

400
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Sánchez Escobar', written in a cursive style.

HABITOS BUCALES INFANTILES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
NELLY SANCHEZ ESCOBAR

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

Abril de 1988.



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.

I N D I C E

PAGINA

I.	INTRODUCCION	
II.	PRINCIPIOS DE CRECIMIENTO	5.
	A) CRECIMIENTO CRANEOFACIAL	5.
	B) PRINCIPIOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA PRACTICA DIARIA	7.
III.	CONDUCTA	
	A) DETERMINANTES DEL DESARROLLO	11.
	B) CONDUCTA	14.
IV.	ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD.	
	A) DESARROLLO PSICOLOGICO	19.
	B) PROCESO DE APRENDIZAJE	19.
	C) DOS AÑOS	19.
	D) TRES AÑOS	21.
	E) CUATRO AÑOS	21.
	F) CINCO AÑOS	22.
	G) SEIS AÑOS	22.
V.	TIPOS DE HABITOS Y APARATOS UTILIZADOS PARA SU TRATAMIENTO	
	A) HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS	26.
	B) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS	26.
	C) HABITO DE CHUPETE	26.

	<u>PAGINA</u>
D) SUCCION LABIAL	37.
E) EMPUJE LINGUAL	39.
F) EMPUJE DE FRENILLO	46.
G) MORDEDURA DE UÑAS	46.
H) HABITOS DE POSTURA	47.
I) ABERTURA DE PASADORES DE PELO	47.
J) RESPIRACION POR LA BOCA	47.
K) BRUXISMO	52.
L) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS APARATOS - FIJOS.	55.
M) VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS APARATOS FIJOS	56.
N) VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS APARATOS REMOVIBLES	57.
VI. CONCLUSIONES	
VII. BIBLIOGRAFIA	62.

I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

En el presente trabajo se pretende exponer brevemente la importancia que tienen en el desarrollo de la cavidad oral, los hábitos orales nocivos - que desarrollan principalmente los niños.

Mediante estudios realizados, en grupos de niños ha podido observarse que la maloclusión más frecuente en la dentición temporal, es la mordida ---- abierta anterior relacionada con los hábitos de lengua y dedo. Como consecuencia de la cual se presentarán una serie de trastornos anatómicos, - fisiológicos, fonéticos, estéticos e incluso psicológicos, que van a perjudicar al niño en su desarrollo.

Mediante este trabajo se dará una breve explicación del tratamiento ortodóntico de las maloclusiones causadas por hábitos orales anormales; así - como la importancia del crecimiento y desarrollo prenatal por su conse--- cuente prioridad en el desarrollo normal posterior de las estructuras den tomaxilares.

Los factores hereditarios, influencias prenatales (como la alimentación - de la madre, la ingestión de fármacos durante este período) y postnatales (como el mal hábito de chuparse el dedo pulgar), pueden ocasionar infec--- ciones y defectos en la oclusión como también en la formación de los dien tes.

De ahí la importancia de la realización de una historia clínica adecuada, la cual nos revelará las causas de la práctica de estos actos ya sean de

tipo emocionales, mecánicos o patológicos, o bien, la combinación de alguno de éstos, para que en el caso que según se requiera se lleve a cabo el tratamiento adecuado, en el que posiblemente intervendrán, el odontólogo, el psicólogo, el ortodoncista, el foniatra, otorrinolaringólogo, etc.

II. PRINCIPIOS DE CRECIMIENTO

II. PRINCIPIOS DE CRECIMIENTO

A) CRECIMIENTO CRANEOFACIAL

Para empezar, los distintos tejidos del cuerpo crecen a una velocidad y épocas diferentes. El tejido neural crece en una etapa muy temprana de la vida y se encuentra bien desarrollado cuando el niño cumple cinco años de edad, el tejido linfóide también crece en una etapa temprana y llega a su máximo cuando se es adulto. El crecimiento de la cara es muy semejante a la curva de crecimiento del resto del cuerpo. Hay un pico en el crecimiento en los niños entre los tres y seis años de edad.

Después de esta edad, hay una meseta en el crecimiento más o menos -- hasta la pubertad, durante la cual la curva de crecimiento es paralela a la curva de desarrollo genital. En la pubertad, el crecimiento es diferente para las mujeres y los hombres. Para las niñas, el brote de crecimiento mayor empieza a los 10 años de edad y su pico se encuentra entre los 11 y los 13 años. Para los niños, el máximo de crecimiento se encuentra entre los 12 y 16 años, teniendo su pico entre los 14 y 15 años.

Las distintas partes de la cabeza también crecen en épocas diferentes, debido a que el cerebro crece en edad temprana, actúa como estímulo -- para los huesos del cráneo. La siguiente parte de la cabeza que crece es la cara-media, debido a su cercanía con la base del cráneo y el

cerebro. La última parte de la cara que crece es la inferior o mandíbula, por último se empareja con el maxilar entre los 10 y 15 años de edad.

1) TEORIA SUTURAL.-

De acuerdo con esta teoría, el crecimiento facial depende de la proliferación del tejido conectivo en las suturas o los espacios que existen entre los huesos. Al separarse los huesos, hay aposición ósea en la superficie para cerrar las suturas, debido a que muchas de las suturas se encuentran paralelas entre sí, el vector resultante del crecimiento óseo de la cara es hacia abajo y adelante.

2) TEORIA DEL CARTILAGO.-

Quienes proponen esta teoría creen que el crecimiento inicial comienza en el área cartilaginosa del cóndilo, de las sincondrosis esfenocipital y esfenoetmoidal y del tabique nasal. De acuerdo con esta teoría, las suturas se separan, pero sólo secundariamente, el crecimiento del cartílago, la aposición ósea en la superficie de los huesos opuestos cierra la sutura como en la teoría anterior.

3) TEORIA DE LA MATRIZ FUNCIONAL.-

Esta teoría sostiene que el crecimiento en la sutura y en el cartílago es secundario a un estímulo inicial, la predeterminación genética del tamaño de las diferentes cavidades faciales, en otras palabras, cada persona tiene su tamaño predeterminado para su cavidad ocular, -

nasal, oral y faríngea. Los huesos crecen, tal vez mediante una combinación de las dos teorías anteriores, para rodear las cavidades específicas.

B) PRINCIPIOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA PRACTICA DIARIA.

1) ESPACIO LIBRE DE NANCE.

Hay un margen entre la anchura mesiodistal de los molares deciduos y los premolares, a esto se le llama espacio libre de Nance. Los molares inferiores deciduos son más grandes que los superiores; por lo tanto, el espacio libre es ligeramente mayor en el arco inferior que en el superior, sin embargo, la transición de la dentición mixta a la adulta causa una disminución en la extensión del arco dentro del espacio libre, la oclusión en el "plano terminal" de los primeros molares permanentes en la dentición mixta es una maloclusión temporal y retorna a una relación clase I al moverse el molar inferior hacia delante mucho más que el superior.

En la región anterior hay "labilidad" entre los incisivos deciduos y los permanentes. Algo tiene que suceder durante este período para evitar el apiñamiento anterior de los dientes permanentes. Ocurre crecimiento en la sutura palatina media del maxilar y en la sínfisis de la mandíbula para acomodar los incisivos permanentes, que son más grandes. La sutura entre los maxilares deja de crecer activamente entre los siete y nueve años de edad, en tanto que la sínfisis de la mandíbula cierra durante el primer año de vida. Por lo tanto, el

crecimiento normal de las suturas no puede mantener el ritmo de labilidad de los incisivos.

2) SECUENCIA DE LA ERUPCION DENTAL.

La secuencia de erupción de los dientes permanentes es tan importante como las consideraciones de espacio en el arco dental, es importante darse cuenta que la secuencia de erupción es diferente en el arco superior que en el inferior, en el arco maxilar, el canino hace erupción después del primero y segundo premolares, en el arco inferior, los premolares hacen erupción después de los caninos.

Una de las implicaciones clínicas de esta diferencia respecto a la época de erupción es la prevalencia de impactación dental entre el arco superior y el inferior, en la dentición superior, es común observar un canino impactado, en el arco inferior el diente impactado más frecuente es el segundo premolar. Nunca se debe dejar un diente impactado, ya que hay la posibilidad de formación de un quiste y de otras deformidades del desarrollo.

3) ETAPA DE SEPARAMIENTO (DEL PATITO FEO)

Debido a que los caninos superiores permanentes tienen un patrón de erupción tardío con frecuencia los incisivos superiores se desplazan distalmente causando un espaciamento en la región anterior del arco, a esto se le ha denominado etapa de separamiento (del patito feo) del

desarrollo dental. Al aumentar el crecimiento en esta región y al hacer erupción el canino, hará que las coronas de los incisivos permanezcan juntas, de esta manera la maloclusión temporal se corregirá -- por sí sola.

4) DESARROLLO DE LA DENTICION.--

Con frecuencia se encuentran aberraciones en la erupción de los caninos, si se inicia el tratamiento temporalmente en algunos casos, se puede resolver el problema de erupción dental anormal.

Otro problema que ocurre con frecuencia es que los caninos deciduos se exfolian prematuramente, dando como resultado colapso lingual de los incisivos permanentes.

Sin embargo, con frecuencia no hay espacio suficiente para la erupción de los caninos. El paciente presenta una discrepancia entre la extensión del arco y el tamaño del diente debido al crecimiento insuficiente del maxilar, a dientes grandes, o a una combinación de ambas. Se tienen que extraer ciertos dientes para reducir el problema de la extensión del arco; a esto se le llama "extracción seriada".

III. CONDUCTA

III. CONDUCTA

A) DETERMINANTES DEL DESARROLLO.

Con la exposición al ambiente el niño aprende a comportarse en cordancia con su madurez, con cada experiencia nueva, se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El dentista que trata niños, debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales.

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad, finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades, utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

Se han investigado cinco áreas principales de desarrollo:

1. Desarrollo Motor: Aumento en el control y la coordinación muscular.
2. Desarrollo cognoscitivo: Pensamiento, conceptualización, razonamiento.
3. Desarrollo de la percepción: Integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista.
4. Desarrollo Social y de la Personalidad: Vías habituales del comportamiento con otros.

5. Desarrollo del Lenguaje: Progreso de las destrezas del lenguaje.

Un niño nace con varios reflejos como llorar, moverse y aferramiento de estos reflejos desarrollan un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo. Finalmente de este conjunto de reflejos primordiales, el niño desarrolla la habilidad de resolver problemas complejos y de enfrentarse al mundo.

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento y la forma en que un niño piensa. Piaget identifica tres etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en la que resuelve problemas complejos: (1) El Período Moto sensorial, (2) El Período Operacional Concreto y (3) El Período Operacional Formal. En consecuencia cada etapa es un período en el cual el niño mira al mundo de manera diferente y codifica la información también bajo formas distintas.

1) PERIODO MOTO SENSORIAL (INFANCIA) 0 - 2 AÑOS.

Durante este período las actividades motosensoriales del niño están aumentando caracterizadas por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente, codifica la información en término de acciones, aprende a caminar, a correr y a subir y bajar, bajar escaleras maneja bastante bien el ambiente pero sólo utiliza medios externos de comprensión. El recién nacido aprende a codificar los objetos y los eventos en tér

minos de acciones y finalmente en imágenes visuales.

El clínico debe estar consciente de que el niño no está pensando en la forma de manejar las situaciones tensas, sino que simplemente reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos. El niño se enfrenta mejor con las realidades externas, con objetos tangibles, con "cosas que estén frente de él".

2) PERIODO CONCRETO 2 A 12 AÑOS.

El período concreto puede dividirse en dos secciones de 2 a 6 años, se describe como período preoperatorio.

Las imágenes y los símbolos visuales representan objetos y eventos reales, concretos y permiten la fantasía del niño.

Aunque el niño ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede conversar, el preescolar tiende a actuar de manera egocéntrica, sencillamente no sabe lo que los demás están pensando y no está consciente de que sus ideas pueden ser diferentes a las de él. En consecuencia, la mayoría de los niños de 3 - 5 años de edad tienen razonamiento primitivo y comprensión idiosincrática, comprenden las cosas en términos de causa y efecto, deben dársele instrucciones claras.

De 7 a 12 años, se describe como período operacional concreto, el niño en ese período está ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos,

como, más grande más pequeño, abajo - arriba, gradualmente capta que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que él no está entendiendo mucho; por lo tanto está dispuesto a escuchar el período concreto operacional, requiere el uso de ejemplos concretos de ideas y de explicaciones abstractas de procedimientos.

B) CONDUCTA.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida. Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y de experiencias previas y lo más importante el dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla.

Un evento antecede a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas que a su vez pueden conducir a una consecuencia o consecuencias particulares.

Esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos, antecedentes, los cuales son moderados por la condición de desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico. Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas); afectivas (emocional) o cognoscitivas (intelectual).

La consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o castigar, como resultado, las consecuencias a menudo determinan la forma en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo o uno similar una aguja mostrada a un niño de 6 años de edad que previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física, el niño puede haber aprendido que en una situación semejante la consecuencia de tal conducta, impide o retarda la administración de la anestesia.

Sin embargo, este es el momento en que el dentista puede manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias, por ejemplo, el dentista puede elegir entre ignorar el llanto, decirle al niño que deje de mover la cabeza y reconocer amablemente lo asustado que parece el paciente, por otro lado, el dentista puede elegir, ignorar todas las conductas de falta de cooperación del niño, sujetarlo físicamente y alabar al niño en el momento en que el paciente haga un intento por controlarse a sí mismo.

Las consecuencias deseadas, dependen de la personalidad del dentista, del uso de refuerzos o represiones. Un refuerzo positivo se define como un evento que sigue a una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta (o conducta).

El refuerzo positivo utilizado con más frecuencia es social, a menudo en forma de elogios. Aunque pueden utilizarse monedas o recompensas tangibles, o elogio es suficiente para la mayor parte de los niños no incapacitados.

Así el acto de premiar es una forma de refuerzo positivo. Para reducir la conducta no deseada, el dentista puede emplear el castigo. El castigo puede acarrear la representación de refuerzos negativos como hablar a gritos sujetar al niño, mostrar autoridad o colocarle una mano sobre la boca.

Premiar, como todos los refuerzos positivos, requiere un tiempo razonable para que sea eficaz; no obstante, la técnica tiene los resultados más duraderos.

Castigar actúa más rápido con las conductas indeseables pero no permite al niño comportarse mejor, a menos que el refuerzo negativo sea seguido por un refuerzo positivo. El clínico puede emplear la sujeción física (castigo) y entonces ofrecer liberar al niño en la contingencia de que dé su cooperación (refuerzo negativo). Finalmente, cuando el niño coopera, es premiado en el primer momento (refuerzo positivo).

En un intento por disminuir los problemas de conducta, el odontólogo y su personal deben mostrar entusiasmo por la correcta salud dental del niño.

Gestos suaves espontáneos, movimientos corporales deliberados y un tono que delicado con los instrumentos son importantes comunicaciones no verbales que pueden prevenir el despertar de la actitud negativa del pequeño paciente. Por cada respuesta apropiada del niño durante los procedimientos iniciales hay que felicitarle y mostrarle aprecio. A medida que el tratamiento progresa, se establecen intervalos variables de recompensa.

Un refuerzo podría ser un comentario como "Eres un buen ayudante" o "bien", dando al niño un pequeño juguete ó posiblemente palmeándole su mano o su brazo.

El niño temeroso necesita comprensión y un reacondicionamiento gradual con explicación repetida del procedimiento propuesto, demostración de la técnica y un progreso positivo del plan. Intentar hablar a un paciente muy asustado suele ser ineficaz.

Ser sincero y usar un lenguaje libre de imágenes dolorosas, agrega confianza a los sentimientos del niño y le ayuda a desarrollar una actitud positiva hacia la odontología.

La instrucción debe ser consistente con el vocabulario y la experiencia limitados del niño. Todo el personal debe evitar ponerle en dificultades burlándose de sus transitorias imperfecciones al hablar ó riéndose de su limitada capacidad para expresarse.

Para desarrollar un diálogo eficaz, el odontólogo debe escuchar cuidadosamente al niño para descubrir el mejor camino de comunicación.

Emplear bastante tiempo para que el niño conozca los procedimientos odontológicos intentar comprender sus acciones puede prevenir la conducta no cooperadora y aumentar la eficacia durante los procedimientos subsiguientes.

**IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO DE
2 A 6 AÑOS DE EDAD**

IV. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD.

A) DESARROLLO PSICOLOGICO.-

El odontólogo que gufa con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento -- mental además del físico. Comprende además que el niño está adqui--- riendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Este cam bio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir -- en el consultorio entre una visita y otra.

Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de -- crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia que sigan exactamente el mismo esquema.

B) PROCESO DE APRENDIZAJE

Yarrow afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje. Es un hecho establecido, sin embargo, que el aprendizaje asociativo simple progre sa desde el instante del nacimiento. Mediante el aprendizaje, la --- criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.

C)) DOS AÑOS

A veces el odontólogo deberá examinar o tratar a un niño de dos años. Por lo tanto, es conveniente prestar atención al esquema de la conducta y el grado de desarrollo que pueda esperar a esa edad, y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Según Gesell, a los dos años el vocabulario varía entre doce y mil palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

A menudo se dice del niño de dos años que está en la "etapa precooperativa". Prefiere el juego solitario, pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar -- plenamente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentífrica o sienta la tasita de goma. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el dentista intenta hacer.

Al niño de dos años le suele intrigar el agua y el lavado. Se lleva bien con los miembros de su familia. Sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito. Puesto que a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares, le resulta difícil -

separarse de sus padres casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

D) TRES AÑOS

Con el niño de tres años el odontólogo suele poder comunicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un abordaje positivo. De todos modos, a cualquier edad es conveniente señalar los factores positivos antes que los negativos. En particular para el más pequeño es cierto que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga.

Hymes informó que niños de 3 años y menos, en situaciones de stress o cuando se les lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

E) CUATRO AÑOS

El niño de cuatro años por lo común escuchará con interés las explicaciones y normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes con

versadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. En algunas situaciones, el niño de cuatro puede volverse desafiante y recurrir al empleo de malas palabras. Sin embargo, la criatura de cuatro años que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente muy cooperador.

F) CINCO AÑOS

El niño de cinco años ha alcanzado la edad en que está listo para -- aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas, y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de cinco años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de niños o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre -- sus aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden -- ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

G) SEIS AÑOS

A los seis años, la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. Es una época de transición importante.

Gesell se refiere al niño de seis años como un niño cambiado. Las manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un pico, con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. A esta edad suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas. Muchos de los pre-escolares tendrán miedo a los perros, y aún a los seres humanos. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Con la debida preparación para la experiencia odontológica, se puede esperar, que el niño de seis años responda de manera satisfactoria.

RESUMEN DE LOS ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA ORIENTACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

1. El manejo exitoso del niño depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
2. El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.
3. Algunos psicólogos declararon que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño. Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la "lucha" está instituida, y debe ser el odontólogo quién gane. En otras palabras, -

hay que hacer algo en la primera visita.

4. Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido des de el comienzo.
5. El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y de be esperar el momento apropiado para felicitar al niño.
6. Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y su asistente al niño. Una conversación - constante de parte del odontólogo o de la asistente ayudará a cum--- plir este objetivo.
7. Si el niño no desea conceder que hay trabajo importante por realizar, el odontólogo debe mantener su enfoque positivo, en primer lugar mediante el control de la voz. Si esto no tuviera éxito, se deberá - utilizar alguna forma de restricción para crear la imagen de que va a ser constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio de - salud. El niño que carezca de disciplina en su hogar se la agradecerá al odontólogo que se la brinde.

**V. TIPOS DE HABITOS Y APARATOS UTILIZADOS
PARA SU TRATAMIENTO**

V. TIPOS DE HABITOS Y APARATOS UTILIZADOS PARA SU TRATAMIENTO

A) HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se denominan no compulsivos.

B) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Un hábito bucal es compulsivo cuando 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 ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

C) HABITO DE CHUPETEO

El niño recién nacido tiene mecanismos de succión relativamente bien desarrollados, su medio más importante de intercambio con el medio exterior. Por este medio no solo recibe sus alimentos, sino también un estado de bienestar.

La persistencia de la deformación de la oclusión aumenta marcadamente en los niños que continúan con este hábito después de los tres y medio años de edad. El aumento de la sobremordida horizontal asociada al hábito de chupeteo dificulta cada vez más la deglución normal. En general, los labios contienen a los dientes cuando uno deglute, en tanto que en el chupeteo, el labio inferior se desplaza hacia el lado lingual de los incisivos maxilares empujándolos más hacia adelante. El funcionamiento anormal del músculo mentoniano y la actividad del labio inferior aplanan el segmento mandibular anterior.

El niño que chupetea sólo esporádicamente o solo cuando se va a dormir, tal vez sufra menos daño que uno que tiene el dedo de manera constante. No todos los hábitos de chupeteo o de musculatura bucal anormal requieren tratamiento con aparatos, ni todos los hábitos ocasionan daño, en estos casos se debe dejar a los niños en paz y observarlos periódicamente.

Se puede tomar algún tipo de tratamiento con aparatos si hay cooperación de los padres, del paciente y de los hermanos. El mo--

mento óptimo para colocar el dispositivo es entre los tres y medio ó cuatro y medio años de edad. El aparato tiene varios propósitos. Primero, hace que el hábito del chupeteo carezca de sentido. Segundo, debido a su construcción, el aparato evita que la presión del dedo continúe desplazando labialmente a los incisivos superiores, lo que evita un daño mayor y una función de los labios y la lengua anormales. Tercero, el aparato obliga que la lengua vaya hacia atrás.

Un verdadero peligro del chupeteo prolongado es un posible cambio en la oclusión, que permite que las fuerzas musculares deformantes potentes crean una maloclusión permanente, estas fuerzas son las que originan mordida cruzada unilateral y bilateral, asociada con frecuencia, con hábito de chupeteo. En consecuencia, hay discrepancia en la anchura de la dentición superior y la inferior. Debido al estrechamiento del arco maxilar, el paciente se ve forzado a mover la mandíbula hacia la izquierda o derecha para poder crear una oclusión funcional. En este tipo de situaciones se debe construir un dispositivo no solo para ensanchar los segmentos bucales del arco dental maxilar, sino para crear una fuerza ortopédica para colocar los dos huesos maxilares en una relación más normal.

El método de elección por lo general es el retenedor de lengua para romper hábitos, ya que con este no se requiere una coopera-

ción del paciente tan importante como con los aparatos removibles

Si el paciente está motivado y coopera bien, el clínico puede intentar utilizar un retenedor de lengua adaptado a un dispositivo removible tipo hawley modificado.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Algunos de los métodos utilizados y que no consisten en la aplicación de instrumentos 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 con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. Sin embargo todos estos métodos tienen algo en común. Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo. 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 impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

CINCO PREGUNTAS

Antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos, el odontólogo deberá hacerse las siguientes cinco preguntas:

1. Comprensión del niño: ¿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 usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de - "recompensa", en vez de una sensación de "castigo"?
4. Definición de la meta: ¿Han elegido los padres del paciente y usted una "meta" definida en términos de tiempo y en forma de un precio material que el niño trate de alcanzar.
5. Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedad a corto plazo?

SECUELAS DE LA SUCCION DIGITAL

Las secuelas de la succión digital son bien conocidos. El arco superior angosto, la mordida cruzada unilateral, la mordida abierta anterior, los músculos del mentón hiperactivos y los músculos del labio superior hipocativos, junto con la tendencia del labio inferior a apoyarse en la cara palatina de los incisivos superiores.

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que utili-

za un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

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

TRAMPA DE RASTRILLO

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene puntas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

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

CONSTRUCCION DE UN APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE CHUPADO DE LOS DEDOS

Se utilizará el aparato de criba fija, uno de los más eficaces en este tratamiento. Se toma una impresión superior con alginato en la primera visita, se obtienen los modelos de yeso. Si los contactos proximales -- son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar alambre de bronce separador en esta visita. A continuación -- se fabrica el aparato sobre el modelo de yeso, para colocarlo en la siguiente visita. Se seleccionan coronas metálicas completas para los segundos molares superiores deciduos, se recorta en el modelo la porción -- mesial del primer molar permanente, en caso de que exista y la porción -- distal del primer molar deciduo, impidiendo el contacto de éstos con el segundo molar deciduo. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de 2 ó 3 mm. sobre la superficie vestibular, proximales y lingual; se contornea la corona metálica y se corta la porción gingival, para ajustarla al contorno gingival labrado sobre el modelo; a continuación se corta una ranura en la corona al nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar. Después se fabrica el aparato palatino, con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 de calibre; el alambre de base en forma "U" se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo, hasta el nicho entre los -- primeros molares deciduos y caninos primarios; en este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho -- entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival, sin seguir el contorno del paladar; en el nicho del -- primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a

lo largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo, este alambre base deberá colocarse pasivamente en el modelo (Fig. 1,A). El aparato central consta de una asa de alambre del mismo calibre, que se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados con respecto al plano oclusal, dicha asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares decíduos, las dos patas de esta asa, se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar, de tal forma -- que hagan contacto ligeramente con él (Fig. 1,B).

Se recorta un tercer espolón anterior en la misma curvatura hacia el paladar para ser soldado entre las dos proyecciones del asa central; a continuación se suelda el asa a la barra principal y también la tercera proyección anterior, con pasta de soldar a base de fluor y soldadura de plata (Fig. 1,C) por último el aparato es soldado a las coronas metálicas (Fig. 1,D). Una vez limpiado y pulido se procede a la cementación del -- aparato.

En la segunda visita, si existen alambres separadores se retiran se coloca el aparato en la boca del paciente y se verifica que los incisivos inferiores no ocluyan sobre las proyecciones anteriores del aparato cen--tral, si esto sucediera los espolones anteriores se recortarán y doba--rán hacia el paladar. Una vez hecho esto se procede a cementar el aparato.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de 3 ó 4 semanas. El -

aparato para el hábito se lleva de 4 a 6 meses en la mayoría de los casos el hábito desaparece después de la primera semana de usar el aparato. - Después de tres meses en que el hábito desaparece completamente se retiran primero los espolones, tres semanas después, si no hay pruebas de re currencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después se pue den retirar la barra palatina restante y las coronas. (Fig. 2) Frecuen temente existe el hábito de proyectar la lengua hacia adelante de 500 a 1,000 veces diarias, lo cual acentúa la mordida abierta o la protusión - de los incisivos superiores.

El aparato utilizado tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia -- atrás durante la deglución.

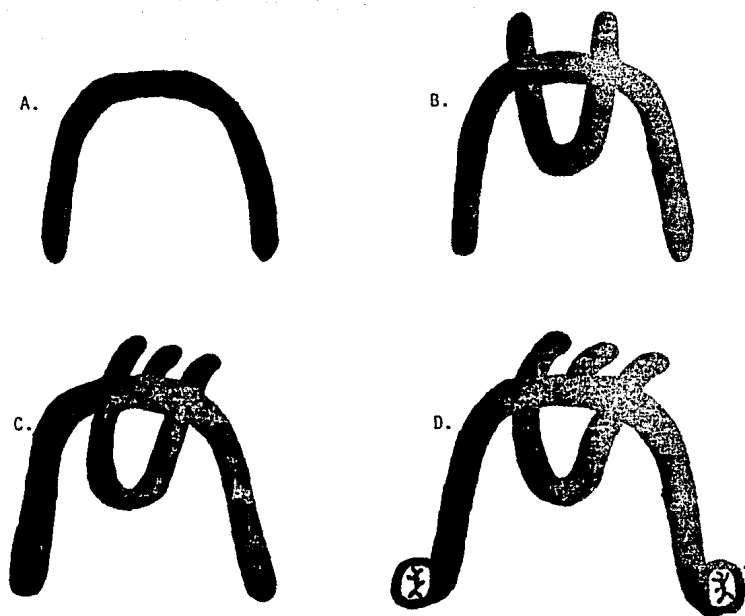


FIG. 1. Pasos para la construcción de un aparato para hábito de chupado de dedo, A, base, B, barra base y asa, C, barra base, asa y espolones doblados hacia el paladar, D, aparato central soldado a las coronas de acero.

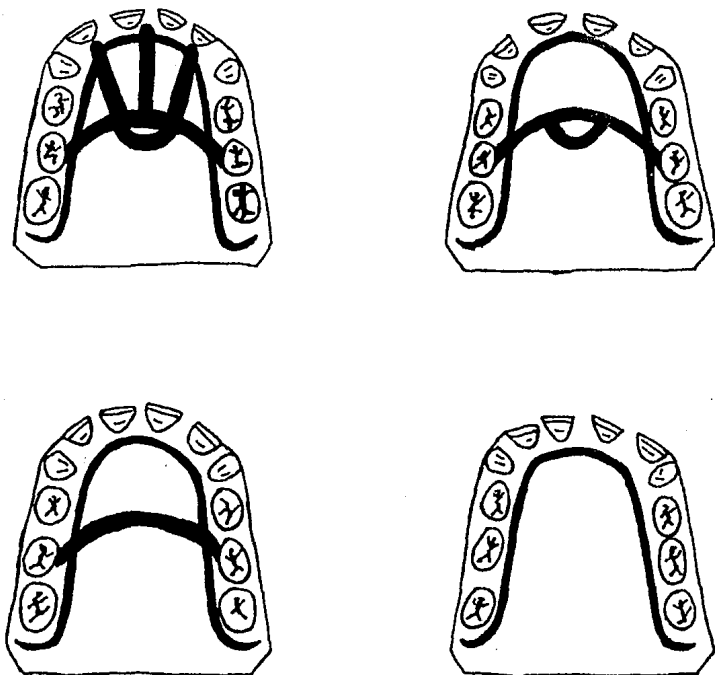


FIG. 2. Aparato para hábito de chupado de dedo, que será retirado - gradualmente, primero los espolones después el asa y finalmente todo el aparato.

D) SUCCION LABIAL

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

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. Tocar instrumentos musicales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS.

Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas y se corren con yeso piedra, después se montan los modelos en un articulador de bisagra o de línea recta. Se van a utilizar los primeros molares permanentes como pilares o segundos molares deciduos en caso de que los anteriores no hayan erupcionado todavía. Se van a utilizar coronas metálicas completas o bandas de ortodoncia, si el aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, se recomienda utilizar coronas metálicas porque tienen mayor resistencia a los esfuerzos occlusales. Para adaptar las coronas en el modelo de yeso se procederá -

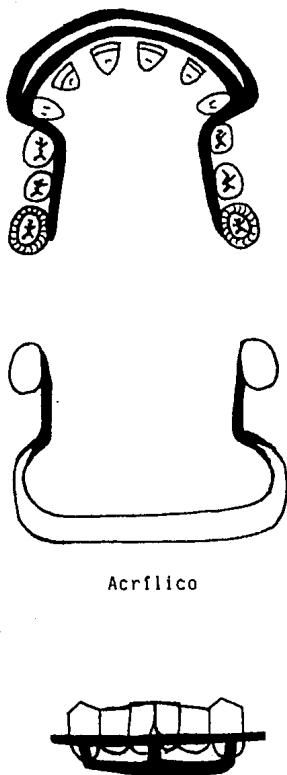
en igual forma que como se adaptaron en los aparatos de chupado de -
dedo y proyección de lengua. Se recortan las porciones proximales -
de las piezas adyacentes a la pieza pilar, se hace el corte profundo
en sentido gingival, se contornea la corona, se recorta la porción -
gingival y vestibular y ya bien adaptada la corona a la pieza pilar;
se procede a adaptar el alambre de acero inoxidable de 0.040 pulgada,
que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando --
los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y el primer mo--
llar deciduo, o el canino y el incisivo lateral después se cruza el -
alambre de base hasta el aspecto labial, enseguida se dobla el alam--
bre hasta el nivel del margen cervical que lleva hasta el nicho co--
rrespondiente del lado opuesto, después el alambre se lleva a través
del nicho hacia atrás, hasta la corona metálica del diente soporte,
de la misma forma en que se inició el alambre del lado opuesto. El
alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los inci--
sivos 2 ó 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante
A continuación se agrega un alambre del mismo calibre, soldando un -
extremo en el punto en que el alambre cruce el nicho y llevándolo -
gingivalmente 6 u 8 mm. se dobla y lleva, cruzando la encía de los -
Incisivos inferiores paralelos al alambre de base, se vuelve a do---
blar en la zona del nicho opuesto y se solda al alambre base, al ---
igual que el alambre base, este segundo alambre deberá estar aproxi--
madamente 2 ó 6 mm. de los tejidos gingivales.

A continuación se suelda el alambre base a las coronas metálicas, se

prueba buscando posibles interferencias oclusales o incisales, después se pule y está listo para cementarlo. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres, para reducir la irritación de la mucosa del labio inferior. El tratamiento tiende a durar aproximadamente el mismo tiempo, que el usado para el hábito de proyección de lengua de 8 a 9 meses, y se reduce gradualmente antes de retirarse. Primero se retiran los alambres auxiliares y el resto del aparato varias semanas después. (Fig. 3).

E) EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.



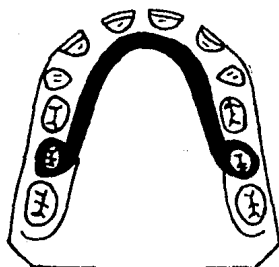
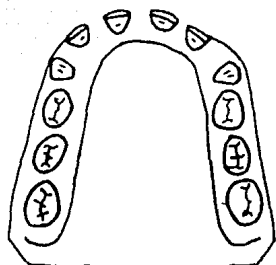
Acrílico

(FIG. 3) Aparato para hábito de labio.

Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si ésta permite al niño empujar - la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales; el tono del labio inferior y del músculo mentoniano - no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. La protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo. Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lograr. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, para llevar los incisivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad, preocupado por su aspecto y ceceo se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición. Puede cons---

truirse una criba lingual para eliminar la proyección de la lengua y la deglución infantil (Fig. 4).



(FIG. 4) Criba lingual para eliminar la proyección de la lengua y la deglución infantil.

EJERCICIOS MUSCULARES

Sucede con frecuencia que un niño de siete u ocho años de edad presenta incisivos superiores ligeramente en protusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo generalmente corrigen esta prominencia. Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales del labio y de lengua, que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios labiales sencillos.

Las características más obvias, de este tipo de problemas son hipotonicidad y flacidez del labio superior. 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 debe realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un período de 4 a 5 meses, cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protusión de los incisivos superiores constituye también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior, primero el labio superior se extiende en la posición descrita previamente. El borde bermellón del labio inferior se coloca entonces, contra la porción exterior del labio superior extendiendo y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora, sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejercicio es muy valioso para los niños que respiran por la boca y que

no suelen juntar los labios en descanso. Un mínimo de 30 minutos diarios, es necesario para lograr resultados.

En el masaje labial, es un ejercicio que sirve para el hábito de dedo y lengua, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar. Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente, es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse. Un emoliente suave o gelatina de petróleo o vaselina sencilla controla este problema.

F) EMPUJE DE FRENILLO.

Un hábito observado raras veces es el del empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia el niño puede trabar su frenillo entre esas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplaza las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales, este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

G) MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas. 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 maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito, como cualquier conducta general, no -

deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma físico o moral, al niño mismo o a quienes le rodean. Mor--
derse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas.

H) HABITOS DE POSTURA.

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raros y de--
berá formularse su diagnóstico, o tratarse individualmente, por sepa--
rado. En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica. El braguero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis es ejemplo de esto.

I) ABERTURA DE PASADORES DE PELO.

Otro hábito nocivo, que fue común entre las mujeres adolescentes, -
era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para
colocárselos 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, general--
mente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos -
de este.

J) RESPIRACION POR LA BOCA.

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 y 3) Por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para -- inhalar y exhalar 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 obligaba a hacerlo. El niño -- que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que reali-- zar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cual de estas cate-- gorías 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 separa-- dos. Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espa-- cios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofarínge estrecha, estos niños presentan mayor propensión a su-- frir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos. La -- resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- 1) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales,

rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

- 2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal y
- 3) 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 sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce 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, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico. Si el niño no puede respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviarse a un rinólogo, para que éste formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirsele, incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración por la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuer-

cen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que succionan - el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos, y deberfa utilizarse más extensamente. El protector bucal puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales.

CONSTRUCCION DE UN PROTECTOR BUCAL.

Este tipo de protectores se hace de Plexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada - (1.56 mm y 2.34 mm., respectivamente) de espesor. Se ajusta al vestibulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector, a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja una línea en la encfa hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares (Fig. 5,A). Con esto se hace un patrón translúcido de papel (Fig. 5,B) y se aplica el papel sobre el plexiglas. Al calentar el Plexiglas, se puede con unas tijeras, cortar fácilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar el Plexiglas a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las pie--zas anteriores. El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxilares anteriores, y deberá estar alejado de la encfa bucal, en infe--

rior y superior, 1/16 pulgadas (1.56 mm).

El paciente lleva este protector durante la noche. Un requisito importante es que el paciente no sufra obstrucciones nasales que impedirían la respiración normal. Deberá examinarse al paciente cada tres semanas o mensualmente.

K) BRUXISMO

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, o frotarse los dientes entre sí. Este es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atricción considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la oscuridad, tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointes-

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

tinales.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. 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 al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

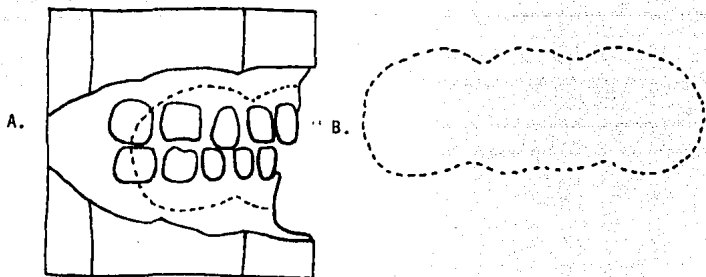


FIG. 5 PROTECTOR BUCAL.

L) INDICACIONES DE LOS APARATOS FIJOS

1. Un niño propenso a sacarse y perder los aparatos removibles.
2. Si el odontólogo tiene la habilidad suficiente para colocarlo de modo que no irrite al niño o que se rompa con facilidad.
3. Cuando los molares deciduos ofrecen retenciones inadecuadas para los retenedores o los dientes estén cubiertos en parte por la -
encia (las bandas pueden ir dentro del surco gingival).
4. No se necesita el uso de accesorios o resortes que necesiten ---
ajustes periódicos.
5. Un niño que tolere la incomodidad menor que supone la confección
del aparato y la insercción del mismo.
6. Un niño cooperador al insertar el aparato y cuando necesite ce--
mentario.
7. Está indicado como mantenedor de espacio necesario en una boca
pequeña con una lengua grande.
8. En dientes primarios aparte de los que están en proceso de exfo-
liación.

CONTRAINDICACIONES DE LOS APARATOS FIJOS.

1. Un niño no cooperador
2. Un niño que no modificará sus hábitos de alimentación y no evitará las sustancias duras y pegajosas.
3. Un niño descuidado al realizar sus juegos, o que juegue con la - lengua o con los dedos.
4. Habilidad insuficiente por parte del odontólogo.
5. Un niño con higiene oral deficiente.

M) VENTAJAS DEL APARATO FIJO.

1. No interfiere en la erupción de los dientes permanentes.
2. Al usar bandas anchas correctamente contorneadas y cementadas y pueden superarse los problemas de retención.
3. No puede ser removido por el paciente.
4. No se pierde con facilidad.
5. Apenas interfiere con la fonación.
6. Apenas interfiere con el espacio para la lengua.
7. Apenas interfiere con la deglución.
8. Apenas interfiere con la masticación.
9. En algunos casos hay buena estética porque no hay arco vestibular.

DESVENTAJAS DE LOS APARATOS FIJOS.

1. Requiere más tiempo y habilidad profesional.
2. Si los dientes están cubiertos en parte con la encía, la inserción de las bandas causaría molestias y/o irritación gingival.
3. Puede romperse o doblarse en la boca. De ser así la reparación es más difícil e implica mayor tiempo.
4. Las bandas pueden aflojarse.
5. El arco no se puede ajustar con facilidad.
6. Es difícil la limpieza de ciertas zonas de los dientes.
7. Los pacientes deben evitar los alimentos duros o pegajosos porque no pueden quitarse el aparato cuando comen.
8. Si se rompe el aparato (si el arco de alambre se separa de la banda, se rompe o se rompe la banda o corona) el paciente puede estar molesto y como el aparato no puede retirarse, deberá atenderse tan rápido como le sea posible.
9. Como es totalmente fijo, no puede agregarse resortes auxiliares con facilidad.

N) VENTAJAS DEL APARATO REMOVIBLE.

1. Facilidad de los procedimientos intraorales, (sólo se toma la impresión) para la fabricación.
2. Sencillez en la construcción.

3. Facilidad para mantener una buena higiene oral.
4. Facilidad del ajuste o reparación.
5. Relativa falta de dolor en la inserción y uso.
6. Posibilidad de modificación por adiciones de resortes o topes
7. Requiere menos tiempo junto al sillón y es más económico en caso de recursos económicos limitados.

DESVENTAJAS DEL APARATO REMOVIBLE.

1. Se puede perder fácilmente.
2. Se puede doblar o distorcionar con facilidad.
3. Las proyecciones interdientarias de los alambres interferirán en la erupción de los dientes permanentes.
4. El paciente lo puede quitar con facilidad.
5. Por lo general, es difícil obtener retención.
6. Ocupa el espacio de la lengua y provocaría o agravaría un problema de empuje lingual.
7. Puede interferir en la fonación.
8. Puede interferir en la masticación.
9. Puede interferir en la deglución.
10. Los movimientos se limitan a inclinación.
11. Las rotaciones son difíciles de realizar.
12. Los movimientos de inclinación son menos precisos.
13. Es antiestético por el arco vestibular.

VI CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES .

Es una condición indispensable la asistencia odontológica para la prevención de procesos destructivos, así como para los tratamientos correctivos.

Antes de establecer un tratamiento, se deberá tomar en cuenta la edad del niño. Los hábitos bucales infantiles se deben considerar como normales hasta los dos años y medio, hasta los -- cuatro años de edad, el niño podrá persistir en su hábito sin que se presenten problemas de maloclusión permanentes; si el -- hábito persiste más allá de los cuatro o cinco años, con fre-- cuencia encontraremos trastornos en la oclusión, dependiendo -- de la intensidad duración y frecuencia con que se realice.

El Cirujano Dentista, deberá realizar en muchas ocasiones una labor de conjunto con otros profesionistas como: el médico, -- psicólogo, psiquiatra, foniatra, etc.

Sea cual sea el hábito, el resultado final frecuentemente es: mordida abierta, maloclusión o patología de los tejidos de so porte.

Las visitas al dentista deben ser cada seis meses y no esperar hasta que se tenga dolor de alguna pieza dentaria.

Es importante la cooperación de los padres así como una buena relación amistosa entre el dentista y el niño, para que el -- tratamiento tenga buenos resultados.

VII. BIBLIOGRAFIA.

VII. BIBLIOGRAFIA.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Thomas K. Barber

Lawy S. Luke

Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V.

México, D. F.

ORTODONCIA

Spiroj Chaconas

Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V.

México, D. F.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA MEJORAR LA PRACTICA DENTAL

Joseph L. Bernier

Joseph C. Muhler

Edit. Mundi.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Finn

Cuarta Edición, Nueva Edit. Interamericana S. A. de C.V.

México, D. F. 1982.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mc. Donald E. Ralph.

Edit. Mundi Segunda Edición.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

Graber T. M.

Edit. Interamericana

México, D. F.