



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. B. G.

HABITOS ORALES EN LA INFANCIA

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a n :

BARON LEMOINE RENALDO MARTIN

Y

ROJAS REYNOSA GERMAN

MEXICO, D. F.

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION	7
--------------	---

CAPITULO I

ASPECTOS EMBRIOLOGICOS GENERALES

1) Periodo embrionario.	10
2) Periodo fetal.	13

CAPITULO II

EMBRIOLOGIA DUCRUCIAL

1) Desarrollo embrionológico de la cara.	17
2) Desarrollo embrionológico del paladar.	18
3) Desarrollo embrionológico de la lengua.	19
4) Desarrollo dentario.	20

CAPITULO III

TEORIA FREUDIANA DE LAS ETAPAS DE DESARROLLO

1) Etapa oral.	22
2) Etapa anal.	23
3) Etapa fálica.	24

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS DE LA DENTICION INFANTIL

1) Desarrollo de los arcos dentales.	27
2) Desarrollo de la dentición.	27
3) Cronología de la dentición temporal.	28
4) Cronología de la dentición permanente.	29

5) Patrones normales de la erupción de los dientes.	29
6) Espacios de desarrollo.	30
7) Denticiones primarias espaciadas.	30
8) Clasificación de las maloclusiones.	31

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

A- Antecedentes de Historia Clínica	40
1) Definición de la Historia Clínica.	40
2) Examen clínico.	42
3) Modelos de estudio.	42
4) Historia Clínica del hábito.	44
5) Examen clínico del hábito.	47

CAPITULO VI

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS HÁBITOS BUCALES

1) Etiología de los hábitos bucales anormales.	55
2) Factores de origen Mecánico.	55
3) Factores de Origen Patológico.	55
4) Factores de Origen Emocional.	56
5) Hábito Imitativo.	56

CAPITULO VII

DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS BUCALES

A- Diferentes tipos de hábitos bucales. Aspectos Generales.	59
---	----

1) Por succión.	60
2) Por presión activa intrabucal.	60
3) Por interposición muscular.	60
4) Por presión exterior.	61

CAPITULO VIII

DESCRIPCION DE HABITOS BUCALES.

1) Succión del pulgar.	63
2) Hábito de presión de labio y lengua.	65
3) Bruxismo y Bricomanía.	68
4) Respiración bucal.	69
5) Empuje de frenillo.	72
6) Mordedura de uñas.	73

CAPITULO IX.

EFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES

1) Displasias Dentales.	75
2) Displasias Esqueléticas.	76
3) Displasias Esquelético-dentarias.	76

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE HABITOS BUCALES Y ORTODONCIA

A- Comentario al tratamiento de los hábitos bucales.	79
1) Ejercicios para el control de hábitos.	81
2) Generalidades sobre aparatos fijos y aparatos removibles.	89
3) Aparatos para corrección de hábitos bucales.	93
4) Tratamiento para el bruxismo.	104

CONCLUSIONES.

109

BIBLIOGRAFIA.

111

INTRODUCTION

INTRODUCCION

Al estudiar los hábitos como factor desencadenante de problemas oclusales en la infancia, encontramos que son actividades ejecutadas por los infantes con frecuencia e intensidad muy marcadas, en algunos casos de manera inconsciente y sin obtener sensaciones satisfactorias.

Los sin embargo en algunos otros casos, el hábito es afectado por reacciones imitativas que el paciente adquiere de otros niños tratando con esto de atraer la atención de su familia, esto ha sido encontrado en niños con decadencias en lo que se refiere a la atención que obtienen de su familia.

Muchos autores mencionan que los niños con hábitos, tienden a padecer trastornos emocionales profundos y sobrecargas de estrés emocional, los cuales ayudan a la fijación del hábito, dichos niños provienen generalmente de lugares en los cuales la armonía familiar no es muy cordial.

Por otra parte se ha mencionado que algunos de los hábitos se deben a disarmonias oclusales existentes, tal es el caso del bruxismo o bruxomanía, aunque en algunos casos, este hábito es tomado como medio de escape de cargas estresivas que provocan los padres sobre los niños.

La causa real que origina la fijación del hábito en los niños hasta el momento no lo muy claro, muchos autores les han relacionado a la existencia de mala alimentación.

El odontólogo como profesional debe tener conocimiento -
amplio de las alteraciones morfológicas que ocasionan los hábitos,
así mismo contar con las bases suficientes para contrarrestar los -
efectos nocivos producidos por éstos. Para dicho efecto, se deberá
siempre estudiar a fondo las alteraciones morfológicas por medio de
la Historia Clínica, anotando claramente antecedentes familiares -
que pudiesen indicar la predisposición del niño hacia la fijación -
del hábito, así como también tratar de descubrir patrones, reflejos
o instintivos que provoquen la fijación del hábito.

En caso de existir situaciones de tensión emocional, o -
alteraciones psicológicas que actúen como patrones desencadenantes
del hábito, deberán proponerse alternativas adecuadas para la -
rehabilitación del paciente.

CAPITULO I

ASPECTOS ETNOLOGICOS GENERALES

ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS GENERALES

1) Período Embrionario.

Este período se encuentra marcado de la 2a. a la 8a. semana de gestación y posee gran importancia, ya que en este comienza la formación de tejidos y órganos importantes del aparato reproductor.

Durante esta etapa el producto ya es un embrión constituido por tres láminas u hojas. Se forma el surco neural y el mesodermo comienza a formar las estructuras llamadas somitas, que darán lugar a la formación de músculos y otras porciones, los tubos cardíacos y células sanguíneas.

La hoja o capa externa, es llamada ectodermo y crea el sistema nervioso central y periférico, además de los derivados epiteliales que poseen receptores sensoriales en ojos, oídos, fosas nasales y boca. Además origina la epidermis o epitelio cutáneo y los anexos uñas y pelos, así como glándulas sudoríparas, sebáceas y glándulas mamarias; en la cavidad bucal primitiva o estómago, el ectodermo causa el nacimiento de las llamadas láminas dentarias que dan lugar a los órganos dentarios (esmalte), la bolsa de Rathke que se transforma en la adenohipófisis anterior.

La hoja o capa interna se denomina endodermo y motiva la formación de los epitelios de revestimiento del tracto digestivo desde la faringe hasta el esófago, estómago e intestino. Así como a todo el tracto respiratorio, a partir de la laringe.

Entre estas dos láminas se forma el mesodermo, que dará -

orinen al mesénquima, se dice se genere el esqueleto, músculos, --- partes del aparato renal, circulatorio y el soporte conectivo de los órganos internos.

A los 23 días de desarrollo podemos advertir el abultamiento que va a dar origen al pericardio, los orificios anterior y posterior del embrión, llamados neurororo anterior y posterior respectivamente.

En esta etapa aparecen también los rudimentos de la médula espinal. Todo este período de crecimiento, fue iniciado alrededor de los 20 días de la fecundación y se conoce como estado neurál porque se desarrolla principalmente el sistema nervioso; entre los 20 y 25 días, se ha formado el cerebro primitivo, la médula espinal parte del sistema nervioso y rudimentos de los ojos.

Al mes la cabeza del embrión es la parte más desarrollada junto con todo el sistema nervioso que se transformó rápidamente, -- como una amplia red que llevará mensajes centrales hacia la periferia del organismo y recogerá mensajes del exterior hacia el centro.

Treinta días después de la concepción tenemos ya una diferenciación celular sumamente marcada, por ejemplo: las terminaciones nerviosas de los órganos de los sentidos están casi formadas y encontramos más de 10,000 terminaciones en la boca que darán lugar a las sensaciones del gusto; más de 10,000 células nerviosas en el oído y 100,000 áreas sensitivas que forman los rudimentos ópticos.

Durante este período de desarrollo, encontramos ya la formación de músculos, pues a los treinta días se diferencian en un --

embrión 40 pares musculares, situados a los lados de la columna - -
espinal, en la que están presentes los 33 pares de rudimentos verte-
brales ya mencionados como somitas.

Al final del primer mes, ya también está formado el rudi-
mento del corazón como un tubo muscular que inicia su acción de bom-
beo de la sangre.

En la 5a. semana de embarazo se encuentra en desarrollo -
el pronefros, o sea la estructura primordial de los riñones.

Al iniciarse este segundo mes, la talla del embrión, es -
aproximadamente de 1cm. y comienza a flexionarse en dirección ven-
tral. La cabeza ocupa aproximadamente un tercio del tamaño y peso
del embrión. En esta segunda parte del período embrionario 5a. a -
7a. semana, la diferenciación corporal es más notoria ya que dife-
rentes órganos se pueden apreciar perfectamente. Siendo la cabeza
una de las regiones más desarrolladas, se observan los esbozos y --
formación de las extremidades superiores e inferiores.

Ocurre la herniación umbilical en la que los intestinos -
penetran a la porción proximal del cordón umbilical.

Se inicia la formación de los párpados y se observan los
conductos auditivos externos, principia también la formación del --
estómago y del esófago. Así mismo comienza la diferenciación cere-
bral.

En la 7a. semana ocurren cambios importantes en la forma-
ción del aparato masticatorio ya que la mandíbula, los dientes y --
los músculos faciales dan origen a su conformación. El hígado - -
inicia la hemocitopoyesis y por lo tanto el saco vitelino empieza -

su involución.

Los ojos comienzan a pigmentarse, siendo claramente visualizados a través de la piel transparente que los cubre. La cabeza es más redonda y recta. Se distingue ya una región en el cuello. Los pabellones auriculares aún están bajos. Las formaciones apendiculares torácicas y pélvicas son más largas y con dedos separados.

El intestino aún está en parte, dentro del cordón umbilical. En esta etapa de desarrollo el embrión mide aproximadamente - 32 mm. dando inicio así al período fetal.

2) Período Fetal.

Se inicia a partir de la 8a. semana hasta el nacimiento. Al inicio de esta etapa el crecimiento es rápido; la cara es ancha con ojos separados y pabellones auriculares con implantación aún -- baja, piernas cortas y muslos pequeños en desarrollo, los genitales externos aún no son diferenciables. El intestino permanece aún -- dentro del cordón umbilical.

Al iniciarse el tercer mes, la mayoría de los órganos, -- músculos y sistema nervioso, están listos para integrarse e interactuar, se reportan las sensaciones de ciertos movimientos fetales, porque los músculos responden a las señales que salen del -- cerebro.

La boca se abre y cierra y el embrión deglute líquido -- amniótico. Ya al final del tercer mes, también puede diferenciarse el sexo en el feto y se perfecciona la morfología del sistema renal el tamaño del feto es aproximadamente de 1 cm.

Durante la 20a. semana del desarrollo disminuye el ritmo de crecimiento. Los miembros inferiores ya están proporcionados y el feto presenta movimientos perceptibles por la madre.

Su cuerpo está cubierto por sustancia constituida por grasa y células epiteliales descamadas denominadas Vernix caseosa y por el lanugo (pelo muy fino).

Comienza a surgir el pelo de cabeza y cejas. El tamaño del feto es de 27.5 cm. aproximadamente.

A la 24a. semana de desarrollo el feto tiene aproximadamente 30 cm. de tamaño. Aumenta su peso, tiene la piel arrugada de color rose a rojo, pero su sistema respiratorio aún no le permitiría vivir si naciese prematuramente.

En la 28a. semana de desarrollo, el tamaño del feto es de 35 cm. aproximadamente. Si nace prematuramente puede sobrevivir, aunque con bajas posibilidades. Ojos nuevamente abiertos.

De la 36a. semana a la 38a., el tamaño del feto es de los 45 a los 50 cm. La mayoría de los fetos durante este periodo denominado de término son regordetes. Se puede decir que en este periodo hay disminución del ritmo de crecimiento hacia la época en que se acerca el parto; llegan a pesar aproximadamente 3,500 grs.

Al final del término del embarazo, la piel del producto tiene un color blanco o azulado sonrosado. En un examen físico general podremos apreciar que el tórax es grande y las glándulas mamarias hacen prostrusión en ambos sexos. Los testículos se pueden encontrar ya en el escroto. El feto normalmente adopta una posi--

ción de presentación cefálica en el momento del parto y se debe en parte a que la cabeza es más pesada que los pies.

CAPITULO II
EMBRIOLOGIA BUCODENTAL

1. Desarrollo Embriológico de la Cara.

En la porción superior del primer arco bronquial están constituidas dos yemas laterales llamadas procesos maxilares y van a dar origen a las porciones laterales del labio superior, porción superior de las mejillas, paladar duro y arcada del maxilar superior. La porción inferior está constituida por los procesos maxilares inferiores, de donde derivan el maxilar inferior, porción inferior de la cara, mentón y porción anterior de la lengua.

La prolongación frontonasal principia a desarrollarse una vez formados los procesos maxilares superiores e inferiores y va a dar origen a la frente y prosencéfalo. Abajo de ésta aparecen dos pequeñas zonas elevadas ovelas, justo por encima de las partes laterales de la futura boca, en las 48 horas siguientes los centros de estas zonas elevadas se van a invaginar a medida que los tejidos crecen hacia adelante formándose así las futuras ventanas de la nariz, punta y lados de la nariz externa. El tejido entre las fosas nasales se llama proceso nasal medio y las que están al costado procesos laterales. El proceso nasal medio va a dar origen a la porción media y punta de la nariz, además genera un crecimiento interior secundario que formará al tabique ó septum, debajo de las fosas nasales se encuentra tejido subyacente que va a establecer la separación entre la cavidad nasal y cavidad bucal y se llama paladar primario. Debajo del proceso nasal medio se encuentran dos procesos globulares, que son unidos por una curvatura y darán origen al labio superior, uniéndose a los procesos maxilares superiores.

Este período es de mucha importancia, ya que si no -----
existe una buena fusión de los procesos mencionados, ó existe falta
de desarrollo de las estructuras embrionarias, puede resultar con-
defectos congénitos, como es: el labio leporino, que se produce --
cuando existe una fusión parcial, ó no se fusionan los mamelones glo-
bulares con los procesos maxilares superiores; las hendiduras pala-
tinas, que se producen cuando en el paladar hay fusión incompleta ó
total, entre los procesos palatinos medios y los procesos palatinos
laterales, en ocasiones se asocian el labio leporino y hendidura --
palatina. La fusión de los procesos queda terminada al final del -
segundo mes de vida intrauterina.

2.- Desarrollo embriológico del paladar.

Principia su desarrollo alrededor de la mitad del segun-
do mes de la vida intrauterina, es entonces cuando los procesos pa-
latinos maxilares, a partir de su superficie interna, dan lugar a -
unas prolongaciones llamadas procesos palatinos laterales, los que
se dirigen hacia adentro y hacia abajo, tomando su dirección por la
presencia de la lengua, que se coloca entre los procesos palatinos
laterales. Entonces existirá una comunicación entre la cavidad -
bucal y el tabique nasal. Los procesos globulares dan lugar a la
formación de pequeños salientes que constituyen los procesos palati-
nos medios. En un embrión de once semanas "in útero" los procesos
palatinos laterales crecen tan rápido que se unen entre sí con los
procesos palatinos medios y con el tabique nasal, quedando separada

definitivamente la cavidad oral de los fosos nasales.

El techo de la boca y premaxilar se formarán de la - - unión de los procesos palatinos laterales y los procesos globulares. Será en la premaxila donde se implanten los incisivos superiores. Esta fusión de los procesos se realiza hasta el final del cuarto mes de la vida intrauterina. Los procesos palatinos laterales dan origen tanto al paladar duro como al blando.

3.- Desarrollo embriológico de la lengua.

Se lleva a cabo durante el segundo mes de vida intrauterina por unión de los primeros tres arcos branquiales, a principio del tercer mes "in útero" la lengua adquiere forma reconocible. - La lengua se origina a partir de dos prominencias laterales llamadas tubérculos linguales laterales, que darán origen al cuerpo de la lengua y una tercera elevación impar que aparece entre los - - tubérculos laterales. La base de la lengua se desarrolla de un - - abultamiento situado en la parte media llamada cócula.

Se pueden presentar dos tipos de problemas en el desarrollo de la lengua: la lengua bifida y la glositis romboides; la - - primera es consecuencia de un defecto en la fusión de los tubérculos laterales (linguales) y la segunda se debe a una persistencia del tubérculo impar.

Aparece un pliegue a lo largo de los bordes laterales - de la lengua, que los separa de los rebordes alveolares en desarrollo. La lengua crece tan rápidamente que empuja la cavidad nasal

y las prolongaciones palatinas hacia arriba para las ocho semanas y media o nueve, los músculos del cuerpo de la lengua aparecen claramente diferenciados.

Las cavidades bucal y nasal que se originan de una sola cavidad se van separando a medida que se elevan y crecen entre ellas las prolongaciones palatinas.

4.- Desarrollo dentario.

Alrededor de la séptima semana, aparece a lo largo de los procesos maxilar y mandibular una lámina labial epitelial y junto, a manera de cuña, células epiteliales ocupan senando el futuro reborde alveolar del labio. Aparece también una segunda lámina labial y crece en el reborde alveolar, esta será la lámina dental que a intervalos regulares dará origen a los órganos epiteliales del esmalte, estos constituyen las papilas dentales subyacentes de tejido conectivo; se diferencian rápidamente para formar el esmalte y dentina de los dientes. A medida que las coronas y las raíces aumentan de tamaño los maxilares también crecerán en todas direcciones para dar espacio a los dientes y procesos alveolares en crecimiento.

CAPITULO III
TEORIA FREUDIANA DE LAS ETAPAS DE DESARROLLO

TEORÍA FREUDIANA DE LAS ETAPAS DE DESARROLLO
Comentarios Generales

La teoría freudiana acerca del desarrollo humano determina que la persona normal atraviesa en su vida por una serie de etapas que se encuentran estrechamente vinculadas con los períodos de desarrollo del organismo.

La teoría de Freud sobre la personalidad presupone que -- los niños son impulsados o motivados fundamentalmente por los principios del placer, la exigencia, de la gratificación inmediata de -- los impulsos. Se trata de una teoría psicobiológica, puesto que -- supone que los niños nacen con un depósito de pulsiones o instintos, llamados la libido, cuyo carácter cambia a medida que el niño crece en edad.

Según Freud, los instintos de la libido se localizan a -- diferentes etapas de desarrollo, en distintas zonas erógenas del -- cuerpo, (la primera de las cuales es cronológicamente la región -- oral). Etapas de las cuales se harán las siguientes descripciones:

1. Etapa oral.

La etapa oral, que comprende desde el nacimiento hasta -- los 18 meses más o menos, se caracteriza por una especie de hiperag -- tividad en la región de la boca. En el primer año de vida, el niño invierte gran cantidad de tiempo en los actos de succión y en res-- ponder con movimientos de boca en muchas y referentes clases de -- estimulación.

De acuerdo con Freud, los niños durante este período -- incorporan buena parte de su mundo que los rodea a través de la boca; Freud apunta que la región de la boca es el canal por el que el niño obtiene los placeres más grandes de la sensación. Ya avanzado la etapa oral, la incorporación deja lugar a la expresión, así como la mordida desplaza a la succión. Según la teoría freudiana, si el niño es tratado de manera generosa y tolerante con respecto a sus deseos de succión y a sus actividades orales, será generoso y tendrá éxito como adulto.

2. Etapa anal.

El segundo período psicosexual descrito por Freud es la etapa anal, que supuestamente empieza poco después de terminar el primer año de vida, y que es el modo dominante en que vive el niño hasta que alcanza los tres o cuatro años de edad. Al igual que en la etapa anterior, en ésta se ve que Freud era consciente de la interacción madre-hijo, porque es en realidad durante esta época cuando se inicia el entrenamiento para que el niño controle su esfínter, entrenamiento en el cual se producen numerosos contactos entre madre e hijo con respecto a los éxitos y fracasos del niño. A lo largo de este período hay muchas oportunidades para que la madre irradie y contagie a su hijo, manifestando con los avances que el niño haga durante su entrenamiento. Freud supone que las dificultades que se presentan durante el período anal de desarrollo afectan sus áreas o funciones básicas, como el control que ejerce sobre las nuevas habilidades y gusto que presenta el niño. Puede decirse

que los niños aprenden en esta período a discernir las reacciones que sus padres presentan ante el hecho de que retengan o expulsen - sus heces.

3. Etapa fálica.

A continuación se comenta la etapa fálica del desarrollo, la cual encierra el conflicto y la resolución del complejo de edipo. Durante este período, que abarca aproximadamente de los cuatro a los seis años de edad, los niños adquieren una conciencia creciente de sus órganos genitales y un interés mayor en los mismos. Llegan a reconocer que los varones son más parecidos a sus padres y que las niñas son más semejantes a sus madres. Con esta conciencia surge una tendencia a tratar de comportarse de modo más parecido a como se comporta el progenitor de su mismo sexo.

Es entonces cuando sueltamente se genera el complejo de Edipo porque se plantean problemas potencialmente serios a niños que están tratando precisamente de obtener la sensación de sus cuerpos, principalmente de sus órganos genitales y de comprender que harán con sus fantasías sexuales. Por esta época, se hace real el conflicto del niño con el progenitor de su mismo sexo, a causa de las atenciones y afecto que este progenitor muestra para con el progenitor del sexo opuesto. El buen resultado de esta situación consiste en que el niño, comprendiendo que no tiene posibilidades de ganar esta batalla, se une al ganador identificándose con él o tratando de asemejarse lo más posible. Al actuar así, el niño renuncia a sus intenciones con respecto a su madre, ya que aborta sus

instintos eróticos, los cuales permanecen en un estado de latencia.

Los instintos sexuales empujan de nuevo en la adolescencia, se concluye así, que el complejo de Edipo es importante desde el punto de vista de la teoría freudiana, porque a través de tal mecanismo el niño adquiere impulsos heterosexuales, sexuales internos y signos externos relacionados a la heterosexualidad.

Si se superan las etapas anteriores, el adolescente ingresa a la etapa final del desarrollo, a la cual Freud la designó como genital, en la que predomina el interés sexual por el otro sexo.

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS DE LA DENTICION INFANTIL

DEVELOPAMIENTO DE LA DENTICIÓN INFANTIL

1. Desarrollo de los huesos dentarios.

Maxilar superior.- El crecimiento del maxilar superior es en dirección frontal inferior, de acuerdo con los puntos principales de crecimiento que se encuentran casi paralelos entre sí y que son las suturas:

- a) Sutura frontomaxilar.
- b) Sutura temporozigomática
- c) Sutura maxilozigomática
- d) Proceso piramidal del hueso palatino.

Maxilar inferior.- El bastón de crecimiento del maxilar inferior según el concepto normal, corresponde a una reabsorción anterior en la rama ascendente y apófisis en la posterior, con aumento en la dirección anteroposterior del cóndilo.

El crecimiento ocasional del hueso alveolar aumenta la dimensión suprainferior de la mandíbula. La prominencia del mentón se debe, no por exceso de hueso sino mediante la reabsorción ósea entre la cresta alveolar y el ápice dental.

2. Desarrollo de la dentición.

La erupción de los dientes primarios comienza aproximadamente a los seis meses de edad. Los primeros en erupcionar son los incisivos centrales inferiores y uno o dos meses después los superiores como meses después los laterales inferiores por el primer molar entre los doce o

catorce meses, el canino de los 18 meses y el segundo molar a los - dos años.

Normalmente entran en oclusión los 20 dientes temporales, los que no suelen presentar curva de Spee, tienen escasa interdigita- ción cusídea, escasa sobremordida y muy poco afinamiento.

3. Cronología de la dentición temporal.

Superior.

Diente.	Erupción.	Raíz completa.
A	7 1/2 meses	1 1/2 años
B	9 meses	2 años
C	18 meses	3 1/4 años
D	14 meses	2 1/2 años
E	24 meses	3 años

Inferior

A	6 meses	1 1/2 años
B	7 meses	1 1/2 años
C	16 meses	3 1/4 años
D	12 meses	2 1/4 años
E	20 meses	3 años

4. Cronología de la dentición permanente.

Superior

Diente.	Erupción.	Raíz completa.
1	7 - 8 años	10 años

Diente.	Erupción.	Raíz completa.
2	8 - 9 años	11 años
3	11 - 12 años	13 - 15 años
4	10 - 11 años	12 - 13 años
5	10 - 12 años	12 - 14 años
6	6 - 7 años	9 - 10 años
7	12 - 13 años	14 - 16 años
Inferior		
1	6 - 7 años	9 años
2	7 - 8 años	10 años
3	9 - 10 años	12 - 14 años
4	10 - 12 años	12 - 13 años
5	11 - 12 años	13 - 14 años
6	6 - 7 años	9 - 10 años
7	11 - 13 años	14 - 15 años

5. Patrones normales de erupción de los dientes.

1) Los dientes tienden a erupcionar a lo largo de la línea media de sus propios ejes, hasta que encuentran resistencia, la que para los dientes reemplazantes, aparece bajo la forma de un diente temporal cuyo raíz deberá ser reabsorbida.

2) A medida que se produce la reabsorción, se crea un conducto en el hueso alveolar a través del cual se mueve el diente permanentemente, presionado por su propia fuerza de erupción, gran parte

proviene de la erupción de su raíz.

3) Si un traumatismo o una caries avanzada, hicieran perder la vitalidad del diente primario, esto puede actuar como un desvío, forzando al diente permanente. La falta de espacio en el arco puede producir un desvío o bloquear un diente en erupción.

4) Los factores genéticos pueden causar patrones eruptivos anormales, que a menudo se observan como de naturaleza familiar.

6. Espacios de desarrollo.

En las arcadas de la primera dentición, con frecuencia se pueden encontrar como característica fisiológica, espacios interdentarios en la región anterior principalmente, tanto en superior como inferior.

Estos espacios nos dan una disposición correcta de los dientes de la segunda dentición, pero, existiendo estos espacios en ocasiones se pueden observar problemas de enfiameiento, que pudiera deberse a la desarmonía existente entre el tamaño del diente y el espacio existente en el arco de la arcada, es decir, en relación al crecimiento óseo.

7. Denticiones primarias asociadas

Baume fue el primero en poner nombre a los espacios halados en las denticiones primarias con mayor frecuencia, entre los incisivos laterales y los caninos superiores y también entre los

caninos y los primeros molares inferiores. A estos espacios los denominó espacios primates, ya que estos espacios eran observados en los denticionas de los mones. Tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes.

B. Clasificación de las maloclusiones.

En la clasificación de las maloclusiones Angle, propuso utilizar las posiciones mesiodistales relativas de los molares superiores e inferiores de los seis años, a medida que se ponen en contacto al cerrar en céntrica.

Dewey-Anderson, hicieron agregaciones al sistema de Angle, para describir diferencias precisas, entre las maloclusiones de Clase I, principalmente referidas a los problemas de espacio y excesivas malposiciones de dientes aislados o en grupo.

Angle dividió las oclusiones en tres grupos:

- Clase I Personas con arcos relativamente rectos.
- Clase II Personas con un labio superior prominente y un mentón no tan bien desarrollado.
- Clase III Personas que muestran un mentón prominente cuyo arco y labio superior aparecen menos desarrollados.

Clasificación de Angle modificada de Hitchcock.

- Clase I A medida que el maxilar inferior cierra -- pareja y cómodamente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior

entra en relación con el surco vestibular -
del primer molar permanente inferior.

Clase II A medida que la mandíbula, llega hacia su -
relación con el máxilar superior, la cúspide
mesiostibular del primer molar permanente
superior, está en relación con el segundo --
premolar inferior y el primer molar inferior.

Clase III A medida que el máxilar inferior cierra hacia
su relación con el máxilar superior, la cú-
side mesiostibular del primer molar perma-
nente superior, entra en relación con el sur-
co distostibular del primer molar permanen-
te inferior.

Divisiones de la Clase II.

Angle, dividió de suya las denticiones de la Clase II en -
dos divisiones, determinadas por la inclinación axial de los incisivos
superiores.

Clase II Los incisivos centrales son protrusivos.
División 1

Clase II Los incisivos centrales superiores desde una
División 2 posición vertical a una posición más inclina-
da a lo normal. Los incisivos laterales supe-
riores, suelen estar protruidos marcadamente
hacia vestibular de los incisivos centrales.

Subdivisiones de la Clase II

Cada división de la Clase II, tiene una subdivisión, cada una de estas describe una dentición que tiene una relación molar de Clase II de un lado del arco y del otro una Clase I. Esto es que una Clase II está ubicada en cuatro categorías:

Clase II, división 1:

Relaciones molares de Clase II en ambos lados; centrales prominentes.

Clase II, división 1, subdivisión:

Relación molar Clase II de un lado; relación molar Clase I del otro, incisivos centrales prominentes.

Clase II, división 2:

Relación molar Clase II de ambos lados; incisivos centrales casi verticales o inclinados a lingual, e incisivos laterales protruidos.

Clase II, división 3, subdivisión:

Relación molar de Clase II de un lado; relación molar Clase I del otro, incisivos centrales verticales o inclinados hacia lingual, o a un solo incisivo lateral protruido, vestibularmente, por lo general del lado de la Clase II.

Maloclusiones de la Clase III

Angley describe a la maloclusión Clase III, cuando la relación molar es tal, en ambos lados de los arcos. La Clase III, describe una dentición en la cual existe una relación molar Clase I de un lado y con una relación Clase III del otro.

Modificación de la clasificación de la Clase I de Angle.

Este sistema divide la Clase I de Angle, de modo que los factores obvios y repetidos tales como; el adelantamiento de los incisivos inferiores genéticamente o por el medio ambiente, disminución del espacio en el arco superior como resultado de la mesialización de los molares permanentes, incisivos protruidos y mordidas cruzadas, pueden ser considerados como entidades específicas de la maloclusión. Para la clasificación cada maloclusión de Clase I son llamados tipos.

Clase I, Tipo 1:

Incisivos inferiores adelantados, incisivos superiores espaciados normalmente.

Causa.- Músculo mentoniano hiperactivo.

Incisivos superiores e inferiores rotados o apinados.

Causa.- Por lo general genética.

Clase I, Tipo 2:

Incisivos superiores e inferiores protruidos o espaciados, dando como resultado una mordida anterior; caninos en maloclusión visto en la ventilación primaria y mixta.

Causa.- Hábito bucal activo, generalmente con un patrón de deglución pobre y una asociación lingual inadecuada, en estado de reposo.

Incisivos superiores protruidos y espaciados pero con un arco inferior bien formado.

Causa.- Hábito de succión, apoyo lingual leve, moderado y hábitos lesiales, por lo general se observa en la dentición mixta de la mitad hacia adelante.

Clase I, Tipo 3:

Mordida cruzada anterior que involucra a uno o dos incisivos permanentes superiores.

Causa.- Posible Clase III precoz, también un traumatismo de los dientes primarios superiores provocando que los incisivos eructen anormalmente.

Mordida cruzada anterior que involucra a tres o cuatro dientes incisivos superiores.

Causa.- Generalmente genética, mostrando menos potencial de crecimiento del maxilar inferior que lo normal, como en la Clase III.

Clase I Tipo 4:

Mordida cruzada posterior, limitada a un molar de los 6 años.

Causa.- Distorsión ósea menor en el maxilar superior. Mordida cruzada posterior que involucra dos o más dientes, visualizada como unilateral cuando los dientes están en oclusión.

Causa.- Caninos primarios interdigitándose inadecuadamente, crecimiento del maxilar superior en lateral. Mordida cruzada posterior, visualizada como bilateral cuando los dientes están en oclusión.

Causa.- Posible influencia de una Clase III en la familia; también puede provenir de una rinitis alérgica o de hábitos de mordida de carrillo.

Clase I, Tipo 5:

Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mm., en un cuadrante debido a la mesialización de uno o más molares de los seis años.

Cause.- Pérdida precoz de los molares primarios, erupción ectópica de los primeros molares permanentes, destrucción por caries de los molares primarios.

Mordida abierta anterior.

Una mordida abierta anterior es, casi siempre la indicación de un viejo hábito bucal o el resultado de un patrón hereditario.

Este tipo de maloclusiones se encuentran clasificadas por Brody-Anderson como una Clase I, Tipo 2 y una Clase II, división 1.

Estas maloclusiones son semejantes y consisten en que los dientes anteriores están protruidos en ambos casos. Sin embargo en la Clase I, Tipo 2, los incisivos superiores están espaciados y la relación molar y conina es Clase I. En ambas maloclusiones el labio superior aparece más corto y actúa de manera hipotónica de tal modo que los labios no presionan juntos ni cierran los dientes durante el acto de la deglución. El labio inferior, parece sobreactuar en una dirección hacia adentro y arriba para efectuar el sellado de la deglución. El labio puede acompañar esto, observándose lingualmente hacia arriba, hacia los incisivos superiores a medida que aumenta la sobremordida horizontal.

Los problemas de articulación de palabras, tales como el ceceo, pueden estar presentes; la lengua puede empujarse a través de la abertura entre los dientes anteriores durante un patrón de -

deglución normal, teniendo que mantener una mordida abierta, aún cuando haya cesado el hábito de succión. Durante la formación de sonidos tales como S, Z, C., el niño puede encontrar dificultad para sentir el contacto de la lengua con el paladar. Otros sonidos realizados por el labio inferior contactando con los bordes incisales de los dientes anterosuperiores como la F. y la V, pueden sufrir una distorsión, sustitución u omisión.

Mordida cerrada o profunda.

Aparece secundariamente a la pérdida de los dientes laterales, los incisivos inferiores son cubiertos totalmente por los superiores con la configuración del arco dentario superior anterior y también de la parte maxilar correspondiente. El arco dentario inferior es aplanado pero también alargado en sentido vertical.

La base apical es muy grande y desarrollada en sentido labial, la espina nasal anterior sobresale hacia adelante prominentemente.

La parte inferior de la cara, por el contrario es acortada; la parte blanda del mentón sobresale y de como consecuencia de la retrusión alveolar inferior, los dientes anteriores se encuentran a menudo apiñados, los incisivos centrales superiores están invertidos, o sea palatinizados, y los incisivos laterales están bien ubicados en el arco o en ocasiones desplazados en sentido labial.

Los dientes anteriores inferiores pueden estar bien ubicados, pero también estar inclinados hacia atrás.

El maxilar inferior se encuentra en distocclusión conside--

derándose como una mordida forzada y parece del tipo a que como consecuencia del frente plano de la mandíbula es desplazada hacia atrás en su articulación y en neutroclusión se le interpreta como una adaptación local.

Es considerada como de etiología hereditaria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

A - Antecedentes de Historia Clínica

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento, es importante conocer los posibles factores etiológicos de los hábitos anormales de la boca, los procedimientos adecuados del diagnóstico y la interpretación de los métodos auxiliares del diagnóstico son la base de un tratamiento adecuado.

Así tenemos que en la situación de un consultorio dental con mucho trabajo, gran parte de la información superficial medicodental se obtiene mediante un cuestionario clínico. Esta forma es - - útil como revisión rápida y ayuda a identificar a pacientes con estado de salud normal o precario; constituye un apoyo para prestar un - servicio dental satisfactorio de urgencia; establece la necesidad de obtener detalles adicionales para la historia clínica completa del - paciente.

Para establecer un diagnóstico clínico correcto existen -- ciertos datos que no pueden dejarse pasar por alto y que son indispensables para un buen diagnóstico. Los métodos auxiliares para una correcta interpretación son los siguientes:

- 1) Historia clínica.
- 2) Examen clínico.
- 3) Modelos de estudio.
- 4) Radiografías (periapicales, alata de mordida y panorámicas).

1. - Definición de la Historia Clínica.

La historia clínica es un registro escrito que indica las condiciones médicas pasadas y presentes, que puede o no influenciar

los servicios médicos actuales o futuros. La razón para elaborar la historia clínica es considerar el conjunto de los problemas de salud del paciente, actuales, ya controlados o curados. Los pacientes - con enfermedades generales en evolución desarrollan problemas dentales y acuden a los consultorios odontológicos en busca de servicios. Esto aumenta la responsabilidad del cirujano dentista de seleccionar para sus pacientes los planes apropiados de tratamiento odontológico.

El cirujano dentista tiene la obligación profesional de - obtener toda la información clínica fundamental de cada uno de los - pacientes y proporcionarle el tratamiento dictado por los siguientes objetivos:

- i) Identificar a los individuos a quienes se les haya diagnosticado riesgo en sus condiciones médicas y de salud).
- ii) Sospechar, reconocer y verificar (por medio de la consulta), si los signos y síntomas sugieren la presencia de una enfermedad general.
- iii) Dar el mejor tratamiento dental tomando en cuenta los problemas de salud que se identifiquen.

El propósito adicional de la historia clínica es propiciar o facilitar el establecimiento de la relación entre los estados de - salud bucal y general; prevenir la posibilidad de una complicación - médica de urgencia; establecer la necesidad de tratamiento dental en un ambiente hospitalario; tomar medidas precautorias (medicación - - previa; quimioprofilaxis) antes del tratamiento, y establecer la - cooperación médico odontológica necesaria para atender bien al - - paciente.

La historia clínica considera al paciente como una unidad individual para la atención de su salud, independientemente de la especialidad que se trate. Es indispensable separar los datos subjetivos de la historia de los resultados objetivos del examen, así como sintetizar todos los resultados documentados.

2 - Examen clínico.

En el examen clínico, gran parte de los datos necesarios para llevar a cabo el tratamiento pueden ser registrados por el odontólogo durante la primera visita. Los datos obtenidos durante el examen ayudan a interpretar y aumentar el valor de otros medios de diagnóstico.

El odontólogo puede determinar el crecimiento y desarrollo del paciente, salud de los dientes y tejidos circundantes, tipo facial, equilibrio estético, edad dental, postura y función de los labios y mandíbula, lengua, tipo de maloclusión, pérdida prematura o retención prolongada de los dientes, porque como sabemos, estos datos son muy importantes para detectar la etiología de la maloclusión.

En el caso de diagnóstico y tratamiento de los hábitos bucales se tiene especial cuidado de llevar una historia clínica general, y una historia clínica específica para los hábitos bucales.

3 - Modelos de estudio.

Los modelos de estudio proporcionan una copia fiel de la oclusión del paciente, los cuales nos servirán para correlacionar datos adicionales tomados de las radiografías intrabucales y cefalométricas.

Los modelos de estudio tomados en un niño son un registro permanente del desarrollo, o falta de desarrollo normal de éste. Aunque en la historia clínica ya tenemos clasificadas el tipo de maloclusiones, sobre mordida horizontal y demás datos que hayan sido registrados durante el examen clínico, estos datos se corroboran en los modelos de estudio así como también son más precisos cuando se realizan sobre fotos que en la boca del paciente.

Registro de la oclusión en cera: este registro de oclusión es un dato valioso porque nos servirá para relacionar los modelos superiores e inferiores correctamente en oclusión total. Este registro es de especial interés en aquellos pacientes con problemas de mordida abierta.

4 - Radiografías.

Al hacer el examen clínico se pueden notar muchas cosas a simple vista, pero la radiografía intrabucal o panorámica nos servirá para confirmar las observaciones clínicas.

U - Historia clínica del hábito.

La ejecución de una historia clínica de cualquier tipo es algo más que completar un cuestionario; es una responsabilidad profesional.

Cuando el odontólogo realiza un historia clínica no está trabajando sobre un paciente, sino que está incluido en una relación interpersonal tanto con el paciente como con los padres.

Bloss afirma que la odontología es un servicio personal y que no hay área del tratamiento odontológico donde la relación entre el profesional y el paciente sea más íntima que en el tratamiento del hábito. Hay diversos factores que se deben tomar en cuenta para la realización de una historia clínica entre los cuales se encuentran:

- El establecimiento de la transferencia.- Es preferible entrevistar primero al padre, también es importante tranquilizar a la madre pidiéndole que nos cuenta algunas cosas acerca de su hijo, que pueden ayudarnos a acelerar el tratamiento y que, no obstante el cuidado con que el profesional examina al niño, nunca llegará a compararse a partir de un simple examen, tanto como sus propios padres. También deberá acentuar la importancia del papel desempeñado por el padre en la terapia del hábito.

- Historia estructurada contra la historia no estructurada.- Lo más importante de una historia clínica es la información; si el tono y las maneras del profesional son demasiado formales e impersonales, los padres podrán limitarse a contestar la serie rutinaria de preguntas, sin revelar otras informaciones importantes. Lo - -

mejor es formular unas pocas preguntas críticas y dejar que los padres hablen. La charla de los padres y después la del niño, establecerán una buena relación de confianza.

- Observación de actitudes y conducta parentales.- El odontólogo debe notar el tono y la manera con que los padres y el niño hablan con él y entre sí. Cuando son extravertidos, por lo general, no le darán oportunidad de hablar al dentista, al contrario de los introvertidos, los cuales a menudo no responderán en forma adecuada. El odontólogo deberá saber cómo detener al primero y cómo alentar al segundo.

Cuando el niño es introvertido, será más difícil llegar hasta él y motivarlo. Los padres deben ser cooperativos porque si se presentan dificultades para relacionarse con sus hijos serán de poca ayuda en el tratamiento. Es necesario decir a los padres y al niño que los hábitos son muy comunes y constituyen la expresión del desarrollo del niño.

Debe explicárseles que el objetivo es corregir estas conductas y que los sentimientos de culpa o de castigo sólo van a interferir con la corrección del problema.

- Consideraciones de tiempo.- Ya que la historia clínica más corta es la más negativa, las historias positivas pueden extenderse muchísimo, es imposible predecir cuánto tiempo va a llevar, tomar una historia, así como predecir cuánto tiempo tomará realizar un tratamiento de odontología general antes de completar el examen.

- Información específica.- El odontólogo tendrá que realizar preguntas muy específicas como:

- 1) ¿Existe algo que usted considera irregular en la mordida de su hijo?
- 2) ¿Su hijo se chupa el dedo, la ropa, el cabello u otros objetos? ¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué intensidad?
- 3) ¿Desde hace cuánto tiempo manifiesta el hábito?
- 4) ¿Sus relaciones con sus hermanos son buenas?
- 5) ¿Su hijo se frota los dientes?
- 6) ¿Tiene infecciones respiratorias frecuentes, resfriados, - - alergias, asma?
- 7) ¿Le han extirpado las amígdalas o las adenoides?
- 8) ¿Tiene dificultad para respirar?
- 9) ¿Duerme con la boca abierta?
- 10) ¿Se le rescan los labios durante el invierno? ¿Le gusta - mordisquearlos a menudo?
- 11) ¿Toca algún instrumento de viento?
- 12) ¿Tiene amigdalitis frecuente?
- 13) ¿Usó chupón?
- 14) ¿Se le dió pecho o biberón? ¿Durante cuánto tiempo? - - ¿Cuándo comenzó a ingerir alimentos sólidos? ¿A qué edad - dejó el biberón? ¿Tuvo algún hábito de succión de pequeño (dedo, lengua o rosa)?
- 15) ¿Come habitualmente alimentos que se puedan chupar?
- 16) ¿Tiene problemas en el colegio?
- 17) ¿Tiene amigos?
- 18) ¿Ha estado en tratamiento psicológico?
- 19) ¿Trabaja su madre?, de ser así ¿quién lo cuida?

C - Examen clínico del hábito.

Hay ciertos problemas bucales que sugieren a menudo la existencia de hábitos anormales como son la mordida abierta, los grandes diastemas, la protrusión de los incisivos centrales superiores y la retrusión de los incisivos centrales inferiores. Estos mismos signos serán el resultado de hábitos linguales, labiales o digitales o de sus combinaciones.

1) Se observa de perfil al paciente, si los dientes superiores sobresalen de más, existe entonces maloclusión por una posible consecuencia de un hábito.

2) La observación de la musculatura oral se utiliza para determinar la presencia de un hábito de presión. Se le pide al niño que hable y se observa su lengua y labios.

¿Sobresale su lengua durante la fonación?

¿Descansa su lengua entre los dientes cuando su boca está en descanso?

¿Hay algún problema de dicción? ¿Sus labios son atrapados por sus dientes? ¿Se chupa los labios?

También se recomienda darle al niño un vaso con agua para que lo beba. ¿Se observa empuje lateral o movimiento de los labios cuando traga? Si la respuesta es afirmativa a alguna de las preguntas antes mencionadas, es que existe un hábito anormal, el cual ayuda a provocar o mantener la maloclusión.

3) A continuación hay que observar los dedos del niño y sus nudillos, si éstos están rojos o irritados; si existen marcas de dientes sobre la mano, por este motivo se le pregunta al niño si el dedo afectado es el que se succiona.

4) Es preciso dialogar con los padres para confirmar o -
necar la presencia del hábito. Al realizar el examen de los hábitos
los siguientes datos nos servirán de guía como por ejemplo:

- a) ¿Existe protrusión de los incisivos centrales superiores?
- b) ¿Están los incisivos centrales superiores en linguover-
sión?
- c) ¿Respira el niño correctamente?
- d) ¿Existe un paladar anormalmente alto?
- e) ¿Los arcos dentarios están comprimidos?
- f) ¿Los dientes superiores quedan atrapados por el labio -
inferior cuando el niño habla, descansa, o sonríe?
- g) ¿El examen de los dedos revela que uno en especial está
limpio, o ensuciado?
- h) ¿Cuando el paciente bebe agua ¿se proyecta la lengua -
hacia adelante para crear el vacío necesario para la
deglución?
- i) ¿Hay ira con la lengua descansando por atrás de los -
incisivos inferiores?
- j) ¿Tiene problemas de fonación, como cacos o emisiones la-
terales?
- k) ¿La mordida está abierta?
- l) ¿El niño tiene aspecto relajado o tenso? ¿Se muerde -
las uñas, o muerde los dedos?

Después de determinar la etiología del hábito, es muy im-
portante la colaboración de los padres para la realización exitosa -
del tratamiento. La comunicación entre el paciente y los padres es
de gran importancia porque en el tratamiento de los hábitos se requie-
re de la cooperación y del interés de los familiares para la realiz-
ción del tratamiento, para que de alguna manera se pueda motivar al
paciente y explicarle que el término, con aparatos no se va a - -
utilizar como castigo, y de esta manera, el paciente debe apreciar -

su objetivo y verlos como un elemento auxiliar para ayudarlo a superar el hábito que lo está dañando, pero por el contrario, si el niño presenta problemas de conducta, dificultades en el colegio, berrinches, retraimiento, o tartamudeo, será conveniente consultar con un psicólogo especializado en pediatría antes de tratar de modificar los patrones de conducta oral del niño.

También es importante la revisión analítica de los datos obtenidos como son:

1) La naturaleza de la maloclusión como por ejemplo, la relación ocea, la relación intermaxilar y posición o inclinación de los dientes. Se debe buscar la existencia de las mordidas abiertas (anteriores o laterales), protrusiones o retrusiones vestibuloverción o linguoversión de los dientes superiores o inferiores.

2) La presencia o ausencia de un deslizamiento funcional.

3) La revisión de los hábitos bucales, como higiene o remoción de la placa dentobacteriana, hábitos digitales, respiración bucal, atrapamiento lingual y deglución anormal.

4) Identificación de las causas de los hábitos, como aberraciones alimentarias perinatales, residuales, mecánicas, patológicas, emocionales o sus combinaciones.

5) Indicación, como un requisito previo para el tratamiento de hábito, de la posible necesidad, o falta de la necesidad de cirugía general, psiquiatría, o movimientos de los dientes (ortodoncia).

6) Indicación de los intereses motivacionales del paciente y la probable respuesta a los factores activacionales específicos.

7) El requerimiento o modificación de aparatos o dispositivos.

8) La selección de los ejercicios adecuada a cada caso, técnica o ayuda para los hábitos digitales, ubicación de la lengua, respiración bucal, desarrollo lingual (punta, parte media y posterior), desarrollo labial (fuerza y longitud) y refuerzo funcional.

9) Número inicial de repeticiones y frecuencia de los ejercicios.

10) Oportunidad del esfuerzo elaborado de la siguiente manera: objetivo o interés principal, refuerzo inmediato positivo o negativo, cantidad de logros (refuerzos positivos), que contribuyen al objetivo y cuándo puede ser alcanzado.

11) Cómo puede el paciente supervisar sus ejercicios (auto control).

12) Cómo puede el paciente controlar los resultados de los ejercicios.

En resumen, el tratamiento radica en la aplicación de los principios básicos a cada caso; ya que el tratamiento se adapta a muy diversas situaciones que comprenden no sólo los problemas oclusales, sino también la personalidad y la ubicación social del niño, su variedad está en el hecho de que a menudo se une a otras formas de tratamiento oclusal.

HISTORIA CLINICA

DIRECCION _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

PROBLEMAS DE H-BITOS BUCALES

Remitido por: Dentista _____ Médico _____ Otro _____

Edad:(años y meses) _____ Peso al nacer _____

Sexo _____ Prematura _____ Anomalías congénitas(especificar) _____

Casa: _____
 Hermanos (Núm.) _____ Edad de los hermanos _____

El niño vive con: Madre _____ Padre _____ Otro _____

Otros personas en el hogar (especificar) _____

Padres:	Madre	Padre
Temperamento	calmada, enérgica tensa	calmado enérgico tensa

Comportamiento social:	Introvertido	Juegos: Anormal
Personalidad:	Bien adaptado	Normal
	Extrovertido	

Escuela: Avanzado _____ Nivel mínimo _____ Atrasado _____

Comentarios _____

Salud general: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Bajo tratamiento _____ Sin tratamiento _____

Enfermedades graves _____

Comentarios _____

Gripes anuales y otras enfermedades menores:

Frecuentes _____ Ocasionales _____ Rara vez _____

Estación del año: Invierno _____ Primavera _____ Verano _____ Otoño _____

Reacción bajo tensión: Antagonista _____ Fácil _____ Defensiva _____

Comentarios _____

Alimentación: Lactancia natural (duración meses) _____

Lactancia híberón (duración meses) _____

Edad al destete (lactancia natural meses) _____

Edad al destete (híberón meses) _____

Alimentación actual: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Hábitos: Buenos _____ Indiferentes _____ Malos _____

Comentarios _____

Sueño: Día Regular _____ Irregular _____ Rara vez _____

Noche: Núm. de horas _____ Profundamente _____ Frecuentemente _____
Interrupción _____

U. C.:

Hábitos anormales. Comentarios _____

Hábitos normales. Comentarios _____

Edad de aprendizaje: defecación Años _____ Meses _____

Completamente aprendido. Años _____ Meses _____

Hábitos bucales:

Chupar: Pulgar: Frecuente _____ Ocasional _____ Rara vez _____

Dedos: Frecuente _____ Ocasional _____ Rara vez _____

Edad comienzo del hábito: Años _____ Meses _____

Aún continúa: Día _____ Noche _____ Escuela _____ Mirando T.V. _____

Edad en que lo abandonó: _____ Años _____ Meses _____

Hábitos asociados: Mesarse los cabellos _____ Tirarse de la Greja _____

Hurgarse la nariz _____ Acgripiar frezada _____ Lamerse -

los labios _____ Otros _____

Método usado para controlar el hábito:

Especificar _____ Ninguno _____

Dental _____ Otro _____

Conocimiento del hábito por el niño:

Niño consciente _____ Reñido por hermanos _____ Reñido por la - - -

Madre _____ Reñido por el padre _____

Especificar _____

Otros familiares con hábito similar:

Padre _____ Madre _____ Hermano _____ Otro _____

Ninguno _____ Especificar el hábito y el familiar _____

Deseo del niño de cesar el hábito:

Sí, con tratamiento _____ Sin tratamiento _____

No le importa _____ Ningún deseo _____

Actitud de los padres:

Madre: Sin tratamiento _____ Tratamiento _____ Sin aparato _____

Padre: Sin tratamiento _____ Tratamiento _____ Sin aparato _____

Comentarios generales: _____

CAPITULO VI

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS DIFTERIAS BUCALES

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS HÁBITOS BUCALES

1. Etiología de los hábitos bucales anormales.

Es importante detectar la causa básica del hábito nocivo para determinar el éxito del pronóstico y realizar un tratamiento adecuado. Existen factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión. El conocimiento de los factores es fundamental para el plan de tratamiento y la terapia adecuada.

Las causas principales son las mecánicas, patológicas y emocionales.

2. Factores de origen mecánico.

Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, por ejemplo, que los incisivos permanentes eructan ectópicamente en una posición protruida y provocan una interferencia mecánica. Como resultado, el labio inferior pudo haber quedado atraído por los incisivos ectópicos, probablemente, se produjo el empuje lingual para lograr el vacío necesario para la deglución. En otras palabras, en este caso, la deglución atípica se produjo en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes, por lo que el hábito agravará este tipo de erupción.

3. Factores de origen patológico.

Una inflamación de las amígdalas y las adenoides pueden obstruir la respiración bucal. Una vez que la infección ha cesado -

las adenoides pueden quedar agrandadas y persistir dicha respiración. No obstante, la extirpación de las amígdalas y las adenoides ayudará al tratamiento del hábito, de modo que se pueden corregir los patrones de respiración adecuados. Los labios agrietados también pueden originar un hábito a menudo no relacionado con otros factores. El hábito de morderse los labios como respuesta a las grietas de aquellos - - hábitos, pueden eliminarse sólo si se les corrige y controla.

4. Factores de origen emocional.

Los que con frecuencia se aburren o están preocupados, pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluyan la succión de los dedos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta como un retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes. Estos hábitos, por lo general, desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y con él la necesidad de recompensas o reaseguramientos pasivos.

El daño causado por tales conductas depende de:

- a) Intensidad.
- b) Duración
- c) Frecuencia.

Un hábito de corta duración y ligera intensidad no provoca un daño grave; lo que puede requerir el niño en este caso es amor y comprensión.

5. Hábito involuntario.

Algunos niños adquieren hábitos como el de morderse los dedos cuando los padres jóvenes cometen los más de su primer

hijo el cual tiene dos niños, que están tomando conciencia de sí - - mismos porque su niño los imita, porque los niños aprenden por imitación, aprenden a hablar, sentarse y ponerse de pie por imitación, así como las costuras. Como resultado de estas actividades, con - frecuencia, desarrollan los problemas de fonación de los pueros, ya que también los niños imitarán sus posiciones de la lengua y mandíbula.

En los casos, donde se ha desarrollado una mordida anterior, causada por una maloclusión funcional o el hábito de la postura de la lengua, contra los dientes anteriores inferiores, el crecimiento mandibular parece acelerarse en relación con el maxilar. Así, a la edad de 16 o 18 años se puede encontrar una desarmonía ósea -- intermaxilar seria. Aún si ésta se presenta en varias generaciones no debe concluirse que sea una causa genética, ya que, en realidad, puede haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a la siguiente, aunque cabe aclarar, que esto no pretende negar la - importancia de las determinantes genéticas en el desarrollo de las maloclusiones, sino que tiene como fin indicar que pasa de una generación a la otra más que por medio de los genes.

CAPITULO VII

DIFERENTES TIPOS DE HABITUS SOCIALES

DIFERENTES TIPOS DE HABITOS BUCALES

Aspectos Generales.

Los hábitos son los vicios infantiles capaces de producir alteraciones en el desarrollo mandibular y maxilar; para que el hábito pueda provocar malformaciones óseas, éste debe ser continuo durante muchos meses, depende entonces del odontólogo y de sus familiares la indicación precoz del tratamiento, el cual generalmente es de fácil realización con métodos sencillos, ya que el niño, así como fácilmente adquiere el vicio, lo deja y con un poco de constancia lo olvida.

La duración del hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente son otros factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. Ya que en el caso de un niño que se chupa el dedo esporádicamente sólo cuando se va a dormir, causará menor daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos casos el ruido producido por el niño al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Así tenemos que, la duración, frecuencia e intensidad, son el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento.

La época más propensa a manifestar ciertas anomalías - óseas es cuando el hueso está en plena formación y es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúe sobre él.

Los hábitos se clasifican por:

- 1 - Succión
- 2 - Presión activa intrabucal
- 3 - Interposición muscular.
- 4 - Presión exterior

1 - Por succión.

Generalmente es la succión del pulgar. El niño succiona el dedo tocando o no el paladar, la anomalía será la elevación del paladar en primer caso, o solamente dentoalveolar en segundo caso. En ambos, la succión produce un desplazamiento maxilar, hacia afuera por la protrusión de los incisivos centrales superiores y retrusión en los incisivos centrales inferiores; no es raro observar que junto a esta anomalía existe mordida abierta y maxilar en forma de V.

2 - Por presión activa intrabucal.

Se produce con la introducción de varios dedos a la boca, de tal forma, que la palma de la mano mira hacia adelante o hacia atrás. Los dedos se aplican en el paladar, ocasionando elevación del mismo, así como desplazamiento de los incisivos centrales superiores hacia afuera y de los incisivos centrales inferiores hacia adentro.

3 - Por interposición muscular.

Esta puede ser ocasionada por la interposición del labio superior, del inferior, o de una o ambas mejillas o de la lengua. - Las anomalías varían según sean debidas a diferentes interposiciones.

Si el labio superior se interpone, la anomalía que se manifiesta es la retrusión de los incisivos centrales superiores, protrusión de los incisivos centrales inferiores con desplazamiento mesial de la mandíbula. Si se inter pone el labio inferior se produce la protrusión de los incisivos centrales superiores y retrusión de los incisivos centrales inferiores.

La interposición de las dos papilas es causada por la intraversión de los molares y premolares. Cuando es unilateral la intraversión se observa del lado correspondiente a la interposición.

4 - Por presión exterior.

Es más frecuente que las anteriores tomando en cuenta también la interposición muscular; la presión exterior es causada por la presión de la mano durante el sueño o durante las horas de estudio aún cuando esta teoría no está todavía aceptada por muchos.

Los niños adoptan la misma posición al dormir o al estudiar y la duración prolongada de estas posiciones pueden dar lugar a anomalías maxilares variables, según la dirección y prolongación de la causa. Pero no se ha asegurado que esta sea la verdadera causa de alguna malformación.

CAPITULO VIII

DESCRIPCION DE HABITOS BUCALES

DESCRIPCION DE HABITOS BUCALES

1. SUCCION DEL PULGAR

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él; independientemente del efecto de chuparse continuamente el pulgar, existe otro punto que debe considerarse: El pulgar es un cuerpo duro y si se coloca dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante al maxilar junto con los incisivos superiores proyectándose éstos hacia adelante más allá del labio superior.

Los labios del bebé son órganos sensoriales y es la vía al cerebro que está más desarrollada; al producirse la sinapsis y otras vías, el bebé no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

Es muy importante explicar la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, la mandíbula se desliza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, debido a la relajación alterna del buccinador.

Cuando la alimentación se realiza de manera artificial con el biberón común y corriente, sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. Falta el calor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno y la fisiología de la lactancia no es imitada, porque debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador que reduce la acción del émbolo y el movimiento rítmico de la mandíbula. El mamar se --

convierte en chupar y con frecuencia, debido a que el orificio del chupón artificial es muy grande, el niño no realiza demasiado esfuerzo para alimentarse y reduce así el tiempo necesario para la lactancia. El chupón que tiene una copia fiel del seno humano, provoca la misma actividad funcional que la lactancia natural. También se ha diseñado un chupón que satisface el deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, se espera que el chupón anatómico, usado adecuadamente, reduzca la necesidad y el deseo del niño de buscar una actividad suplementaria como lo es el succionar el pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

Debemos tomar en cuenta que la boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación, por lo tanto, se recomienda que el destete se realice por lo menos hasta el primer año de vida. Si la lactancia se realiza con el chupón anatómico, junto con el contacto materno y los mimos, la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos se reducirán grandemente. Se aconseja el uso de chupón fisiológicamente diseñado para los niños durante la época de la erupción de los dientes y para suplementar los ejercicios de la lactancia.

Entre los numerosos efectos que causa el hábito de succión del pulgar, en el aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo y que dificulta el acto de deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos más aún en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. La deglución se

realiza una vez por minuto durante todo el día, las acciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante todo el acto de la deglución.

El hábito puede ser inofensivo en cuanto a duración e intensidad, pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o adelana. La función anormal del músculo borde de la barba es importante durante la función. Por esto, la deformación prosigue más constantemente con un hábito de dedo confirmado.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. Algunos niños tienen mecanismos infantiles - retenidos y funcionan como un arma para atraer la atención, esto no es, muy tranquilizante para los padres por las posibles consecuencias de provocar un daño en forma permanente a los dientes y tejidos adyacentes. En otros niños, el hábito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia, es un hábito condicionado por la repetición constante y el niño aún no transfiere sus actividades para obtener placer a actividades maduras y extrovertidas, propias de niños mayores.

2. Hábito de presión de labio y lengua.

Con frecuencia el hábito de presión de labio y lengua está asociado con el hábito de lengua. Si la maloclusión es provocada por el hábito de dedo, se desarrolla la actividad muscular de compensación y acentúa esta deformidad. Con el aumento de la secreción horizontal se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y

crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anaral del músculo buccal de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior como sucede con la deglución normal, ya que este permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina como postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Durante el acto de la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo de su grado de deformación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución. Se ha demostrado que en algunas zonas, la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza bruta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de actuar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos centrales superiores y la creación de la mordida anterior, las exigencias para la actividad muscular de comprensión son mayores. Este ciclo nocivo se repite en cada deglución. Esto provoca una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias. El hábito de chuparse los dedos adopta un papel secundario. En algunos casos, los niños que -

chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, pero, más poderoso aún. Con menos frecuencia, adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona.

La acción del úbulo, similar al acto de succión y se considera una característica residual de este mecanismo infantil. Además hay pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Al erupcionar los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión. En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobre mordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores erupcionan y lentamente eliminan el espacio libre interdental. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

Es muy importante tomar en cuenta el tamaño de la lengua, así como su función. El efecto de tamaño de la lengua sobre la dentición se representa en un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia. La presencia de amígdalas blandas o adenoides también contribuyen a la posición anormal de la lengua, ya que se ha

demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

En estos casos, el resultado final de estas anomalías es la mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

2. Bruxismo y bricomania.

El bruxismo es el acto de frotarse los dientes entre sí, generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para ser oído a distancia. El niño puede producir atrición considerable de la piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Aún no se conocen las causas que provoquen el bruxismo, pero se presume que 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 puede presentar en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia, meningitis, así como trastornos intestinales.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de una

mordida profunda. Pero también hay un componente psicológico, -
cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa en
cuenta un mecanismo de gratificación en el rechinar.

Las personas nerviosas son propensas a desgastarse, --
rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo.
Por lo general, el bruxismo nocturno no se puede duplicar duran-
te las horas de vigilia, las contracciones son raras y los efec-
tos nocivos sobre la oclusión se observan claramente. La brico-
manía clínicamente no se puede observar pero posiblemente se tra-
ta de una actividad concomitante.

Por lo general, existe una sobrenordida más profunda -
que lo normal, una restauración alta, una prótesis dental mal --
adaptada, etc. Este proceso se convierte en un círculo vicioso
al agravarse algunas de las características oclusales bajo los -
traumatismos del bruxismo y el rechinar y en el que este --
último provoca miositis.

4. Respiración bucal.

En algunos niños es imposible cerrar los labios debido
a la protrusión de sus piezas superiores. En otros no existe obs-
trucción y no se observan razones para mantener los labios sepa-
rados, pero esto puede ser costumbre, postura, tejido inadecuado
u del tono muscular.

A menudo, los niños mantienen la boca abierta al estar
con algo o alguien y poco respiran por la boca. Sin embargo, la
encía, se seca al entrar en contacto con el aire y el orcezo -

constante de humedecer y secar, representa una irritación para los tejidos gingivales. La saliva que rodea a la encía expuesta se vuelve viscosa, se acumulan desechos en la encía, así en las superficies de las piezas y la población bacteriana aumenta de gran manera. En las personas que realmente respiran por la boca, adicionalmente se les seca por el aire la lengua y el paladar, mientras que los niños que solo mantienen sus labios separados, el paladar permanece normalmente humedecido y no se presenta gingivitis en las zonas linguales y palatinas de los dientes, sino que se localiza en la zona bucal de los dientes expuestos.

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

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

1.- Por obstrucción.- Son aquellos que presentan resistencia incrementada o por obstrucción completa del flujo normal de aire a través de los conductos nasales. 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 condicionaba a hacerlo.

2.- Por anomalía.- Es aquel cuyo labio superior es corto, el cual no le permite cerrar por completo, sin tener que realizar grandes esfuerzos y mantiene los labios separados.

3.- Por hábito.- Como secuela de los problemas anatómicos aún cuando la respiración bucal ha sido corregida - - -

Quirúrgicamente o por contacción fisiológica, el niño puede adquirir respirando por la boca, por costumbre esto puede ocurrir cuando - el niño duerme o está en posición reclinada.

Antes de construir un aparato para corregir la respiración bucal se comprueba si el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en casos de respiración forzada, en situaciones de emoción y de - ejercicio físico.

Se ha comprobado que las personas con problemas de respiración bucal presentan falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre los caninos y del - primer molar por los músculos orbicular de los labios y buccinados, los segmentos bucales del maxilar se derrumban dándole a éste, una forma de V y una bóveda palatina elevada, larga y estrecha, además de considerar la presión lateral sobre el paladar por la tensión de los carrillos fijados a la mandíbula durante la respiración - bucal y la falta de contrapresión de la lengua, que al desplazarse hacia abajo, no produce el equilibrio adecuado.

La respiración bucal ejerce influjo sobre el desarrollo del proceso alveolar en la época de la erupción dentaria. La boca semi-abierta provoca en la erupción dentaria desórdenes supeditados a tres causas principales:

- a) Presión del tejido
- b) Presión masticatoria
- c) Presión atmosférica

a) Presión del tejido.- Representa el poder eruptivo de las piezas dentarias que los hacen erupcionar más de lo normal al

no encontrar el lugar adecuado en la mandíbula.

b) Presión masticatoria.- Es el centro de erupción. Se completa con la anterior por ser regulada la presión masticatoria.

c) Presión atmosférica.- Consiste en que la presión provocadora de la adhesión de las partes blandas que causan las presiones laterales o que rigen la erupción lateral normal.

Estas tres condiciones exigen adaptación constante y normal de la mandíbula con respecto al maxilar. El respirador bucal carece de estas condiciones. La mandíbula está separada constantemente del maxilar y no controle estas presiones y la erupción es anormal. Por otro lado la lengua no ocupa su verdadera posición en la cavidad bucal y se debe considerar como causa de una anomalía porque se halla incapacitada por hacer la presión normal.

La lengua, estando la boca abierta, está entre los dientes inferiores no ocupando por lo tanto, el sitio correspondiente aplicado al paladar.

En esta forma, la erupción dentaria de la mandíbula por presión lateral compensadora que ejerce sobre las piezas dentarias superiores evitando que se produzca con las rugas paletinas en forma de V que acompañan con frecuencia a los respiradores bucales, y que tienen casi siempre, por causa mala acción lingual.

5. Empuje de frenillo.

Es un hábito que se presenta raras veces y sucede cuando hay diastema en los incisivos centrales superiores, el niño puede

trabrar el frenillo labial entre estas piezas y mantenerla en esa posición por varias horas. Este hábito se puede comenzar como un juego ocioso, pero puede desarrollarse en un hábito que puede separar a los incisivos centrales superiores, ya que a estos los mantiene separados.

6. Mordedura de uñas.

Este hábito normalmente se desarrolla después de la edad de la succión. Con frecuencia, el niño pasará directamente de la etapa de la succión del pulgar a la de morderse las uñas. Este hábito en sí no es dañino y por lo tanto no produce oclusiones dentarias, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de personas que presentaban este hábito, cuando permanecían imaduras debajo de las uñas, se observó una marcada atrofia de los incisivos centrales inferiores.

El acto de morderse las uñas normalmente alivia la tensión y es un hábito, como cualquier conducta general y no deberá considerarse malo, a menos que perjudique realmente en forma física, o moral tanto al niño como a las personas que lo rodean.

A medida que el niño va creciendo y se convierte en adulto, este hábito puede ser substituido por gomas de mascar, cigarros, puros, lápices gomas de borrar, o incluso, las mejillas o la lengua de las personas como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

CAPITULO IX
EFFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES

EFFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES

Los efectos causados por los hábitos bucales se dividen en tres grupos en base al tipo de displasia presentes.

1. Displasias dentales.

Existe una maloclusión dentaria cuando los individuales o en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre sí. Solo el sistema dental está afectado. Esta afección puede estar limitada a un par de dientes o puede afectar a la mayor parte de los dientes existentes. La relación entre los maxilares se considera normal, el equilibrio facial es casi siempre bueno y la función muscular se considera normal. En las displasias dentarias o dentoalveolares casi siempre existe una falta de espacio para acomodar a todos los dientes. Esto puede deberse a ciertos factores locales, como pérdida prematura de los dientes deciduos o restauraciones inadecuadas, pero es posible que se debe más al patrón hereditario básico, quizá a discrepancia en el tamaño de los dientes, que puede haber sido modificado o no, por los factores ambientales. En las displasias dentales o dentoalveolares, la relación de los planos inclinados y la conformación de los dientes a la forma de la arcada, dictada por la configuración de los maxilares, es imperfecta. Los incisivos pueden estar girados; los caninos carecen de espacio suficiente para hacer erupción en su sitio normal, dentro de la arcada dentaria; los premolares pueden encontrarse parcialmente incluidos o pueden hacer erupción en dirección vestibular o lingual a su posición normal en las arcadas dentarias. Los segmentos molares pueden haberse desplazado en sentido mesial, obliquando a los dientes

anteriores a ocupar posiciones de maloclusión. El desarrollo y la función muscular pueden ser aceptables a pesar de que exista una relación anormal entre los dientes y el hueso de soporte - adyacente, provocando irregularidades en dientes individuales.

2. Displasias esqueléticas

Primeramente debemos reconocer que la relación antero-posterior de los maxilares entre sí y con base del cráneo es de gran importancia. Las irregularidades de los dientes individuales pueden encontrarse o no en esta categoría especial, pero la relación del maxilar superior con el maxilar inferior y la relación de estos dos con el cráneo ejercen una gran influencia sobre los objetivos ortodónticos y el tratamiento. Con frecuencia, - los sistemas óseo, neuromuscular y dentario están afectados con actividad compensadora o de adaptación de los músculos para acomodarse a la displasia esquelética. Pocos casos de maloclusión son problemas exclusivamente esqueléticos.

3. Displasias esqueletodentarias.

Esta categoría incluye aquellas maloclusiones en las - que no solamente los dientes, solos o en grupos, se encuentran - en malposición, sino que existe una relación anormal entre el - maxilar superior y la mandíbula y ambos con la base del cráneo. Además de los dientes mal situados, el maxilar inferior puede -- encontrarse demasiado hacia adelante o hacia atrás con respecto a uno de ellos o ambos. Las displasias dentoesqueléticas son -

más complicados y requieren un tratamiento diferente que las --
displacias dentarias. La función muscular generalmente no es --
normal en este grupo. Se encuentran afectadas los cuatro siste-
mas tisulares. Mucho depende del tipo y grado de la anomalía --
esquelética.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES Y APARATOSIA

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES Y APARATLOGIA

A - Comentarios al tratamiento de los hábitos bucales.

Existen diferentes tipos de tratamientos para los diferentes tipos de hábitos, los cuales van desde los más sencillos como son los métodos psicológicos hasta el uso de aparatos fijos o removibles pasando por determinados ejercicios.

Entre los métodos psicológicos usados para educar al niño cuando está consciente podrá eliminar el hábito guiado por el odontólogo y por sus padres, únicamente si el niño esta - - psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios como la succión del dedo y pulgar con hábitos secundarios como tirarse del pelo o burrarse la nariz. Con frecuencia se puede romper el hábito bucal primario, pero seguirá el hábito secundario. Es necesario que los padres cooperen y se recomienda:

- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
- No criticar al niño si el hábito continúa.
- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento oclusal, es conveniente llevar a cabo ciertas normas terapéuticas ya que en lo que se refiere al manejo de los problemas oclusales en los niños con respecto al tratamiento de los hábitos, se requiere a menudo la aplicación de aparatos. Esto nos va a dificultar la higiene oral y es necesario poner mayor cuidado en ellos para -

prevenir las caries.

Se aconseja el uso de ciertos agentes químicos que ayuden a neutralizar la placa bacteriana y que se empleen con frecuencia antes y después de la inserción de los aparatos. Pueden utilizarse agentes como el Expose (rojo No. 3 que es eritrocina), Beta Rose y Trace.

También es importante que los agentes causales de las caries dental deben estar bajo control, se recomienda aumentar la resistencia de los tejidos, por lo tanto, se aconsejan tratamientos con flúor antes de la inserción de los aparatos.

Al detectarse la presencia de hábitos, son muy comunes los problemas generales de conducta de los niños, en especial entre las edades de 3 y 5 años. Algunos niños son dóciles y otros muy cooperadores, pero también hay muchos que son aprensivos con respecto a los procedimientos orales. En relación a este problema se utilizan diversos agentes quimioterapéuticos pero solo en casos muy necesarios.

El primer paso para el control de la conducta oral es el de la placa dentobacteriana o de la caries, con referencia a la dieta, los hábitos alimenticios y la higiene oral.

El objetivo principal del tratamiento de los hábitos es la corrección, el control, o la eliminación de las conductas orales nocivas, como la succión del dedo, la mordedura del labio, empuje lingual, la respiración bucal y la deglución atónica. Esto se hace por lo general enseñándole al paciente un ejercicio o serie de ejercicios y luego guiando, o

motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios con la frecuencia requerida. En ocasiones, pueden emplearse aparatos mecánicos diferentes a los aparatos convencionales. Algunos de estos son las pantallas orales y los protectores linguales entre otros.

Es frecuente que en los niños más pequeños, los hábitos no estén muy arraigados, en estos casos con una simple plática es suficiente para terminar con el problema oral, sin embargo en ocasiones, es necesaria una serie de ejercicios orales para entrenar todo el sistema neuromuscular oral o determinadas partes de él.

1. Ejercicios para el control de hábitos.

En la terapia oclusal existen una serie de ejercicios, los cuales nos son muy útiles para el tratamiento de los mismos. Pero es conveniente aclarar que al prescribir un determinado ejercicio es insuficiente en la gran mayoría de las situaciones para modificar los reflejos de conducta. Se debe lograr una comprensión más detallada de los reflejos de la deglución y de la respiración y unirlos con un conocimiento real de la psicología del niño y la sociología de la familia, para diseñar en forma adecuada, la realización de un programa eficaz.

Por esto, es de gran importancia el número total de repeticiones, la frecuencia del ejercicio y el tiempo total (semanas, meses) durante el cual se realizan ya que estos son críticos para la modificación de los hábitos orales.

Principios para la corrección de hábitos.

El control de caries se considera como un requisito previo para el tratamiento a base de ejercicios, la aplicación de - aparatos y en la odontología restauradora.

Es necesario establecer una relación con el niño, hacer lo conciente del cuidado que requieren sus dientes en cuanto a - la limpieza de los mismos; se le debe explicar cómo afecta sus - dientes el hecho de practicar un hábito anormal de su boca y cómo sus dientes modifican su aspecto y lo que las demás personas - piensen de ellos. De esta manera se intenta motivar al niño para abandonar el hábito.

También se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores, entre los cuales se incluyen:

- Medicaciones de mal gusto pintadas sobre el dedo. Estos y otros elementos son presentados al niño para tratar de recordarle que no debe chuparse el dedo.
- Vendaje elástico que se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado. Cuando el niño trata de succionar, la resistencia ofrecida actúa como recordatorio. La resistencia nunca es tan grande como para que el niño no pueda chupar. El vendaje es un recordatorio y no un freno.
- Elementos para cubrir el dedo y la mano y que incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales. Se deben utilizar sólo como recordatorios.

Ejercicios.

A este ejercicio se le conoce como "Posicionador de la lengua".

Al niño se le debe enseñar a colocar la lengua en forma correcta, de la siguiente manera:

a) Se identifica la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anteriosuperiores. Se le muestra al paciente este área, se le explica que el niño haga lo mismo.

b) Se le pide al paciente, que con su boca bien abierta, intente tocar con la lengua la papila incisiva.

c) El paciente, con los labios separados y los dientes en oclusión, tiene que deglutir sosteniendo la punta de la lengua sobre la papila incisiva, como método auxiliar podemos usar agua.

d) Se coloca el espejo enfrente del paciente, el cual tendrá que estar con los labios separados y los dientes posteriores en contacto. La punta de la lengua se vuelve a ubicar en el lugar antes descrito. Se le pide entonces que degluta sin proyectar su lengua hacia adelante.

Este ejercicio le dará una idea general al paciente acerca de la posición que deberá tener su lengua mientras degluta.

Respiración nasal y posición de la lengua en reposo.

Los pacientes con oclusiones atónicas tienden a ser respiradores bucales. La lengua se mantiene entre los dientes

o los labios. Antes de realizar el siguiente ejercicio, se tiene que asegurar que las vías respiratorias no estén bloqueadas por adenoides agrandados, amígdalas aumentadas de volumen, resfrios o alergias. El ejercicio consiste en lo siguiente:

- a) Se coloca la punta de la lengua en la papila incisiva.
- b) Se pide que ocluyan los dientes posteriores.
- c) El paciente tiene que palpar sus maseteros contraídos.
- d) En este momento su respiración es nasal; durante 5 minutos deberá mantener los labios cerrados, los dientes posteriores en contacto y la lengua en posición correcta.

Este ejercicio puede hacerse en cualquier lugar y en cualquier momento. El paciente deberá comprobar periódicamente su forma de respirar, por lo que se necesita la ayuda de sus padres. El ejercicio deberá repetirse antes de dormir para que actúe como recordatorio y que el paciente duerma con los labios cerrados.

Desarrollo lingual.

En el acto de la deglución intervienen las distintas partes de la lengua, en ocasiones se tienen que desarrollar una o más de esas partes. Hay varios ejercicios que refuerzan los reflejos de cada parte de la lengua para efectuar la deglución correcta.

Punta de la lengua.

Ejercicios con goma única. Se coloca una banda de ortodoncia de 1/4 de pulgada de diámetro en la punta de la lengua - del paciente, éste la tiene que presionar en la zona de la papila incisiva. Con los dientes posteriores en oclusión tiene que beber un poco de agua y lo deglute. Si la punta de la lengua no presiona el punto donde está colocada la gomita, se tragará ésta junto con el sorbo de agua.

Este ejercicio ayudará a desarrollar la función de la punta en el patrón de deglución normal.

Ejercicios de fonación.

Algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua en la papila incisiva. Estos sonidos deben ser claros y cuando se producen, la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo. Los sonidos que requiere esa posición de la punta de la lengua son los siguientes:

- a) El sonido de la d (diente, dado, done).
- b) El de la l (largo, lino, lánón).
- c) El de la t (tubo, tío, tiro, taza).

Bajo la supervisión de sus padres, el paciente puede practicar estas palabras y observarse en el espejo. También se usan otras palabras y en caso de que los niños sean muy pequeños se pueden utilizar tarjetas con dibujos relacionados con los nombres que se necesitan.

Parte media de la lengua.

Ejercicios con dos gomas.

Para realizar este ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la punta de la lengua y otra en la mitad de ella. El paciente presiona la primera goma en la papila incisiva y la del medio contra el centro del paladar, se deglute con los labios separados y los dientes posteriores en contacto para practicar el acto de la deglución. Es importante que el paciente observe frente a un espejo y notar que su lengua no se proyecte hacia adelante. Una vez que se ha acostumbrado a esto, tragaré un sorbo de agua, comprobando que después de cada deglución, que las dos bandas de goma están en sus posiciones correctas. Si la punta y el centro de la lengua no presionan adecuadamente las gomas, existe la tendencia de tragarse una de ellas o las dos.

Ejercicio de fonación.

Los sonidos producidos por la porción media de la lengua al presionar contra el paladar duro son:

- a) El sonido de la Ch.
- b) El sonido de la Y.

Tenemos algunas palabras como chico, chino, chal, chorro, yute, hacha, yo, ya, etc.

Parte posterior de la lengua.

Cacahuates y gomitas.

Se le pide al paciente que mastique el cacahuete sin tragarlo (se requiere que sea un cacahuete por su bajo índice cariogénico). Una vez masticado el cacahuete se coloca en la

porción media de la lengua y en la punta de la misma, se sitúa la goma de ortodoncia. Se le dice al paciente que tenga los labios abiertos y los dientes posteriores en oclusión. La goma se presiona en la papila incisiva y se le pide que trague el cacahuete masticado, para hacerlo el paciente tiene que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua y sin proyectarla y sin tragar la goma tiene que deglutir el cacahuete.

Ejercicios de fonación

Los sonidos que se producen con la parte posterior de la lengua son:

Sonidos guturales

- a) c dura
- b) g dura
- c) K (caramelo, caña, como, gasa, goma, Kenia).

Desarrollo labial.

Los respiradores bucales y los empujadores linguales tienden a tener hipotonicidad de los músculos orbiculares de los labios. Estos músculos, la mayoría de las veces necesitan ser estirados y reforzándose de modo que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión durante la respiración nasal y la correcta deglución. Hay dos ejercicios que consisten en:

- a) Tirar del labio para darles fuerza.
- b) Labio sobre labio para alargarlos.

Ejercicio de tirar el labio.

El ejercicio consiste en utilizar dos botones de - -

aproximadamente 6 mm. de diámetro. Se ata un botón en cada uno de los extremos de un trozo de hilo dental de 1.20, a 1.50 m. de longitud.

El paciente detiene entre sus labios y dientes el botón, y la persona que vaya a auxiliarlo en este ejercicio, tendrá sus labios normales, colocándose en la boca el otro botón, accionando de tal modo que trate de sacar el botón de la boca del paciente. El objetivo de esto, es que se forme una resistencia al realizar este ejercicio para que se desarrollen los músculos orbiculares de los labios. Cada tracción se considera un ejercicio.

Ejercicio de labio sobre labio.

Se utiliza para estirar los labios. El paciente tiene que estirar el labio superior hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores. Luego lo sostiene con esa posición con el lado opuesto mientras cuenta hasta 10. Para estirar el labio inferior se usa el procedimiento inverso.

Frecuencia en la repetición de los ejercicios.

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio depende del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y capacidad de atención. Mientras más pequeño sea el niño, menos atento y más inquieto será y por lo tanto, habrá menor cantidad de repeticiones. Si al realizar un ejercicio correctamente y si este toma mucho tiempo para realizarlo, se indicará que se practique en menor cantidad. Cada ejercicio se hará 10 veces seguidas, el cual aumentará gradualmente hasta que el paciente desarrolle su habilidad según lo requiera el caso.

La frecuencia del ejercicio es también muy importante porque cuantas más veces se repita, más atención exigirá el paciente por parte de sus padres.

El tiempo de práctica que requiere el niño, debe variar no menos de 5 Min. por sesión hasta no más de 30 Min. El tiempo diario total no debe exceder (durante el tratamiento) los 60 Min. Los ejercicios no tienen por que interferir en sus deberes, el juego o el descanso general. Cinco minutos 5 veces al día, o 10 minutos 3 veces al día, es una buena dosis de ejercicios ya que el exceso de estos pueden ser contraproducentes y fracasan los objetivos de los mismos. El tiempo de práctica incluye: ensayo, error y juicio. Si con el transcurso del tiempo no se observan resultados positivos con los ejercicios, se debe controlar la exactitud y éstos serán corregidos convenientemente. Los casos más rebeldes pueden requerir un período más prolongado.

Para auxiliarnos contamos con la ayuda de espejos, - mientras que para controlar la práctica de la fonación se usarán grabadoras.

El tratamiento se terminará cuando se obtengan los resultados deseados.

B - Generalidades sobre aparatos fijos y aparatos removibles.

Indicadores de los aparatos fijos.

1.- Un niño propenso a sacarse y perder los aparatos removibles.

2.- Si el odontólogo tiene la habilidad suficiente para - -

colocarlos de modo que no irrite al niño, o que se rompa con facilidad.

- 3.- Cuando los molares deciduos ofrecen retención inadecuada para los retenedores, o que los dientes estén cubiertos en parte por la encía (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 inserción del mismo.
- 6.- Un niño cooperador al insertar el aparato cuando necesita cementarse.
- 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 exfoliación.

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 o 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.

Ventajas del aparato fijo.

- 1.- No interfiere en la erupción de los dientes permanentes.
- 2.- Al usar bandas anchas correctamente contorneadas y cementadas 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 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.

Ventajas del aparato removible.

- 1.- Facilidad de los procedimientos intracrales (sólo se toma la impresión) para la fabricación.
- 2.- Se puede doblar o distorcionar con facilidad.
- 3.- Las proyecciones interdientarias de los alambres interfieren 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.

El tiempo óptimo para colocar los aparatos es entre - los tres y medio, a cuatro y medio años de edad.

Funciones del aparato removible.

- 1.- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al - hacerlo. Se debe actuar con mucho cuidado e informar al niño y a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar el hábito, sino para alinear los dientes, mejorar la apariencia y propor- cionar una buena masticación.
- 2.- Por su construcción, el aparato evita que la presión digi- tal desplace a los incisivos centrales superiores en sen- tido labial y evita la creación de mordida abierta, así como deformantes de la lengua y labios.
- 3.- El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descan- so, de una masa elongada a una más ancha y anormal, dando como resultado que la lengua tiende a ejercer mayor pre- sión sobre los segmentos bucales superiores y se invier- te 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.

El uso de los aparatos removibles tienen ciertas secuelas poco desfavorables como un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado, o inmediatamente después de que es retirado.

C - Aparatos para corrección de hábitos bucales.

Existen diferentes tipos de aparatos removibles según la prescripción ortodóntica para la reeducación de los hábitos.

Aparato para el hábito de succión de dedo.

Una de las formas más eficaces es una criba fija y el procedimiento es el siguiente:

Se toma un modelo de estudio; si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se colocan alambres de bronce como separadores en esa visita.

La razón de los alambres separadores es porque los segundos molares deciduos superiores son buenos dientes de soporte.

Se pueden usar coronas metálicas completas, o bandas de ortodoncia, pero se prefieren las primeras. La porción mesial del primer molar permanente y la porción distal del primer molar deciduo se recorta sobre el modelo, sin tener contacto con el segundo molar deciduo aproximadamente de 1 a 2 mm. Se corta el margen gingival del segundo molar deciduo siguiendo el contorno de los dientes de 2 a 3 mm. sobre la superficie vestibular

lar, lingual y proximal.

La corona de acero inoxidable se ajusta sobre el modelo, se hace una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar.

La porción palatina se fabrica con alambre de acero -- inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasando mesialmente a nivel del - margen gingival desde el segundo molar decíduo, hasta el nicho - entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. Aquí - se hace un dobléz para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar decíduo y el canino primario opuestos, - siguiendo el mismo nivel gingival.

El nicho del primer molar decíduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del márgen hasta la corona del segundo molar decíduo. El alambre base deberá ajustarse previamente al colocarse en el modelo. El aparato central está formado de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados con respecto al plano oclusal. El asa no debe ir hacia atrás más allá de la línea que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del - asa central van más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de manera que hagan contacto con él ligeramente.

El asa se va a unir con pasta para soldar, la cual - está fabricada de flúor y soldadura de plata; la soldadura va - uniendo el asa con la barra principal. La tercera proyección - anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre

las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado se unen con las coronas que van colocadas a los segundos molares deciduos. Se limpian y se pule el aparato y se coloca en la boca. Al aparato se le recorta la circunferencia y se cierra la corona a nivel del corte vestibular, se retiran los alambres de separación si estos existen y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se le pide al paciente que ocluya con fuerza para que de esta manera las coronas se abran automáticamente hasta tener la circunferencia requerida por los dientes, para poder soldarse a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si se provoca isquemia o si hay dolor, se recorta la corona en su porción gingival ya que toda la periferia de esta debe quedar bajo el margen gingival. Se coloca de nuevo el aparato para tratar de adaptarlo dentro de la boca del paciente. Si los incisivos centrales inferiores ocluyen contra las proyecciones anteriores del aparato central; los espolones se recortan y se doblan hacia el paladar. Se cementa el aparato y se retiran los excedentes.

Cuando se le explica al niño el objetivo del aparato se le dice que es para enderezar sus dientes y no se menciona que es para desaparecer el hábito y que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que habrá cierta dificultad para realizar la limpieza bucal, deberá hablar lentamente y con cuidado debido a la barra que está colocada dentro de su boca pero en ningún momento se mencione el dedo. A los padres se les explica que el problema del habla durará durante el tratamiento. En cuanto a la dieta, esta debe ser blanda durante los primeros días.

Después del período de ajuste, que es de dos a tres días, a la mayoría de los pacientes se les olvida la presencia del aparato, se hace la revisión del aparato de tres a cuatro semanas. La duración del aparato en boca es de aproximadamente de tres meses, después de este tiempo en que desaparece por completo el hábito, se retiran primero los espaldones, tres semanas después, si no recurre el hábito se retira la barra palatina restante y las coronas. Si se vuelve a producir el hábito, se coloca un aparato parcial. En caso de combinarse el hábito de dedo y la proyección de lengua, se le hacen las modificaciones necesarias al aparato, se deja por más tiempo.

Debe mencionarse que el aparato no es un castigo y que el aparato está diseñado para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura, y su funcionamiento, para corregir la maloclusión producida por el hábito.

Un aparato malconstruido puede aumentar o acentuar la maloclusión.

Aparatos para la proyección de lengua.

Se producen deformaciones en la proyección de la lengua porque de 500 a 1,000 veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta, o la protrusión de los incisivos centrales superiores.

El aparato para la proyección de lengua es una variante para el hábito de dedo, ya que tiende a desplazar la lengua

hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Si los espaldones se doblan hacia abajo para que formen una barrera de los incisivos centrales inferiores, durante el contacto oclusal de los dientes posteriores, se obtiene una protección para la proyección de la lengua. Durante la producción de este hábito, la lengua se lleva a una posición baja y no se aproxime al paladar, como es lo normal.

Las condiciones que debe reunir un aparato para la proyección de la lengua son:

- 1.- Eliminar la proyección anterior enérgica y efectiva a manera de émbolo durante la deglución.
- 2.- Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las rugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Cuando desplaza la lengua hacia atrás dentro de los límites de la detención, ésta se expande hacia los labios, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobrerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. La deglución se estimula con el aparato y la lengua, se adapta a su nueva función y posición.

En este aparato se elimina la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa de aparato lingual y se modifica el diseño de la criba respectiva. También se usan los segundos molares deciduos como soportes, pero se prefieren a los

primeros molares permanentes si estos han hecho erupción.

En los modelos que previamente se tomaron, se seleccionan los dientes soportes y se recortan de igual manera que el aparato anterior; se seleccionan las coronas y se ajustan, se recorta por la parte vestibular como se describió anteriormente.

La barra lingual en forma de U, se fabrica de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 pulgadas, se adapta primero en un extremo del modelo y se lleva el alambre hacia adelante hasta la zona de los caninos a nivel del margen gingival. La barra tiene que hacer contacto con las superficies linguales prominentes de los segundos y primeros molares deciduos.

Los modelos se colocan en oclusión y se traza una línea sobre el modelo superior hasta el canino opuesto; esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores con respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar; justamente por el aspecto lingual de esta línea y se lleva hasta el canino del lado opuesto, después se dobla la barra y se lleva hasta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Es importante tener en cuenta que al cerrar la mordida abierta, se debe tener cuidado de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieran en la incisión, por esto, se realiza la barra base en sentido lingual respecto al margen

incisal inferior. Ya que se ha construido la barra base en la posición pasiva correspondiente en el modelo superior, puede formarse la criba con alambre de acero inoxidable de 0.040 pulgadas.

Para soldarse, se hace un extremo a la barra base en la zona del canino, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cingulos de los incisivos centrales inferiores cuando los molares ocluyen.

Se debe tener cuidado de no hacer contacto que pueda interferir en la erupción de los dientes.

Una vez que se han formado las proyecciones en forma de V, los brazos de las mismas se van a soldar a base de flúor con soldadura de plata. El alambre base se coloca sobre el modelo y se va a soldar a las coronas metálicas, se limpia y se pulie, se prueban en boca y se corrige la adaptación de las coronas y se cementa el aparato.

Con este tipo de aparatos, el paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso de la lengua se proyecta contra el paladar y la punta de la lengua se proyectará contra los rugos palatinos. El tiempo que se usará el aparato dependerá de la gravedad del problema, pero se toma como parámetro de cuatro a nueve meses para la corrección de la maloclusión.

En algunos casos en que los hábitos de proyección de lengua causen también mordida abierta posterior, esto puede provocar infraoclusión de los segmentos bucales superior e inferior.

posibles problemas funcionales y problemas de habla. Este tipo de hábito se encuentre con mayor frecuencia en las maloclusiones de Clase II, división 2, lo que comprueba que la función lingual es un factor en la creación de la falta de erupción en los segmentos posteriores en los pacientes que presentan este tipo de maloclusión. En este caso, el tratamiento consistirá en el uso de una criba modificada para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes en ese segmento.

Aparatos para el hábito de chuparse y morderse los labios.

Los modelos de estudio se articulan, se recortan los primeros molares inferiores o los segundos molares deciduos, como se usa para el mantenedor de espacio funcional fijo y el aparato para el hábito de chuparse los dedos. Se colocan las coronas metálicas o bandas de ortodoncia según el caso en los dientes pilares. Se adapta el alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que vaya en sentido anterior desde un diente soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho, -- entre el canino y el primer molar decidido, o el canino y el incisivo lateral.

El alambre de base se pasa en el espacio interproximal previamente seleccionado hasta la cara labial. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual se lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto; el alambre se lleva a través del nicho y hacia atrás, hasta el edentado sobre el diente de soporte, - haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

Hay que tener mucho cuidado que la porción anterior del alambre o sea la porción labial no haga contacto con la porción palatina de los incisivos centrales superiores al ocluir. El alambre -- deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos centrales inferiores 2 ó 3 mm., para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación se va a soldar un alambre de níquel y cromo de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, la soldadura se va a realizar en el cauce del alambre y el nicho, y llevándolo hacia gingival 6 u 8 mm., este alambre se dobla y se -- lleva cruzando la encía de los incisivos centrales inferiores, -- paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del -- nicho opuesto y se suelda el alambre base. La porción que va páralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm., de los tejidos gingivales, después se suelda el alambre base a la corona o las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando una posible interferencia oclusal o incisal. Se limpia y pule para -- después cementarlo en la boca del paciente.

A la porción labial del aparato se le puede agregar --acrílico entre los alambres de base y auxiliar, con el objeto de reducir la irritación de la mucosa del labio inferior.

El aparato se usa por espacio de 8 a 9 meses según el -- caso, el del labio se reduce gradualmente antes de retirarse; los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato -- varias semanas después.

El aparato para el labio permite que la lengua mueva a los incisivos centrales inferiores en sentido labial, esto mejora la inclinación axial y reduce la sobrenmordida al mismo tiempo.

En los casos en que parece haber retrusión mandibular -- funcional, como resultado de la actividad muscular asociada con -- la actividad aberrante de labio, la colocación de un aparato para el labio permite que los incisivos se desloquen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

Aparatos para la respiración bucal.

La construcción de un protector bucal (escudo bucal), -- tiene como objetivo el bloqueo del paso del aire por la boca y -- obliga la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales. Este aparato es un escudo insertado en la boca, el cual descansa en los pliegues labiales, y se emplea para evitar -- la respiración bucal y favorece la respiración nasal.

Se usa generalmente durante la noche, antes de ir a la -- cama y se deja puesto en el transcurso de la noche para que el -- niño mientras duerme, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante toda la noche, -- evita que quienes se muerden los labios usen el labio inferior en lingual a los incisivos centrales superiores, que los que empujan la lengua forcen ésta entre las piezas anterosuperiores y anterog inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y los que succionan el pulgar no se lleven el dedo a la boca.

La reconstrucción del protector bucal se realiza de -- plexiglas de 1/16 a 1/32 de pulgada (1.56 mm. y 2.34 mm.) de espesor respectivamente. Se ajusta al vestíbulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios a través del protector -- --

a las piezas. Se destruye el protector sobre los arcos articulares, manteniéndolo en contacto al verter el yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión al fraguar el yeso se dibuja un líneas en la encía hacia el pliegue mucolabial, evitando las líneas musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el plexiglas.

Al calentar el plexiglas se puede cortar con las tijeras muy fácilmente y en las zonas que así se requieran, se calienta más para aceptar sobre los modelos, se enrolla una toalla mojada sobre éstos, y se tuerce como un toro para aceptar exactamente el protector a las piezas anteriores.

Va terminado el aparato, esta cubrirá a dar sólo las piezas superiores anteriores y deberá estar alojado de la encía bucal, inferior y superior $1/16$ de pulgada.

El paciente deberá ser examinado cada 3 semanas o mensualmente. En visitas posteriores se ajustan los modelos rebajando el yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores. Se vuelve a hacer de nuevo el aparato a su nueva posición con calor y toalla.

Entre las ventajas que se pueden citar de este aparato, es que no lesionan al paciente, los movimientos articulares se producen lentamente, porque el paciente sólo lo lleva un tercio del tiempo. Este movimiento es de naturaleza fisiológica ya que se usan los músculos del paciente.

El uso de los protectores bucales favorecen los hábitos de mejor postura labial y de respiración. En algunas casas, - -

influya incluso en los dientes superiores, para que estos no se muevan en dirección distal, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoclusión incipiente.

D - Tratamiento para el bruxismo.

El tratamiento para estos problemas será la intervención del médico familiar, psiquiatra y odontopediatra. Pero en cuanto a los aparatos para la corrección de este hábito, se trata de la construcción de una férula de caucho blando, el cual no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de férula de caucho blando, es la misma que la de un protector bucal.

En ocasiones, la sobremordida excesiva se considera como un factor causal y su eliminación puede significar el cese del apretamiento y bricomanía que haya padecido el paciente durante cierto tiempo y en estos casos se recomienda la construcción de placas ocluseles superiores, y cuyo procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera.

Después de haberse establecido un diagnóstico adecuado se obtiene una impresión superior, se elabora el modelo de yeso para la fabricación de la placa oclusal. Se construyen ganchos para el último molar, con el objeto de tener más retención, siendo estos de tipo circunferencial, gancho adams o gancho de bola. Si la placa necesita usarse en un tiempo prolongado se recomienda agregar un arco labial (gancho).

Cuando se usa por un tiempo prolongado, la placa oclusal sin una fuerza restrictiva, ejerce una acción de desplazamiento labial sobre los incisivos, aumenta la sobremordida horizontal y puede estimular la separación y el desplazamiento anterior de los incisivos. Cuando la placa tiene el alambre labial evita el desplazamiento anterior de las piezas (incisivos) y mejora la retención. También se pueden usar ganchos incisales metálicos, o si hay suficiente sobremordida horizontal, puede llevarse el mismo acrílico sobre el margen incisal hasta el aspecto labial, las desventajas de este aparato consisten en que los ganchos incisales pueden hacer muescas en los incisivos y permiten poco ajuste.

Ya que se adaptaron los ganchos y el alambre labial en caso necesario, la porción palatina puede encerse y curarse -- mediante el enfriado, lo que nos proporciona una reproducción -- más exacta y menos porosa. También puede hacerse con acrílico -- rónimo sobre el modelo. Para obtener la abertura de la mordida, se construye un plano liso que comienza aproximadamente a 1 mm., -- del margen incisal y se lleva en sentido posterior hasta 1 cm., -- detrás de los incisivos centrales superiores. La dimensión vertical en caso de ser alterada puede corregirse al eliminar el exceso de acrílico sobre el plano cuando el aparato se tenga que ajustar en la boca.

Ya terminada la placa, ésta se pule, y se prueba en la boca del paciente, para revisar ajuste de ganchos y adaptaciones de acrílico.

Se eliminan las proyecciones agudas del acrílico en los espacios interdentario. Los ganchos deben hacer contacto - - -

ligeramente con los molares en forma pasiva. En caso de llevar alambre labial, este debe hacer contacto con los incisivos aproximadamente en el tercio gingival.

La posición de descanso se determina primero con la placa oclusal dentro de la boca y con el papel de articular, se reduce hasta un nivel de 1 ó 2 mm., menos que la dimensión vertical de descanso.

Cuando la dimensión vertical es correcta mediante la erupción de los dientes posteriores se reduce el tiempo que se usa la placa oclusal a la mitad, pero su uso como aparato retentor se extiende de seis a doce meses si es posible, dependiendo de la magnitud de la erupción lograda, edad del paciente, tipo de oclusión y tendencia individual a la recidiva.

La placa oclusal se usa solo por las noches, pero en caso de bruxismo en los que se emplea para evitar que los estímulos sensoriales oclusales desencadenen el fenómeno de bricomanía, el uso del aparato deberá ser indefinidamente. La mayoría de los pacientes dependen de la placa oclusal y en ocasiones no pueden dormir sin ellas, y en esos casos en que los pacientes usan la placa oclusal por algún tiempo, especialmente en casos de bruxismo y bricomanía es conveniente reforzarla para resistir la tensión, por este motivo se agrega un alambre labial restrictivo o una extensión labial de acrílico para evitar el desplazamiento de los incisivos centrales superiores.

La porción acrílica del plano deberá ser reconstruida a intervalos periódicos al desgastarse.

Aparatos emovibles para el hábito de dedo, labio y lengua.

Para evitar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión del desarrollo, se usa la pantalla bucal o vestibular o una combinación de las dos. La pantalla vestibular es un maxilar para restaurar la función labial anormal y para la retracción de los incisivos. Se usa también para interceptar hábitos de chuparse el dedo, pero tiene la desventaja de que puede retirarse fácilmente por el paciente si lo desea, en estos casos, la cooperación del paciente es indispensable.

La pantalla bucal es un paletar de acrílico modificado, puede construirse una barrera de acrílico para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. La barrera puede fabricarse también de alambre. Pueden agregarse ganchos sobre los molares y si necesita retención adicional, puede construirse una pantalla bucal vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcades dentarias, si se usa asiduamente y si está construida correctamente, las fuerzas musculares anormales se pueden interceptar y se conducen a actividades pasivas y de esta manera se corrige la maloclusión en desarrollo. Estos aparatos, por sí solos se pueden usar como auxiliares interceptivos para las acciones musculares nocivas.

Al decidir el tratamiento con estos aparatos removibles, debemos estar seguros de que el paciente va a cooperar en el tratamiento. Las pantallas bucales vestibulares y bucales se pueden usar conjuntamente con los aparatos fijos.

Aparatos para el hábito de mordedura de carrillos.

Los hábitos musculares anormales pueden también causar mordida abierta o malposición individual de los dientes en los segmentos bucales, aunque la mayoría de las veces está afectada la zona anterior.

Cuando se presenta la mordedura de carrillo, se usa una criba removible o una pantalla vestibular o bucal en la zona afectada por el hábito para erradicar el problema.

CONCLUSIONES

Al realizar esta tesis descubrimos que los hábitos orales infantiles, son los vicios tomados por los niños y se deben a diferentes causas entre las que podemos citar: factores de deficiencias nutricionales en la primera infancia, alteraciones de tipo emocional como sobrecargas de stress y en algunos casos por consecuencias imitativas que toman los niños de su familia o del medio ambiente que los rodea.

El odontólogo deberá reconocer la causa desencadenante del hábito, y esto lo conseguirá realizando una historia clínica completa con los antecedentes necesarios para la realización de este fin.

Las alteraciones provocadas por los hábitos orales son principalmente de tipo funcional y estas se verificarán sobre la musculatura peribucal, así como alteraciones esqueléticas y disfunciones oclusales severas, que pueden predisponer la existencia de maloclusiones en la edad adulta.

Al tratar los problemas de hábitos el odontólogo deberá tomar en cuenta:

- 1.- Que el tratamiento para los hábitos con aparatología - solo se debe llevar a cabo cuando el paciente tenga la disposición para dejar el hábito. Ya que de esta manera se obtendrá mayor cooperación del paciente.

2.- La aparatología únicamente se deberá utilizar como recordatorio, tratando que el aparato no provoque dolor para que de esta manera no sea rechazado por el paciente.

3.- Finalmente la cooperación de la familia del niño es indispensable para lograr una buena erradicación del hábito.

BIBLIOGRAFIA

- ODONTOLÓGIA FISIOLÓGICA.** Sidney J. Finn.
N. Edit. Interamericana S. A. de C. V. México, C. F. 1983
- ORTODONCIA: TEORÍA Y PRÁCTICA.** T. H. Grober.
N. Edit. Interamericana S. A. de C. V. México, C. F. 1983
- TEORÍA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRÍA.** Edward W. Bennett.
Edit. Med. Panamericana Buenos Aires, 1976
- ODONTOLÓGIA PARA NIÑOS.** John Charles Craver.
Edit. Mundi Buenos Aires, 1960
- PSICOLÓGIA MÉDICA.** Ramón de la Fuente Muñoz.
Fondo de Cultura Económica. México, C. F. 1975
- HISTOLOGÍA Y ANATOMÍA OCLUSAL.** Urban B. S.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. México, C. F. 1976
- OCLUSION.** Giordano James V.
Odontología Clínica de Norte América
Edit. Mundi Buenos Aires, 1980
- OCLUSION.** Ramfjord Sigurd, Peder.
Edit. Interamericana S. México, C. F. 1972
- ANATOMÍA DENTAL: FISIOLÓGIA DENTAL Y OCLUSION.** Wheeler Russell Ch.
Edit. Interamericana S. México, C. F. 1966
- HISTOLOGÍA Y ANATOMÍA OCLUSAL EN NIÑOS.** Prevenza
Edit. Interamericana. México, C. F. 1974
- SAUD DENTAL INFANTIL.** Swallow H.
Una introducción práctica.
Edit. Mundi. México, C. F. 1960.