

266
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**HABITOS EN ODONTOPEDIATRIA
Y SU TRATAMIENTO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

CINTHIA ERENDIRA MEJIA BARAJAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F

1988



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

INTRODUCCION

CAPITULO I

DIAGNOSTICO EN NIÑOS

HISTORIA CLINICA

EXAMEN CLINICO

EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO

MODELOS DE ESTUDIO

RAYOS "X"

OCLUSION INFANTIL

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LOS HABITOS BUCALES

HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

HABITO DE SUCCION DIGITAL

SUCCION DE CHUPONES Y MAMILAS

SUCCION LABIAL

SUCCION DE CARRILLOS

LENGUA PROCTALIL

HABITO DE CECEO

RESPIRACION BUCAL

BRUXISMO

ONICOFAGIA

HABITO DE POSTURA

CONCLUSIONES

REFERENCIAS DE APOYO

BIBLIOGRAFIA

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

El niño es un ser que tiene una vida que en apariencia para todos aquellos que lo rodean, solamente se dedica a sus actividades "normales", como son el comer, jugar, dormir, explorar su cuerpo y el medio que lo rodea y en esto se puede resumir "su vida de niño".

Pero la gente que lo rodea no se da cuenta que el niño tiene una serie de actividades y actitudes con respecto a ellos y al mismo tiempo las actividades que realiza se hayan estrechamente relacionadas con el desarrollo del niño.

El cuadro de referencia al que hacemos mención, es saber la manera en el que el niño a través de sus actividades bucales se desarrolla con el medio externo y remotarse a los datos que existen sobre el desarrollo del niño, relaciones familiares, escolares, etc., para en un momento dado comprender bien los hábitos que tiene el niño y sus anomalías así como el tratamiento que tenemos el deber como Cirujanos Dentistas de proporcionarle al niño.

No nos encontramos en un momento dado aislados para saber y comprender los hábitos que tiene el niño ya que por medio de otras áreas podemos ver las reacciones que tiene el niño y su significado.

El propósito de realizar esta tesis es tener una visión más amplia acerca de los hábitos bucales en los niños y el tratamiento que les proporcionaremos; con ayuda del médico

psicólogos y profesionales que se encuentren relacionados con el desarrollo del niño y de ésta forma podemos tener tanto -- los odontólogos como los odontopediatras un campo más amplio para actuar y no verlo desde una forma aislada como profesionales dentales, en tener en cuenta el desarrollo dental, etapas en la que se encuentra y su tratamiento dental, sino que tenemos que verlo desde la causa original del hábito del niño el por qué es que tomó ese hábito, los problemas tanto psicológicos como dentales que puede causar ese hábito, el estudio de los posibles tratamientos que se le pueden dar y a los que podemos recurrir así como el tratamiento final a realizar para llevar a cabo la rehabilitación completa del niño.

No queremos de ninguna manera introducirnos en áreas que no son de nuestra competencia sino que al contrario, recurriremos a ellas en una forma superficial o profunda cuando lo amerite, pero siempre estando supervisados por especialistas en el campo de acción a tratar de una u otra forma tratar de que lo podamos llevar a cabo en nuestra área.

Hay que tomar en cuenta que el niño percibe y expresa sus emociones a través de diferentes formas una de ellas es la zona bucal que en un principio es el centro más efectivo de la sensibilidad del niño.

Conocemos de esta forma la etiología del hábito, se

cuelas del mismo, así como el tratamiento y métodos que utilizaremos para llevarlo a su rehabilitación total.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO EN NIÑOS

1.- HISTORIA CLINICA

Llámesese así al procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje.

El interrogatorio puede ser directo o indirecto, el directo es el que se va a utilizar para interrogar al enfermo mismo, algunos autores reservan para este género de investigación el nombre de Anamnesis; el indirecto es el que por una causa como es el caso de niños, enfermos mentales, etc., no se puede hacer este cuestionamiento y este entonces se le dirige a otras personas que acompañen al enfermo, que se encuentren en la posibilidad de responder a nuestro cuestionamiento y de esta forma ilustrarnos sobre el particular a tratar.

El interrogatorio que debemos realizar tiene que tener como requisito que nos dirijamos con sencillez y al mismo tiempo con un lenguaje que sea entendible y se encuentre al alcance de la persona interrogada.

Se debe procurar que las preguntas vayan dirigidas a un objeto y que por lo tanto tengan y reporten un provecho a la investigación que se hace.

En el caso del interrogatorio para el infante debe-

mos tener en mente el ser cordial con el niño y amistoso para de esta forma hacernos amigo del paciente infantil y así podemos estar seguros de su cooperación en el tratamiento dental y contar con la ayuda de los padres.

Es de suma importancia desarrollar una historia clínica completa y específica para determinar el tipo de hábitos esta se realizará después de haber realizado la historia clínica general. A continuación damos un patrón que puede ser seguido para la historia clínica infantil.

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____

 Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____

 Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma () _____		Sarampión () _____		Fiebre reumática () _____	
Paladar hendido () _____		Tosferina () _____		Tuberculosis () _____	
Epilepsia () _____		Varicela () _____		Fiebres eruptivas () _____	
Cardiopatías () _____		Escarlatina () _____		Otras _____	
Hepatitis () _____		Difteria () _____		_____	
Enf. Renal () _____		Tifoidea () _____		_____	
Enfermedad Hepática () _____		Paparras () _____		_____	
Trastornos del lenguaje () _____		Poliomielitis () _____		_____	

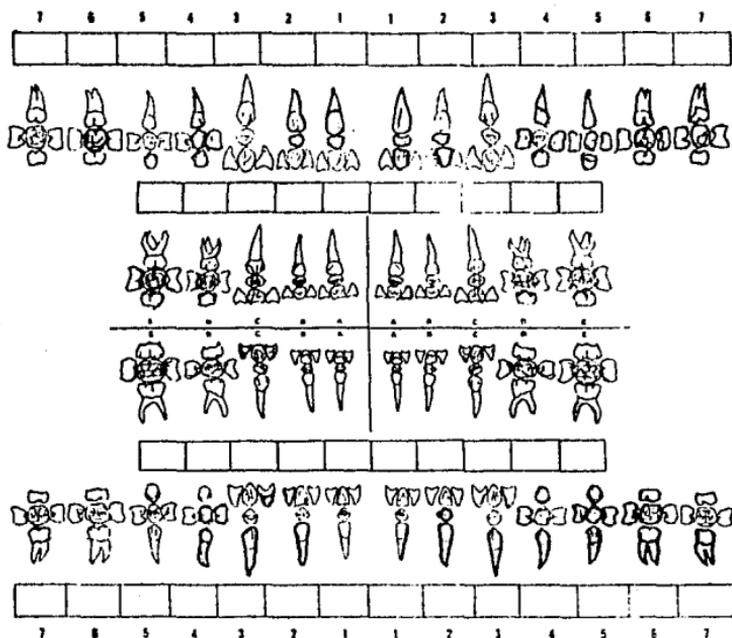
¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () ()

¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones: _____

EXAMEN DENTAL



Color: Rojo Caries y otras Patosis
Rojo y Azul Caries Secundaria

Azul Restauraciones
Triángulo Azul Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo Ausente (Congénito)

Cuadrado Sin Erupcionar

Flechas Inclínación del Diente

Flechas Giroversión de Diente

(- -) (| |)

(())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la
Corona (c) Cervical Solamente (ce)
Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CE_x)
Movilidad en el Diente (MV)
Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
		Izq.	Der.				
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslapo Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de do	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros _____	

ERUPCIÓN Y DENTICIÓN

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental

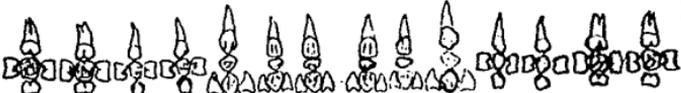
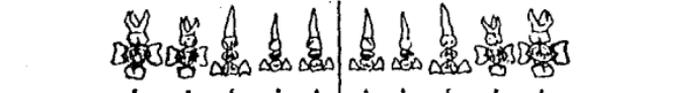
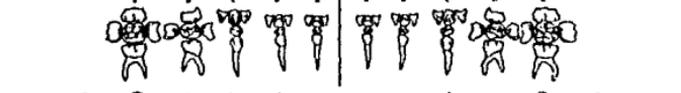
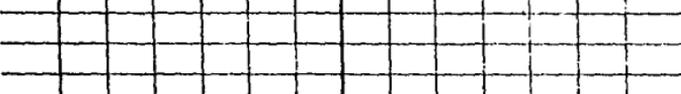
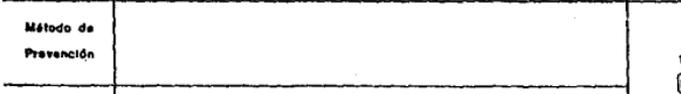
CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización:	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad:	Poca		Mediana		Abundante
Calcificación:	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre _____

Diente	Punto Problema	Método de Instrucción	No. de Veces
Higiene Bucal			
Dieta			

												Orden de Tratamiento
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
												13
												No. de Citas
												Total

Método de Prevención	
Exámen Periódico	
Cuidado en el Hogar	



2.- EXAMEN CLINICO

Se hace el examen clínico del niño siguiendo una secuencia lógica y ordenada de manera sonriente y amable.

En caso de urgencia se dará énfasis en lugar de la queja y enumera las ayudas para el diagnóstico. Las circunstancias del momento y la cooperación del niño determinan el curso de acción a seguir.

Los procedimientos clínicos para examen de mantenimiento de la salud incluyen mordidas con aletas y las radiografías necesarias adicionales. El examen completo deberá ser una evaluación a conciencia: el diseño siguiente demuestra el alcance de este examen:

EXAMEN CLINICO ODONTOPEDIATRICO

- 1.- Perspectiva general del paciente, en este inciso incluimos la estatura, porte, lenguaje, temperatura, etc.
- 2.- Examen de la cabeza y el cuello: tamaño y forma de la cabeza y cuello, pelo y piel, inflamación y simetría, articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz, cuello.
- 3.- Examen de la cavidad bucal: aliento, labios, mucosa labial y bucal, saliva, piso de boca, dientes, tejido gingival espacio subgingival, farínge, amígdalas.

MODELOS DE ESTUDIO

El modelo de estudio como él lo indica, sirve para dar un paso definitivo en los planes de tratamiento anteriores y el diseño de los aparatos ya que una de las ventajas de estos modelos de estudio es que son exactos; podemos a su vez estudiar los planos oclusales, espacios que existen entre los dos maxilares, espacio interoclusal, la distribución de los dientes y las posibles interferencias que estos pudieran tener.

Es necesario por consiguiente desde el punto de vista del tratamiento que es necesario tomar el modelo de estudio antes de dar el tratamiento a seguir a nuestro paciente.

Otras de las utilidades de los modelos de estudio es la forma y contorno de los tejidos blandos como son los carrillos, frenillos, etc., ya que con esto podemos observar las delimitaciones a las cuales debemos sujetarnos para la elaboración de la aparatología y el tratar de librar estas posibles interferencias en el caso de que lo amerite para que de esta forma evitar que estos tejidos nos puedan desplazar a nuestro aparato; este tipo de situaciones sucede principalmente en los aparatos inferiores; además de que es una forma para dar las instrucciones al técnico dental del diseño deseado.

Por último podemos mencionar que podemos utilizarlo para montarlo en el articulador y de esta forma podemos tener

una visión más amplia para poder examinar a estos modelos de una forma más objetiva y al mismo tiempo funcional (cabe mencionar que depende también del tipo de articulador a utilizar).

Con esto podemos mencionar que por medio del articulador en donde se encuentren los modelos de estudio podemos ver la relación que existe entre un diente y su antagonista o en sí entre las dos arcadas, dientes girovertidos que pueden alterar a la oclusión al igual que los que se encuentran inclinados, así como los problemas que la oclusión pudieran causarnos en la elaboración del diseño del aparato así como el aparato mismo.

Para la toma de modelos de estudio debemos recordar que tenemos que darle en primer lugar confianza al niño explicándole que es lo que vamos hacer, tratar que el material de impresión se encuentre en un estado que no se derrame para de esta forma no provocarle náuseas al niño además que la postura en la que lo vamos a acomodar para la toma de impresiones es un tanto molesta o de dar desconfianza al niño sobre todo la toma del modelo superior, es por esta razón que debemos tomar primero la impresión del maxilar inferior y recordándole al niño que no debe deglutir el material al mismo tiempo que debemos estarle hablando constantemente para distraer su atención en lo que estamos realizando al mismo tiempo que tenemos que alabarlo por su cooperación y comportamiento. La toma del

modelo superior tenemos que poner al niño con la cabeza inclinada hacia abajo y su vista viendo a las rodillas.

RAYOS "X"

La obtención de radiografías intrabucales en el niño no plantea varios problemas: debemos recordar que el método radiográfico únicamente nos servirá como un medio auxiliar pero no como un medio determinante para el diagnóstico.

Dentro de los problemas a los que nos encontramos en la toma de radiografías en el niño son que la boca es pequeña y difícil de colocar la película. Un buen paciente puede volverse un problema debido a alguna experiencia traumática al realizar las tomas de las radiografías, el niño puede comprender el dolor y no permitirá la toma de radiografías si se les lastima. Si las radiografías son la primera experiencia del niño, debemos proceder con cautela y comprensión para asegurar una buena experiencia.

Es bueno explicarle lo que va a suceder, quizá permitiéndole que él tome la radiografía y referirse al cono del aparato como una nariz, trompa de elefante, etc. Siempre debemos ser sinceros con los niños evitando decir la palabra -- "no te va a doler" porque quizá duela, debemos referirnos a -- decirle "Va a pellizcar". Otras de las palabras que pueden provocar miedo o aprehensión en el niño son "disparo" o "disparar" y no deberán ser empleadas.

Tenemos que tener en mente el trabajar rápido y es necesario un tiempo de exposición corto, coloquemos el tubo antes de colocar al película. Para poder obtener el tiempo de exposición corto y más rápido se utiliza la técnica de bisectriz con cono corto, hablemos constantemente al niño para darle confianza y al mismo tiempo distraerlo, digámosle que fije su atención en un objeto de la habitación, de tal manera que no nos siga él con la mirada al salir de la habitación, alabemos al niño y de esta forma podemos estar seguros que el tratará de complacernos.

Si nos tropezamos con alguna dificultad, tomemos -- por lo menos una película y digamos que tomaremos las restantes en la siguiente cita. Nunca perdamos la calma ya que si lo hacemos tenemos la seguridad de haber perdido al paciente.

Se ha demostrado que utilizando el mandil de plomo se obtiene una reducción del 98% de la radiación, por lo tanto debemos utilizar un mandil de plomo para la toma de cualquier tipo de radiografía.

La utilidad del método radiográfico como se mencionó antes es meramente auxiliar más no determinativo, esto es, que podemos utilizar este método para una infinidad de usos tanto en la odontología integral como en la odontopediatría en todas sus modalidades como puede ser la indicación o no in

dicación de cualquier pieza dental, la determinación de saber si se encuentra bien realizada una pulpotomía así como saber si se encuentra bien obturada una pulpectomía por el material si se encuentra bien "ajustada" la corona de acero-cromo, auxiliarnos para saber y determinar la utilización de la extracción seriada para tener en cuenta el espacio que ocuparán los dientes permanentes y saber si existe alguna patología.

A continuación se presenta una lista de que hacer y que NO hacer en la toma de las radiografías infantiles.

QUE HACER

- Llamar al cono del aparato "naríz o trompa de elefante".
- Si se prevee dolor leve llamar "pellizco".
- Explicar primero.
- Dejar que el niño sostenga la radiografía y se pueda familiarizar con ella.
- Explicar el uso del mandil de plomo.
- Utilizar cono largo para mayor velocidad.
- Decir "no te muevas".
- Hablar constantemente y alabarlo.
- Doblar la película.
- Asegurar que el niño conserve su postura.

NO HACER

- Utilizar palabras como "disparo o disparar".
- Decir no te va a doler, NO ENOJARSE.

OCCLUSION INFANTIL

Orden de erupción de los dientes desiguos:

Primero los incisivos centrales, seguidos por los laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Las piezas mandibulares preceden a las maxilares, este orden no siempre se verifica.

CRONOLOGIA

6 meses para los centrales maxilares.

7 a 8 meses para los laterales mandibulares.

8 a 9 meses para los laterales maxilares.

12 meses para los primeros molares.

16 meses los caninos.

2 años los segundos molares.

Parece ser que el orden de erupción dental ejerce más influencia en el desarrollo adecuado del arco dental que el tiempo real de la erupción. Tres o cuatro meses de diferencia, no implica que el niño presente erupción anormal, tampoco es el caso raro de que algunos niños nazcan con alguna pieza ya erupcionada.

En lo que respecta a las piezas permanentes, la primera en hacer erupción es el primer molar mandibular, a los 6 años, pero a menudo el incisivo central permanente puede aparecer al mismo tiempo o incluso antes.

Los incisivos laterales mandibulares pueden hacer erupción antes que todas las demás piezas maxilares permanentes.

CRONOLOGIA DE DIENTES PERMANENTES

6 y 7 años erupciona el primer molar maxilar.

7 y 8 años el incisivo central maxilar.

8 y 9 años los laterales maxilares.

9 y 11 años el canino mandibular.

10 y 11 años el primer premolar maxilar.

11 y 12 años el canino maxilar.

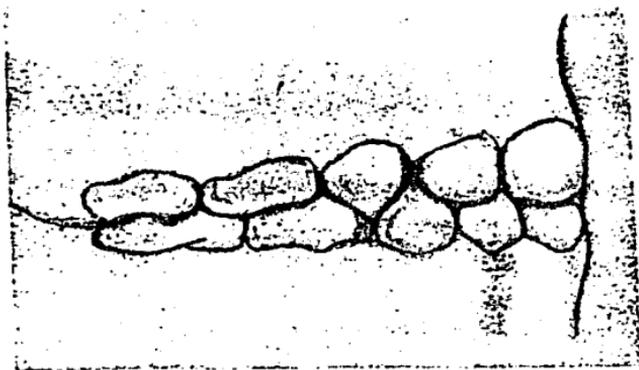
Después aparece el segundo premolar maxilar, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él.

12 años hace erupción el segundo molar. Las variaciones de este patrón puede constituir un factor que ocasione ciertos tipos de maloclusiones.

ERUPCION Y DESARROLLO DEL ARCO

A la edad de un año cuando erupciona el primer molar, los caninos permanentes empiezan su proceso de calcifica

ción entre las raíces de los primeros molares primarios. Cuando las piezas primarias empiezan su erupción hacia la línea de oclusión, los incisivos permanentes y los caninos emigran en dirección anterior a un ritmo mayor que las piezas primarias. A los dos y medio años de edad, están empezando a calcificarse los primeros premolares entre las raíces de los primeros molares primarios, lo que era antes la sede de calcificación del canino permanente, de esta manera al erupcionar -- las piezas primarias y crecer la mandíbula y el maxilar, queda más espacio apicalmente para el desarrollo de las piezas permanentes. Louis J. Baume, observó que los arcos dentales primarios se presentaban dos tipos: espacios que presentan intersticiales entre las piezas y los que no lo mostraban. Frecuentemente se producían dos diastemas, uno entre el canino primario mandibular y el primer molar primario y el otro entre el incisivo primario lateral maxilar y el canino primario maxilar. (Fig. 1).



Un arco puede presentar espacios y el otro no, los arcos cerrados son más estrechos que los espaciados; los arcos dentales primarios, una vez formados y con segundos molares primarios en oclusión, no muestran aumento de longitud o de dimensión horizontal. Pueden producirse acortamientos como resultado de movimientos hacia anterior de segundos molares primarios, causados por caries interproximales. Se produce movimiento vertical apófisis alveolares y se produce crecimiento anteroposterior de la mandíbula y el maxilar superior que se manifiesta en espacio retromolar para los molares permanentes.

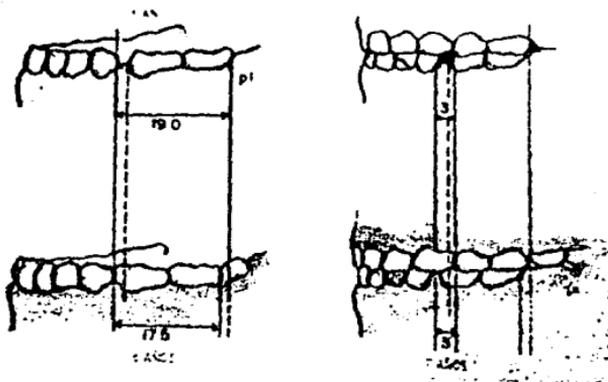
La relación del canino primario maxilar al canino primario mandibular permanece constante durante el período de la dentadura completa. En algunos casos, la superficie distal del segundo molar primario mandibular será mesial a la superficie distal del segundo molar primario maxilar. Cuando se verifica esto, los primeros molares permanentes mandibulares y maxilares pueden erupcionar directamente a oclusión normal a esta temprana edad.

Normalmente los primeros molares permanentes hacen erupción en posición de extremidad a extremidad. (Fig. 2).

Si el arco mandibular tiene un arco primate, la erupción del primer molar permanente causará que el primer mo

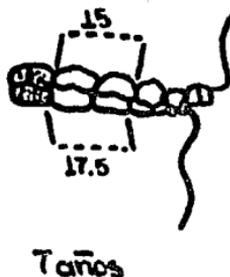
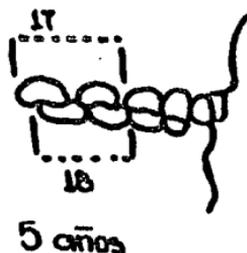


lar primario y el segundo molar primario se muevan anteriormente y permitirán que el molar maxilar haga erupción directamente a oclusión normal. (Fig. 3).



Si no existiera espacio en el arco primario mandibular, los molares maxilares y mandibulares mantendrán su relación de extremidad a extremidad hasta que el segundo molar primario mandibular sea substituído por el segundo premolar mandibular. Esto sucede en una fase posterior y permite el desplazamiento mesial tardío del primer molar permanente mandibular a oclusión normal con el molar maxilar.

Una desafortunada combinación sería no poseer espacios en el arco mandibular, un arco maxilar con espacios intersticiales y la superficie distal del segundo molar primario en mesial a la superficie distal del segundo molar primario mandibular. En ese caso, al erupcionar los primeros molares permanentes entrarán en distoclusión. (Fig. 4).



Incluso si las superficies distales de los segundos molares primarios están en línea recta, pero el molar permanente maxilar erupciona antes que el molar mandibular el espacio del arco superior estará cerrado por emigración mesial de los molares maxilares. Cuando los molares permanentes mandibulares hacen erupción, no pueden emigrar distalmente, porque no existe espacio en la sección primaria del arco; el resultado será la distocclusión de los molares permanentes.

Anteriormente se mencionó que cuando existe la dentadura completa primaria se producen cambios mínimos o nulos en la dimensión de los arcos primarios, entre 3 y medio y 6 años. También hemos observado que con la erupción de piezas permanentes, el arco puede acortarse si existen espacios disponibles para cerrarse, por la influencia delantera de los molares permanentes.

Con la erupción de los incisivos permanentes inferiores se produce un estrechamiento de los arcos. Entre los segundos molares primarios se produce un aumento de dimensión horizontal.

A veces, el arco se ensancha aún si no existe espacio entre los incisivos primarios para acomodar los incisivos permanentes de mayor tamaño. Esto indicaría la existencia de un impulso genético o filogenético en vez de la presencia de las piezas.

Antes de la pérdida de cualquier pieza primaria, en ciertos casos se produce aumento intercanino en el arco mandibular para instituir un ensanchamiento del arco maxilar.

En este caso, los anteriores primarios maxilares -- presentarán espacios entre sí. Con la erupción de los incisivos maxilares permanentes se presenta un ensanchamiento de -- los arcos maxilares en la región de los caninos y en la región molar. Aquí el mayor aumento de dimensión horizontal aparece en arcos antes cerrados durante la dentadura primaria completa.

En el estudio de Baume, el aumento intercanino promedio entre los arcos mandibulares alcanzaba 2.27 mm. en los arcos anteriormente espaciados y 2.5 mm. en arcos anteriormente cerrados. El aumento intercanino en los arcos maxilares al canzaba 2.5 mm. en los arcos anteriormente espaciados y 3.2 mm. en los arcos anteriormente cerrados no se presenta suficiente espacio para alinear los incisivos permanentes. No solo falta lugar, sino que la posición original de los gérmenes de piezas, ya fuera en versión lingual o en torsión, influye en la malposición final de las piezas en el arco.

El tamaño de los incisivos permanentes, en comparación con la de los incisivos temporales indica que la expansión limitada no es suficiente para proporcionar lugar adecuado.

Baume midió el aumento de extensión anterior de los arcos superior e inferior. Ya se ha observado que, si se presenta espacio los primeros molares emigran anteriormente, al erupcionar los molares permanentes, sin embargo, los caninos primarios emigran anteriormente, al erupcionar los molares permanentes. Sin embargo, los caninos primarios mantienen su relación anteroposterior. La extensión hacia delante de la sección anterior de los arcos fue medida hacia delante, desde el espacio distal del canino. (Fig. 5).

La extensión promedio hacia delante de los arcos inferiores es de 1.3 mm. y en los arcos superiores de 2.2 mm. después de la erupción de los incisivos permanentes.

Las extensiones anteriores máximas alcanzan 3 mm. en inferior y 4 mm. en superior.

La cantidad promedio de extensión anterior en el arco maxilar es de 1 mm. mayor en el arco mandibular. Esto no se debe a mayor dimensión labiolingual de los incisivos maxilares en relación a los maxilares en relación con los mandibulares en la transferencia de piezas primarias a permanentes.

La posición anterior promedio del segmento anterior superior es mayor que la inferior. En casos específicos se presentan diferencias individuales.

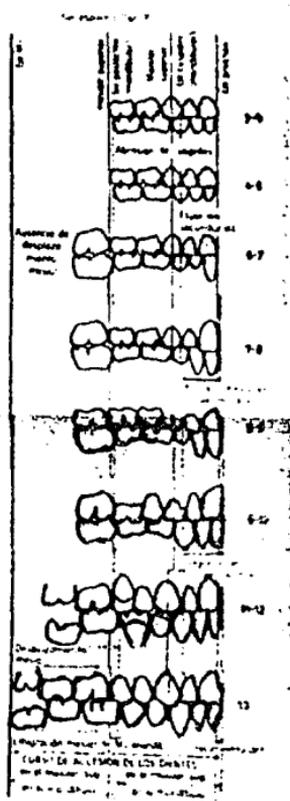
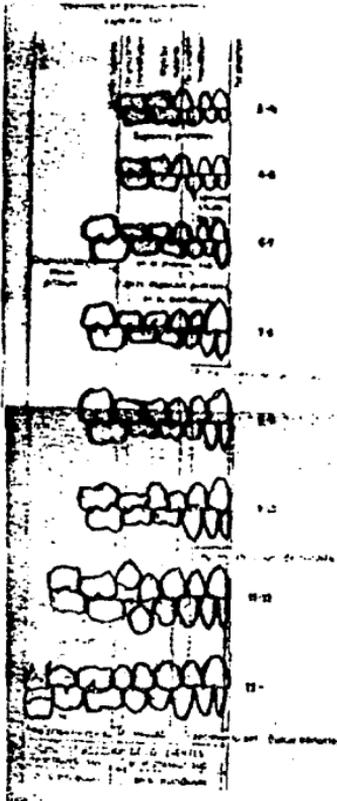
La diferencia de crecimiento anterior maxilar y crecimiento anterior mandibular influye en el grado de sobremordida incisiva que se desarrolla en las dentaduras mixtas.

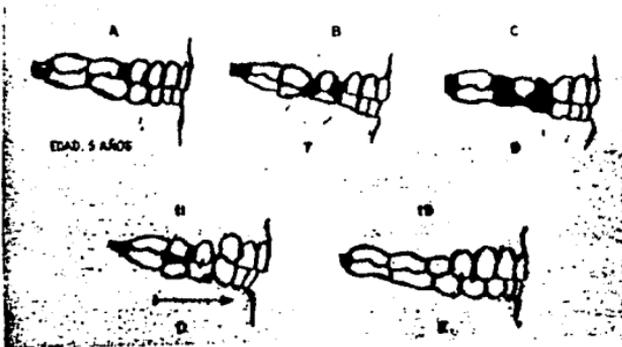
Las sobremordidas incisivas aumentan al pasar de -- dentadura primaria a dentadura mixta. Pero cuando el grado de extensión delantera de las secciones anteriores de ambos arcos es igual, entonces el grado de sobremordida en la dentadura mixta será el mismo que en la dentadura primaria. (Fig. 6).

En algunos casos la extensión hacia delante de la sección anterior mandibular puede ser mayor que la del maxilar; si esto ocurre el grado de sobremordida incisiva será menor en la dentadura mixta que en la primaria. El canino mandibular permanente hace erupción antes que el maxilar permanente y antes de la pérdida del segundo molar primario mandibular. Puede crearse espacio para el canino mandibular permanente -- por extensión del segmento anterior inferior. (Fig. 7).

En el arco superior, el canino permanente hace erupción después del primer premolar y después de la exfoliación del segundo molar primario.

Aquí el canino permanente se crea espacio moviendo el primer premolar distalmente hacia el espacio dejado por el segundo molar primario perdido; el segundo premolar no requiere este espacio tan amplio.



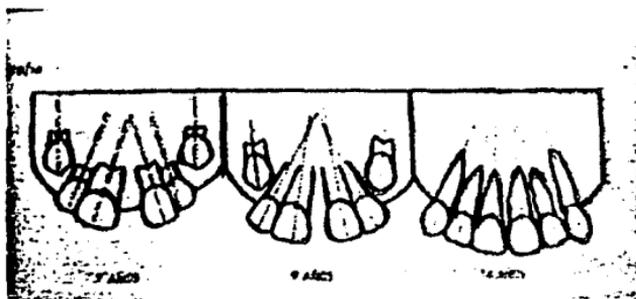


A veces se requieren ajustes complicados para proporcionar el acomodo adecuado a todas las piezas y ocasionalmente no se logran los resultados deseados.

A veces, los ajustes complicados producen falta de armonía pasajera.

Broadbent denomina el período que va desde la erupción de los incisivos laterales hasta la erupción de los caninos en donde se le denomina esta etapa del "patito feo" ya que implica una metamorfosis inestética conducente a resultados estéticos. (Fig. 8).

Puede desarrollarse un espacio entre las coronas centrales maxilares, las coronas laterales pueden separarse;



a menudo se sacrifican los frenillos al tratar de eliminar la causa del espaciamento entre centrales.

Las coronas de los caninos en la mandíbula joven -- golpean las raíces en desarrollo de los incisivos centrales, dirigiendo las raíces mesialmente y haciendo que las coronas se abran lateralmente. Las raíces de los centrales también se ven forzadas en dirección convergente.

Cuando los laterales siguen erupcionando, porciones más estrechas de sus raíces están en proximidad a los caninos en desarrollo; Margolis a denominado al proceso alveolar "el

servidor de la pieza", en esta etapa el maxilar superior está abultándose en la región de los caninos, a medida que el proceso alveolar se desarrolla alrededor del canino en formación. Con la emigración oclusal del canino, con la ayuda del proceso alveolar, el punto de influencia del canino sobre los laterales se desvían incisalmente, de manera que las coronas laterales serán llevadas mesialmente, lo que también influirá en el cierre del espacio entre los centrales. Con la erupción de las coronas de los caninos, queda mayor espacio para permitir el movimiento lateral de las raíces de los laterales.

El problema es determinar si la situación esta dentro de los límites normales, mantener al paciente bajo observación periódica será preferible a realizar una frenilectomía inmediata, para corregir una circunstancia que tal vez pueda corregirse por sí sola.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LOS HABITOS BUCALES

Definición.- Hábito: del latín habitus, práctica o costumbre adquirida por la repetición frecuente de actos de la misma especie.

Se hablará de los principales malos hábitos de los niños y los que mayores repercusiones tienen sobre los tejidos bucales.

CLASIFICACION DE LOS HABITOS

Dentro de los malos hábitos bucales que mayor interés y preocupación causa al Cirujano Dentista se encuentran los descritos por Olson en donde psicológicamente los describe como hábitos compulsivos y no compulsivos.

Posteriormente describiremos a estos dos grupos de hábitos ahora nos ocuparemos de los hábitos encontrados en niños y que de una u otra forma afecta a los mismos.

HABITOS DE SUCCION

- Succión digital.
- Succión de chupones y mamilas.
- Succión labial.
- Succión de carrillos.

HABITOS LINGUALES

- Lengua proctátil.
- Hábito de sesco.

RESPIRACION BUCAL

BRUXISMO

ONICOFAGIA

HABITO DE POSICION

MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS.

HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

Se han clasificado a los hábitos en dos grupos según Olson los cuales a continuación describimos.

- Hábitos compulsivos:

Se les considera hábitos compulsivos a aquel hábito bucal que va adquiriendo una fijación en el niño, al grado -- que este ocurre a la práctica de ese hábito cuando el se 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. La etiología de los hábitos bucales compulsivos son difícil de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o los que el niño recibió poco alimento en cada toma. También pue-

de haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se le ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternal, juega un papel importante en muchos casos.

- Hábitos NO Compulsivos.

Los niños experimentan modificaciones de conducta los cuales les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. Se puede lograr cambios por medio de halagos y en ciertos casos amenaza de castigo fuerte por parte de los padres.

HABITO DE SUCCION DIGITAL

Definición.- La succión digital es la colocación del pulgar o de uno o varios dedos a diferentes profundidades de la boca.

Etiología.- Varias teorías existen y muchas de ellas son contradictorias entre sí, han sido expuestas para explicar la succión del pulgar.

Concretamente se pueden agrupar las diferentes ideas que existen en tres teorías concretamente:

1.- La succión como respuesta a un impulso oral.

El niño succiona el pulgar o los otros dedos ya que la necesidad de ejercitar el mecanismo de succión no queda satisfecho para obtener su alimento durante el proceso.

2.- La actividad oral como auxiliar de un anhelo de alimentarse.

La succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer que se encuentra asociado con la obtención del alimento, inclusive cuando éste existe.

3.- La succión como actividad sexual.

Esta teoría es la apoyada por S. Freud, nos dice que es un estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producida por la acción de succionar es una es

timulación erótica, que proporciona un placer sensual del mismo tipo de las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales.

Starr divide el problema de la succión digital según su aspecto clínico en tres fases de desarrollo:

FASE I.- Esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años y en esta época la gran mayoría de los niños se succiona el pulgar u otro dedo, en especial al dejar de mamar.

FASE II.- Esta fase está comprendida entre los 2 y los 4 años de edad, requiere de mayor atención ya que a esta edad el chupeteo nos muestra una ansiedad y principalmente desde el punto de vista del cirujano dentista, en este sentido debe iniciar el retiro del hábito.

FASE III.- Al persistir el hábito en el niño hasta después de los 4 años, representa para el dentista un problema mayor ya que en esta edad el hábito puede presentar una patología psicológica o emocional la cual influirá grandemente en la persistencia del hábito.

Para reconocer el hábito de succión digital se puede recurrir a cuatro procedimientos de diagnóstico: anteceden-

tes de la actividad de succión digital, evaluación del estado emocional del niño, examen extrabucal y examen intrabucal.

El odontólogo debe hacerle a los padres ciertas -- preguntas importantes como son: ¿Con qué frecuencia succiona el niño? ¿Cuánto tiempo aproximado dura la succión?, ¿Con -- qué intensidad succiona?; las respuestas indicarán el grado del efecto que pueda esperarse sobre la dentición.

A partir de esta serie de cuestionamientos podemos darnos cuenta si el niño se encuentra en diferentes estados como pueden ser el emocional; en donde podemos saber si la succión es una actividad con o sin sentido y con esta identificación podemos saber si el niño quiere dejar de succionar el dedo y sólo necesita que lo ayuden. En cambio hay casos -- cuando el niño no está emocionalmente preparado para aceptar cualquier intervención como sucede cuando el niño se da cuenta que los padres piensan divorciarse o cuando el niño va -- mal en la escuela. Muchas veces el éxito de la actividad adecuada dependerá del diagnóstico del sentido u objeto de la actividad de succionar.

EXAMEN EXTRABUCAL

Los objetivos son determinar cual es el dedo chupado y como es colocado en la boca; el determinar cual es el -- dedo succionado puede indicar si habrá algún efecto en la --

dentición. La introducción de un pulgar no implica necesariamente que habrá fuerzas suficientes para mover los dientes o impedir su erupción. En cambio la introducción de uno o varios dedos suele tener efecto en la dentición.

A veces el pulgar mismo no ejerce ninguna presión, la presión de la lengua sobre los incisivos inferiores dependerá de la manera de introducir el pulgar en la boca y de si éste toca o no el paladar o los incisivos inferiores; cuando el pulgar penetra más allá de su primera articulación puede o no alcanzar su bóveda palatina, pero el factor importante es que tocará los incisivos inferiores durante la actividad de succión.

Mientras el pulgar se halla en la boca, la lengua queda apretada contra la superficie lingual de los incisivos inferiores, la cual origina una posición más labial de los dientes.

Mediante la comparación del dedo succionado con su contraparte en la otra mano, se puede observar varios signos clínicos en el dedo chupado, como son engrosamiento de la piel, callosidades, cicatrices, uñas más limpias de color rojo, en donde estos signos pueden indicar la intensidad o duración de la actividad.

EXAMEN INTRABUCAL.

La malformación que se presenta con mayor frecuencia dentro de la succión es la mordida abierta anterior. Durante la succión, la mandíbula se retrae pero muchas veces - esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o - el brazo favorecen una mayor retrusión y los incisivos inferiores se lingualizan, al retraerse la mandíbula puede acompañarse de un cambio articular y frecuentemente inhibe los - movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar al producirse la linguoversión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad, los músculos de los carrillos que crean la succión, - ejercen una sobre presión provocando una inhibición del desarrollo del maxilar en una dirección lateral, resultando un arco dental estrecho elevándose la bóveda palatina con lo -- que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a su posición normal; se presenta una protusión de los -- dientes anteriores superiores, una sobremordida vertical profunda, una protusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores. Al producirse la protusión maxilar y retrusión de la mandíbula provocando con sigo una mordida abierta.

TRATAMIENTO

El tiempo ideal para la colocación de la aparatología es entre las edades de 3 y medio y 4 y medio años de edad, se recomienda también que sea entre la temporada de verano - ya que en esta temporada el niño se puede encontrar en condiciones inmejorables y los deseos de succionar pueden ser subliminadas por los juegos y las actividades que él tenga, aunque es bueno recordar que esto no se puede tomar como una regla a seguir. Hay que tomar en cuenta que ningún tratamiento será efectivo si no hacemos que el niño esté conciente -- del problema y de esta forma podamos contar con su ayuda y - hacerle entender al niño que el aparato que le colocaremos - es un simple recordatorio más no es como un castigo para él.

Lo antes mencionado podemos hacerlo indicándole al niño que trate de tomar conciencia en el hábito y al mismo - tiempo dominarlo por él mismo esto sería en tomar en consideración antes de ser colocado el aparato; si de ésta forma no resulta podemos hacer uso de la aparatología para el caso necesario y este mismo aparato le servirá como un simple recordatorio de no chuparse el dedo.

Cuando hemos tratado por los medios antes mencionados al querer terminar con el problema tenemos que hacer hincapié en que es necesaria una intensa cooperación del niño - para eliminar en todo el problema y además que el aparato de

resultado favorable.

El aparato se distingue por desempeñar varias funciones primero: hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Deberá procederse con sumo cuidado y deberá informarse tanto a los padres como al niño, que el aparato no es una manera restrictiva, que no se utiliza más que para poder enderezar los dientes, mejorar la apariencia y poder proporcionar un "elemento sano para masticar".

En segundo término el aparato evita que se desplace los incisivos superiores en sentido bucal y evita la creación de mordida abierta así como condiciones adaptivas y deformantes de la lengua y los labios.

Tercero el aparato evita que la lengua se desplace en sentido delantero, como resultado la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos.

Varios son los diseños de los aparatos fabricados para suprimir la succión digital, algunos de ellos removibles y otros fijos.

Los removibles no son muy indicados ya que aunque el niño quiera terminar con su problema no tiene la suficiente madurez para poder conservar todo el tiempo el aparato en la boca. El aparato más utilizado y quizá el recomendable se fabrica de la siguiente manera:

En la boca del niño se ajustan las coronas o las bandas que se deben de adaptar a los segundos molares superiores temporales se toma la impresión con cualquier material para impresionar tomando las indicaciones y cuidados mencionados en la toma de modelos de estudio; se saca el positivo de éste con un investimento (blanca nieves) para poder ajustar las coronas de acero-cromo o soldar las bandas; hay que recordar que la toma de impresión se hará cuando las coronas estén ajustadas al igual que las bandas y tener mucho cuidado en el momento de correr la impresión ya que éstas se pueden mover.

Ya una vez obtenido el modelo de yeso procederemos a realizar el cuerpo central del aparato el cual se hará con alambre del no. .036 ó .040, el alambre va a ir desde el segundo molar temporal hasta el punto de unión entre el prime-

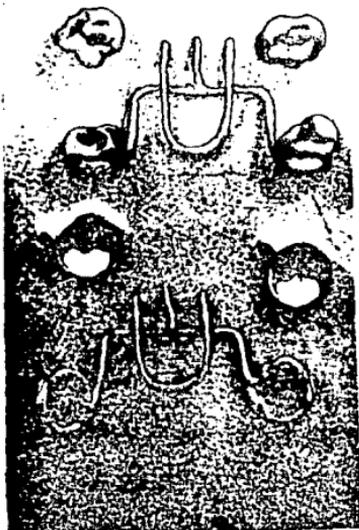
molar primario en su cara mesial y el canino primario en la cara distal, ahora hemos pasado al lado vestibular donde el alambre correrá por la parte gingival haciendo un doblé: en forma de curva (loop) el cual se extiende hacia atrás hasta el tercio mesial del segundo molar primario superior y hacia adelante donde quedan como espolones, 2 mm por detrás de los incisivos superiores; se solda el cuerpo del aparato a 45° del plano oclusal. Se coloca un tercer alambre en medio de los otros dos que es el tercer espolón y se solda. Luego se procede a soldar todo el cuerpo a las bandas o coronas según sea el caso; se cortan y se pulen los sobrantes y se encuentra lista para llevarse a la boca.

En la siguiente cita se retira del modelo y se prueba en la boca, si se utilizaron coronas se prueba que no existan puntos altos, se comprueba que los incisivos no choquen con los espolones en cuyo caso recortaremos hasta que queden 2 mm por debajo y por detrás de los anteriores inferiores y 2 mm por debajo del borde incisal de los superiores, si en este caso todo se encuentra correcto podemos cementar el aparato, también es importante que en las bandas nos fijemos que no existan zonas isquémicas y que al mismo tiempo no haya partes cortantes en las mismas bandas.

Otro tipo de aparato que es comunmente utilizado y que no tiene el problema de los espolones, es aquel que tar-

Aparato soldado a coronas.

aparato soldado a bandas.



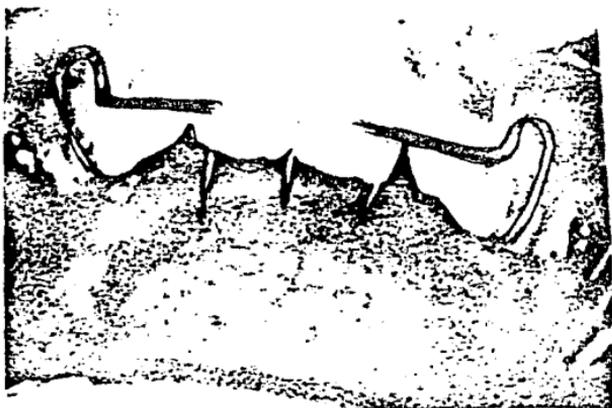
bién debe su retención a bandas y coronas sobre los segundos molares superiores desiguos; se utiliza alambre de ortodoncia del mismo número que en el aparato antes descrito y el cual también va a ir en forma de U del segundo molar como se describió en la técnica anterior, en la zona de anteriores forma una serie de ochos continuos los cuales suprimirán la satisfacción que tiene el niño de chuparse el dedo.

El aparato se utiliza de 4 a 6 meses pero varía de pendiendo del éxito del mismo, una vez que se ha cumplido el cometido se dejará unas cuantas semanas y se retirará.

En otras ocasiones en lugar de utilizar aparatolo-

gía fija se puede recurrir a la utilización de un dispositivo removible, es indicado en los casos en los que el niño quiere dejar de quitarse la ansiedad, pero donde en algún caso quizá tiene un motivo emocional y así el niño pueda quitárselo cuando lo exija su estado emocional.

Una trampa con punzón puede ser utilizado como "recondatorio" este puede ir sujetado a un elemento de acrílico como es la placa Hawley, siguiendo las exigencias de la aparatología fija en el cuidado de no chocar con los dientes inferiores y encontrarse a 2 mm del borde incisal de los anteriores superiores.



Aparato removible , de rastrillo.

Las trampas tienen como finalidad:

- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- Distribuir también las fuerzas a las piezas posteriores.
- Recordar al paciente que se está entregando a su hábito.
- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

Las trampas determinadas de rastrillo al igual que las de punzón pueden ser aparatos fijos o removibles, pero lo que implica es que más que recordar al niño lo castiga.

Se construye de igual manera que los de tipo de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan las barras paralelas transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina, las púas dificultan la succión del dedo.

SUCCION DE CHUPONES Y MAMILAS

En estudios realizados por Anne Freud acerca de los hábitos bucales llegó a la conclusión que los niños que tuvieron alimentación materna tenían menos hábitos que los que tuvieron alimentación con mamilas. En la alimentación de pecho la lengua es atraída hacia delante poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arriba, adelante, abajo y atrás provocando de esta forma el mecanismo de succión.

Muchos fabricantes de mamilas para biberones han tratado de imitar al máximo el pecho materno, como es el caso de la casa Rocky Mountain, fabricó una mamila la cual incita al niño a la misma actividad que durante la actividad funcional durante la alimentación de pecho. Esta mamila entra en contacto no solamente con los labios sino que entra a una profundidad mayor alrededor de la boca; es de mayor tamaño que lo normal y se encuentra en contacto que permite un sellado entre la lengua y el paladar durante la alimentación.

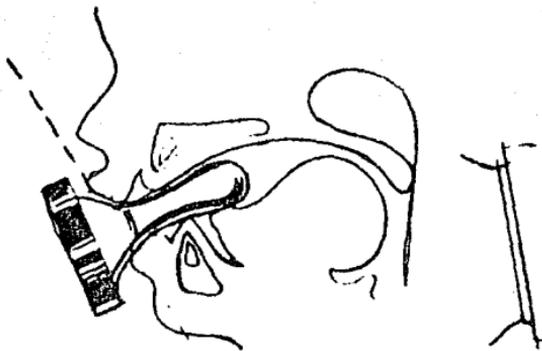
El objetivo que se tiene en la utilización del chupón y de la mamila es que el niño reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario que evite volver a la succión digital o hábito de la lengua entre las comidas y a la hora de dormir.

Si la lactancia se realiza con biberón fisiológicamente diseñado junto con el contacto materno y los mismos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

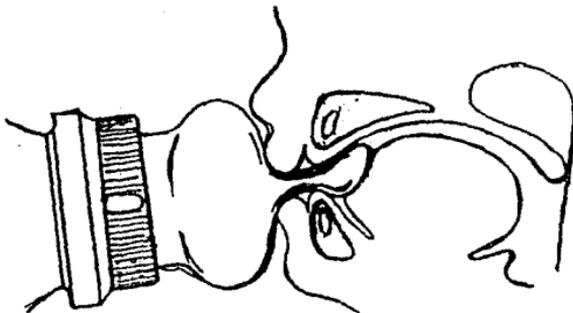
Al igual que la mamila el diseño del chupón debe tener una vital importancia para evitar maloclusiones, ya que algunos niños se hacen adictos al biberón o a la mamila en la cual aún sin tener alimento dentro de la mamila ellos se encuentran satisfaciendo su placer, es por ello que en algunos casos podemos observar mordida abierta ya que los niños traen colgando la mamila únicamente por hábito.

La acción del biberón correctamente diseñado, imita la actividad natural, los labios deben estar en contacto con la base tibia del biberón que es flexible y se adapta a los contornos del labio, es por ello que los padres deben tener sumo cuidado con este tipo de hábito ya que solamente los niños lo hacen por tener una satisfacción y además de causarles una maloclusión también puede afectar a los dientes mismos como es el caso del síndrome de mamila.

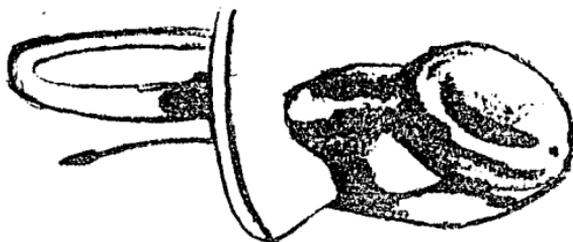
El tratamiento para este hábito pensamos que es el cuidado de los padres a los niños y una información acertada de los problemas que pueden causar este tipo de hábito.



Lactancia no fisiológica que impide obtener el cierre labial y por lo tanto ingiere aire junto con la leche.



Acción del biberón Nuk Sauger imita la actividad natural y se obtiene un cierre natural de los labios.



Ejercitador para niños menores de un año para estimular el movimiento normal de la lactancia.



Ejercitador secundario mayor, para niños mayores de un año.

SUCCION LABIAL

Definición.- Queilofagia, es el hábito de succión labial, el cual es una actividad anormal, que en varias ocasiones puede aparecer como resultado de una succión digital.

Etiología.- En muchas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital presentan succión del labio inferior o mordiéndolo y de esta forma logran la misma satisfacción que obtenían al succionar el dedo y así poco a poco irán desplazando la succión digital para dedicarse de lleno al nuevo hábito.

Al presentar un niño una sobremordida horizontal, les es más difícil lograr un cierre normal de los labios para poder ejecutar la deglución y es por lo que coloca su labio inferior pegado a la cara palatina de los incisivos superiores, ejerciendo así una presión negativa sobre los dientes anteriores al intentar cerrar la boca.

Malformaciones.- La presencia de succión labial va a causar una mordida horizontal amplia. Es cierto que cuando existe una sobremordida ésta va a ser una de las causas para que aparezca la succión labial.

Los dientes anteriores superiores van a sufrir una labialización y los anteriores inferiores una lingualización

por la fuerza ejercida por el labio inferior sobre la cara palatina sobre los superiores como lo mencionamos anteriormente. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un apiñonamiento en el segmento anterior inferior; en otros casos el labio muestra los efectos del hábito anormal, el borde del bermellón se encuentra hipertrofiado y aumento de volumen durante el descenso. Se acentúan el surco mentolabial en algunos casos aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento de algunas zonas del labio o del labio completo.

Tratamiento.- Como primer paso es indispensable que nos pongamos con el ortodoncista para corregir la oclusión cuando existe una sobremordida horizontal excesiva y en aquellos casos en las que la oclusión se puede considerar normal la solución es la colocación de aparatos.

Técnica.- Se ajustarán las bandas metálicas o las coronas las que se ajustarán a los primeros o segundos molares permanentes o al primer molar temporal inferior, esto será dependiendo de la edad del niño o en el caso de que esté mudando.

Una vez que se encuentran ajustadas las bandas y las coronas se procederá a realizar la toma de impresión como ya se mencionó en el capítulo anterior, tanto en la toma

de impresiones como en la obtención del positivo del modelo de estudio, se recomienda ponerlos en el articulador ayudados de una relación en cera de la mordida del paciente.

Se toma alambre de ortodoncia del no. .036 ó .040 el cual nos servirá como cuerpo del aparato y se ajustará igualmente desde el primer molar inferior hasta el espacio interproximal comprendido del primer molar inferior hasta el espacio interproximal del canino y el primer molar primario hacia lingual y llevarlo hasta el primer molar inferior.

La porción labial deberá quedar de 2 a 3 mm aproximadamente separada de la cara labial de los incisivos y además debe revisarse que el alambre no haga contacto con la cara palatina de los anteriores superiores, si esto sucede deberá doblarse el alambre hacia gingival. Se toma posteriormente un alambre secundario del no. .036 soldándolo al alambre principal en el lugar en que este pasa de lingual a labial y se contornea paralelo al alambre principal de 6 a 8 mm hacia gingival llevándolo hacia el otro lado donde se solda con el extremo libre. Este alambre auxiliar debe ir separado del tejido gingival 3 mm se solda el alambre principal a las coronas y se prueba en el modelo para quitar las posibles interferencias oclusales, se limpia y se pule para poder cementarlo en la boca.

La porción labial puede ser modificada al agregar acrílico entre el alambre principal y el auxiliar, esto es con el fin de evitar la irritación del labio inferior.

Otra variante es que el alambre principal va totalmente por bucal, el aparato deberá permanecer por varios meses en la boca y puede ser retirado por partes, en donde se retira primero el alambre auxiliar y después el resto del aparato. Una vez retirado el aparato es conveniente recomendar al paciente una serie de ejercicios con el fin de evitar una reincidencia del hábito y para disminuir la hipotonicidad y flacidez del labio superior. Estos ejercicios deberán tener una duración entre 15 ó 30 min. diarios y consistirán en bajar lo más posible el labio superior hacia los incisivos inferiores y subir el labio inferior por encima del labio superior.

SUCCION DE CARRILLOS

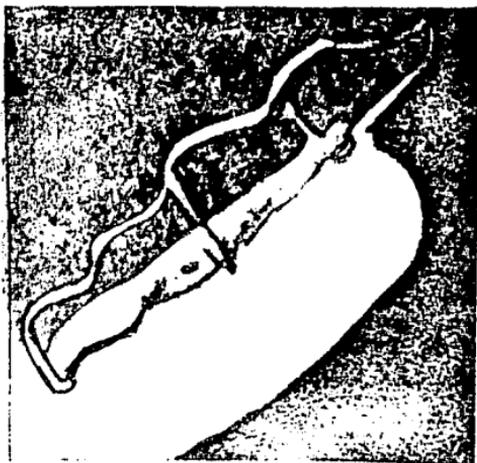
Définición.- Se le denomina a este tipo de hábito la succión por la parte carnosa de la cara, por la parte interna de la boca, la cual puede formar una hinchazón horizontal.

Etiología.- Las causas exactas que producen la succión del carrillo no son conocidas con certeza, sin embargo se ha pensado que este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial o digital. Un factor que puede dar origen a dicho hábito, es la mordida abierta posterior, la cual se va a ir incrementando por el hábito.

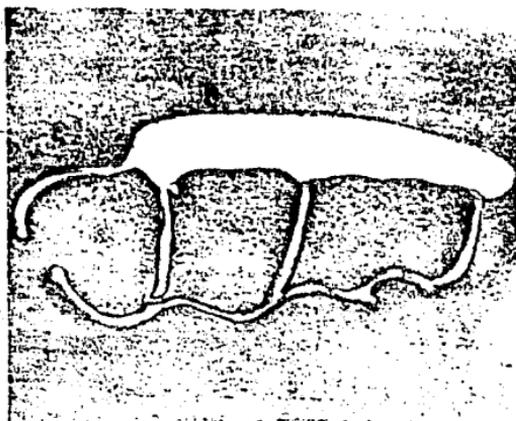
Tratamiento.- Cuando existe un hábito persistente de morderse el carrillo, se puede utilizar una criba removible para eliminar el hábito o también una pantalla vestibular o bucal. La pantalla bucal debe abarcar la zona de la mordida abierta este tipo de aparato tiene el inconveniente de que puede ser utilizado sólo durante la noche.

El aparato más utilizado para este tipo de hábito es el que está formado por un alambre que va adaptado y se sostiene por bucal y lingual de los dientes en que se ha producido por la mordida abierta, generalmente es la zona de premolares y molares y en la parte bucal lleva una zona de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como a

los inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que los dientes continuen su erupción para poder cerrar la mordida abierta.



FANTALLA BUCAL.



LENGUA PROCTÁTIL

Definición.- Podemos definir a este hábito como el acto con el cual el niño interpone o adelanta a la lengua durante el acto de la deglución, más en algunos casos se ha reportado este tipo de hábito cuando existe mordida abierta anterior y es a causa de la lengua que se encuentra entre las dos arcadas.

Etiología.- Varios autores entre ellos Graber, dicen que el hábito de lengua proctátil es el resultado de una succión digital, ya que después de haber creado una mordida abierta anterior la lengua es proyectada hacia el espacio ocupándolo, aumentándolo o impidiendo que éste se cierre.

Cuando existen amígdalas hipertróficas o hipersensibles provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de esta se desplace hacia adelante creando así el hábito de la lengua proctátil.

Otra de las causas de este mal hábito es el haber alimentado al niño con mamila durante demasiado tiempo y haber demorado en sustituirla por alimentos más sólidos.

La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan la lengua proctátil, al no poder el niño mantenerla dentro de su boca por ser ésta demasiado grande, comen-

zará a protuirla y si esto no es corregido dará origen al hábito lingual.

Straub describió como acto normal de deglución en los cuales los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso.

La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar donde se encuentra la papila palatina anterior. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y los labios. Si la fuerza de la lengua excede la fuerza compensatoria ejercida por otras estructuras el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

El hábito anormal de la deglución, en cambio los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en

la zona de caninos y molares así como la zona anterior. Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar en conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo alimenticio hacia atrás, el acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto o menos en la del sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando de frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta se sabrá que el acto es normal si el músculo temporal se contrae si esto no sucediera durante el acto normal este músculo no se contraería.

La lengua también se puede presentar en una posición anormal la cual también está asociada a la mala oclusión de los dientes. La deglución viceral (infantil) al parecer sería causada por la conservación de la pauta refleja congénita, el bebé deglute con los bordes gingivales desdentados separados al erupcionar los dientes toma posición entre los labios y la lengua.

En coincidencia con esto el reflejo de la deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par entra en acción. Un hábito precoz de succión del pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil, los pacientes que conservan su patrón anormal de deglución pueden solo tener los dientes posteriores en oclusión.

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

Malformaciones.- Los distintos efectos, ya sean causados por el tamaño, la postura o forma de la lengua o del acto de deglutir, van a repercutir en la estructura y constitución de los tejidos sanos. La macroglosia, es capaz de asumir la responsabilidad de causar mordida abierta tanto anterior como posterior, diastemas y en casos muy severos incrementar el crecimiento de la mandíbula. Durante la deglución la lengua ejerce una presión desde dentro hacia afuera contra los dientes, esta presión está compensada por la fuerza que ejercen los labios y los carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor da como resultado la labialización de los dientes anteriores así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida anterior y por consiguiente patología de los tejidos de soporte además de que de persistir el hábito demasiado tiempo puede causar la aparición del hábito secundario de seseo así como problemas de lenguaje.

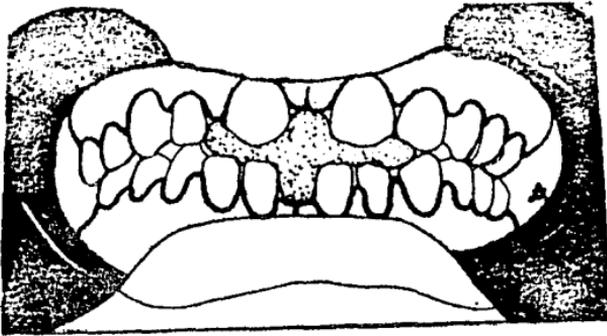
Tratamiento. - Para poder realizar el mejor tratamiento es necesario tener un buen diagnóstico del hábito, aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple antes se debiera intentar la terapéutica funcional.

Se ha recomendado que el paciente sea instruído para practicar la deglución correcta 20 veces antes de la comida.

Con un vaso con agua en la mano y un espejo por delante, se servirá 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 tropezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar; se le indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelve, mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

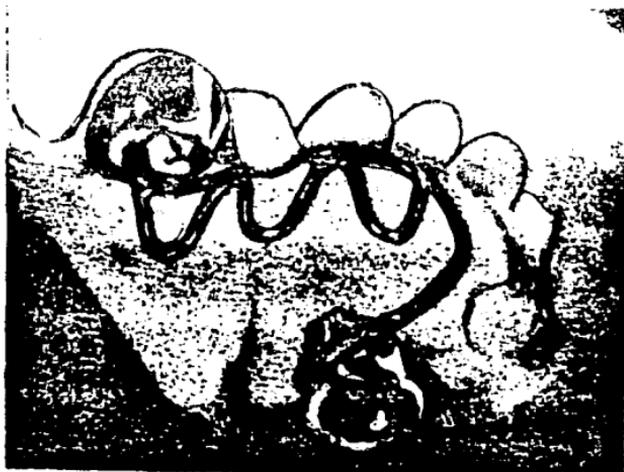
Después de que el paciente ha adiestrado su lengua y sus músculos para que funcione adecuadamente el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior con una valla para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.



LENGUA PROCTATIL.

El aparato utilizado para este fin es muy semejante al de la succión digital pero con unas pequeñas variantes, el aparato lleva los espolones pero estos se encuentran más curvos hacia abajo con el objeto de formar una barrera que de más proyección a los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, de la sobrefuerza que ejerce la lengua sobre ellos durante la deglución.

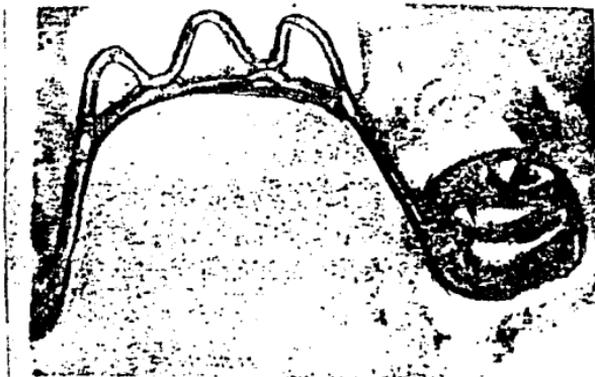
Otro aparato es el que consta de una serie de curvas en forma de "S" continuas y que van por detrás de los dientes anteriores inferiores, esto es con el fin de proteger a los dientes de la protusión lingual.



MORDIDA ABIERTA POSTERIOR

El aparato deberá ir por debajo del borde incisal de los incisivos inferiores para brindar también protección, este aparato tiene la ventaja de que cuando la lengua este proyectada también contra la zona de molares permanentes produciendo una zona de mordida abierta posterior es utilizado colocando la zona de curvas en donde se presenta la mordida abierta.

El tiempo de duración del aparato dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá variar de 4 a 9 meses muchas ocasiones la mordida es tan extensa que el aparato no la puede resolver por sí solo, y es cuando se requiere de un aparato ortodéntico.



MORDIDA ABIERTA ANTERIOR



ARCO HAWLEY CON TRAMPA

HABITO DE CECEO

Definición.- Se le llama correctamente sigmatismo, y es referente a un problema de articulación del fonema "S" y en uso frecuente, incorrecto y vicioso.

Etiología.- Es debido a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, a deficiencia en el desarrollo del lenguaje. Además aparece muy frecuentemente, en niños que han perdido prematuramente los incisivos anteriores superiores y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio.

Se puede presentar también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Los sigmatismos se han dividido según su causa:

- 1.- Sigmatismo linguolabial.
- 2.- Sigmatismo Interdental.
- 3.- Sigmatismo Palatal.
- 4.- Sigmatismo.

Malformaciones.- El ceceo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua ya que al ser protuida puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse hacia los lados.

Tratamiento.- Se basará primeramente en identificar la causa del sigmatismo, se debe hacer la corrección de anomalías tales como la falta de los incisivos superiores y será remitido a un terapeuta del lenguaje, cuando es debido a un mal empleo se remitirá directamente al fonetra.

RESPIRACION BUCAL

Definición.- La respiración oral es un hábito nocivo que puede presentarse en niños y el cual muchas veces puede o pasa desapercibido por los padres o las personas cercanas a ellos.

Etiología.- La respiración bucal puede tener varias causas y pueden agruparse dentro de tres grupos:

- Problemas Nasales
- Problemas Bucales
- Problemas de Hábito

Los que respiran por la boca por problemas nasales son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo del aire a través del conducto nasal.

Cuando 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.

Lo hace por hábito el niño que respira continuamente por la boca aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo. El niño que respira por la boca por problemas bucales, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Puede distinguirse a cual de estas categorías pertenece el niño.

También debe diferenciarse al segundo tipo de división a la de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto mantiene los labios separados, frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca de los niños estomofícos que presentan caras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estrechos.

Tiene mayor propensidad a sufrir obstrucciones nasales a causa de su tipo genético, que los niños que tienen los espacios nasofaríngeos amplios como se encuentra en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede deberse a diferentes factores como son:

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

- 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 cierta 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.

Malformaciones.- Las personas que respiran por la boca tiene un aspecto típico que se puede describir como faciales adenoides aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas superiores se han protuido labialmente y los labios permanecen abiertos, como el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

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

No se ha demostrado que la respiración bucal pueda causar maloclusión, aunque frecuentemente se observa una maloclusión en niños que respiran por la boca. Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase también provocan respiración bucal. En un examen clínico a un paciente con respiración bucal se puede observar la tendencia a cálculos dentales, la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que provoca la respiración bucal, las encías se encuentran crecidas en la zona de los incisivos superiores.

Tratamiento.- Aunque la corrección de los problemas nasales puede producirse por medio de intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por hábito. Esto se puede presentar cuando el niño duerme o está en una 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 medio de la construcción de un protector bucal, que bloquee el paso del aire y lo haga de esta forma por los orificios nasales.

Antes de tratar al niño de forzarlo a respirar por la boca poniéndole el protector bucal, deberá asegurarse de

que el orificio nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio del aire, incluso en situaciones de la respiración forzada en casos de emoción extrema o ejercicio físico.

Hassler y Zwemer sugieren el uso de una partícula de algodón o de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural y no forzada como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz o solo lo hace con gran dificultad o cuando se lo piden, deberá enviársele a un otorrinolaringólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación.

Si el niño respira sin dificultad al pedirsele e incluso después del ejercicio, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser con la ayuda de un protector bucal.

Se utiliza el protector bucal para corregir la respiración, este descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar este tipo de respiración y favorecer de esta forma la respiración nasal. Generalmente se usa por la noche para que el niño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal si se lleva por la noche, los que muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua favorecen ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y los que succionan el pulgar se llevan el dedo a la boca.

Técnica de fabricación del protector.- El protector se podrá fabricar con cualquier material que sea compatible con los tejidos bucales.

Tomaremos las impresiones tanto superior como inferior y serán llevadas al articulador en oclusión, se marcará con un lápiz el contorno del aparato, cuyo límite será el surco vestibular evitándose las inserciones musculares. Se toma una hoja de papel estaño la que se colocará sobre el molde y se recorta siguiendo la línea, luego de esta hoja de estaño se coloca sobre una hoja de plexiglas, la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estaño.

Una vez recortado el plexiglas se calienta nuevamente y se adapta al modelo, se recorta, se pule y se puede colocar en la boca. Esta placa se colocará durante la noche y se debe retirar hasta que el padecimiento desaparezca, puede también ser utilizado el acrílico o placa tipo Bayer para la construcción del aparato.

BRUXISMO

El término de bruxismo se deriva del francés "la bruxomanie" sugerido en 1907 por Mario y Pietkiewicz. Frhman fue posiblemente el primero en utilizar la palabra bruxismo en 1931.

Definición.- Bruxismo se define como "el rechina- miento y movimiento de trituración de los dientes sin propósi- to funcional".

Los términos más comunmente utilizados son:

1. Neuralgia traumática (Karolyi).
2. Efecto de Karolyi.
3. Neurosis del hábito oclusal. (Tishler).
4. Parafunción (Drum).

Al bruxismo se le puede dividir de la siguiente ma- nera:

Bruxismo excéntrico.- Se le denomina así al rechina- miento y movimientos de trituración de los dientes en excen- siones excéntricas.

Bruxismo céntrico.- Se le denomina así al apreta- miento de los dientes en céntrica..

El bruxismo es un hábito producido generalmente por la noche, aunque puede observarse cuando el niño está despierto. Regularmente los pacientes que presentan este hábito nocturno no están concientes de él, pero se quejan de cansancio o dolor en los maxilares o en los músculos, particularmente por la mañana en el cual este dolor se irradia a la cabeza y el cuello.

El hábito es presente por la noche y al mismo tiempo se mantiene por un período prolongado, esto puede provocar la abrasión de los dientes temporales como de los permanentes. Los niños nerviosos pueden desarrollar BRIQUISMO el cual podrá continuar consciente o inconsciente por período definido.

Etiología.- La etiología del bruxismo sigue siendo hoy un tema de discusión pero sin embargo en estudios más recientes indican que cualquier tipo de interferencia oclusal puede desencadenar o mantener el bruxismo cuando se combina con tensión psíquica, El factor desencadenante más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

El segundo factor desencadenante del bruxismo, en orden de importancia son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio, aunque de mucho menor importancia que los dos factores ya señalados, también las interferencias en las

excursiones protusivas o en el lado de trabajo pueden desencadenar bruxismo.

Pueden existir también factores locales diferentes a las interferencias oclusales que contribuyan a la hipertonicidad de los músculos de los maxilares y a la iniciación de movimientos maxilares anormales; dichos factores son: colgajos gingivales de terceros molares; hiperplasia gingival o cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor, irregularidades en la superficie del labio, mejillas y lengua y dolor o malestar en la articulación temporomandibular y músculos maxilares.

Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedades del sistema nervioso como son la meningitis, epilepsia, corea, parálisis cerebral o deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo. Durante las horas de sueño las pesadillas pueden también provocar rechinamiento de los dientes.

Malformaciones.- El bruxismo produce atrición dentaria que se caracteriza por facetas en superiores dentarias que por lo general no son alcanzadas por los movimientos funcionales normales, ensanchamiento de las superficies oclusales y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical.

El bruxismo no causa necesariamente destrucción alveolar. El periodonto suele responder favorablemente al exceso de función mediante el ensanchamiento del ligamento periodontal y la mayor densidad del hueso alveolar.

Sin embargo, el impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento puede lesionar el periodonto al privarlo de períodos funcionales que necesita para la reparación normal.

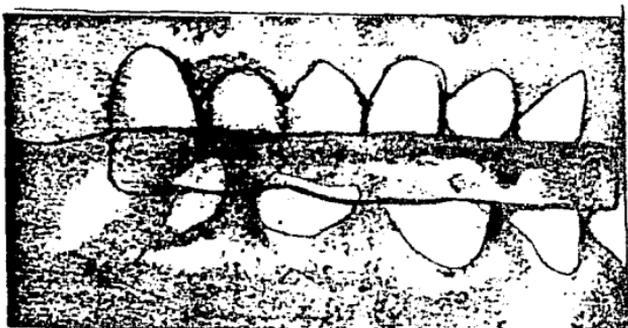
La lesión periodontal es más intensa alrededor de los dientes en contacto prematuro. Los hábitos de golpeteo que se concentran sobre un diente aislado o sectores de arco son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y apretamiento.

Los hábitos oclusales también pueden originar alteraciones temporomandibulares secundarias a la hipertonicidad de los músculos masticadores o la disminución de la dimensión vertical por la atrición excesiva no compensada por la erupción pasiva.

En general los signos característicos son patrones de desgaste oclusal astillamiento, fractura de los dientes, -

movilidad, aumento de tono (hipertrofia), dolor muscular y en algunas ocasiones exostosis (neoformaciones).

Tratamiento.- El tratamiento del bruxismo 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 en los dientes durante la noche. El caucho blando nos forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula es la misma que la de un protector bucal.



GUARDA COLUSAL.

Si la causa subyacente del bruxismo es emocional, ha de corregirse el factor nervioso, si se desea restablecerse. Se pueden confeccionar férulas removibles para ser utilizadas por la noche con la finalidad de inmovilizar los maxilares o guiar los movimientos para reducir al mínimo la lesión periodontal.

Si la enfermedad no es tratada, pueden originarse serios trastornos periodontales y temporomandibulares.

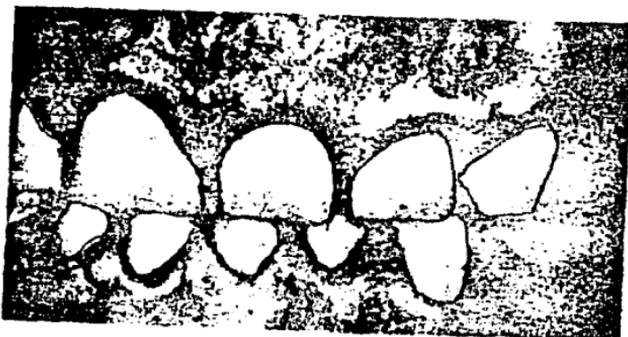
En los pacientes sin perturbaciones psicológicas graves aparentes pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo.

En síntesis los tratamientos indicados son:

- a) Psicoterapia
- b) Ejercicios relajantes
- c) Fisioterapia
- d) Terapia oclusal
- e) Férulas para mordidas

Las férulas oclusales que son de mejor resultado que las placas para mordidas para el tratamiento del bruxismo abarca no sólo el borde incisal de los dientes anteriores, sino que también cubren las caras oclusales de los dientes pos-

teriores. Las férulas se fabrican sobre modelos montados en articulador, utilizando acrílico de fraguado frío de preferencia. Esta férula deberá tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.



ONICOFAGIA

Definición.- Se le designa con el nombre de onicofagia a la "costumbre" que tienen algunos infantes de morderse las uñas hasta comérselas. En realidad se puede mencionar que no se trata de una costumbre, por lo menos al principio.

Etiología.- La onicofagia es un síntoma, como muchas otras manifestaciones y como tal, revela cierta tensión o ansiedad del pequeño. Este también como ya hemos visto en el hábito de succión del pulgar, es menos importante poner todos los medios para poder suprimir este comportamiento, -- que buscar la causa de esa tensión y luchar contra ella.

El hecho de morderse las uñas rara vez es un síntoma aislado, generalmente se manifiesta en un niño que ya ha presentado en su tierna edad, anomalías de apetito o que hasta ahora se chupaba o se chupa el dedo.

Es frecuente que la onicofagia se asocie en el pequeño a otro síntoma de nerviosismo, como terrores nocturnos, inquietud, etc.

Generalmente el niño no se muerde las uñas más que en determinados momentos del día, en el colegio, durante la lectura, en el cine, antes de dormirse, es decir, en los momentos en los que el niño se encuentra quieto y no tiene ninguna otra actividad y de ésta forma su ansiedad no puede encontrar otros medios de expresión.

Se trata en cierto modo de un exceso de tensión que encuentra ese medio de escape. Sin embargo, la onicofagia puede tener distintos significados, puede presentar la descarga de una emoción, como la cólera o la rabia en donde este gesto de agresión no va dirigido hacia el exterior, porque generalmente el niño no puede o no se atreve a manifestar de alguna manera su hostilidad hacia los que lo rodean, por consiguiente se ve obligado a desviar dicha agresividad hacia el mismo.

La mordedura o rasgadura de una uña es una mutilación en donde algunos niños tratan de manifestar su agresividad como antes se mencionó, y también del placer de satisfacción. Sea como fuere, en todos los casos la onicofagia --sirve de válvula afectiva de expansión y va acompañada de cierto descanso y ligada a una sensación de alivio.

Por otra parte, se puede decir que quizá ese alivio no se encuentre hasta que la uña no este roída por completo.

Generalmente se les puede observar a los padres el disgusto que les causa y por otra parte intentan por todos los medios que su hijo pierda por todo momento tan detestable costumbre, mejor determinado como hábito.

Maloclusiones.- La onicofagia no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones puesto que las fuerzas y tensiones aplicadas al morder las uñas son similares al proceso de masticación, sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentan este hábito se llegó a denotar que sufrían una considerable atrición de las piezas anteriores inferiores se cree que sea debido a impurezas que se encontraban por debajo de las uñas, pero esto no se puede considerar como un hecho real. Como ya se mencionó anteriormente, morderse las uñas alivia la tensión y debemos recordar que un hábito como cualquier conducta general, no deberá ser considerado como malo a menos que sea perjudicial.

Conforme el niño va creciendo va sustituyendo este hábito como es el caso de la goma de mascar, morder las gomas o los lápices, fumar, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes, pero existen personas adultas que aún se muerden las uñas.

Tratamiento.- Algunos padres untan a sus hijos una serie de líquidos malolientes, guantes, castigos y recompensas que son los medios más utilizados comunmente.

Nosotros en nuestras investigaciones no encontramos un tratamiento que pueda ser eficaz para este hábito ya que en cierto momento es más la responsabilidad del padre en el cuidado que se le tenga al niño podemos de esta forma tener en mente que solo podemos dar ayuda a los padres que lo soliciten en la sugerencia de tratar de darle al niño actividades para que de esta forma mantenga sus manos ocupadas y así poco a poco vaya teniendo éxito, ya que hay que reconocer que las medidas acerca del tratamiento antes mencionadas suelen ser contundentemente un fracaso. Debemos recordar que las medidas terapéuticas serán vanas sino se trata de actuar sobre la causa misma de la onicofagia más bien sobre el síntoma aislado.

A nuestro parecer este tipo de hábito debe ser llevado por una persona que se encuentre capacitada en mayor profundidad acerca de la personalidad del niño y de esta forma sugerir a los padres las actividades o la terapia que el niño puede tener, en este caso lo podemos recomendar a los psicólogos o los trabajadores en la licenciatura de ocupación del tiempo libre.

HABITO DE POSTURA

Los hábitos de postura son cotidianos y los mismos padres no saben el problema serio que pueden ocurrir en el niño por el hecho de que jamás se imaginan que estos problemas pueden estar presentes tanto a nivel de oclusión como en la ATM. En este caso únicamente se reservan a dar órdenes para evitar la postura del niño, ya sea cuando éste se encuentre haciendo los deberes escolares y lo hagan acostados o recargados en el antebrazo o cuando se encuentren apoyando la mandíbula sobre la palma de la mano en su lado anterior esto lo que provoca es que la mandíbula se deslice hacia un lado semejan-do un movimiento de lateralidad al mismo tiempo que el cóndilo tiende a realizar el movimiento hacia delante, abajo y fuera. Los padres o maestros o la gente que se encuentre en contacto directo con el niño fijan su atención a otros problemas que pueden ser bilaterales a los antes mencionados como son los casos de problemas de espalda, cuello, etc.

Los problemas que son frecuentes en este tipo de mal hábito son la mordida cruzada, o en casos que se pueden considerar como severos es la pérdida de parte del menisco articular y dar lugar a problemas de crepitación, chasquido o dolor a nivel de esta región.

Otros de los malos hábitos que acompañan a las posturas de los niños son el llevarse los diversos objetos a la

boca y adquirir al mismo tiempo posturas que acompañan, se puede mencionar que este tipo de hábito es consecuencia de la onicofagia y es dependiendo de la edad del niño.

El tratamiento y las malformaciones que pueden tener los niños que se encuentran en este caso se han mencionado ya en el tema anterior, referente a la onicofagia.

CONCLUSIONES

La realización de esta tesis nos da un marco de referencia acerca de los problemas principales en los malos hábitos orales en los niños, su conocimiento, forma de combatir lo; ya que es común observar que tanto los padres como la gente que se encuentra en contacto con el niño ven hasta cierto punto "normal" los hábitos que tienen los niños, basándose en el hecho de que los consideran como costumbres propias de la edad infantil, sin darse cuenta que pueden estas llegar a dar problemas serios como es el producir una determinada malformación dentaria, en las variantes que se mencionan en cada tema.

Por otra parte en esta tesis hemos tratado de dar a conocer los principales malos hábitos a los que se enfrenta el Cirujano Dentista y en donde se denotó que un hábito puede ser la causa principal para los subsecuentes hábitos; como ejemplo se puede mencionar en primer lugar el que el niño ha mantenido una alimentación con biberón hasta después de lo que se puede considerar como normal que sería entre el año o el año y medio, posteriormente se puede seguir con el hábito de succión del pulgar o cualquier otro dedo.

Se puede mencionar que han sido como consecuencia de tener el hábito de succión digital como es el caso de la succión labial en donde el infante se da cuenta que puede ob-

tener la misma satisfacción que tenía con el hábito de succión digital, con esto podemos hacer referencia a que podemos catalogar esto como si fuera una cadena, es decir, que a partir de un mal hábito oral, este puede dar como consecuencia el adquirir otro hábito en donde el niño puede tener el mismo interés o la misma satisfacción; esto no se puede considerar como una regla, pero es necesario tenerlo en cuenta, desde el momento en el que nos encontremos con cualquier caso de hábito y -- desde el momento de realizar nuestra historia clínica, con datos precisos, desde varios aspectos como son las relaciones en la escuela, la familia, y como consecuencia con el medio ambiente en el que se desenvuelve y de esta forma podemos tener el caso particular y se podrá alcanzar un tratamiento completo para tratar de erradicar en primer lugar el origen del mal hábito y en segundo lugar el tratamiento eficaz que se utilizará en ese caso; hay que hacer hincapié en que la aparatología que hemos de utilizar en los casos que mencionamos en la elaboración de la tesis son únicamente como un recordatorio para el niño más no como castigo por el hábito.

Esto es de vital importancia hacérselo entender al infante antes de ponerle el aparato ya que sino lo hacemos -- fracasaremos en nuestro tratamiento ya que el niño lo rechazará en todo momento.

El interés de realizar esta tesis es dirigirla al --

Cirujano Dentista de práctica general así como la Odontopedia tra ya que es para que se tenga en cuenta de que hemos clasificado a los malos hábitos más comunes, señalando su etiología, malformaciones dentales, así como el tratamiento específico y la técnica de construcción del aparato para erradicar y combatir el problema del mal hábito.

Esperamos que esta tesis cumpla su fin propuesto y sirva como guía sintetizada ya que hemos tratado de ser específicos en cada problema y de esta manera evitar dar a conocer elementos que no tengan validez para el odontólogo.

REFERENCIAS DE APOYO

Sigmund, Freud. NEW INTRODUCTORY ON PSYO ANALYSIS, Trad. New York Norothn and company, INC 1933; pag. 104, 105 - 106.

Graber, T.H. ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA, editorial Interamericana, pag. 642, 643, 650 a 655.

Bijou, Sidney W. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL, editorial Trillas, 1971.

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

Augé Gillon, HOLLIER Trad. José Antonio Fontanilla TU HIJO CRECE, ediciones Dalmon, Manual Tamayo.

Mauco, George, PENSANDO EN SU HIJO, cuarta edición ed. Interamericana, -- S.A. 1983.

ODONTOPEDIATRIA, S.U.A./U.N.A.M., 1984.

Graber, T.M. ORTODONCIA, Teoría y Práctica, editorial Interamericana, edición, 1982.

R. Mink, John, CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA, odontología pediátrica, Ed. Interamericana, 1a. Impresión enero de 1983.

Sidney B. Finn, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, editorial Interamericana, 2da. -- edición, 1982.

Cohen, Michael, PEQUEROS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO, - editorial médica panamericana, Buenos Aires, 1979.

Schluger S. Page, ENFERMEDAD PERIODONTAL, CECSA 1980.

Ramfjord, Ash OCLUSION, editorial Interamericana, 2da. edición.