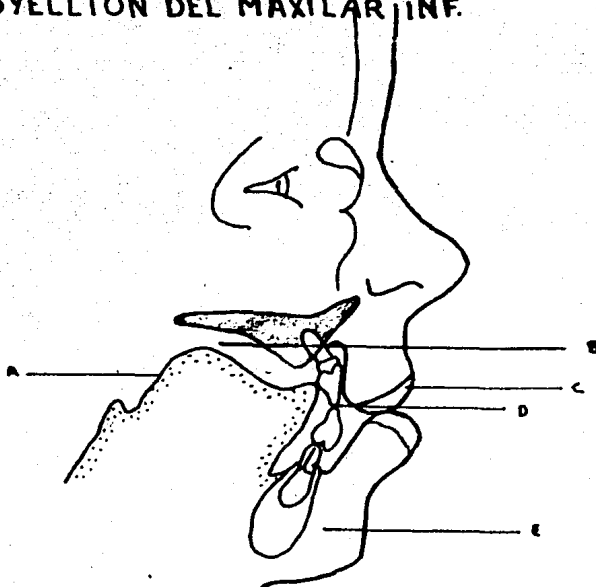
También se ha visto en Europa, que el raquitismo jun-

to con la presión del dedo de chupador puede producir defectos en la deglución y por consiguiente una mordida abierta - ya que el hueso raquíptico cede fácil, a la presión del dedo y de la lengua, deformando así el ángulo mandibular. (1)

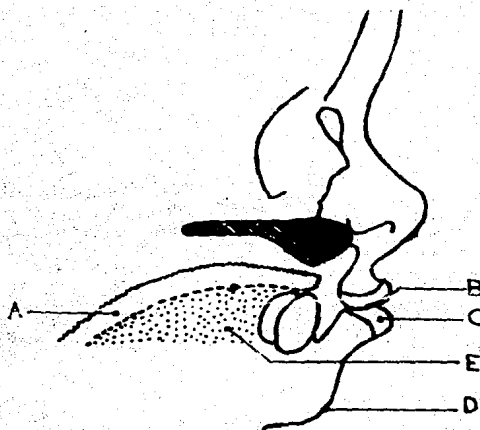
En conclusión tenemos que los padres deberán de estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral infantil prolongada así como de las actividades de lactancia que se extienden más allá del tiempo en que deberán de ser reemplazadas por un comportamiento más maduro o somático.

DEGLUCION MADURA (SOMATICA)

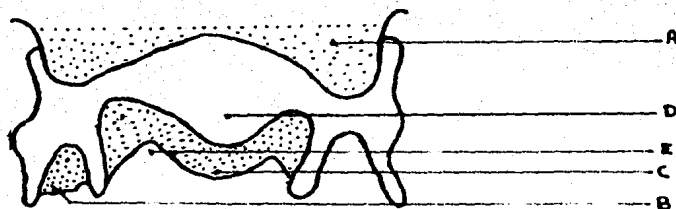
- A)- LENGUA ABULTADA.
- B)- APROXIMACION PERISTALTICA DE LENGUA A PALADAR.
- C)- ESFINTER PERIBUCAL REDUCIDO.
- D)- CONTACTO INCISAL MOMENTANEO.
- E)- NO HAY PROYECCION DEL MAXILAR INF.



DEGLUCION INFANTIL (VISCERAL)



- A)- LENGUA ALARGADA.
 B)- LABIOS UNIDOS.
 C)- ACCION DE ESFINTER PERIBUCAL.
 D)- PROYECCION DEL MAXILAR INFERIOR.
 E)- PROYECCION DE LA LENGUA.



- A)- ALMOHADILLA DE ENCIA SUP.
 B)- ALMOHADILLA DE ENCIA INF.
 C)- LENGUA ESTRECHA.
 D)- SURCO DENTAL.
 E)- POSICION DEPRIMIDA DE LA LENGUA.

4.- Problemas de Lenguaje.

El habla es principalmente una actividad aprendida que depende de la maduración, del organismo.

Las diferentes funciones del habla son las siguientes:

1.- Las innatas, automáticas y vegetativas, como la deglución, respiración, vómito y el acto de mamar.

2.- Las aprendidas, automáticas y vegetativas, como morder, masticar y chupar.

3.- Las aprendidas, automáticas y emocionales, como muecas, amaneramientos y tics..

4.- Las innatas, automáticas y emocionales como muecas, la risa, los pucheros y la sonrisa.

5.- Las aprendidas, no automáticas discriminatorias y especialmente voluntarias, como movimientos exploratorios de la lengua, separación de los labios, besar y soplar.

6.- Las aprendidas, automáticas y prácticas como silbar, tocar un instrumento de viento y tararear una melodía.

Ahora bien, las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales, en la fisiología del habla. Por los cambios de posición, de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales. Muchos doctores expertos en la materia afirman que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.

La articulación de las consonantes y vocales puede ser atribuida a mala funcional a la mala maloclusión dentaria.

Según Bloomer (1), los efectos sobre el habla pueden ser directos, o bien indirectos:

Los directos son por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.

Los indirectos son debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Con todo esto podemos ver que también los problemas -- del habla pueden ser una causa para el desarrollo de hábitos bucales, ya que como se mencionó anteriormente, el problema -- del habla puede ejercer una influencia en la salud mental del individuo, por ejemplo:

Que sienta una cierta angustia o bien ansiedad o algún otro problema de conducta del individuo que lo obligue a buscar una salida pudiendo con ésto desarrollar algún hábito -- bucal. Así que cuando el odontólogo descubra un problema o defecto del habla, debera de investigar su causa. Si la causa es una maloclusión, deberá de corregirla: si la causa es -- otra, deberá de remitirlo a un foniatra para que estudie y -- trate el caso. Con esto se podrá evitar la aparición de un -- hábito, o si ya está establecido por el problema del habla -- existente, se lograra eliminarlo aplicando el tratamiento requerido. (Observese pag 223)

5.- Problemas de respiración.

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías.

- 1.- Por obstrucción.
- 2.- Por hábito.
- 3.- Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa de flujo normal de aire a través, del conducto nasal. - Como existe dificultad por inhalación de aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

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

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquél cuyo labio superior corto no le permite cerrar, por completo su boca sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debemos de distinguir, en primer lugar a cual de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse -

el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético, de cara y nasofaríngeo es estrechas, estos niños son más propensos a sufrir obstrucciones nasales, que los tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquiacefálicos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causa da por:

1.- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrofica, condiciones climáticas frías, y cálidas o aire contaminado.

2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

Adenoides agrandados.- Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia,-

no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca - por esta causa. Sin embargo; respirar por la boca puede corregirse por si solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural, causa la contracción del tejido adenoideo.

(4)

Con esto podemos ver que también los problemas de respiración, pueden provocar un hábito cuando el niño se acostumbra a respirar por la boca aunque su problema de respiración sea resuelto..

VI. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE HABITOS BUCALES.

1.- Hábito de Succión del Pulgar y Otros Dedos.

Hoy en día, los padres de los niños debieran aprender a reconocer la succión digital como una forma natural del niño para satisfacer su necesidad básica de succión. También deberían de aprender a no interferir cuando el niño se chupa el dedo pulgar u otros dedos ya que una interferencia puede ser causa de que el niño succione su dedo por más tiempo y en forma más fuerte.

La succión del pulgar en el niño es un problema que preocupa al pediatra, odontólogo y especialistas correspondientes, y a los padres del mismo.

Se ha visto que hay diversos factores que pueden causar una temprana succión del pulgar. Entre estos están: El que un niño no tenga suficiente succión al mamar o al tomar su botella por lo que no satisface su instinto de succión, : También lo es el que un niño no tenga suficiente atención, -- y/o cuidado ocupando así el tiempo en el que esta despierto, a chupar su pulgar. Así, si un niño muy pequeño empieza a -- tratar de succionar su pulgar, sus otros dedos o su mano, no se le debe de dar una mayor oportunidad de mamar o de tomar su botella.

Así, debemos de considerar dos cosas:

- 1.- El número de veces en que se realiza la amamantación.
- 2.- Cuánto tiempo toma cada alimentación.

El tiempo para poner atención a la succión digital es cuando el niño trata por primera vez de hacerlo no cuando finalmente sucede. Esto es porque la mayoría de los bebés, en los primeros meses de vida, no tienen mucho control de sus manos y brazos, así como de su cuerpo en general.

Si el bebé lleva su mano a la boca la primera vez es porque su necesidad de succión de pecho o de botella es mayor y puede ser tanto o más que la del real succionador digital.

Podemos observar que el instinto de succión es más fuerte en los primeros tres meses de vida del niño.

Después va disminuyendo gradualmente. Hay bebés que parecen haber tenido una succión suficiente hasta los 8 meses, pero hay otros que necesitaban seguir realizando la succión hasta que tienen un año.

Quizá todos los bebés succionan su pulgar u otros, o bien, muerden su mano cuando empiezan a erupcionar sus dientes (alrededor de los tres o cuatro meses). Por lo tanto no

debemos confundir ésto con hábito de succión digital. Naturalmente el bebé que comienza a ser succionador digital, succionará su dedo por un espacio de tiempo largo durante los periodos de erupción dental.

Ahora bien, hay niños pequeños que se alimentan con botella, algunos de ellos terminan su fórmula en 10 minutos por ejemplo, en lugar de terminarla en 20 minutos. Esto sucede -- porque son bebés fuertes y rompen el hule del chupón, entonces las mamás les permiten succionar su pulgar.

En niños mas grandes, la succión digital todavía satisface una necesidad pero no es más duradera que la simple necesidad de succionar. Es una necesidad de comodidad.

Muchos niños succionan sus dedos pulgares cuando están fastidiados, cansados o especialmente estén hambrientos, dormidos o cuando no son alimentados adecuadamente. Algunos lo hacen cuando están reprimidos, solos, o cuando están tensos -- por algo.

También existen niños a los que continuamente se les esta regañando para impedir que hagan ciertas cosas que ellos les gustan, por lo que comienzan a succionar su pulgar. Pero es raro observar niños que tienen un año de edad y que succionan por primera vez su pulgar.

Hay niños que se muestran aburridos ya que los demás niños no los "llenen" lo suficiente y que por otra parte tampoco tienen suficientes cosas con que jugar, o quizá se trata de un niño al que dejan en su carriola por muchas horas.

A pesar de esto, debemos recordar que no todos los niños que succionan su pulgar son un problema. Aún los niños más felices y mejor por todos tienen sus momentos difíciles, y muchos de los niños pequeños que succionan su pulgar regularmente, no parecen necesitar un cambio en sus cuidados.

No hay una regla para llamar a los niños que tienen este hábito para un examen completo, pero en general los niños de edad que practican un hábito bucal es porque algo malo pasa con ellos. Probablemente no están contentos con su maestro, quizá ellos quieran hablar, pensar o actuar como sus hermanos de siete años de edad o más grandes y no pueden llevarse bien ellos: o quizá sus madres o padres están siempre tan ocupados que no pueden gozar de su compañía.

En cualquiera de los casos, la succión constante de un dedo pulgar que se presenta después de los 5 años debe hacer que busquemos la causa de que el niño trate de encontrar esa comodidad extra, ya que este hábito puede causar anomalías irreversibles: Dentales, Oseas, musculares y nerviosas principalmente.

Debemos recordar que los niños más grandes que duermen con el dedo en su boca no es necesariamente por un disturbio.

Se hicieron estudios que sugirieron la existencia de una asociación inversa entre el hábito de succión digital y la duración de la amamantación. En estos estudios fueron incluidos: Edad, número de miembros de la familia, y la duración de la amamantación en ellos se encontró que los niños -- que usaban chupón, también succionaban sus dedos, pero no fue así en todos los casos. Por esto se cree que es recomendable pedir a los padres y enfermeras que den chupones a los niños, ya que el daño que se produce cuando un niño succiona sus dedos, es mayor que si succionará un chupón. (10)

También se vió que a mayor edad, los niños van eliminando gradualmente el hábito.

Fue estudiada la influencia de la amamantación en el hábito de succión: se vió que cuando hay una amamantación -- prolongada, la succión digital es menor o no existe. (10)

Por otra parte, fue reportado que el tamaño de la familia no se asocia con hábitos bucales.

Se encontró también, que los niños únicos usualmente -- succionaban chupón y no un dedo. Al respecto fue sugerido --

que al, dar un chupón a un niño primogénito puede significar para él un acto de indulgencia que puede ser subjetivo para - otros niños. (10)

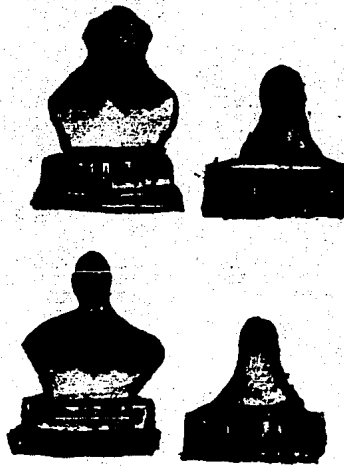
Según Brody (3) muchos niños dejan el hábito en sus -- años preescolares, pero algunos lo conservan durante sus años escolares, y a veces en la edad adulta.

Por otra parte, Cumley (3) cree que la succión, prolon- gada del pulgar, después de los cuatro años, suele ser un sín- toma, de que el niño sufre hambre emocional y que emplea el - pulgar para consuelo y compensación). En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los pa- dres. Así, Cumley cree que las mejores medidas correctas son las directas tales como proporcionar al niño descanso y esca- pes por medio del juego.

En resumen, la succión del pulgar es con frecuencia la principal manifestación de la inseguridad del niño o de su ma- la adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres o temor a los -- animales o insectos. Así, hechos como la mala voluntad para encontrar en actividades grupales en la escuela podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adapta- ción. Por lo tanto, el problema de succión digital, puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino uno de varios síntomas -

relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resul--
tantes de una serie de acontecimientos pasados, pudiendo rea-
lizarse de diferentes formas, como por ejemplo, pudiendo usar
se un solo dedo, con dos dedos, varios dedos de una o ambas -
manos o con toda la mano.

El problema de la succión del pulgar es, por lo tanto,
complejo. El papel del odontólogo es el de aconsejar a los -
padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos
existentes para la corrección de dicho hábito.



Comparación entre biberenss
corrientes y NUK SAUGER .

Caso No. 1

Paciente del sexo femenino de cinco años de edad, presenta dentición temporal con oclusión normal a nivel de molares. Mordida abierta anterolateral (Fig.-) con protrusión dentoalveolar, a nivel de incisivos centrales, incisivo lateral y caninos superiores del lado derecho. Lingualización e intrusión de los correspondientes antagonistas de la arcada inferior causada por hábito de succión digital. A nivel de tejidos blandos existía proquelia superior.

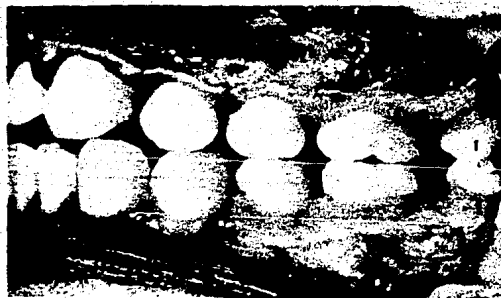
El tratamiento consistió en la colocación de la trampa para succión digital únicamente por un período de 15 días con el fin de eliminar el hábito. La mordida abierta se autocorrigió en tres meses aprox. Ya que se trataba de un caso de dentición temporal y mixta.

Se recomienda que el tratamiento de mordidas abiertas se realice simultáneamente la mecanoterapia con terapia funcional.

Así, se evita la recidiva, que es una de los mayores problemas en este tipo de maloclusiones.

En este caso presentado de mordida abierta interior -- tratado con aparatología de la Técnica Universal de Arcos Li-

geros del Dr. Mollin en combinación con la mio-terapia se obtuvo un resultado satisfactorio con base de la elaboración de un buen diagnóstico y un buen plan de tratamiento.





2.- Succión Labial

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito general se presenta en la edad escolar cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este.

El odontólogo, puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión, del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior - sobre el superior. (4)

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

Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, para lograr esta posición se vale del musculo borla de la barba, esto se hace de manifiesto con la contracción y el endurecimiento del menton durante la deglución. (1)

- 1.- Puede deformar las arcadas dentarias.

- 2.- Existe un aplanamiento del segmento anterior.
- 3.- Existe un apiñamiento del segmento anterior.
- 4.- Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante, haciendo una relación protusiva.
- 5.- El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.
- 6.- Se acentua el surco mentolabial ó la hendidura suprasinfisal
- 7.- En algunos casos aparece herpes crónico en -- zonas de irritación y agrietamiento.

La actividad labial anormal casi siempre esta ligada - con maloclusión es de clase II divicion I y problemas de mordida abierta y la eliminación de la maloclusión, generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un -- tic neuromuscular ó hábito nervioso el aparato para el hábito de labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes insicivos pueden eliminarse por el ajuste autónómo y no suele ser necesario aparatos para mover los dientes. (1)

3.- Hábito de Empuje de Frenillo.

El hábito de empuje de frenillo se presenta principal mente cuando existe un diastema entre los dientes incisivos - superiores. ()

Este diastema puede existir por diversos factores como son:

- a.- Frenillos labiales anchos.
- b.- Microdoncia.
- c.- Macrodoncia.
- d.- Dientes Supernumerarios. (especialmente los mesiodents).
- e.- Laterales en forma de cono.
- f.- Incisivos laterales faltantes.
- g.- Oclusión enérgica, de incisivos inferiores, contra las superficies linguales de los incisivos superiores.

h.- Quistes en la línea media.

j.- Hábitos tales como chuparse el pulgar, proyección de lengua o chuparse el labio. ()

Es un hábito raras veces observado probablemente originado como parte de un juego ocioso.

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas.

Ya que mantiene separados los incisivos centrales este hábito puede desplazar los dientes. Este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

4.- Hábito de Mutilación o Hábitos Masoquistas

Ocasionalmente se encontrará un niño con hábitos ó naturaleza masoquista. Un niño examinado por uno de los autores utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

El hábito había privado completamente a la pieza de tejido gingival marginal sin ligar exponiendo el hueso alveolar.

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

La conducta anormal que se manifiesta mediante la ejecución de actos de crueldad debe ser entendida como expresión, patológica del instinto de agresión. (2)

La educación represora y atemorizadora que obliga al sujeto a apartar de su mente todas aquellas elaboraciones y sentimientos que se consideran malos o prohibidos, es el responsable del mecanismo represor que llega a constituirse en un verdadero hábito en los sujetos.

La existencia de la moral coercitiva en el ser humano constituye una de las principales causas determinantes del me

canismo psíquico de la represión.

La represión tiene como principal característica, producir un olvido de todo aquello que ha sido condenado. Inducir por fuerza o temor a que tal hábito, no deba ser consentido en la conciencia, no sólo implica un error de formulación pues los hábitos existen por razón natural.

Es probable que un niño que ha sido educado sin autoritarismo ni amenazas, tenga muy poca ó ninguna necesidad de emplear el mecanismo de la represión, lo que quiere decir que la existencia de éste se halla directamente ligada al tipo de educación recibida. (2)

5.- Hábitos de Postura. (4)

Los hábitos de postura que producen maloclusión son - muy raros.

Los investigadores tratan de probar, que las malas -- condiciones posturales pueden provocar maloclusiones. Se ha citado a muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en - posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión del maxilar inferior.

La mala postura y la maloclusión dentaria pueden ser resultado de una causa común. La mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

Pero aún no se ha probado que constituya el factor -- etiologico primario.

6.- Hábito de Lengua

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Moyers (1) afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse el dedo.

Los resultados indican que existe una correlación positiva, con una mayor tendencia al hábito de lengua, en el grupo alimentado artificialmente. (lactancia artificial).

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, va aumentando la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales, de los segmentos vestibulares, los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal, la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento produciendo un defecto colateral que puede ser el bruxismo ó bricomania y el estrechamiento bilateral del maxilar superior, al descender la lengua en la boca. Clínicamente puede observarse como mordida cruzada bilateral.

Es importante considerar el tamaño de la lengua así,

como su función.

Con respecto al tamaño, la lengua puede ser o presentar:

a.- Aglosia Congenita.

b.- Macroglosia.

Otra situación que contribuye posiblemente a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

Muchos hábitos de ceceo están, ligados al hábito de proyección de lengua que también impiden la erupción de los dientes.

Dependiendo del grado de su formación la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

(1)

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrucción de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta, anterior las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite en cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias. (1)

Como resultado final de este hábito de proyección lingual se va a tener:

- 1.- mordida abierta permanente
- 2.- maloclusión
- 3.- Patología de los tejidos de soporte.

Los factores que propician el hábito de lengua protractil son: (11)

- 1.- respiración bucal
- 2.- problemas de amígdalas y adenoides

- 3.- arco maxilar angosto
- 4.- macroglosia
- 5.- alergias
- 6.- herencia
- 7.- patrón de crecimiento defectuoso
- 8.- perdida prematura de dientes
- 9.- defectos foniatricos
- 10.- alteraciones glandulares
- 11.- alteraciones neurologicas
- 12.- alteraciones neuromusculares
- 13.- alteraciones psicologicas

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha si
do llamado de diferentes maneras:

- A.- Deglución Pervertida. O desviada.

B.- Deglución Invertida.

C.- Retención de Deglución Infantil.

D.- Deglución con dientes Separados.

No existe ninguna "norma" para este hábito de proyección lingual, la maloclusión puede o no existir.

Los defectos del habla pueden estar presentes o no.

Las posiciones laterales pueden ser normales o no.

Aún la forma de la arcada puede ser afectada o no a pesar de todas las pruebas que indican que la fuerza de la lengua es mayor que la presión opuesta de los labios y carrillos.

Sea cual fuere la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función) también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

Ahora bien la deglución con impulso de lengua se efectúa de la siguiente forma:

"La preparación para los movimientos de deglución es

totalmente diferente en el sujeto que deglute normalmente que en el sujeto que deglute con impulso de lengua.

Este último es incapaz de manejar la lengua con la --
presición necesaria para aislar y mantener el bolo en la posición
de sellado periférico de predeglución.

Cuando la deglución se hace con empuje de lengua el -
paciente sustituye el sellado periférico por el sellado anter-
rior de los labios. En la parte posterior no hay sellado. -
El lado posterior de la lengua esta bajo y la cavidad bucal -
queda abierta a la faringe, no existe control velogloso del -
bolo y los dientes estan separados.

El máxilar inferior del "empujador de lengua" es immo-
vilizado no por los músculos masticatorios de cierre sino por
los labios y músculos de la cara tensos así, como los de la -
musculatura, hioidea estirada.

"El empujador de lengua" carece de sellado posterior.
La lengua no reúne un tamaño moderado sino que la comida es
amasada en un bolo poco firme que se concentra en la parte su-
perior de la lengua en posición.

Sin el control del mecanismo velogloso el bolo cae en
la faringe. Los músculos constrictores se dilatan primero y

después se contraen dando lugar al trago.

La fuerza que parece ser motivo de esta deglución, -- con impulso de lengua es la gravedad así, como los movimientos más toscos de la lengua, para amasar el bolo y que ocurren en vez de los movimientos sinérgicos normales y precisos de la lengua, paladar blando y faringe.

Como la gravedad es un factor muy importante para "el empujador de lengua" los que padecen el trastorno utilizan -- por consiguiente grandes cantidades de líquido durante las comidas. Puesto que el que deglute con impulso de lengua depende de un mecanismo de alimentación por gravedad, y no de un sistema muscular, preciso para reunir el bolo, es evidente que tendrá menos control voluntario sobre el movimiento mismo del trago, en el "empujador de lengua" el bolo cae en la faringe, mediante un reflejo nauseoso, reprimido el "empujador de lengua" logrará adaptarse al potencial de vómito de este tipo de bolo que escapa al control.

La posición anormal de la lengua esta también con frecuencia asociada a la maloclusión dental.

Por último, tenemos lo que algunos autores llaman:

RUMIAR: Es lo que significa que un niño joven desa--

rrolla el hábito de succionar o morder su lengua hasta que al último alimento se presenta. (algo así como lo hace una vaca) esto es raro en algunos casos esto comienza cuando el bebé -- tiene amarrados sus brazos.

Por esto podemos estar seguros que el niño, tiene suficiente compañía. JUEGOS Y AFECTOS. A este tipo de niños - es mejor darles más alimentos solidos. (11)

7.- Abertura de pasadores de pelo. (4)

Otro hábito nocivo, que fue común entre las mujeres -- adolescentes era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocarselos en la cabeza . En jóvenes -- que practicaban este hábito, se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad para abandonar el hábito generalmente solo se hace -- falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de éste.

8.- Morderse las uñas.

El hábito de morderse las uñas no crea maloclusión, pero en combinación con otros factores predeterminados puede -- contribuir. (1)

Es un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión.

Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir -- maloclusión, puesto que las fuerzas ó tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. (4).

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión aun-- que algunos padres pueden no encontrarlos aceptables social-- mente. (4)

Un hábito no deberá ser considerado malo a menos que - perjudique realmente ya sea de forma física ó moral, al niño- no es perjudicial en ninguna de estas formas.

Cuando el niño crece y se convierte en Adulto otros - objetos substituyen a los dedos, ya que cada edad tiene sus - propios tranquilizantes.

9.- Hábito de respiración bucal.

El hábito de respirar por la boca se considera ahora -- más bien un factor asociado o simbiótico de la maloclusión -- dentaria.

Los especialistas en oído, nariz y garganta hacen no-- tar que los trastornos del aparato respiratorio son más fre-- cuentes en quienes respiran por la boca. (1)

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: (4)

a.- Por obstrucción

b.- Por hábito

c.- Por anatomía

La respiración bucal, originada por obstrucción, presen-- tan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo-- normal de aire a través del conducto nasal. Existe dificultad -- para inhalar y exhalar, el aire a través de los conductos na-- sales, el niño se ve forzado a respirar por la boca.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causa

da por:

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos, causada por: alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa - que cubre los conductos nasales, rinitis, atrofica condiciones climáticas frias y cálidas ó aire contaminado.
- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal
- 3.- Adenoides Agrandados.-el tejido adenoidal o faringeo es fisiológicamente hiperplásico.

Por razones anatómicas.- la respiración obstructiva -- por la boca se presentan en niños ectomórficos, ya que presentan caras estrechas y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético de cara y nasofarínge estrecha estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales. (4)

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico a veces se describe como "FACIES ADENOIDEA"

La cara estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protu

sión labialmente y los labios permanecen abiertos con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares, por los musculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dando un maxilar en forma de V y una boveda palatina elevada.

En muchos casos la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular-peribucal normal activa el labio superior haciendo posible el cierre de los labios y estimula la respiración nasal normal.-

(1)

10.- Bruxismo.

Definición.

Es el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales.

Los siguientes son algunos términos que han sido usados para referirse al bruxismo:

- 1.- Neuralgia traumática.
- 2.- Efecto de Karolyi.
- 3.- Neurosis del hábito oclusal.
- 4.- Parafunción.

Miller, propuso la diferenciación entre el rechinar nocturno de los dientes al cual llamó Bruxismo.

Y el hábito de rechinar de los dientes en el día-- al cual llamó Bruxomanía.

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dientes asociado con angustia ó agresividad ha sido observa-

da tanto en animales como en el hombre.

Un grupo de situaciones estrechamente relacionados con el bruxismo son generalmente clasificados como hábitos oclusales y no como bruxismo.

Estas situaciones son:

- 1.- El morder fuertemente con maxilares en posición --
bloqueada.
- 2.- Mordedura de los Carrillos.
- 3.- Mordedura de lengua ó labio.
- 4.- El morder objetos como uñas, lápices, pasadores pa
ra el pelo y muchos otros hábitos.

Aunque todos estos hábitos, ó situaciones tienen un --
fondo psicogénico bien definido y sirven como desahogo a la -
tensión, emocional no suelen clasificarse como bruxismo y no-
sotros los consideramos como mordida disfuncional ó hábitos -
oclusales.

Clasificación.

- I.- El bruxismo excéntrico es el rechinamiento y movi-

miento de trituración, de los dientes, en excursiones excéntricas.

2.- Bruxismo céntrico.-es el apretamiento de los dientes en céntrica.

Etiología.

I.- Bruxismo excéntrico tiene un doble fondo etiológico.

a.- Sobrecarga psíquica .- el componente psíquico de - acción reprimida, tensión emocional, angustia y temor.

b.- Interferencia Oclusal.- se refiere a la presencia- de cúspides altas, defectos oclusales menores, traumatismos oclusales menores.

El bruxismo se encuentra relacionado con el aumento de tono en los músculos maxilares. El tono muscular puede amen-tar por la tensión emocional ó nerviosa por dolor ó molestias y por interferencias oclusales. La interacción de estos 3 mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo.

Además existen otros factores locales que contribuyen -

a la hipertonicidad de los músculos maxilares anormales.

- 1.- Colgajos gingivales de terceros molares.
- 2.- Hiperplasia gingival cualquier otro tipo de enfermedad parodontal, especialmente si hay dolor.
- 3.- Irregularidades en la superficie del labio, mejilla, lengua y dolor, malestar en la articulación temporomandibular y músculos maxilares.

El buroxismo se efectúa en un nivel subconciente controlado de manera refleja es por lo tanto en la mayoría de los casos desconocido por el paciente.

- 2.- El bruxismo céntrico.- consiste principalmente en la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de ninguna situación obvia de urgencia física o psíquica.

Hábitos oclusales relacionados con el Bruxismo.

El apretamiento habitual de los maxilares malposiciones bloqueadas, el morder objetos colocados dentro de la boca ó entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos son todas vías de escape para la tensión psíquica y emocional.

Importancia del bruxismo.

Los daños de importancia ocasionados por el bruxismo - resultan con frecuencia mayores en la corona del diente que - en el periodonto.

El desgaste de los dientes ocasionado por el bruxismo - puede dar por resultado una reducción inestética en la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto in terproximal y ocasionar pulpitis exposición o muerte de la -- pulpa.

Así, como bordes de esmalte afilados e irritantes, --- dientes o restauraciones fracturados e incluso estrangulación apical de la pulpa.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición - de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación tem poromandibular.

El bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica y la irri tabilidad del sistema nervioso central. El bruxismo también - se ha observado en enfermedades orgánicas, así como en tras--- tornos gastrointestinales . El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una ferula de caucho blando para - ser llevada sobre los dientes durante la noche. (guarda oclusal)

VII.- EFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES.

- 1.- DENTALES
- 2.- OSEOS
- 3.- MUSCULARES.

La maloclusión puede afectar a cuatro sistemas tisulares:

- 1.- Dientes
- 2.- Huesos
- 3.- Músculos
- 4.- Nervios.

En algunos casos, solo los dientes son irregulares la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural normal.

En otros casos, los dientes pueden estar bien alineados, pero puede existir una relación maxilar anormal de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función.

O también, la maloclusión puede afectar a los cuatro -

sistemas con malposiciones individuales de dientes relación - anormal de los maxilares (hueso) y función muscular y neural-anormal. Debido a la íntima relación, entre el nervio y el -- músculo, otra forma de catalogar la maloclusión es dividirla- en tres grupos:

I.- Displasias Dentarias.

2.- Displasias Esqueléticas.

3.- Displasias Esqueletodentarias

1.- Displasias Dentarias.

Existe una maloclusión dentaria cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre sí. Sólo el sistema dentario esta afectado. Esta afección puede estar limitada a un par de dientes o puede afectar a la mayor parte de los dientes existentes.

La relación entre los maxilares se considera normal, - el equilibrio facial es casi siempre bueno, y la función muscular se considera normal. En las displasias dentarias casi siempre existe una falta de espacio para acomodar a todos los dientes . Esto puede deberse a ciertos factores como:

a.- Pérdida prematura de los dientes deciduos.

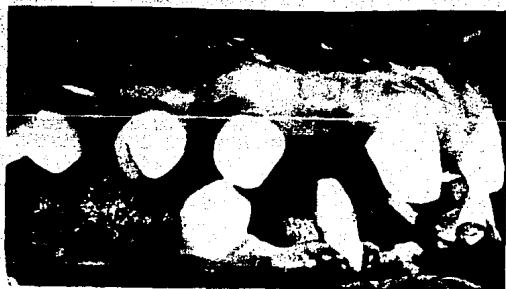
b.- Patrón hereditario básico.

c.- Discrepancia en el tamaño de los dientes.

En las displasias dentarias, la relación de los planos inclinados y la conformación de los dientes a la forma de la arcada, dictada por la configuración de los maxilares, es imperfecta.

Los incisivos pueden estar girados, los caninos carecen

de espacio suficiente para hacer erupción en su sitio normal-- dentro de la arcada dentaria. Los segmentos molares pueden -- haberse desplazado en sentido mesial, obligando a los dientes anteriores a ocupar posiciones de maloclusión.



CASO CLINICO CON DISPLASIA ECTODERMICA
EN LA QUE SE APRECIA ANODONCIA PARCIAL
Y DIENTES EN FORMA DE CLAVIJA .

2.- Displasias Esqueléticas.

Con frecuencia los sistemas óseo, neuromuscular y dentario están afectados con actividad compensadora o de adaptación de los músculos para acomodarse a la displasia esquelética.

Actualmente, se reconoce que la relación anteroposterior de los maxilares entre sí, y con la base del cráneo es de gran importancia.

Las irregularidades de los dientes individuales pueden encontrarse o no en esta categoría especial pero la relación del maxilar superior con el maxilar inferior y la relación de estos dos con el cráneo ejercen una gran influencia sobre los objetivos ortodónticos y el tratamiento.



GEMELAS PRÓGNATAS .

3.- Displasias Esqueletodentarias.

Esta categoría incluye aquellas maloclusiones en las que no solamente los dientes solos o en grupos se encuentran en malposición sino que existe una relación anormal entre el maxilar superior y el maxilar inferior y ambos con la base del cráneo. Las displasias esqueletodentarias, son más complicadas y requieren de un tratamiento diferente que las displasias dentarias. La función muscular generalmente no es normal en este grupo. Se encuentran afectados los cuatro sistemas tisulares. Mucho depende del tipo y grado de la anomalía esquelética.



Asimetría Facial
Presente en el
Síndrome de primero -
y segundo arco branquial.



Síndrome de
Pfeiffer .

Clasificación de la maloclusión.

La clasificación de estas relaciones entre el esqueleto, los maxilares y la cara no es nueva y ha sido intentada frecuentemente.

La clasificación de Angle, es la más aceptable ya que nos describe la relación anteroposterior de las arcadas dentarias superior e inferior que generalmente reflejan la relación maxilar.

ANGLE, dividió la maloclusión en tres clases amplias:

CLASE I.- (NEUTROCLUSION)

CLASE II.- (DISTOCLUSION)

CLASE III.- (MESIOCLUSION)

Lo que en realidad hizo ANGLE fue categorizar la maloclusión por síndromes, creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloclusión en cada clase.

CLASE I.- La consideración más importante aquí es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide, mesiovestibular del primer molar supe--

rior ocluyendo en el surco mesiovestibular - del primer molar inferior. Las bases óseas - de soporte superior e inferior se encuentran en relación normal.

La maloclusión es básicamente una displasia dentaria, - Dentro de esta clasificación, se agrupan las giroversiones, - malposición de dientes individuales, falta de dientes, discrepancia en el tamaño de los dientes.

Las protrusiones bimaxilares caen dentro de la categoría de clase I.

Pueden existir maloclusión en presencia de función muscular peribucal anormal, con relación mesiodistal normal de -- los primeros molares, pero con los dientes en posición anterior a los primeros molares completamente fuera de contacto-- incluso durante la oclusión habitual, esto se llama MORDIDA -- ABIERTA. Las condiciones que prevalecen en la mordida abierta se observan en la parte anterior de la boca pero pueden -- también ocurrir en los segmentos posteriores.

CLASE II.- 9 (DISTOCLUSION)

En este grupo la arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto de la arcada den

taria superior, situación que es manifestada por la relación de los primeros molares permanentes, El surco mesiovestibular del primer molar inferior ya no recibe a la cúspide mesiovestibular en el primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior o puede encontrarse aún más distal.

Existen dos divisiones de la maloclusión de CLASE II.

DIVISION I.- La relación de los molares es igual a la descrita anteriormente. Existen además otras características relacionadas.

La dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada.

Con frecuencia el segmento anterior inferior suele exhibir superversión o sobre-erupción de los dientes incisivos así como tendencia hacia el aplanamiento. La forma de la arca da de la dentición superior pocas veces es normal.

En lugar de la forma habitual de "U" toma una forma que se asemeja a la de una "V" Esto se debe a un estrechamiento--demostrable en la región anterior de premolares y canino, junto con protrusión o labioversión de los incisivos superiores.

La función muscular se convierte en una fuerza deformante.

Con el aumento de la sobremordida horizontal el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los dientes.

DIVISION 2.- Los molares inferiores y la arcada inferior suelen ocupar una posición posterior con respecto al primer molar permanente superior y a la arcada superior. Pero aquí cambia la imagen El mismo arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales pero generalmente presenta una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior - suele ser más irregular con supravversión de los incisivos inferiores.

Con frecuencia los tejidos gingivales labiales inferiores están traumatizados. Una característica constante es la inclinación lingual excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinaciones labiales excesiva de los incisivos... laterales superiores. La sobremordida vertical es excesiva -- (mordida cerrada).

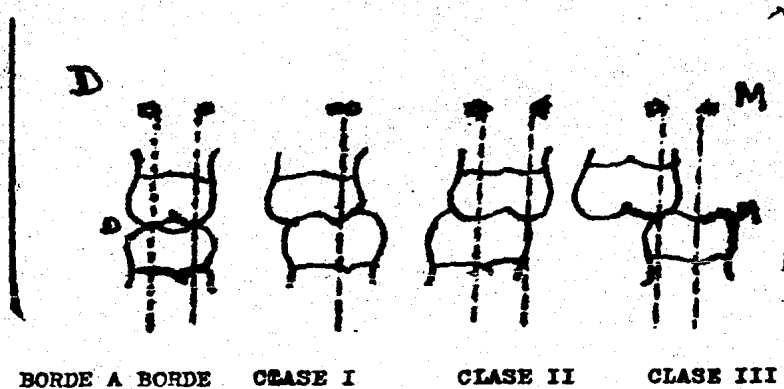
CLASE III.- (MESIOCLUCION).

En esta categoría, en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial normal

en su relación con el primer molar superior.

En la mayor parte de las maloclusiones de clase III -- los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia lingual, a pesar de la mordida cruzada. Las irregularidades individuales de los dientes son frecuentes.

La frecuencia de la maloclusión de seudoclase III es -
baja.



Efectos causados por hábitos bucales.

Los hábitos anormales de chuparse los dedos, función-muscular peribucal pervertida, pérdida prematura de los dientes y factores similares pueden afectar al desarrollo normal de los hechos y causar cambios morfológicos y funcionales en detrimento de la dentición.

Mordida abierta anterior.

La maloclusión por mordida abierta anterior está asociada con el hábito de la succión del pulgar, de otros dedos o con la protusión de la lengua durante la deglución, los niños que se chupan el dedo pulgar u algún otro hasta los 5,6 ó 7 años casi invariablemente presentan una mordida abierta anterior y tienden a conservar un patrón de deglución con protrusión de la lengua de tipo infantil.

En muchos casos persiste la protrusión de la lengua -- cuando ya se ha abandonado la succión del pulgar de modo que la deglución anormal contribuye a mantener la mordida abierta producida, en un principio por la succión del pulgar.

Las mordidas abiertas tienden a corregirse por sí solas cuando se eliminan las causas especialmente en los niños más pequeños.

La succión del pulgar crónica puede producir una mordida abierta anterior intensa con protrusión y linguoversión, - de los anteriores inferiores. La corrección de la maloclusión depende de que se suprima el hábito.

El hábito de lengua también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

Al proyectarse la lengua hacia adelante aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta.

La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

Como efecto colateral, presenta un estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente se puede observar como mordida cruzada bilateral.

Un resultado bastante frecuente del hábito prolongado de chuparse el pulgar con función muscular peribucal anormal es, mordida cruzada anterior.

La prolongación de esta relación anormal puede causar daños permanentes en la posición de los dientes en el soporte

te óseo y posiblemente en el centro de crecimiento de la articulación temporomandibular.

La sobremordida excesiva y el hábito anormal del labio inferior pueden ejercer fuerte presión lingual sobre el segmento anterior inferior.

Esto puede provocar una interrupción de los contactos-giroversión ó aplanamiento del segmento anterior inferior.

En maloclusión de clase III, el segmento anterior superior puede sufrir el mismo daño que el segmento anterior inferior en la maloclusión de clase II división I. Especialmente en maloclusión de seudoclase III donde el condilo en realidad se desplaza hacia abajo y hacia adelante al cerrar desde la posición postural de cierre oclusal, existe un factor constante de retracción sobre el segmento premaxilar. El hueso alveolar "aplanado" es mudo testigo de las fuerzas restrictivas.



Mordida cruzada anterior.

La desviación de la mandíbula durante el movimiento de cierre es uno de los principales factores en las mordidas cruzadas anteriores.

Muchos niños que presentan este defecto deslizan la -- mandíbula hacia adelante durante la oclusión para conseguir -- un mejor encaje recíproco de las cúspides, con lo cual exageran la tendencia a la mordida cruzada. La corrección de la -- mordida cruzada anterior es relativamente simple sólo, cuando la mandíbula, se puede retraer lo suficiente para que los dientes queden en una relación anterior borde a borde.

Si no es posible la retrusión mandibular para que queden en contacto los dientes anteriores puede existir una maloclusión esquelética verdadera y es mejor consultar con un especialista. (7)

Antes de empezar las maniobras terapéuticas para corregir una mordida cruzada anterior, es necesario determinar si hay espacio suficiente para acomodar los dientes, en caso de que les desvíede la relación cruzada, En caso de duda acerca de si se dispone del espacio adecuado hay que realizar un análisis del espacio.

Mordida cruzada posterior.

Se diagnostica facilmente y en general se ha de tratar precozmente.

Es muy importante diferenciar las mordidas cruzadas unilaterales debidas a una desviación mandibular de las debidas a una verdadera simetría de uno de los maxilares. La mordida cruzada unilateral verdadera es sumamente rara. Cuando se produce, casi siempre obedece a un problema del desarrollo del esqueleto de carácter completo, Se trata de un problema difícil que hay que remitir a un especialista.

Muchas mordidas cruzadas unilaterales son debidas a una desviación de la mandibula (desviación por comodidad) causada por un ligero estrechamiento de todo el arco superior con respecto al arco mandibular.

Esto se puede demostrar indicando al paciente que cierre los dientes haciendo que coincidan las líneas medias. Cuando ambas líneas medias están alineadas suelen comprobarse que el contacto inicial se efectúa por las puntas de las cúspides en ambos lados. Las mordidas cruzadas de este tipo suelen ser susceptibles de un tratamiento sencillo.

El método más simple de tratar una mordida cruzada pos

terior unilateral debida a desviación mandibular es equilibrando los dientes, eliminando los contactos prematuros -- (a menudo es defectuoso el contacto de los caninos primarios) y haciendo que los dientes se encuentren en una relación mandibular normal.

Si los primeros molares permanentes están en una posición ligeramente lingual, puede resultar útil un arco lingual de expansión que incline los dientes en sentido bucal. Casi siempre es necesario equilibrar los caninos y los molares primarios (7).

La mordida cruzada posterior completa es un problema menos frecuente y más grave que la desviación de la mordida cruzada unilateral. Puesto que la mordida cruzada bilateral suele ir acompañada de apiñamiento y otros problemas oclusales, es preferible remitir este tipo de pacientes a un especialista.

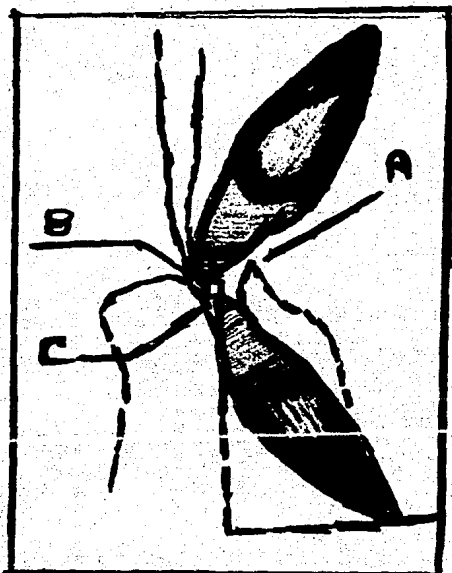
La técnica de la expansión maxilar por la dilatación de la sutura mediopalatina (que no cierra hasta la pubertad) ha demostrado su utilidad en el tratamiento de mordidas cruzadas graves.

La expansión rápida con un aparato con tornillo produce cierta movilización lateral de los dientes pero con --

ella se consigue un evidente ensanchamiento de la base oséa.

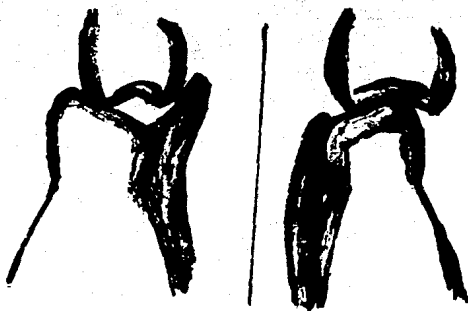
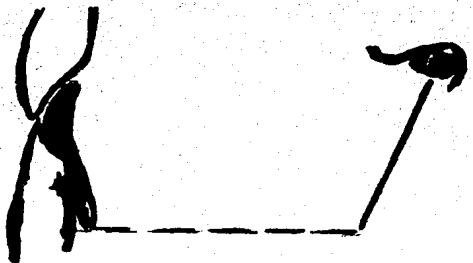
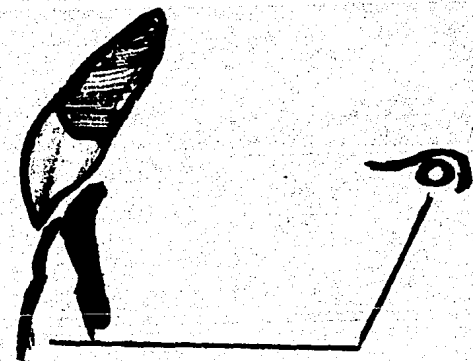
A medida que el niño sigue creciendo, la sutura abierta se va llenando con hueso nuevo.

La dilatación de la sutura es más eficaz cuando el aparato de expansión se fija a las bandas colocadas en los molares y premolares.



**IMPORTANCIA ESTETICA
Y FONETICA .**

- A./ POSICION INTERCUSEP_
IDEA .
- B.- POSICION DE REPER_
CIA .PARA LA LETRA "P"
- C./ POSICION DE REFERENCIA
PARA LA LETRA "S " .



Transtornos de la articulación temporomandibular.

La cubierta fibrosa del condilo es unica y la división en 2 cavidades separadas, por el disco articular, permite a la ATM recibir todo tipo de fuerzas.

Pero la maloclusión y la gufa dentaria resultante - pueden provocar trastornos en este sitio. La sincronización de los movimientos normales del condilo y disco articular y su relación entre sí y con la eminencia articular - pueden ser destruidos.

La mayor parte del daño ocurre en el área funcional entre la posición postural de descanso y la oclusión habitual.

En la mayor parte de los casos la discrepancia vertical sobremordida vertical más profunda que lo normal es un factor asociado.

A.- Mediante una gufa dentaria inadecuada.

B.- La función muscular anormal, como consecuencia de mecanismo, anormales, miofuncionales.

C.- Asi como el sobre cierre o Bruxismo pueden causar chasquidos, crepitación, dolor y movimiento

limitados y trismus. (1)

DEFECTOS DEL HABLA.

Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla.

Las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.

Blommer "afirma que los efectos sobre el habla pueden ser :

- 1.- DIRECTOS.
- 2.- INDIRECTOS.

1.- Directos.- Por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.

2.- Indirectos.- Debido a las influencias que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

FUNCION MUSCULAR ANORMAL

Aunque la función muscular anormal puede ser un factor-

causal, o al menos secundario en la formación de la maloclusión dentaria, también puede ser el resultado de la misma. Una mala relación basal hereditaria de tipo CLASE II división I exige cierta reacción muscular, de adaptación, ó de compensación. Para deglutir el labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores, la lengua se proyecta hacia adelante para cerrar o crear un cierre anterior necesario para la deglución.

En la mayor parte de los casos, la corrección de la maloclusión elimina la actividad anormal de los labios, lengua y musculatura bucal. El labio superior hipoactivo asociado con maloclusión de clase II división I y el labio inferior redundante e hipofuncional asociado con maloclusión de CLASE III.

Según MOYERS los impulsos motores inician los movimientos oclusal, pero son modificados por reacciones propioceptoras, desorganizadas en la articulación temporomandibular o ligamento periodontal, activadas en el momento del contacto inicial. La actividad de adaptación, puede inducir patrones de actividad oclusal aberrantes, agravando la maloclusión original.

Generalmente la alteración es a manera de reacción hipertónica. Así las cosas, la reacción se debe a una combina-

ción de falta de armonía oclusal y aumento de la excitabilidad del sistema nervioso. (1)

Hábitos Musculares Asociados

El hábito de empujar la lengua y el hábito de chuparse los dedos suceden con mayor frecuencia en los niños que padecen maloclusión de clase II división I.

Es posible que en un gran número de niños el hábito de lengua sea parte del resultado del patrón morfogenético inherente de maloclusión. Es notable el período transicional prolongado de la deglución infantil al patrón de deglución maduro. Aunque el hábito de dedo y lengua sean en parte causales, pueden a la vez ser el resultado de la incapacidad de la musculatura peribucal anormal para satisfacer las exigencias cinestésicas neuromusculares y sensoriales del niño en crecimiento.

Deglución Inadecuada.

La deglución anormal generalmente se ve asociada con la función muscular anormal. Pero están asociados diferentes grupos musculares y las exigencias funcionales sobre la musculatura del sistema estognomático son distintas a las necesarias para la masticación. Por ejemplo un hábito de deglu---

ción anormal conduce al aumento del movimiento del hueso hioi des en algunos individuos.

En niños con paladar hendido el b^olo alimenticio se maneja en forma diferente que en otros niños.

Enfermedad Parodontal.

Algunos están firmemente convencidos, de que la enfermedad parodontal y la resorción ósea, el desplazamiento de -- los dientes, diastemas y pérdida de los dientes en la etapa pediátrica pueden ser atribuidos a maloclusiones descuidadas durante la fase pediátrica, de la atención odontológica. Las inclinaciones axiales anormales y la inclinación de los dientes en mal posición crean fuerzas anormales. Las fuerzas funcionales ya no se encuentran distribuidas equitativamente sobre todos los dientes, principalmente en sentido de su eje mayor.

La pérdida de soporte óseo, permite que los contactos se abran y los dientes se desplazan y aumenta la inclinación axial normal. Todos estos factores reaccionan a la pérdida -- acelerada del hueso, lo que acorta la vida de la dentición. Con ciertos tipos de maloclusión la enfermedad periodontal es muy severa. La mordida cruzada anterior, por ejemplo debe -- ser corregida inmediatamente por que en la zona de la mordida

cruzada se presenta rápidamente la degeneración de los tejidos.

La mordida abierta anterior o la maloclusión severa de clase III impide la masticación en los segmentos incisales. La estructura trabecular del hueso de soporte se hace menos densa y estos dientes son motivo de un proceso similar a la atrofia por desuso, con una reducción significativa de su vida útil.

Dientes Incluidos y Dientes que no hacen Erupción.

La pérdida prematura y la retención prolongada de los dientes deciduos puede interferir la erupción de sus sucesores permanentes o sus vecinos.

Cuando los dientes incluidos en forma parcial logran hacer erupción, hacia la cavidad bucal, pueden dañar en forma permanente los dientes contiguos, resorbiendo toda o parte de su raíz.

VIII.- METODOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE
HABITOS BUCALES

I.- METODOS INTRAORALES.

Antes de tratar de colocar en la boca del niño algún -
instrumento para romper hábitos nocivos del odontólogo debe -
hacerse las siguientes preguntas:

1.- Comprensión del niño y cooperación del mismo.

Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar-
el instrumento?

Quiere el niño que le ayuden?.

2.- Cooperación paterna.

Comprenden ambos padres lo que está usted tratando de-
hacer y le han prometido cooperación total?

3.- Relación amistosa.

Ha establecido una relación amistosa con el niño de ma-
nera que en la mente de éste, exista una situación de "recom-
pensa", en vez de una sensación de castigo?.

4.- Definición de la meta.

Han elegido los padres del paciente y usted una meta de finida en términos de tiempo y en forma de un premio material- que el niño trate de alcanzar?

5.- Madurez.

Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar- el periodo de adiestramiento que puede producir ansiedades a - corto plazo.?

La mayoría de los aparatos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos o aparatos de castigo. Pueden producir, trastornos emocionales más - difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento den tal producido por el hábito (4).

En la mayoría de los niños, estos aparatos sirven para- añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provo- cando el cambio rápido de un niño de caracter alegre a un niño "nervioso". En estos casos, el costo de la curación es dema-- siado elevado.

Es por esto que es necesario que el odontólogo, formule las preguntas antes mencionadas, y se asegure de que, una por- una, las respuestas son afirmativas, generalmente puede sentir

se seguro al aplicar un aparato y no provocar con éste, la formación de nuevos hábitos.

La falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condena a éste al fracaso.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es cuando el niño tiene más de cinco años de edad preferentemente durante la primavera o verano cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chupar el dedo pulgar y otros dedos o de realizar cualquier otro hábito pueden ser sublimados, por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

Ahora bien el aparato desempeña varias funciones:

- 1.- Hace que el hábito pierda sentido, ya que debido a la presencia del aparato, el niño no obtiene verdadera satisfacción cuando trata de realizar el hábito.

Deberá procederse con mucho cuidado e informar tanto a los niños 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 y mejorar la apariencia.

- 2.- En virtud de su construcción, el aparato evita la-

creación, de mordida abierta, así como las recciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.

3.- Si los niños son sanos 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 se ha retirado.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que -- tardará varios días en acostumbrarse al aparato que experimentará alguna dificultad para limpiara los alimentos que se alojen debajo del aparato y que debemos hablar lentamente con cuidado. No se hace mención, del dedo. Al padre se le dice que -- habrá poca molestia pero el impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando principalmente los sonidos sibilantes. Los problemas del habla podrán persistir durante todo el tratamiento. La dieta deberá de ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

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

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece en 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 puede retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencias la residiva es conveniente dejar colocado un aparato parcial por más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección lingual, el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo: mínimo un año.

No podemos hacer demasiado énfasis, en que el aparato -- no es castigo ni una experiencia dolorosa intensional. No deberán colocarse espolones afilados. La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de deglución visceral y de la postural lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección -- autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

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

Existen varios tipos de aparatos para romper hábitos bucales, que pueden ser construidos por el odontólogo:

a) Aparatos Fijos.- Que pueden ser adaptados y retirados por el odontólogo.

b) Aparatos Removibles.- Que será usado por el niño - en las ocasiones sugeridas, por el odontólogo, pero que el paciente podrá quitarse de la boca en intervalos específicos, tales como las horas de las comidas y las ocasiones de juegos, - activos.

El odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de aparato después de tomar en consideración, la edad del niño, - su dentadura y su hábito bucal.

a) APARATOS FIJOS

Los aparatos fijos son aquellos que van cementados en la boca del paciente. Pueden causar la sensación, en un niño de estar siendo "castigado" mientras que un aparato de tipo removible puede permitirle la libertad de usarlo en ciertos períodos solamente como por ejemplo en la noche.

Los aparatos fijos no pueden ser removidos por el paciente ni por sus padres, únicamente pueden quitarlos el odontólogo.

Existen varios tipos de aparatos fijos para los diferentes

tes hábitos, así por ejemplo tenemos que Royers utiliza un aparato cementado que contiene 4 espolones agudos para reducir a la lengua, pero se considera traumático, por lo que su uso no está generalizado.

Existe un arco palatino de 0.36 pulgadas de diámetro -- soldado a dos bandas, molares cementado. En su parte interior lleva soldado de 6 a 8 espolones agudos de 0.26 pulgadas de diámetro y de 1 a 3 mm de longitud.

Estos espolones están dirigidos hacia abajo, y atrás y tienen por objetivo impedir el hábito de succión digital y el de la lengua protráctil. Los espolones no dejan que la lengua y el dedo se apoyen en los dientes o en el aparato.

Debemos tener en cuenta que cuando se colocan aparatos con espolones que impiden que el paciente hable con una pronunciación perfecta, sobre todo durante las dos primeras semanas después de cementado dicho aparato en la boca del paciente.

Además debemos de indicar al paciente que es necesario que se cepille su paladar a nivel de los cíngulos de incisivos superiores, ya que los espolones impedirán, que la lengua elimine la placa dentobacteriana, que se acumula en esta zona, y se le indicará que durante los primeros días cubra los espolones con algodón mientras su lengua se acostumbra al nuevo ambiente bucal.

El paciente al cual se le motiva a dejar su hábito de succión digital o de lengua protráctil puede usar los espolones como recordatorio sin tener temor a crearle problemas psicológicos o de transferencia de hábito.

Aparatos utilizados para eliminar el hábito de succión digital. Terapéutica

La prescripción ortodóntica para la reducción de los hábitos, adopta diversas formas. Una de las cuales y más eficaces es una criba fija. Para esto se, prueban bandas ortodónticas o coronas de acero-cromo, en las segundas molares temporales superiores o en los primeros molares permanentes, superiores. Posteriormente se toma una impresión superior y también-inferior para checar la altura. Se corren ambos modelos y se procede a la fabricación del aparato.

En la segunda visita, el aparato es colocado en la boca del paciente. Si el tejido gingival se pone blanco en forma -exagerada, o si el paciente se queja de dolor, deberá de recortarse la porción gingival, de las bandas o de las coronas que sostienen el aparato en los segundos molares temporales primeros permanentes.

Una vez hecho ésto, el aparato se vuelve a colocar y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un mé

todo de verificación si existe presión sobre la encía. Además se deberá checar que la periferia de las bandas o de las coronas según sea el caso, se encuentren bajo el margen gingival. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato.

Si existe contacto, estos espolones deberán, de ser recortados y doblados hacia el paladar.

Para colocar o cementar el aparato, los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento. Se limpia la mayor parte del exceso de cemento y el resto se limpia con un raspador de tipo universal, 5 a 10 minutos después.

Habitualmente, se asigna un período de tres meses con meta hacia la cual se trabajará. Si el niño ha logrado cambios en sus hábitos para ese entonces, se podrá quitar con confianza el aparato para un "período de prueba". Pero si despertaran signos manifiestos de ansiedad en el niño, como por ejemplo un retorno a la enuresis, las pesadillas y los episodios frecuentes de llanto, el odontólogo, deberá de pensar en quitar el aparato. El uso de estos dispositivos exige cierto grado de madurez en el niño. En el nervioso, inmaduro y no cooperador, el odontólogo hara bien en diferir el tratamiento hasta que sea mayor.

Aparatos utilizados para el hábito de proyección lingual.
Terapéutica.

Los aparatos para eliminar el hábito de proyección lingual son generalmente aquellos que tienden a desplazar la lengua hacia arriba y hacia atrás durante la deglución, y evitar el mismo tiempo que la lengua no toque los dientes durante la misma.

Así un aparato que se use para evitar la proyección lingual, deberá:

1.- Eliminar la proyección anterior enérgica y dar efecto a manera de émbolo durante la deglución.

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

Al desplazar la lengua dentro de los límites de la dentición, se expande ésta hacia los lados, con las porciones periféricas, encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente de esta manera evita la sobreerupción, y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución maduro es estimulado por este aparato --

mientras que la lengua se adapta a su nueva posición y función.

Nota: el aparato fijo para eliminar la proyección, lingual es colocado y cementado de la misma manera y forma como fue descrito para el aparato para eliminar el hábito de succión digital.

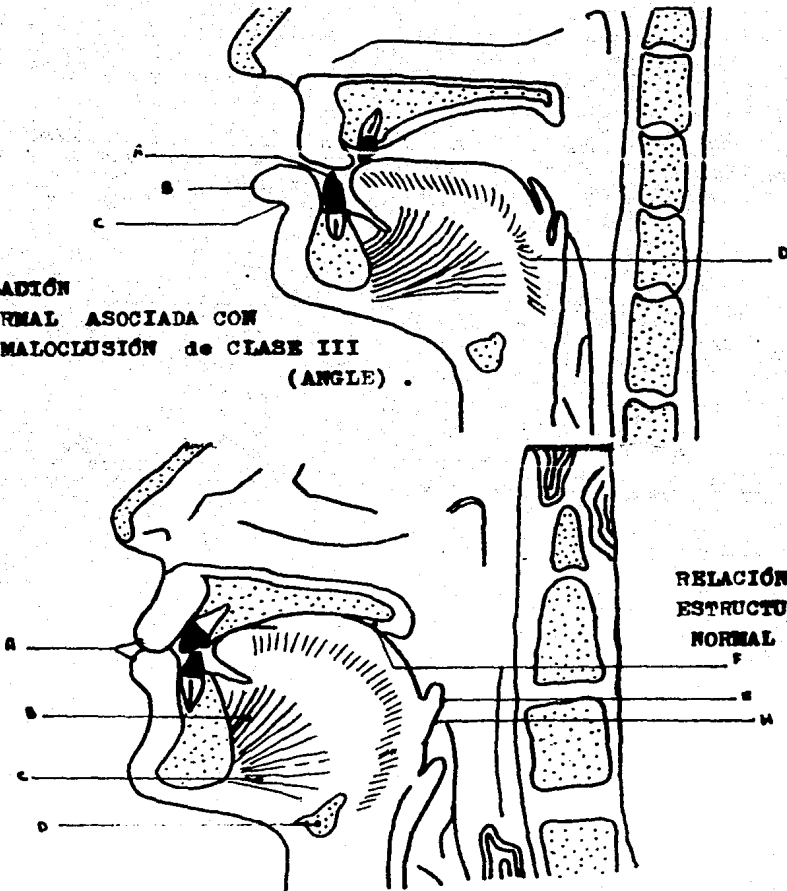
Si el dentista ha obrado con cuidado en la elección del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total o/y basal, y si coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, sus esfuerzos serán recompensados sistemáticamente.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requiera a los servicios de un especialista en Ortodoncia y aparatos ortodónticos-completos.

Los aparatos fijos más usados para la corrección de la proyección lingual reciben el nombre de pantallas linguales o a veces "trampas de lengua".

- A)-INCISIVOS INF. INCLINADOS EN SENTIDO LINGUAL.
 B)- LABIO INF. REDUNDANTE.
 C)- SURCO METOLABIAL MARCADO.
 D)- POSICION BAJA DE LA LENGUA.

RELACION
 ANORMAL ASOCIADA CON
 LA MALOCCLUSION DE CLASE III
 (ANGLE).



RELACION
 ESTRUCTURAL
 NORMAL .

- A)-ORBICULAR DE LOS LABIOS
 B)-GENIOGLOSO
 C)-GENIHIOIDEO
 D)-HUESO HIODES
 E)-EJE

- F)- PALADAR BLANDO
 G)- EPIGLOTIS
 H)- DORSO DE LA LENGUA
 I)- POSICION LINGUAL CAMBIADA
 J)- LABIO SUP. HIPOFUNCIONAL

Aparato utilizado para corregir el hábito de chuparse o morder
se los labios. Terapéutica

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito de labio. Así se pueden colocar coronas --
méticas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Esto se hace con el fin de poder construir el aparato.

Se toman impresiones superiores e inferiores, y se corren. Sobre los modelos se construye el aparato utilizando las coronas o las bandas que anteriormente se adaptaron en la boca del paciente (En los segundos molares temporales o en los primeros molares permanentes).

En la segunda visita se coloca el aparato en la boca -- del paciente y para cementarlo se hace lo ya explicado para cementar el aparato para hábito de succión digital.

El aparato para el labio permite que la lengua mueva -- los incisivos inferiores, en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial. Sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación del aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

b) APARATOS REMOVIBLES

Los niños de menos de 6 años, en quienes solo están, -- presentes los dientes temporales, los aparatos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. -- En la edad de dentición mixta, engrapar dientes permanentes -- en proceso de erupción puede ser razón contraria al uso de aparatos removibles. Además debemos recordar que entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

La mayoría de los aparatos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo. La mayor ventaja de los aparatos removibles es que el niño los lleva solo cuando él desea.

Aparatos removibles utilizados para eliminar el hábito de lengua.

Los aparatos básicos para tratar este problema son aparatos de Hawley inferiores y superiores.

Aparatos de Hawley inferiores.

La placa de Hawley inferior es esencialmente una pieza de acrílico en herradura adaptada contra la superficie interna de la apófisis alveolar inferior.

Unos ganchos pueden tomarse del primer molar permanente, en tanto retenedores del tipo de bolita terminal interproximal pueden ser colocados entre los, molares temporales.

El arco vestibular va incluido en el acrílico por distal, de los caninos temporales, y añade una marcada estabilidad al ser contorneado vestibularmente de los incisivos inferiores cuando están bien alineados. Uno o más resortes simples van incluidos en el acrílico lingual y ejercen su fuerza hacia vestibular contra las caras linguales, de los dientes anteriores para contribuir a su alineamiento.

Aparatos removibles para hábitos anormales de dedo, labio y lengua.

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 Frantisek Kraus, de Checoslovaquia. La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial anormal y para la retracción de los incisivos.

También puede utilizarse para interceptar hábitos, de chuparse los dedos, aunque tiene la desventaja de que puede --

ser retirado fácilmente por el paciente si lo desea.

La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

La pantalla bucal es un activador de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barrera 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 se utiliza asiduamente y es construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión, -- en desarrollo.

Deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema -- antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bucal, están indicados los aparatos fijos. Las pantallas vestibulares y bucales también pueden ser utilizadas con aparatos fijos ventajosamente.

En la mayor parte de los casos deberán ser utilizados -- bajo el control de un especialista en ortodoncia.

Aunque con frecuencia, se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapéutica funcional.

Adres recomendó que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en una mano y un espejo delante, se servirá un trago de agua, cerrará los dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropiezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar: se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de lengua contra el paladar hasta que se disuelva. - Mientras mantienen así la pastilla fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

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

También en este caso de proyección lingual y ceceo, se puede colocar un aparato con una trampa de púas, vertical, -- con barras palatinas soldadas en posición horizontal, que se extiende hacia abajo desde el paladar para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

Aparato removible para mordedura de carrillo

Cuando existe un hábito persistente de mordedura de carrillo, puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito, o también puede utilizarse una pantalla vestibular, o bucal. Es necesario colocar alguno de estos aparatos porque la mordedura de carrillo puede causar mordida abierta o mal posición individual de los dientes en los segmentos bucales, aunque la zona en que generalmente, se aprecia la mayor deformación es el segmento anterior.

Aparato utilizado para hábito de frenillo o para hábito de -- succión digital.

Se trata de un aparato de Hawley superior es el recurso más apropiado para guiar los dientes anteroposteriores espaciados y protruidos, hacia una posición más lingual, y menos protrusiva.

Al hacer esto, el odontólogo vera cerrarse los diastemas a medida que los dientes asumen una posición más derecha.

Con ésto se ira eliminando también el hábito de frenillo.

La retención del aparato la proporcionan ganchos en C, ganchos Adams en los primeros molares superiores permanentes.

Existen aparatos que pueden ser en un momento dado fijos o removibles.

Entre estos están los siguientes:

Trampa con punzón.

Es un aparato reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito.

Consiste en un alambre engastado en un aparato de acrílico removible como el retenedor Hawley o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servirles para:

1.- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.

2.- Distribuir también la presión a los dientes posteroriores.

3.- Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.

4.- Hacer que el hábito, se vuelva desagradable para el paciente.

Trampa de Rastrillo

Las trampas de rastrillo al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles.

Esté aparato en realidad, es mas que un, recordatorio, un castigo.

Se construye de igual manera que el de punzón, pero -- tiene púas o espolones que se proyectan a las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la boveda palatina.

Las púas dificultan no solo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

Con respecto al Hábito de Respiración es recomendable el uso de un protector bucal. Este aparato obliga al niño a-

respirar por la nariz ya que bloquea el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz, con el uso de un protector bucal, debemos de asegurarnos de que el conducto nasofaríngeo, esta suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire. Para ésto, se deberan de aplicar algodones en los orificios nasales, del niño y en la boca. Pero antes de hacer ésto, se le pedira que cierre los ojos antes de aplicar dichos algodones, si el niño no pue de respirar por la nariz o lo hace con dificultad debera, enviarsele a un rinólogo para que formule su diagnóstico y corrija la situación.

Si el niño respira sin dificultad por la nariz cuando se lo pedimos, la respiración bucal es habitual y debera de - corregirse con la ayuda de un protector bucal.

El protector bucal es un solido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales.

Generalmente se inserta durante la noche para que lo - use toda la noche. Esto es para que el niño durante el sue--ño, se vea forzado a respirar por la nariz. Además evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en - lingual a los incisivos superiores, que en los que empujan, -

la lengua, fuercen está, entre los dientes anteriores superiores e inferiores que los que respiran por la boca lo siguen haciendo, y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales, como son las resinas sintéticas.

En el caso del Bruxismo el tratamiento entra en el campo del médico familiar, psiquiatra, y el odonto-pediatra.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche.

El caucho blando no forma una superficie dura y resistente el frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

Rmfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como descendiente del bruxismo en particular si se combina, con una tensión nerviosa, por lo tanto el ajuste debe ser el primer paso en la resolución de este problema si es que existen interferencias.

Sheppard recomienda un protector plástico, de la mordida, de vinilo, que recubra las superficies oclusales de todos los dientes más 2 mm de las caras vestibulares y linguales. - Este es utilizado para impedir la abrasión, continuada de los dientes.



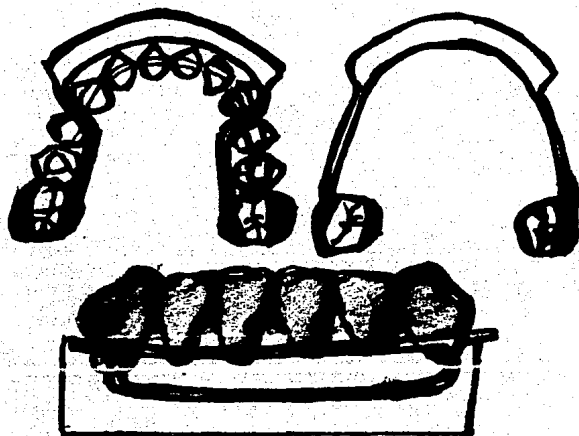
Aparato Fijo para interceptar el hábito de chuparse los dedos .



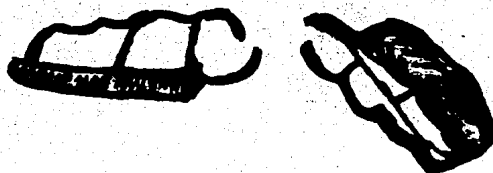
Maloclusión Clase II División I .(Angle)



Frenillos Labiales superiores hiperplásicos



"Presionador para Labio" para interceptar el hábito de morderse y chuparse el labio .



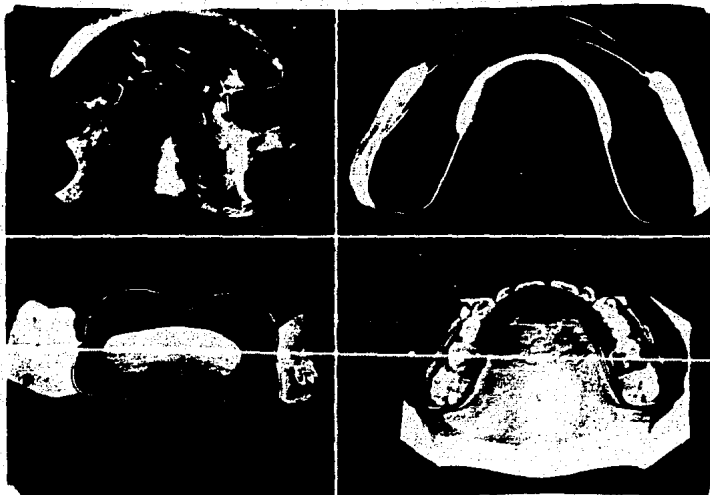
Criba remeivable de acrilice y alambre impide el hábito de morderse el carrillo.



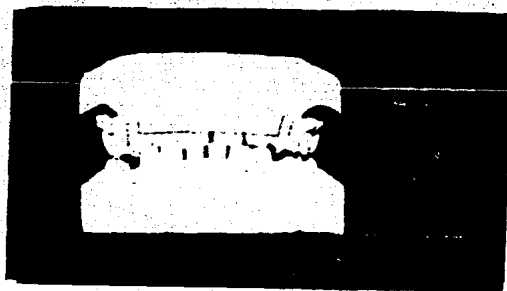
Hábito de Proyección de Lengua .



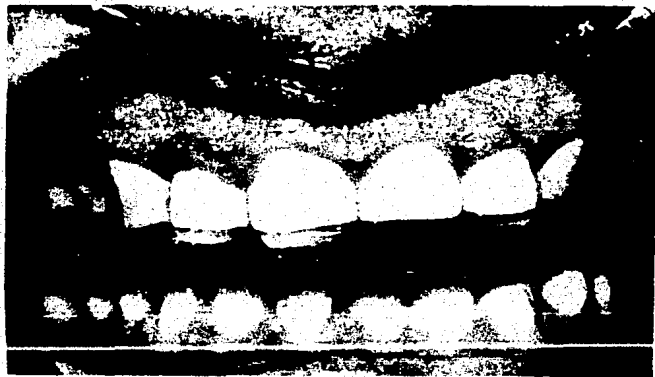
Apósito Fijo para la eliminación de la proyección lingual , deglu
ción infantil ó visceral.



PANTALLAS BUCALES Y VESTIBULARES COMBINADAS .

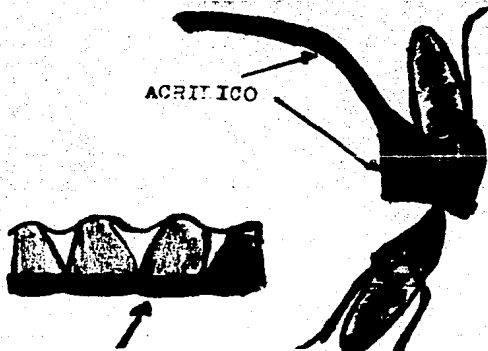


APARATO DE HAWLEY SUPERIOR



GUARDA OCLUSAL (BITE PLATE) .

Para disminuir la sobremordida y reducir
los efectos dañinos del bruxismo .



Placa oclusal de acrílico de tipo Sved
para evitar el movimiento de los inci_
_sivos y transmite parte de las fuerzas
de oclusión los ejes mayores de los
dientes incisales.

2.- MÉTODOS EXTRAORALES.

Algunos de los métodos utilizados por el odontólogo - para la corrección de hábitos y que no consisten, en la aplicación de aparatos en la boca del niño son:

Recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable.

Rodear con tela adhesiva, el dedo afectado o adherir - por algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada.

Todos estos métodos tienen algo en común y es que se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al resurgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimiento es importante.

Si exigen al niño una perfección, que este no puede -- lograr, el tratamiento fracasará.

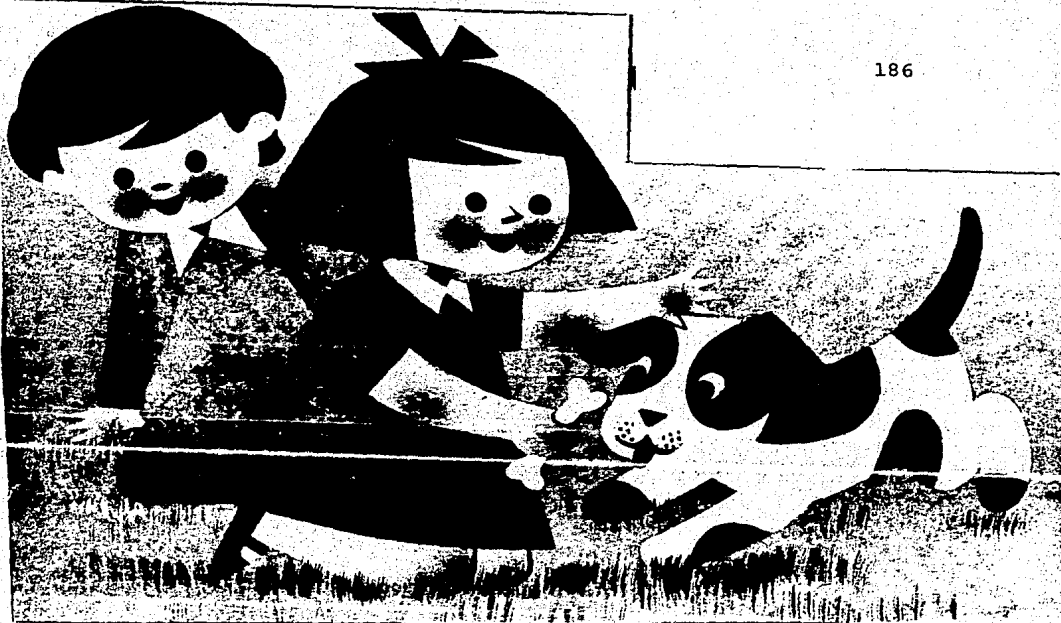
En realidad, es posible que esta actitud paterna sea la responsable de la producción del hábito.

Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún: premio insignificante, esto impresionara profundamente al niño y le orientará hacia alguna meta clara.

En este campo el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección, de métodos o alternativas.

Hay doctores que piensan que casos como guantes, cosas con mal sabor, que se ponen en el pulgar etc. solo hacen que el niño se sienta miserable, y no detienen el hábito, en mayor grado de niños grandes que en niños pequeños, o lo que sucede es lo contrario ya que ellos tenderán a prolongar más - el hábito.

Por otra parte, se piensa que si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a la de masticación.



Se podría lograr una reorientación, de la actividad de succión, a actividades masticatorias. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto, como algo masticable. En niños mayores, el empleo de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles como el hábito de succión, del pulgar le perjudicaría la boca, si se mantiene dicho hábito.

Por último debemos recordar que los hábitos como el de succión digital, y el de mordedura de uñas, eliminan tensiones emocionales, por lo que debemos tener cuidado al aplicar algún tratamiento.

Se ha reportado que hay más niñas que presentan estos-

hábitos que niños y no hay reportes de esto en niños mayores de 9 años, chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

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

La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y de proyección de lengua pueden considerarse como normales durante el primer año de vida, y desaparecer espontáneamente al final del segundo año si se le presta atención debida a la lactancia.

Aconsejar a los padres a 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.

Como los niños pequeños deberan adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán, la restricción y sublimaran sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Por muchos años no lo harán, y el hábito se acentuara en tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo.

El fracaso de los intentos más aconsejados para eliminar el hábito ó la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños una arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser un síntoma de que el niño sufre: "hambre emocional" y que emplea el pulgar para consuelo y compensación.

En algunas instancias parece usar el hábito como un -- "medio de venganza" contra los padres.

Cumley cree que las mejores medidas correctoras son -- las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y es capas por medio del juego.

Algunos doctores piensan que tratando de incrementar el tiempo de succión, de pecho o botella y permitiendo que se succione su dedo pulgar como complemento es una mejor forma -- para tratar de parar el hábito.

Para proporcionar una copia fiel del seno materno fue diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional, que la lactancia natural. La tetilla de latex diseñada funcionalmente elimina las características negativas de los -- componentes no fisiológicos anteriores.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar, fue perfeccionado el "ejrcitador" o "pacificador", o chupete.

Se espera que esa tetilla anatómica junto con el ejercitador, usados correctamente reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre comidas y a la hora de -- dormir.

Los pediatras recomiendan amamantar al bebé un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen mayor atención, otros menos dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación.

Por esto no puede ser establecida una norma firme e -- inflexible. La madre deberá de ser inteligente y de resolver esta situación, al igual que las muchas relaciones que tiene con sus hijos. Pero si comete un error, es mejor que este -- error no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades misma de la lactancia.

El destete, deberá ser por lo menos hasta el primer -- cumpleaños. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mismos la frecuencia de los hábitos prolongados.

Es mejor dejar que los niños aprendan hacer cosas cons

tructivas como enseñarles a dibujar, etc.

Dandoles material como papel, madera, arcilla, arena, para que distraigan y no caigan en en hábito.

Se debe tratar a los niños con hábitos no sus síntomas. Las condiciones que inducen al desarrollo de este deberan de ser determinados y entonces corregidos poco a poco.

Hay mamás, desesperadas que usan ciertas cosas como -- pintura, o guantes de metal o cinta adhesiva sin antes consultarlo con el odontólogo y no solo por algunos días sino por -- meses, y cuando quitan estos impedimentos el niño vuelve a -- succionar su dedo.

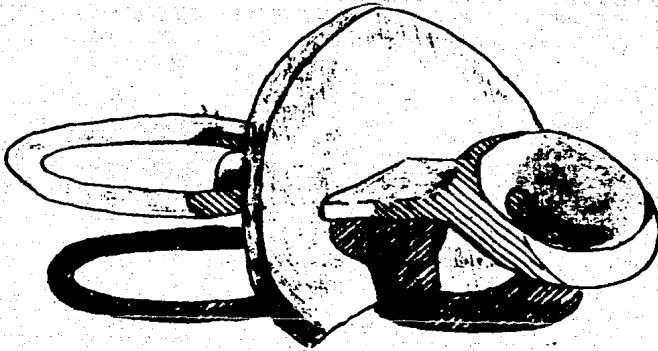
Algunas madres reportan que han tenido buenos resultados al tomar estas medidas. Es mejor ir despacio para así ir eliminando el número de veces que el niño desarrolla el hábito.

En el caso de bebés que desarrollan hábitos de succión, lo que se puede hacer es dejar que estos tomen su botella -- más tiempo del que ellos usan, para terminar su fórmula.

Si el niño, es fuerte y tiende a romper el chupón provocando que la leche salga más rapido, es preferible comprar-

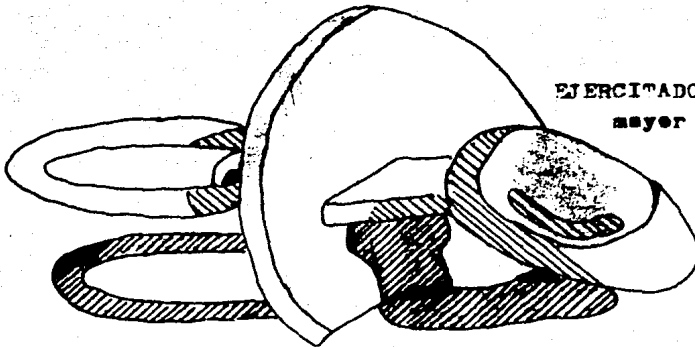
chupones sin agujero y nosotros mismos hacerselos con una aguja (se hacen unos 2 o 3 agujeros) de esta manera hacemos que el niño tarde más en terminarse la leche. Con esto vamos disminuyendo el número de frecuencias en la alimentación, y por lo tanto el instinto de succión.

Pero debemos de ir despacio, al ir omitiendo el número de veces con que es alimentado un niño esperando unos cuantos meses.



6

EJERCITADOR (pacificador) primario



**EJERCITADOR secundario
mayor .**

3.- METODOS PSICOLOGICOS

Los problemas de la personalidad entran claramente en el área, de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos, de la salud, pero los padres piden a menudo, la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra, que un hábito bucal anormal, es causado ó es asociado, con problemas de personalidad y está causando distorciones de hueso alveolar, y posición de los dientes.

Es por esto que habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia y desarrollo oste-ogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios como succión de dedo y pulgar, con hábitos secundarios tales como tirarse del cabello ó huegarse la nariz.

Esto se ilustra con el caso de una niña de 10 años de edad que chupaba su pulgar y al mismo tiempo se jalaba el cabello, de un solo lado de la cabeza.

Cuando se afecto la cabeza de la niña, está perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se termino con el hábito.

Existen otros métodos menos drásticos y eficaces. Así por ejemplo se ha propuesto que los niños con conocimiento de

los padres le hablarán al Odontólogo, a su consultorio. Así-después de conversar con el odontólogo sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor, que naturalmente no podía ser el niño que se chupaba el pulgar.

Con esto se da el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo desea se concierta una cita de refuerzo al consultorio. Después de una visita - corta y amistosa al consultorio, muchos niños se sienten alentados. Muchos niños se sienten alentados, para romper el hábito, naturalmente el porcedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias-del odontólogo en casa.

1.- Establecer una meta a corto plazo (1 a 2 semanas) para romper el hábito.

2.- No criticar al niño si el hábito continúa.

3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Aspectos importantes para el tratamiento del niño.

Para los padres:

Debemos de informarle a los padres lo que deben de decirle al niño, lo que no deben mencionarle, señalar que no -- conviene, manifestarle sus temores, no usar a la odontología como castigo o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento ni dar información detallada respecto al tratamiento que se hará en el consultorio dental.

El padre que educa a sus hijos para que sean receptivos al tratamiento dental, encuentra que estos aprecian la Odontología.

Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas, han inculcado temores profundos en el niño.

Se les debe explicar a los padres que si muestran, valor en los asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

Debemos de aconsejar a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes, moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados.

Es nuestro deber impedir que los padres sobornan a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede.

Debe instruirse a los padres para que nunca traten, de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de bur-las ó ridiculizandolo frente a otras personas o bien ridicu-lizando los servicios odontológicos.

Los padres deberán estar informados de la necesidad -- que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de afuera.

El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situa-ción, comprometida, donde se limita lo que puede hacer el ni-ño.

Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados - del dentista al llegar al consultorio y no deberán entrar a - la sala del tratamiento a menos que el odontólogo, así lo es-pecifique.

Por otra parte, el odontólogo, que guía con éxito a -- los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal, pasa por un crecimiento mental, además de fí-sico.

Comprende además, que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño suele diferir en el consultorio entre una visita y otra.

Todos los que trabajan con niños, deben comprender que la edad psicológica, del niño no siempre corresponde a su edad cronológica.

En el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento.... debe considerar ambas edades fisiológicas y psicológica.

Para los niños:

Los niños de más de 3 años no deben entrar al consultorio dental acompañados de sus padres.

Cuando el niño no quiere entrar debemos salir por él - se le dira en caso de que lllore, que no se le permite llorar dentro del consultorio si es que llora.

Para esto se debe de emplear una actitud firme, pero amable, explicándole las razones y la necesidad de efectuar el tratamiento.

Debemos de respetarlo y no engañarlo, sobre lo que se-

va hacer, pero si utiliza otros términos evitando así asustarlo.

Además debemos dejar que el crea que el maneja la situación. Hablando con el niño y con los padres a menudo el odontólogo podra establecer si el hábito esta relacionado con un problema de alimentación, si es adquirido por imitación, o si es el resultado de un problema emocional complejo.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad, del niño o de su mala adaptación.

El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres o a los animales o insectos.

Los conflictos en el hogar también, podrian con el hábito, relacionarse, así como los problemas de adaptación. Por lo tanto el problema de la succión puede no ser un síntoma, -suelto, aislado, sino en vez uno de varios síntomas, relacionados con conflictos e inestabilidad.

Los padres deben recordar a amigos y parientes que es -mejor no mencionar el hábito a los niños especialmente, nunca bromearlos a cerca de esto haciendolos sentir cada vez más solos.

Al mismo tiempo, los padres pueden alentar al niño que parece dejar de succionar su pulgar ó sus otros dedos. Puede hacer sentir al niño que ellos entienden que es difícil de -- eliminarlo y que aprecian sus esfuerzos.

Con un niño que se chupa el dedo es mejor tratar de no preocuparnos, tratar de no decirle nada.

El se dara cuenta y poco a poco irá dejando ese hábito. En la mayoría de los casos, la tendencia a chupar el pulgar - desaparece antes de que erupcione el segundo diente, pero - - cuando el niño tiene una enfermedad ó una dificultad: este hábito aparece de nuevo.

No todos los hábitos relacionados con los dedos y la -- musculatura bucal exigen la intervención de un aparato.

No todos los hábitos causan daños, estos casos deberán de observarse periódicamente y no se debe de intervenir directamente. En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podra almenos eliminar el hábito de chuparse los dedos y los otros elementos podran ser superados por una actividad fisiológica más madura.

En conversaciones privadas con el niño, el odontólogo - discute el problema y sus efectos.

Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleva el pulgar a la boca y que cada semana llame al odontólogo e informe de su progreso en la cesación del hábito.

Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito es evidencia que se progresó inicio de que finalmente el niño lo dejara.

El papel de los padres en la corrección de un hábito -- bucal es muy importante.

Los padres se muestran a menudo por demás ansioso acerca del hábito, y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar resongo y castigos que a menudo crean una mayor -- tensión, e intencificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareños antes de que el niño pueda superar el hábito.

Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de un comportamiento anormal la primera consideración es pedir una consulta con un psiquiatra.

Si es que existe la cooperación, del paciente, los padres y los hermanos debiera considerarse la utilización de un aparato.

El paciente sin perturbaciones psicológicas graves aparentes, pero con un cierto grado de nerviosismo e inquietud - las drogas tranquilizantes, pueden ayudar a superar esta situación.

Una dosis de 25 mg de clorhidrato de hidroxizina (Atarax), una hora antes dormir a dado buenos resultados, en casos de hábitos de Bruxismo.

4.- TERAPEUTICA MIOFUNCIONAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO PARA CORREGIR HABITOS BUCALES

La terapia miofuncional consiste en un conjunto de ejercicios para reeducar la musculatura orofacial tanto, en el acto de deglución, como en la presión postural de descanso.

Así, la principal, función de la educación miofuncional, es cambiar el sujeto de "Boca abierta" que es difícil de tratar, en un sujeto de "Boca cerrada", que es más fácil de tratar.

El tratamiento miofuncional es necesario y está demostrado que si sirve.

En este terreno el odontólogo general así como el odontopediatra, ortodoncista y el terapeuta, deben ser colaboradores para poder brindar a sus enfermos cuidados apropiados.

Algunos ortodoncistas usan este método en combinación con el tratamiento ortodóntico, pero muchos de éstos, lo han abandonado debido a :

1.- Falta de conocimientos del terapeuta o la falta de cooperación, del paciente y de sus padres ya que se necesitan muchas horas de ejercicios y muchas citas para llevar a cabo el programa.

2.- Ya que la deglución, es un acto fundamental que es difícil modificar.

Tanto el lenguaje como la deglución, son actividades re flejas coordinadas.

Algunos reflejos pueden ser modificados, por control vo luntario pero entre más, fundamental es el reflejo, menos fá- cil será su modificación voluntaria.

El lenguaje no es necesario para sobrevivir por lo que puede ser modificado mediante un entrenamiento, adecuado. Es ta es la base de la terapia del lenguaje.

La deglución así es una función fundamental. La única parte voluntaria de este reflejo es el inicio de la misma - - (parte oral).

Una vez iniciado no puede ser interrumpido (fase farin- gea), así que fisiológicamente resulta más lógico, alterar es te reflejo con aparatos.

Es frecuente que el paciente con mordida abierta tenga defectos foniatricos. Resulta difícil, que un terapeuta de - lenguaje y de lengua pueda trabajar con éxito bajo estas con- diciones: por lo que primero se deberá corregir la maloclusión y si posteriormente el paciente sigue teniendo defectos foniat

tricos, debemos remitirlo al terapeuta de lenguaje.

La educación miofuncional no debe comenzar antes de que sea realmente necesaria desde el punto de vista clínico.

La mayor parte de los programas de tratamiento del impulso de lengua son demasiado complicados. El terapeuta únicamente debe enseñar como reunir aislar y colocar el bolo en una posición normal de predeglución, con sellado periférico.- El terapeuta no enseña al niño como deglutir correctamente, - sino más bien debe enseñar cual es la posición correcta de -- predeglución dejando a la naturaleza que afine los detalles.

Horario de visitas

Los enfermos deben ser vistos una vez a la semana hasta que el enfermo sea capaz de deglutir sin esfuerzo al pedirse-lo .

Esto generalmente toma de cuatro a seis semanas. Las - visitas suelen durar 15 minutos; siendo un poco más larga la primera visita. Después el terapeuta sigue viendo al enfermo una vez a la semana durante varias semanas para alentar y consolidar el uso inconsciente y espontáneo, de patrones.

Dominio del bolo sólido.

Se puede utilizar pasta de cacahuete para enseñar a dominar el bolo sólido. Se pide al enfermo que utilice la lengua para reunir la pasta de cacahuete en un bolo en la depresión.

Cuando el enfermo llega a formar un bolo de pasta de cacahuete de tamaño moderado sobre la lengua ahuecada, se le pide encerrar el bolo en el sellado periférico, apretar los dientes con los labios ligeramente separados, y después tragar. -- Cuando el enfermo logra deglutir con facilidad y de un solo trago el bolo de pasta de cacahuete, es que ha dominado el movimiento básico, de deglución con sellado periférico.

El enfermo debe utilizar un espejo durante los ejercicios, y se le pide llevarselo hasta la mesa del comedor. El enfermo aprende observándose así mismo, para entonces ya sabe lo que es correcto sabe lo que debe buscar y al observarse --- así, aprende de sus propios errores.

Además, se le pide al paciente de hacer ejercicios tres veces al día con sólidos y líquidos. Al acostarse se le pide al enfermo de deglutir líquidos, en la cama justo antes de dormirse el enfermo debe tragar saliva una vez que esté en la posición, de sellado periférico y pensar que es ahí donde debe quedarse la lengua toda la noche.

La respuesta clínica no es progresiva en los casos típicos, la mordida abierta seguirá resistiéndose al cierre mecánico, hasta que un día el enfermo anunciará que ya puede dominar el problema de lengua y si se mira en la boca, la mordida está cerrada. Este rápido cambio clínico debe ser la respuesta a un cambio clínico funcional en la posición, y movimiento de la lengua, de patrones correctos de deglución. Al cabo de este período las visitas serán más espaciadas y los enfermos acudirán al consultorio, cada 6 meses.

En la primera visita los padres deben de estar presentes y es necesario explicarles, la necesidad del tratamiento y -- los beneficios que aportará.

El terapeuta debe explicar cual es la diferencia entre la deglución normal y la deglución con impulso de lengua. -- Después se le pide al paciente que de un chasquido con la lengua. Se le pide también que trate de sentir los bordes de la lengua justo antes del chasquido, explicándole que el aire -- que se encuentra en el centro es la región donde irá el bolo en la posición de predeglución, con sellado periférico.

Se le pide también al enfermo que mantenga la lengua baja ahuecándola.

El enfermo puede hacer esto, sin esfuerzo entonces será educado fácilmente. Pero, hay algunos empujadores de lengua-

que no consiguen ahuecar la lengua a menudo solo logran enrollar hacia arriba los bordes laterales de ésta. Entonces se puede meter la extremidad redondeada del mango de un instrumento en el sitio donde debería estar el centro de la depresión, y el enfermo irá, comprendiendo progresivamente la idea.

También se dejan caer, unas gotas de agua de una jeringa o de un cuentagotas en la depresión. Cuando el enfermo es capaz de mantener sin esfuerzo un bolo de agua en la lengua ahuecada y bajada, entonces llega el momento de levantar el bolo hacia el techo de la boca, llevándolo a la posición de sellado periférico de la predeglución.

Se ha visto que la parte posterior del sellado es la válvula veloglosa, formada por el paladar blando y el dorso de la lengua. El enfermo se dará cuenta de este sellado velogloso al pronunciar la letra "K" como guía de posición.

Los sonidos del lenguaje no son utilizados como ejercicios, porque hacerlo sería, un gasto inútil de tiempo y esfuerzo. Los sonidos del lenguaje se utilizan solo como guías de posición.

Se pide al enfermo que pronuncie de manera continua el sonido "K" mientras trata de mantener el bolo de agua ahuecado en la lengua y con la boca abierta.

El sonido "K" al ser pronunciado, junta el dorso de la lengua con el paladar blando y con este movimiento se inicia la formación posterior del sellado.

Cuando el enfermo ya puede mantener el bolo líquido, en la depresión, de la lengua mientras, está emitiendo el sonido "K", pídale cerrar los dientes con los labios ligeramente entre abiertos y de ahuecar la lengua contra el techo de la boca: esto completará el sellado. Para probar el sellado se pide al enfermo inclinar la cabeza hacia adelante y atrás. La primera vez, la mayor parte de los enfermos acabará deglutiendo involuntariamente y la deglución, tipo trago indica que el sellado ha sido roto.

Para ayudar a realizar este ejercicio se puede utilizar el sonido "N" pronunciando de manera seguida a fin de proporcionar la imagen central necesaria para mantener el sellado.

Cuando el enfermo logra mantener varias veces el bolo líquido, en la posición de predeglución con sellado periférico y se le pide seguir apretando los dientes, reforzar el sellado, relajar los labios y tragar.

El resultado de esta sucesión de movimientos será una sensación nueva para el empujador de lengua típico.

Sucede con frecuencia que un niño de 7 u 8 años de edad presenta incisivos, superiores ligeramente, en protrusión y - con espacios. Entonces, para ayudar a la corrección, de esto, y evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de la lengua, que pudieran acentuar la deformidad, se reco- - miendan ejercicios labiales sencillos. Al niño se le pide -- que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el - borde bermellón, abajo y atrás de los incisivos superiores. - Este ejercicio deberá de realizarse de 15 a 20 minutos diarios durante un período de cuatro a/o cinco meses cuando el niño - presente labio corto superior. (Observese pag 224) .

Para niños que respiran por la boca el siguiente ejerci- - cio es recomendable:

El labio superior se extiende en la posición ya descri- - ta. El borde bermellón, del labio inferior se coloca enton-- ces, contra la posición exterior del labio superior extendido y se presiona la más fuertemente, posible contra el labio su- - perior. Este tipo de ejercicio es de gran influencia retracto- - ra sobre los incisivos, superiores.

Donde exista una maloclusión de clase II división I, -- con mordida (sobremordida) horizontal, y vertical, excesiva y función muscular peribucal, anormal estos ejercicios son va-- liosos antes y durante el tratamiento ortodóntico. También -

en estos casos, el recomendar al niño que toque un instrumento de viento puede constituir un procedimiento ortodóntico - interceptivo.

Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar - para aumentar la tonicidad labial.

Sin importar el ejercicio empleado este deberá, de ser frecuente, tanto en intensidad como en duración cada día durante un período de tiempo, considerable para que pueda lograrse los resultados positivos, deseados.

IX.- RESUMEN Y CONCLUSIONES

Entre los odontólogos generales así como los diversos especialistas como son: Odontopediatras, Pediatras, Ortodontistas, Puericultores, Psicólogos y Psiquiatras, debe existir una verdadera preocupación por conocer y diagnosticar a fondo el problema de los hábitos bucales que un niño puede desarrollar, para así tratarlos y eliminarlos en forma adecuada.

Así, en los exámenes en busca de hábitos bucales el -- Odontólogo y los diversos especialistas, están interesados -- en observar si está presente un hábito persistente de succión de pulgar o de otro dedo; si durante la deglución se produce una mueca facial o una normal de la lengua contra los dientes y el paladar, y si la pauta de dicción del niño es en esencia normal.

Para observar esto, debemos hacer lo siguiente:

Primero, debemos de aplicar todos los métodos de diagnóstico necesarios para encontrar las posibles causas y los efectos provocados por el hábito o hábitos presentes en el -- niño, de tal forma que al lograr un diagnóstico adecuado podamos entonces aplicar el plan de tratamiento necesario para -- eliminar dichos hábitos y corregir los efectos causados por -- ellos.

Así para lograr ese diagnóstico adecuado debemos realizar lo siguiente:

A.- Historia Clínica completa que incluirá:

- a) Datos generales del paciente y estadísticas vitales.
- b) Antecedentes heredofamiliares y personales.
Historia prenatal, natal, y de lactancia.
- c) Apreciación general del paciente.
- d) Examen físico general.
- e) Examen bucal detallado.

Es importante que además de recopilar estos datos investiguemos también las causas que han provocado el establecimiento del hábito o hábitos para que así dentro del plan de tratamiento manejemos al niño. adecuadamente.

Por otra parte, también es importante y necesario realizar el examen bucal en forma detallada para observar así -- los efectos o daños causados por el hábito y para saber también que tipo de hábito es el que desarrolla el niño.

Con respecto a ésto se han investigado entre varios -- odontólogos y especialistas cual es la mejor forma de clasifi-- car los hábitos.

Y se ha podido encontrar una gran diferencia de opinio-- nes al respecto ya que algunos consideraron que es muy diff-- cil decir que un hábito es compulsivo, no compulsivo, prima-- rio o secundario y relacionarlo con la edad del paciente.

Algunos opinaron que generalmente los hábitos no com-- pulsivos se presentan en niños pequeños que aún no comprenden muchas cosas; los hábitos compulsivos en niños más grandes -- que ya entienden y que generalmente realizan el hábito por te-- ner problemas emocionales como frustraciones, o porque les -- falta el cariño y calor de sus padres, o porque tienen proble-- mas en la escuela con sus maestros y amigos, o como respuesta a los constantes regaños de sus padres.

Así opinaron que puede ser por problemas emocionales - aislados, o bien asociados con problemas de alimentación de-- glución, respiración o fonación.

Por otra parte algunos estudiantes de Psicología opina-- ron que los hábitos bucales en general, se presentan fundamen-- talmente en los niños como una regresión de su instinto de -- succión, asociado con problemas emocionales.

Sin embargo, hay doctores que opinan que los hábitos - compulsivos son aquellos que adquieren una fijación en el niño recurriendo a la práctica de éste cuando su seguridad se ve amenazada. Estos hábitos se presentan en niños más pequeños que tienen inseguridad producida por falta de amor y ternura-maternales.

También dicen: "Los hábitos no compulsivos son aquellos que se presentan en niños mayores, cuya personalidad, está siendo moldeada y va camino a la madurez.

Por esta razón es que estos adoptan y abandonan fácilmente diversos hábitos."

Así también opinan que los hábitos primarios se presentan en niños pequeños que tienen bien desarrollado su instinto de chupar, y que al realizarlo satisfacen requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad. Y que los hábitos secundarios se desarrollan después de la edad de la succión del pulgar y que generalmente están acompañados por un hábito primario.

Con esto, podemos ver la gran diversidad de opiniones a cerca de la clasificación de hábitos bucales con respecto a las edades en que se presentan.

Sin embargo, lo importante de este gran problema es -- buscar la Etiología y hacer el diagnóstico acertado para que con ello establezcamos el plan de tratamiento a seguir.

Ahora bien, además de la aplicación de la Historia -- Clínica y de la realización del examen bucal detallado es necesario hacer modelos de estudio, radiografías y fotografías para ampliar nuestro diagnóstico.

En los modelos de estudio, se aprecian los problemas -- de pérdida prematura de dientes temporales, retención prolongada de dientes permanentes, falta de espacio, giroverción -- malposición de dientes, diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología de papilas interdientarias, forma y simetría de los dientes y de la arcada, tamaño de los dientes -- profundidad de la curva interna del hueso basal a partir de -- la imagen, la relación apical basal de los dientes en cada -- maxilar y las relaciones apicales basales de las arcadas dentarias superiores e inferiores, tanto anteroposteriores como de izquierda a derecha.

Además, los problemas de migración, inclinación sobreerupción, falta de erupción, curva anormal de Spee y puntos prematuros pueden ser anotados y correlacionados con el análisis funcional y los datos radiográficos.

Así como la amplitud, profundidad y configuración del paladar y otros tejidos duros son datos importantes de obtener.

Las radiografías y las fotografías también nos ayudan a obtener datos importantes para diagnosticar hábitos.

Los datos que obtenemos de las radiografías son entre otros: Forma, tamaño, posición, número de dientes, relación de éstos con el hueso de soporte, así como la densidad de éste y el estado del parodonto.

Se pueden observar lesiones cariosas oclusales e interproximales, anomalías dentales, patrones de crecimiento deformados, cambios debidos a enfermedades generales y lesiones presentes en dientes y hueso. Además gracias a la radiografía cefalométrica obtenemos datos como. Incrementos de crecimiento, crecimiento diferencial, crecimiento de las partes que componen el complejo craneofacial, quistes, dientes supernumerarios, inclinación exacta de los dientes aún sin hacer erupción, amígdalas y adenoides pueden observarse también. Así como lesiones durante el nacimiento labio y paladar hendido, macroglosia, fracturas y prognatismo del maxilar inferior.

La radiografía de mano y muñeca proporciona una edad --

Ósea precisa y da una idea general acerca de la magnitud del crecimiento, pero no de la dirección del crecimiento.

También son necesarias las radiografías para mostrar estructuras como lesiones en tejidos blandos en las cuales podemos observar la lengua, adenoides sialolitos, ganglios linfáticos calcificados, etc.

Ahora bien, las fotografías intraorales y extraorales son una parte de la imagen total del paciente, ayudan a personalizar las radiografías y los modelos de estudio.

Las extraorales muestran en forma general la relación entre las diversas partes de la cara y sirven de registro de los dientes y tejidos de revestimiento. Las intraorales muestran forma, tamaño, posición, número, color, profundidad, inserciones de frenillos y alteraciones o lesiones de las estructuras que se encuentran en la boca como son:

- A.- Dientes
- B.- Maxilares
- C.- Encías.
- D.- Frenillos.
- E.- Lengua.
- F.- Paladar
- G.- Uvula
- H.- Piso de Boca.

I. Labios.

J. Carrillos etc. etc.

Además con las fotografías clínicas mostramos al paciente los cambios que se han producido gracias al tratamiento aplicado por nosotros.

Entre los efectos o daños causados por hábitos podemos observar los siguientes: Efectos dentales, óseos y musculares como son: Mordida abierta anterior, mordida abierta posterior overjet y overbite exagerado, problemas de ATM diastemas, retrucción mandibular, cambios en la postura de lengua y labios apiñamiento en el segmento antero-inferior patología de los tejidos de soporte, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculos del labio superior hipoactivos, hiperactividad del músculo buccinador, mordedura de labio, maloclusión - clase II división I.

En caso de hábito de mordedura de uñas se produce una marcada atrición de dientes antero inferiores y problemas estomacales o digestivos y en el caso de bruxismo, se produce abrasión de dientes temporales permanentes y hay problemas -- parodontales y de articulación temporomandibular.

Por último, una vez hecho el diagnóstico y viendo los efectos producidos por los hábitos, procedemos a realizar, el

plan de tratamiento más indicado para cada caso. Para ello -- contamos con varios métodos para el control y eliminación de hábitos bucales. Entre estos están:

1.- Métodos intraorales.- colocar un aparato para romper hábitos nocivos. Los aparatos utilizados pueden ser de tipo removible. Entre éstos están

- i.- Trampas de lengua con punzón y de rastrillo.
- ii.- Aparato para romper el hábito de succión digital.
- iii.- Pantallas vestibulares.

También existen aparatos de tipo fijo:

2.- Métodos extraorales.- Entre los métodos extraorales más usados están: rodear con tela adhesiva el dedo afectado; adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada; cosas con mal sabor que se ponen en el pulgar.

Pero todos estos provocan que el niño se sienta misera ble por lo que lo mejor es mantenerlo ocupado, enseñándole a dibujar dándoles material como papel, madera, arcilla, arena, etc.

3.- Métodos Psicológicos.- Lo principal es hablar con el niño para que opere para eliminar su hábito y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

- a) Establecer una meta a corto plazo una o dos semanas para romper el hábito.
- b) No criticar al niño si el hábito continúa.
- c) Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Se le puede pedir al niño que lleve un registro diario en una tarjeta o que haga un calendario de cada vez que se -- lleva el pulgar a la boca y que cada semana llame al odontólogo e informe de su progreso en la cesación del hábito.

4.- Terapia Miofuncional.- Consiste en un conjunto de ejercicio para reeducar la musculatura orofacial, tanto en el acto de deglución como en la posición postural de descanso.

Utilizando alguno de estos métodos de tratamiento o -- combinándolos, podemos lograr eliminar el hábito bucal que se presente en nuestro paciente.

Con respecto al tratamiento, en la investigación se -- han encontrado diversas opiniones.

Algunos doctores opinaron que el tratamiento en niños- menores de cuatro años, es mediante métodos extraorales. ----

Otros opinaron que mientras no haya daños causados por hábito hasta esa edad, no se debe aplicar ningún tratamiento y que sólo si hay efectos nocivos se aplicará un aparato y nunca un método extraoral ya que no funcionará porque el niño se sentiría atacado o castigado.

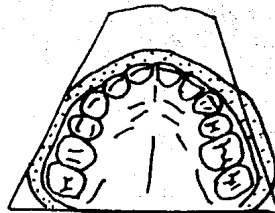
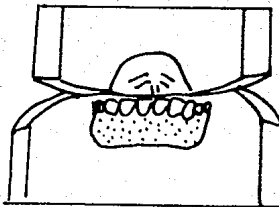
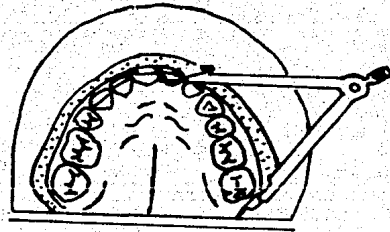
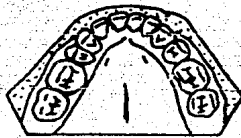
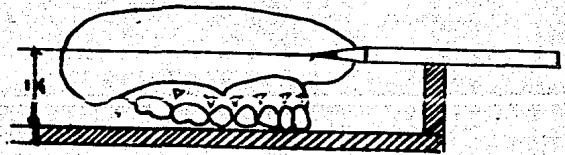
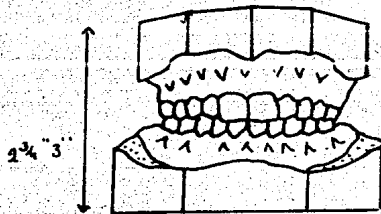
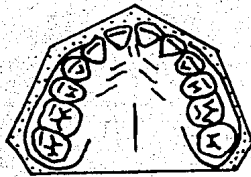
Además opinaron que en niños mayores de cuatro a seis años, al tratamiento será psicológico y solo en ciertos casos se colocará un aparato.

También se dijo que si el hábito ha causado efectos -- dañinos, primero se tratara de eliminar el hábito y luego se corregirán dichos efectos. Sólo en casos especiales en los -- que el niño sea muy cooperador se podrá colocar un aparato, -- por ejemplo una trampa de lengua con un Hawley para corregir la posición de los dientes.

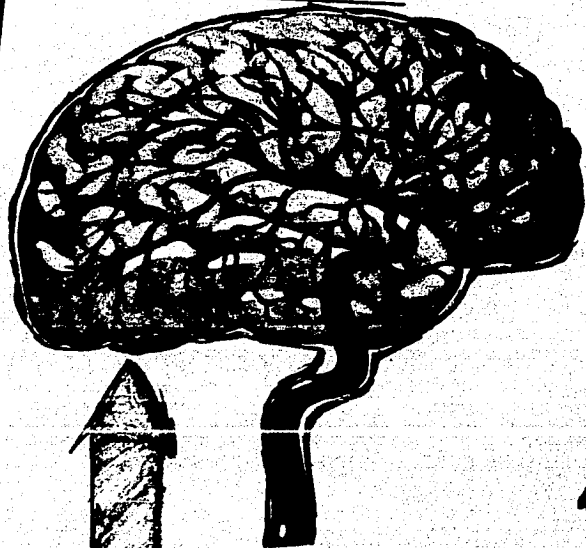
Por último, se puede decir que aunque existan opiniones diferentes con respecto a la etiología, diagnóstico y tratamiento de hábitos bucales, lo más importante es estar conscientes tanto nosotros como los pacientes y sus padres de lo que un hábito bucal significa por su etiología y por los problemas que puede ocasionar. Por ello es de suma importancia - el "aprender" a diagnosticarlos para así aplicar el tratamiento más adecuado según el caso, que en mi opinión el más importante es el psicológico y la terapia miofuncional si es que -

esta última es requerida y que puede ir unida al tratamiento-intraoral por medio de aparatos. Esto en el caso de que el paciente que presenta el problema sea un niño que comprenda la importancia de su problema sea resuelto. (niños de mas de 4 años de edad). Si se trata de niños menores de 4 años, lo mas adecuado es colocar un aparato para interceptar el hábito si es que ya hay efectos nocivos o bien para evitarlos.

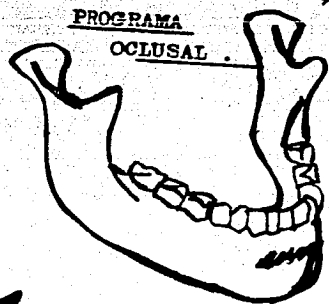
ANALISIS DE DENTICION MIXTA



CONTROL MAESTRO

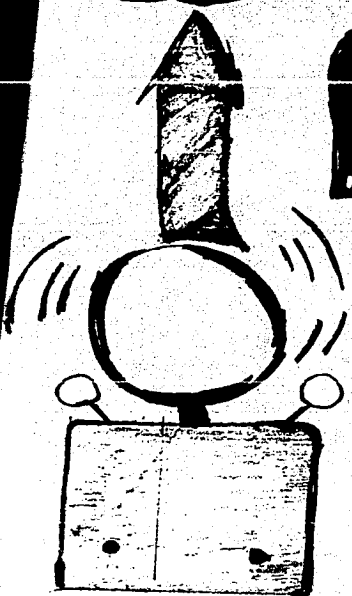


FUNCION MUSCULAR



CONTROLES FISIOLÓGICOS .

SEÑALES PROPIOCEPTORAS





Ejercicios labiales para
insidivos superiores pre-
minentes y espaciados .
Y para labios hipotónicos
y ciertos .

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

- 1.- Graber, T.M. ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA, México D.F.
3a. Edición: 1974 Ed. Interamericana.
- 2.- Moyers, E.R. MANUAL DE ORTODONCIA, 1a. Edición Ed. Mundi
- 3.- MacDonald, R.E. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, B.A. Argentina 1975 Ed. Mundi.
- 4.- Finn; Sidney B. ODONTOLOGIA PEDIATRICA, México D.F. ---
1985, 4a. Edición, Ed. Interamericana.
- 5.- Kraus, B.S. Jordan R.E. y Abrams H. DENTAL ANATOMY AND-
OCCLUSION; Baltomore, Williams Wilkins.
- 6.- Ramfjord, S.P. y Ash M.M. Jr.: OCCLUSION: 2da. Edición-
Philadelphia, 1972 Ed. W.B. Saunders. Co.
- 7.- Morris L. Alvin y Bohannan M. Harry: LAS ESPECIALIDADES
ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL; 5a. Edición ----
Diciembre 1983. Ed. Labor.
- 8.- Obrien Richard C. RADIOLOGIA DENTAL: 4a. Edición Ed. --
Interamericana. 1985.

- 9.- Skinner, E.W. Phillips R.W. LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES: .B.A. Argentina, 1970 Ed. Mundi.
- 10.- Dewel B.F. Editor in Chief Earl J.A. Salzman AMERICAN-- JOURNAL OF ORTHODONTIC.
- 11.- Justus Roberto "TRATAMIENTO DE LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR: UN ESTUDIO CEFALOMETRICO Y CLINICO" Revista oficial de la A.D.M. (Simposio sobre Ortodoncia, 1976).
- 12.- Arthur H. Wuerhrmann, Lincoln? Manson - Hing. RADIOLOGIA DENTAL. Salvat Editores.
- 13.- Niles F. Guichet, D.D.S. OCCLUSION: (A teaching Manual) The Denar Corporation: Abaheim, California, 1970.
- 14.- Niles F. Guichet, D.D.S.: PROCEDURES FOR OCLUSAL TREATMENT (a teaching atlas) California 1970.
- 15.- Richard E. Jennings, D.D.S. M.S.D. OCCLUSION ANALYSIS (Preventive dental medicine).
- 16.- Cahiers: ODONTO. STOMATOLOGIE: Juille-Septiembre 1974-- Número 3.
- 17.- JORNAL OF CLINICAL ORTHODONTIC.

- 18.- AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTIC.
- 19.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO ---PSICOLOGIA-----
CIBA-GEYGY Mexicana, S.A. de C.V. 1976.
- 20.- Tuller A.C. Cambell / :A MANUEL PRACTICAL ORTHODONTIC -
BRISTOL.
- 21.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO: Odontólogo Moderno ---
Mayo de 1978.
- 22.- Adams, P. DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS ORTODONTI--
COS REMOVIBLES. Buenos Aires, Argentina 1969 Ed. Mundi.
- 23.- Sim, M.J. MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS. B.A.-
Argentina 1973 Ed. Mundi.
- 24.- Mayoral, José: Mayoral Guillermo: ORTONDOCIA: PRINCI---
PIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA: Editorial Labor 1983.
- 25.- Lunstrom, Anders, INTRODUCCION A LA ORTODONCIA: Edito--
rial Mundi, SAIC y 1981.
- 26.- J. Antonio y Guajardo Carlos, ORTODONCIA, Editorial ---
Mundia, SAIC y F. 1981.

- 27.- BRAHAM, R.L. ODONTOLOGIA PEDIATRICA, México. Ed. Panamericana 1984,
- 28.- Davis J.M. PAIDODONCIA ATLAS 2da Ed. México, Panamericana 1984.