



29
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES INFANTILES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

LILIA CORELLA MADARIAGA

FALLA DE ORIGEN

México, D.F. 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
DEFINICION	5
ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE UN HABITO CLASIFICACION	6
HABITOS ORALES COMPULSIVOS	10
HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS	10
HABITOS DE SUCCION	12
a) SUCCION DIGITAL: TRATAMIENTO	12
b) SUCCION LABIAL: TRATAMIENTO	21
c) SUCCION DE CORRIILLOS: TRATAMIENTO	24
HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION	27
HABITOS ANORMALES DE FONACION	32
HABITOS ANORMALES DE DEGLUCION	38
HABITOS NOCIVOS A LOS TEJIDOS BLANDOS	44
a) EMPUJE LINGUAL: TRATAMIENTO	44
b) MORDERSE LAS UÑAS: TRATAMIENTO	52

PÁG.

c) HABITOS ASOCIADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS	54
HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS	
a) BRUXISMO: TRATAMIENTO	56
b) MORDERSE LOS LABIOS: TRATAMIENTO	62
OTROS HABITOS	65
a) MASOQUISTAS	65
b) AUTOMUTILACION	65
c) MORDER OBJETOS	66
CORRECCION DE HABITOS ORALES PERJUDICIALES	69
RELACION DE LOS HABITOS BUCALES CON LA PRE VENCION DE LA MALOCCLUSION	71
COLOCACION DE APARATOS PARA ELIMINAR LOS - HABITOS:	73
APARATOLOGIA REMOVIBLE PARA HABITOS ANORMA- LES	74

INTRODUCCION

El proposito de esta serie de temas que expongo a continuación se ha elaborado con el fin de que el Cirujano Dentista haga conciencia de la gran cantidad de hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral, además de esto que tenga la inquietud por establecer su etiología y su adecuado tratamiento.

De aquí nuestra necesidad por divulgar estos temas, no solo hacia nosotros como Cirujanos Dentistas, sino también al público en general.

Es importante hacer del conocimiento de los demás que si estos hábitos se presentan en edades tempranas pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente, y que si estos no son debidamente atendidos, se pueden presentar en la adolescencia o en la edad adulta algunos de ellos pueden tener repercusiones psicológicas, además con esto se hace importante el conocimiento de las bases fisiológicas de los mismos, así como la presencia de ciertas conductas.

Aun cuando existe una gran polemica en cuanto al tratamiento adecuado para la erradicación de estos hábitos orales, se ha llegado a la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlo.

Muchas veces aun cuando se hace el tratamiento adecuado, si no hay colaboración por parte del paciente y por parte también de los padres, esto es cuando el paciente es de corta edad (entre 3 y 5 años). Esta es una época en que el niño no toma importancia y además no aceptan los aparatos que se les colocan para el tratamiento. Por estas circunstancias y algunas otras mas, muchas veces aunque el tratamiento es adecuado, este llega a fracasar.

En pacientes ya mayores lo unico que se hace es tratar de darles entrenamiento para que den el uso adecuado a los aparatos, y con esto también tengo una buena higiene.

GENERALIDADES

Durante muchos años, los Cirujanos Dentistas han atendido los hábitos bucales de los niños. Los Cirujanos Dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas en oclusión.

El problema de los hábitos es muy importante pues interesa tanto al psicólogo, como al pediatra y al psiquiatra así como a los padres del niño. En general puede decirse que el Cirujano Dentista se interesa mas por los cambios bucales estructurales que resultan de los hábitos demasidos prolongados. El psicólogo, el psiquiatra y el pediatra pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta muy arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo su sintoma. Los padres del niño se preocupan mas por el aspecto social, que por el problema físico que presenta el niño.

Muchos psicólogos y pediatras afirmaban que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización se desarrollaba alrededor del tacto y la boca. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón de reflejo

de funciones, llamado reflejo de succión.

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que a visto y oído a distancia, a pesar de su mala coordinación, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos han sido llevados a la boca.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos de bienestar pasado para aliviarse la frustración del hambre o de otro malestar se introduce su dedo pulgar a la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio además satisface la necesidad de tener algo en la boca, también la necesidad de agarrarse a algo, algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Sin embargo en muchos casos se observó que cuando se abandonaba el hábito, la dentadura permanente se normalizaba gradualmente y los efectos continuos causados por presiones continuas causadas sobre las piezas denturias tenían poca importancia.

DEFINICION DE HABITO

1. El hábito puede ser definido como un sistema complejo de reflejos que funcionan en un or in determinado cuando el niño o el adulto reciben su estímulo apropiado.

2. Otra definición nos dice que el hábito es la forma metódica en que actua la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos.

ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE UN HABITO

El ambiente hogareño es un factor importante en el desarrollo de la personalidad de un niño y sus patrones de conducta. De especial interes es la relación entre la madre y el niño. Las actitudes modernas pueden influir directamente al niño aun antes de su nacimiento. La relación madre niño durante la niñez temprana ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño.

La carencia atectiva varia desde una leve despreocupación o la indiferencia a al abandono, esta puede comenzar desde el embarazo o desarrollarse mas tarde. Los niños que experimentan la carencia de un afecto materno, en general se comportan bien o estan bien adaptados. Sin embargo tienden a estar inseguros puesto que no han aprendido ni experimentado el amor en el hogar y es por eso que empiezan con cualquier clase de hábito para comenzar el cariño o afecto que falta en el hogar.

Por consiguiente el rechazo de la madre puede surgir bujo cualquier circunstancia en la cual el niño no es querido. Otro factor muy importante tambien es el autoritarismo, dichos padres eligen tecnicas para controlar un hábito o conducta

de un hijo que pueden ser muy severas, que en lugar de ayudarlo lo hunden más al hábito o en una mala conducta.

Como se reconoce que las madres juegan un papel muy importante en el desarrollo de los niños, varios investigadores han buscado averiguar y comprender la causa o la relación de la ansiedad materna con respecto a su hijo.

- 1) Hábitos bucales compulsivos
- 2) Hábitos bucales no compulsivos
- 3) Hábitos de succión
 - a) Succión digital. Tratamiento
 - b) Succión labial. Tratamiento
 - c) Succión de los carrillos. Tratamiento
- 4) Hábitos anormales de la respiración. Tratamiento
- 5) Hábitos anormales de fonación. Tratamiento
- 6) Hábitos anormales de la deglución. Tratamiento
- 7) Hábitos nocivos a los tejidos blandos
 - a) Hábito de empuje lingual. Tratamiento
 - b) Hábito de morderse las uñas. Tratamiento
 - c) Hábito asociados con cuerpos extraños. Tratamiento

8) Hábitos nerviosos espasmodicos

a) Bruxismo. Tratamiento

b) Hábito de morderse los labios. Tratamiento

c) Otros Hábitos. Masoquista, automutilación, morder objetos.

HABITOS ORALES COMPULSIVOS

Generalmente se dice que un hábito es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que este acude a la práctica de dicho hábito cuando se siente amenazada su seguridad, por lo tanto tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir dicho hábito.

Estos hábitos expresan una necesidad emocional muy arraigada y al realizar el hábito se siente protegido. Aunque los hábitos compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación, pudieron haber sido demasiados rápidos o que el niño recibió poca alimentación en cada toma, o también pudo haber demasiada tensión en el momento de la alimentación.

De igual modo se acepta que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternos juega un papel muy importante en muchos casos.

HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar nuevos hábitos aceptables socialmente. El moldeado sutil y no sutil por parte de las personas que se encuentran

alrededor de el continuamente aun en la madurez del niño, se encuentra sometido a presiones externas por parte los padres y compañeros de juegos.

Estos hábitos que se abandonan o adaptan facilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar se le van a denominar hábitos orales no compulsivos.

HABITOS DE SUCCION

SUCCION DIGITAL O DEL DEDO PULGAR

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar, y por igual de contradictorias son las recomendaciones publicadas para la corrección del hábito. La succión del pulgar en el bebé es un problema que preocupa al pediatra y a los padres pues a veces un problema de alimentación puede ser la causa de la iniciación de este hábito.

La succión del pulgar en bebés a sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido o con demasiada tensión presente durante el acto de la lactancia. Aunque se a dicho con frecuencia que la succión del pulgar es normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños nunca tuvieron este hábito. Si bien es cierto que muchos niños normales se chupan los pulgares por periodos breves durante la primera infancia no estan bien asesorados los odontólogos que dicen a los padres que no se preocupen que el niño facilmente dejara dicho hábito y que no habrá efectos perjudiciales.

Es cierto que muchos niños dejan el hábito en sus años pre-escolares pero algunos los conservan durante los

años escolares y a veces la edad adulta, la succión del pulgar no es un hábito socialmente adaptado por lo tanto debe ser desalentada tan pronto como halla evidencias de que se esta desarrollando, cualquiera que sea la edad del niño.

Estos factores influyen la frecuencia con que se practique el hábito, la duración del hábito, el desarrollo óseo, la dote genética, el estado de salud del niño. Después de muchos estudios y de observar a varios niños de diferentes edades se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar era un factor casual en la producción de una maloclusión. En casos aislados la deformidad parecia corregirse por si sola en la dentición temporal si se habia practicado el hábito por menos de 4 años. La succión prolongada del pulgar después de los 4 años puede ser un sintoma de que el niño sufre emocionalmente que emplea el pulgar para consuelo o compensación

En otras ocasiones parece usar el pulgar como un medio de venganza contra los padres, una de las medidas correctoras son las indirectas tales como proporcionar al niño descanso y escapes para el juego.

La mayoría de los niños dejaron de succionarse el pulgar a los 5 años, si el hábito persistiera los padres recordaran que el niño es capaz de autodisciplinarse y que puede ayudarse asimismo.

Si el bebé tiene el hábito, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a la masticación. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo por un sustituto como algo masticable.

En niños mayores el empleo de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles como dicho hábito le perjudicará la boca si se mantiene.

Hablando con los niños y con los padres a menudo el Cirujano Dentista podrá establecer si el hábito está relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío; si es adquirido por imitación o si es el resultado de un problema emocional complejo.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores a la inseguridad a la separación de los padres o a los animales o insectos, algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados solo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada mas que un recordatorio para cumplir con su promesa. Dicho aparato no deberá ser

doloroso, que no interfiera con la oclusión y que actúe como recordador.

TRATAMIENTO

La prescripción de la ortodoncia para la reducción de los hábitos orales adopta diversas formas; por lo tanto el aparato ideal para la corrección del hábito de succión digital deberá tener las siguientes características:

- 1) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- 2) No requerir recordatorio para usarlo.
- 3) No avergonzar con su uso.
- 4) No complicar aun mas los problemas de los padres.

Mencionare algunos tipos de aparatos:

Espolones: es el método que resulta de mejor pronóstico en la mejor resolución de mordida abierta, ya que el aparato con espolones produce un cambio en el ambiente bucal, no permite que la lengua no se apoye ni en los dientes ni en el aparato, dejando que haga erupción las piezas dentarias.

Este cambio modifica la alimentación sensorial que recibe el cerebro obteniéndose una nueva respuesta motora funcional. Esta respuesta puede llegar a ser permanente impresa en el cerebro si se dejan los espolones por el tiempo adecuado de 6 meses a un año.

Plata Tucat: esta placa nos ayuda a quitar el hábito pero no bruscamente consta de una placa Hawley, con una modificación en la zona del paladar en la cual se colocara una perla, con la cual el pequeño podra jugar al introducir su pulgar y evitando de manera sutil, la eliminación de la succión.

Las trampas pueden consistir en un arco de Nance y es donde está el botón de acrílico y de donde salen los dobleces del alambre. Puede ser una trampa tipo Hawley que al contener un arco vestibular, se puede ir activando para lograr que los incisivos permanentes superiores se vayan hacia atras, y así se logra que se vaya cerrando la mordida.

TRAMPA CON PUNZON

Esta trampa es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio, afilado de alambre para evitar que el niño continúe con dicho hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley.

Esta, trampa puede servir para: a) romper la succión del digital y la fuerza ejercida sobre los dientes anteriores, b) distribuir la presión a las piezas posteriores, c) recordar al paciente que se está entregando a un hábito, d) hacer que el hábito se vuelva desagradable.

TRAMPA CON RASTRILLO

Esta trampas al igual que la anterior, pueden ser fijas o removibles. Sin embargo este tipo de aparato sirve mas para castigar que para corregir.

Se construyó de igual manera que la de punzón, pero tiene más ramas que se proyectan hacia la bóveda palatina. Las puas dificultan no solo la succión del dedo, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.



OCCLUSION DE TRES NIÑOS CON HABITOS DE SUCCION DIGITAL

- A Mordida abierta en la dentición temporal causada por la colocación del dedo pulgar.
- B Fotografía de como se ubicaba el pulgar entre los dientes
- C Mordida abierta de incisivos superiores espaciados por la succión del pulgar.
- D El procedimiento de succión el índice esta ubicado a lo largo de la nariz
- E Mordida abierta que llega hasta el segundo molar temporal resultado de la succión del pulgar y el índice.
- F Fotografía de como eran colocados los dedos en la boca.



- A) Niño de cinco años que expresó deseo de abandonar su hábito de chuparse el dedo. Aquí esta demostrando la posición mas comoda para su pulgar.
- B) El mismo paciente mostrando la mordida abierta resultado de su hábito.
- C) Se construyó una trampa con puas fija con bandas molares se cemento.



Otro tipo de instrumento removible de recordatorio para desalentar hábitos de succión del pulgar u otro dedo.

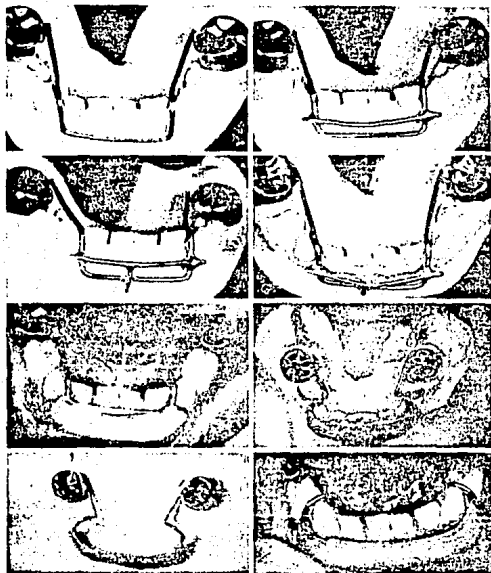
HABITO DE SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando trata de que el niño con su cooperación pueda lograr el abandono de esto. El Cirujano Dentista puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales ó tocar instrumentos musicales bucales, ayuda a enderezar los musculos labiales y ejerce presión sobre las piezas anteriores superiores.

En muchos de los casos varios de los niños que presentan una succión digital llegan a darse cuenta que haciendo la succión del labio interior o simplemente mordiéndolo obtiene la misma satisfacción que les da al succionar el dedo y así poco a poco van dejando un hábito para empezar con uno nuevo que les puede parecer mas cómodo y conveniente.

APARATO UTILIZADO PARA LA SUCCION LABIAL

Este hábito se observa frecuentemente con una sobre mordida horizontal exagerada. La placa bucal es recomendada en estos casos, pues es un aparato que se acomoda en el vestibulo de la boca, entre los labios y los dientes, con el propósito de conservar la función de los labios. Este aparato bloquea eficazmente la entrada al aire por la boca y dirige las contracciones de los labios contra cualquier diente.



Aparato para hábito del labio. Se solda una barra a coronas metálicas completas colocadas sobre los segundos molares deciduos o los primeros molares permanentes. La barra puede cruzar de labial a lingual o de mesial a distal. El aparato es cementado por un periodo de tres a seis semanas dependiendo de la gravedad del hábito y la cantidad de mordida.



Criba para hábito de chuparse el labio. La porción metálica se ha hecho de color negro. Los descansos a nivel de los nichos de los molares deciduos evitan que el aparato sea desplazado gingivalmente por las fuerzas funcionales.

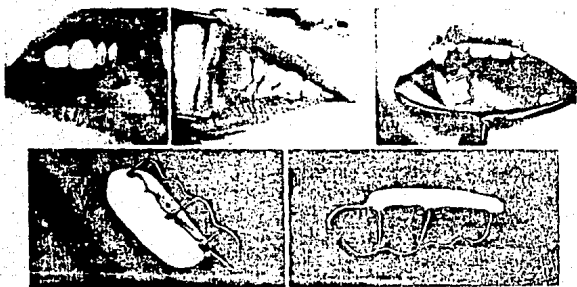
HABITOS DE SUCCION DE CARRILLOS

Es un poco difícil saber con exactitud cuáles son las causas por las que se presenta este hábito. Algunos autores por sus investigaciones y estudios realizados acerca de la succión de carrillos han opinado que este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital es decir que se debe a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia la cual no fué debidamente satisfecha.

Se ha pensado también que una de las principales causas que pueden producir la succión de carrillos es sin duda una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito, pero esto no quiere decir que forzosamente este hábito se presente por estas circunstancias como en (la mordida abierta posterior), ya que en muchas ocasiones es la succión del carrillo la que produce la mordida abierta y hace que con esto se produzca un círculo vicioso, el cual mientras mas dure y se incremente este hábito mayor será la deformidad y mientras mayor sea la mordida abierta aumentará mas el hábito.

Tratamiento para el hábito de succión de carrillos
Como tratamiento podemos colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando unicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta. Este tipo de

aparato tiene el inconveniente de que puede ser utilizado unicamente durante la noche. El aparato mas adecuado para la corrección de este hábito es el que está formado por un alambre el cual va a ser adaptado tanto por la cara bucal y lingual de los dientes en los cuales se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de premolares y molares. En la parte bucal lleva una porción de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que estos continúen su erupción para poder de esta manera cerrar la mordida abierta



Hábito de morderse el carrillo que causa mordida abierta en un adulto joven. Se ha formado una hinchazón horizontal, como resultado de la imitación constante. La criba removible de acrílico y alambre impide el hábito de morder permitiendo la erupción de los dientes.

HABITO ANORMAL DE LA RESPIRACION

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

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

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

Cuando la obstrucción ocurre, los receptores sensoriales en los vasos sanguíneos y en los pulmones, envían una señal al cerebro para que incrementen el flujo de aire. Una de las adaptaciones mas comunes consiste en que el individuo baja su mandíbula y coloca la lengua mas hacia delante para permitir que el aire entre a la laringe con la menor resistencia posible.

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 halla eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca de niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largos y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo de cara y nasofaríngeo estrecho estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. Hipertrofia de los turbinatos causada por alergia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y calidas o aire contaminado.

2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3. Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño.

Como consecuencia de la obstrucción nasal se comprueban trastornos fonéticos y de la pronunciación, voz gangosa y dificultad en las nasales, pesadez en la cabeza y pereza intelectual.

En 1981 el Dr. Prestón realizó un estudio en el cual investigan los efectos de respirador bucal y protrusión lingual sobre la posición del hueso hioides por medio del análisis del triángulo hioides.

Según investigaciones realizadas por la Dra. O'Ryan: los respiradores bucales tienen las siguientes características:

a) Abatimiento largo vertical del primer tercio de la cara.

b) Bases angostas de las alas pterigoides.

c) labio incapacitado

d) Una larga y estrecha arcada maxilar

e) Mayor tamaño a lo normal de la mandíbula según el plano de Angle.

El respirador bucal o más de sus signos de obstrucción por parte de la nariz que hemos visto, y de sus facies características presentan también signos de orden general:

Peso y estado general disminuido, alteraciones del aparato respiratorio: como tos, insuficiencia de expansión torácica; trastornos digestivos y nerviosos; palquís subnormal, retardo escolar y disminución auditiva.

Cuando los respiradores bucales continúan por mayor tiempo, los tejidos gingivales se vuelven inflamados y ensanchados. En dado caso se convierte en gingivitis crónica en los respiradores bucales y por consiguiente sigue la enfermedad periodontal crónica destructiva y no es tratable.

Un paciente que respira por la boca y demuestra una maloclusión debiera ser minuciosamente examinado por un otorrinolaringólogo por una posible obstrucción de vías respiratorias y si esta indicado debiera corregirse la obstrucción.

TRATAMIENTO

Este tratamiento consistirá en la corrección de la mal oclusión, que sería mejor llevarla a cabo tras la erupción de todos los dientes permanentes. La lengua se adoptará rápidamente al nuevo medio y en la mayoría de los casos no existe necesidad de una terapéutica miofuncional.

Finalmente para denotar la manera correcta de introducir el aire, el paciente puede ser ayudado, con la construcción de un protector bucal (pantalla oral), que obligue al paciente a la inhalación y exhalación del aire por los orificios nasales completando de esta manera una terapia exhaustiva.

Esta pantalla oral tiene como fin ser estimulante, se fabrica con acrílico y alambres; por un tiempo mínimo de 3 meses y podrá utilizarse en el día como en la noche. Sirve para ejercitar los músculos de los labios, e impedir que vuelvan a respirar por la boca, mientras el dentista se esfuerza por una respiración normal y las adecuadas posiciones de la lengua.

HABITOS ANORMALES DE FONACION

TRANSTORNOS PATOLOGICOS DEL LENGUAJE

Después de los seis años de edad, la imperfección del lenguaje puede ser clasificada como patológica. Los niños que hablan rápidamente ó que las palabras se vuelven deformadas e incorrectas articuladas, esto generalmente se encuentra en los niños pequeños antes de la pubertad. Esto no es la tartamudez verdadera, ni tampoco debe de confundirse con la forma balbuceante de hablar de algunas personas que quieren pensar aprisa o hallar tiempo para reflexionar.

TRANSTORNOS NASALES

La rinolalia es una forma de perturbación del lenguaje en la cual pasa demasiado aire (aperta) o muy poco (clausa) a través de la nariz, esta última da por resultado un tono o lenguaje nasal, a veces funcional, pero mas a menudo organico, y es debido a algunas obstrucciones dentro o detras de las cavidades nasales. La rinolalia abierta puede seguir a una cerrada a causa de que el velo del paladar puede estar atrofiado, hacerse mas corto o perder su tono y por lo tanto no se acerca adecuadamente a la pared laríngea.

Si el velo del paladar no puede cerrar la nasofaringe el resultado es la rinolalia abierta. El llamado lenguaje aristocrático es una forma de rinolalia abierta. Las causas mas comunes son paladar hendido mas o menudo es congénito que adquirido. En algunos de estos enfermos, es posible que exista una rinolalia cerrada.

TARTAMUDEZ

Esta condición también referida como balbuceo, es el mas común de los trastornos del lenguaje. Es una Psiconeurosis y debe ser tratado como un problema emocional.

La tartamudez es primeramente una enfermedad de la infancia los síntomas característicos son:

- 1) Clovo, a causa de la repetición de las consonantes.
- 2) Tono, a causa de que el paciente continúa con una consonante largo tiempo.
- 3) Tono clovo cuando cada repetición es reforzada con un efecto como de espasmo.

La dificultad puede presentarse con algunas letras

y por lo tanto algunas personas pueden dar la impresión de balbuceo cuando realmente estos son ignorantes de lo último o causa de su incapacidad.

Las perturbaciones pueden afectar cualquier parte del mecanismo del lenguaje tales como los labios, la lengua, los maxilares, la laringe. Estos pacientes también tienen espasmos en otras partes del cuerpo, desarrollando varios tipos como espasmos.

HABITO DE CECEO

Que correctamente es llamado sigmatismo, es un defecto en la articulación "S". Los sigmáticos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacios. Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

El ceceo puede provocar graves lesiones a los tejidos bucales debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protruida puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y una mordida abierta anterior, así como posterior al despla-

zarse hacia los lados o bien un paladar ojival al hacer una presión sobre este.

TRATAMIENTO DE HABITOS ANORMALES DE FONACION

VOZ NASAL

La terapeutica de la rinolalia abierta consiste en:

1. Masaje del velo del paladar con la mano o con corriente forádica.

2. Combinando la articulación de las vocales con ejercicios gimnásticos respiratorios.

3. Usando un obturador o placa para cubrir el defecto en el paladar.

1. Reconstrucción plástica del paladar siempre que sea posible y práctico seguida por ejercicios para entrenamiento correctivo del lenguaje.

TARTAMUDEZ

En la terapeutica de la tartamudez, los métodos consisten esencialmente en distraer la atención del sujeto de

su incapacidad, asistido por el ejercicio de respiración, articulación, lectura y conversación. El medio ambiente debe ser investigado para evitar que otros chicos le hagan burla, o que los padres regañen o castiguen al niño a causa de su incapacidad.

La posibilidad de imitación debe ser considerada, y el niño debe ser alejado de todos, menos de las mejores relaciones. En el tratamiento activo del tartamudo, es necesario apartar su mente de su defecto. Una formula combinada de terapéutica tanto local como general se compone de medida médica psiquiátricas, orientación social, entrenamiento de la voz y medidas locales. El estímulo del paciente y el desarrollo del carácter y el respeto asimismo son altamente importantes en el manejo del tartamudo.

TRANSTORNOS DE LA VOZ

La terapéutica consiste en aliviar la tensión de las cuerdas vocales ejerciendo presión sobre la prominencia del cartilago tiroides. Los ejercicios de presión son combinados con ejercicios de respiración después con palabras y sílabas; en seguida cantando tonos guiándose con los movimientos de la mano.

Para combatirlas el Ortodoncista necesita cooperación

de un maestro de foniatría que enseñara al paciente a vencer los defectos fonéticos.

HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION

El hombre desde épocas remotas ha vivido succionando y mamando el pecho materno. En tanto que en la actualidad, hemos sustituido en ocasiones esta función con mamilas.

Fisiológicamente los dos problemas mas importantes son:

1) Físico-biológico, mediante el cual el niño lucha por alimentarse realizando esfuerzos extraordinarios para poder lograrlo con los pequeños músculos que tiene, con esto realiza un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales.

2) Psicosomático, el niño en los brazos de la madre, adquiere, seguridad alegría y protección.

Mucho se ha escrito acerca del efecto perjudicial que tiene sobre los arcos dentarios, el comportamiento anormal de los músculos que componen la lengua, los labios y mejillas, lo cual ha llamado mucho la atención sobre la evolución que presentan los patrones de comportamiento muscular en especial los músculos orofaciales.

Un acto muy frecuente y singular realizado por los músculos que están asociados con el aparato masticatorio es el de la deglución. Este acto se realiza ciento de veces durante el día y la alteración que resulta en el equilibrio de las fuerzas musculares tendrá su efecto sobre los arcos dentales en evolución.

Normalmente un niño pequeño traga en una forma diferente a niño mayor. El primer tipo de deglución está asociado con la succión y la atención se encuentra concentrada en una posible persistencia del patrón infantil de deglución.

El acto de la deglución se realiza con mucha frecuencia y no está solamente en funcionamiento nada más en las ocasiones en las que se come, así su efecto sobre los arcos dentarios puede ser fácilmente visualizado.

La lengua también puede buscar o se llega a colocar en cualquier espacio dejando por una pérdida prematura de los dientes primarios.

Estos hábitos de colocación de la lengua no necesariamente puede estar siempre asociados con una deglución anormal. Con esto también se puede provocar cierto grado de mordida abierta en incisal.

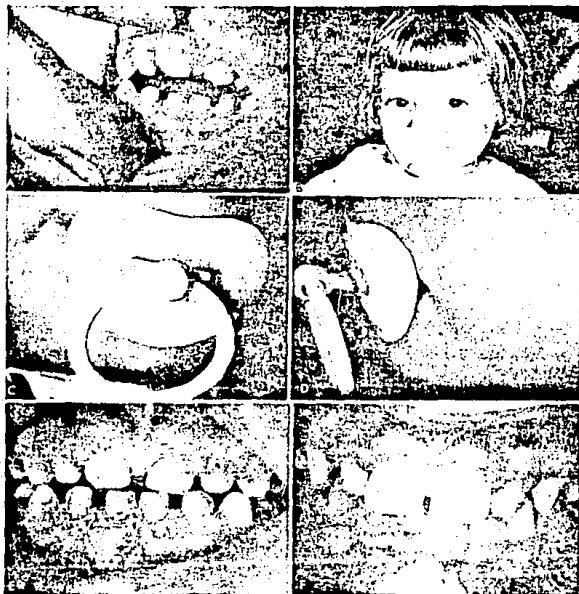
La oclusión pervertida se origina por una presión entre los dientes en todos los actos de la deglución, por el vicio que se denomina perversión muscular y es de resultados desastrosos y a que produce una mordida abierta como es bien sabido, la posición normal de la lengua en reposo es descansando en el piso de la boca, una de sus funciones esenciales es formar con el alimento y la saliva el llamado bolo alimenticio que guiado a la laringe constituye el primer acto de la deglución. En cambio los que tienen la deglución pervertida, en la forma que señalamos sacan la lengua entre los dientes en cada ocasión que pasan saliva o alimento.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE LA DEGLUSION

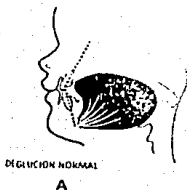
La deglución anormal, los mecanismos infantiles retenidos proyección de la lengua, chuparse los dedos y otras actividades musculares son causas de muchos problemas en la cavidad bucal.

Uno de los servicios ortodónticos interceptivos más valiosos que puede prestar el dentista, es eliminar los hábitos perniciosos de chuparse el dedo, la lengua o el labio antes de que estos puedan causar problemas a la dentición en desarrollo, por la manera en que el lactante efectúa la deglución. Si esto pudiera evitar el dentista con algún aparato sería lo ideal, pero lamentablemente no existe aparato alguno para

corregir este hábito. Aquí la única solución que se presenta es la de educar al paciente y esto se hace por medio de los padres a los cuales se les orienta para este tipo de tratamiento el cual ellos deben cuidar para que con esto eviten problemas ortodónticos futuros.



Mordida abierta causada por un patrón de deglución infantil. La utilización de un chupón correctamente diseñado cerró la mordida.



- A La posición de la lengua en la acción normal de deglución llena el paladar detras de los incisivos superiores.
- B Con deglución retrograda y empuje lingual, donde se produce mordida abierta, la lengua se extiende en el espacio que existe entre las piezas superiores e inferiores que descansan en las superficies linguales de las piezas superiores anteriores.



HABITOS NOCIVOS A LOS TEJIDOS BLANDOS

HABITOS DE EMPUJE LINGUAL.

El bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los musculos inervados por el quinto par entran en acción. Una demora en este cambio podría deberse a, haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamila o el uso de pesones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya libremente y por la demora en incorporar los alimentos sólidos.

Un hábito precoz de succión del pulgar también podrá ser responsable de esa conservación del patrón infantil.

La posición y la forma determinada de los dientes y arcadas dentales son directamente influenciados por el correcto balance de la lengua, los labios y músculos faciales. La lengua ejerce presión externa, los labios y carrillos presión interna; y entre los dos se colocan las fuerzas de balance.

En la ingestión de fluidos, el proceso es diferente;

los músculos de masticación, la posición de la mandíbula está estabilizada, la mandíbula y maxilar son separados, los fluidos son succionados por resbalamiento de la parte anterior de la lengua.

El modelo anormal de deglución usualmente reveló los siguientes signos clínicos:

Extrema tensión de la musculatura en la boca cerrada
disminución o ausencia de la contracción palpable de los músculos de masticación durante la deglución y protrusión de la lengua.

Este hábito vuelve estrecho el arco dental y hacer hacia delante los dientes, asociado con dificultades del lenguaje. En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia delante, aumenta la sobre mordida horizontal y la mordida abierta. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal.

Moyers clasifica a los protusivos linguales de la siguiente manera:

1. Simple
2. Complejo
3. Retención infantil de deglución (alguna parálisis).

En la simple la lengua los dientes son juntados durante la deglución. Pacientes con protrusión lingual simple son usualmente respiradores nasales.

La clase compleja de protrusión lingual es vista con los dientes separados la deglución. La oclusión bucal es usualmente degenerada en esta clase de protrusión lingual.

La retención de deglución infantil es la persistencia de un tipo de modelos de infantes después de la permanencia de los dientes que tienen en la boca. Pocas personas entran en esta categoría.

Existe otro tipo de clasificación que desarrolló Ricketts acerca de las consideraciones morfológicas y aspectos funcionales de la lengua y es de la siguiente manera:

- a) Adaptable
- b) Transitorio
- c) Habitual

Un protrusivo adaptable de tipo normal es visto cuando la lengua se adapta en una mordida abierta causada por dientes ausentes y succión del pulgar, como resultado de la adaptación de la mandíbula o la obstrucción de la faringe.

La protrusión lingual transitoria empuja la lengua hacia delante únicamente en la parte pequeña del acto de deglución. Este tipo de protrusión es rápido pero potente y el paciente puede no tener mordida abierta.

La tercera clasificación es inferior en el sentido habitual en el momento del problema postural y no por el hábito, aunque esto puede ser un hábito. Pacientes con estos problemas, tienen mordida abierta y desplazamiento de los dientes.

Las causas que ocasionan protrusión lingual son las siguientes:

- a) Problemas estructurales
- b) Herencia; posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua, es la presencia de amígdalas grandes o adenoides.
- c) Incorrecta alimentación de mama
- d) Prematura pérdida de los incisivos
- e) Desarrollo Neurológico de la lengua

f) Musculatura oral

g) Succión del pulgar

Existen ciertas razones anatómicas para la posición anterior de la lengua en los niños pequeños. La lengua crece hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años, en cambio la mandíbula sólo tiene una dimensión del 50% de la del adulto para esa edad. Las amígdalas y las adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los doce años y entonces retroceden. Es la combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertos las vías respiratorias.

A los niños de 6 años de edad normal o mejor grado de inteligencia con motivación correcta de facultades y capacidad de prosperar para la corrección de los modelos anormales de deglución en el periodo de 3 meses.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Se coloca frente al paciente y se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal el músculo temporal se contrae si no el músculo no se contraera.

TRATAMIENTO

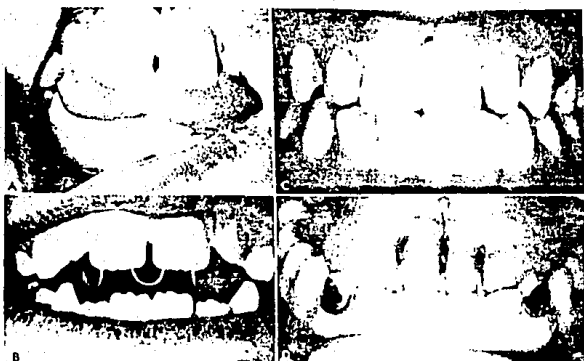
Aunque con frecuencia se recomienda aparatos para el tratamiento de proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapeutica funcional.

Andrews recomendó que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua y un espejo adelante, se servira un trago de agua, cerrara los dientes hasta ocluir, colocará la pauta de la lengua contra la papila incisiva y deglutara.

Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropiezos.

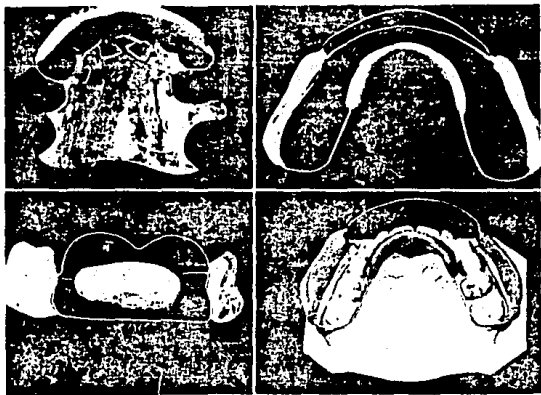
También ha dado exito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar, se indica al niño que mantenga la pastilla con la pauta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

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



HABITO DE PROYECCION DE LENGUA

- A) Con aparato y corrección de mordida abierta, aquí se ilustra un aparato inferior para evitar la proyección lingual; este tiene espolones soldados a un arco lingual que se extiende de canino a canino. Los espolones se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritación de la lengua.



Pantallas bucales y vestibulares combinadas. La imagen superior izquierda ilustra un paladar de acrílico modificado y una pantalla labial. La pantalla vestibular y bucal combinada esta diseñada para controlar la proyección de la lengua y la contracción excesiva del buccinador.

HABITO DE MODERSE LAS UÑAS (ONICOFAGIA)

Un hábito común en todas las edades, es el de morderse las uñas y llegar a producir pequeñas ulceraciones cutáneas.

En la operación de roerse las uñas, el diente resbala sobre la superficie lisa hasta conseguir romperla, después el fragmento de uña cae sobre la lengua por lo que se considera una victoria, después se repite el ataque hasta conseguir aliviar la tensión que existe. Morderse las uñas es lo que necesita el ansioso para obtener un minuto de respiro.

Este sentimiento de alivio o éxito es sumamente paranojico. Este éxito tiende a la destrucción de una parte de sí mismo, satisface en el primer momento pero en el fondo es poco satisfactorio ya que una nueva fuente de ansiedad se originará por la reciente destrucción.

Un hábito normal de irrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no produce maloclus-

sión, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

La evidente agresividad que encierra el gesto de morderse, tendrá su origen en el periodo de la primera infancia que corresponde a la salida de los dientes.

Cuando tiene las encías irritadas, el niño experimenta la necesidad de masticar, de comer y destruir mientras come y absorbe al mismo tiempo.

Cuando un niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos como por ejemplo goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas o lengua de la misma persona como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene su propio tranquilizante.

HABITOS ASOCIADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS

Estos hábitos son diversos ya que la mayoría de los individuos tiene la tendencia a realizarlos, están relacionados con una variedad de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos, las más comunes son aquellos en que la tensión y ocupación del niño favorece al practicarlos.

Se considera que este tipo de hábitos son un modo de escape de una tensión emocional el cual puede presentarse desde un niño hasta un adulto. Según varios autores es la continuación de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupetes y otros.

El niño puede meterse cualquier objeto a la boca y manteniéndolo en la boca mordiéndolo, así veremos niños de edad escolar que morderán lápices o plumas o alfileres que abren pasadores para pelo con la boca.

Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y estos son aquellos que muerden un pedazo de tela, como por ejemplo una esquina de una almohada o la sábana. En pacientes de edad adulta podemos citar a los panaderos los cuales se colocan clavos en la boca durante su trabajo, estos presentan dientes con mordidas o

dientes con gran abstracción, también acerca de estos encontramos a las peinadoras de las salas de belleza las cuales abren los pasadores con los dientes y a las costureras las cuales cortan el hilo con los dientes y se colocan los alfileres en la boca.

Existe una variedad inmensa y sobre todo es tan individual el hábito de cuerpos extraños, que al hacer la historia clínica del paciente cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado con un cuerpo extraño llevado a la boca esto además va a repercutir muchísimo, en las malformaciones que produzcan, es importante saber también el tiempo de duración y la intensidad con que se practica dicho hábito.

BRUXISMO

Muchos hábitos bucales producen sólo perturbaciones menores en la dentición, ya sea en el alineamiento o ya sea en la oclusión. Algunos sin embargo, son muy dañinos y pueden amenazar la conservación de uno o más dientes.

Puede ser definido como el frotamiento con fuerza de los dientes o bien; la contracción Tetánica de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño. Como se produce comunmente durante la noche, a veces es designado como "rechinar nocturno".

El bruxismo es frecuente en niños pequeños en la primera o mixta dentición y a veces en dentición permanente. en severos casos de bruxismo en niños con dentición primaria cuando todos los dientes están presentes, estos son gastados, casi cerca de la línea gingival. De tal forma algunos de los dientes primarios son perdidos, esto es idóneo para la deformación oclusal que puede resultar una severa destrucción cercana a los dientes, de tal forma que ellos son sometidos a un excesivo trauma oclusal del bruxismo.

En niños que son bruxistas en la dentición mixta

y a veces en la dentición permanente mostrará el desgaste oclusal y una moderada manifestación de gingivitis. Los dientes, en la mayoría de los casos, dan muestras del hábito en la forma de coronas de molares aplanados y desgaste lingual en los dientes anteriores superiores y atrofiás alveolares que traen una disminución en la distancia vertical.

El bruxismo puede ser una secuela de factores como: sicogénico cinestésico y neuromuscular o ambiental. Tal vez tenga una base muy importante, la parte emocional ya que ocurrirá generalmente en niñas muy nerviosas o irritables y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen tranquilos y sufren ansiedades, el bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como; meningitis y epilepsia así como en trastornos gastrointestinales.

Aunque la causa del bruxismo es desconocida, se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, la maloclusión con puntos de contacto prematuros o sobremordida es capaz de "disparar" dicho hábito.

La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios, por lo cual el proceso

se convierte en un círculo vicioso.

TRATAMIENTO

La provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño en la dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo. Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quien apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y tienen totalmente abrasionadas las piezas dentarias, se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la disminución vertical. La restauración de las coronas primarias a su altura original permite la erupción total de los primeros molares permanentes. En este tratamiento además debe participar el médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra.

APARATOLOGIA DEL BRUXISMO

El aditamento para romper dicho hábito es la construcción de una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al tratamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

Dicho protector si se lleva durante la noche, evita que choquen los dientes superiores con los inferiores y se produzca el rechinar de dientes.

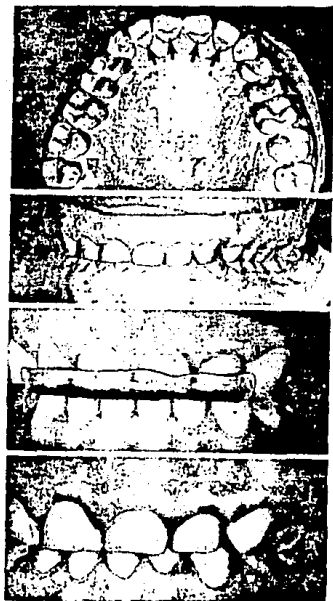
CONSTRUCCION DE UN PROTECTOR BUCAL

Para la construcción de este aparato se fabrica con un material llamado plexiglar el cual se ajusta al vestíbulo de la boca y hace presión muscular en los labios. El protector ya terminado deberá tocar solo las piezas molares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y en superior.

El paciente lleva el protector durante la noche, un requisito indispensable, en que el paciente no sufra obstrucciones nasales que impedirán la respiración normal.

Incluso ciertas niñas que respiran por la boca pueden beneficiarse con este instrumento, ya que muchas de ellas pueden respirar por la nariz, pero encuentran más cómodo mantener la boca abierta la mayor parte del tiempo. Se deberá examinar al paciente cada tres semanas o mensualmente.

El uso de protectores bucales favorecen hábitos de postura labial y de respiración. En algunos casos influyen en las piezas posteriores para que esta se muevan distalmente.



Hábito de bruxismo, con facetas de desgaste grandes en el aspecto lingual de los incisivos superiores. La placa oclusal fué diseñada con un faldón de acrílico labial para proteger los incisivos superiores.

Aunque el paciente era un adulto se presentó suficiente erupción en los segmentos posteriores para disminuirla sobre mordida y reducir los efectos dañinos del bruxismo.



El protector bucal se hace con plexiglas en el modelo de trabajo.



El protector bucal en la boca con las mejillas retraídas para mostrar el área afectada.

HABITO DE MORDERSE LOS LABIOS

Este hábito puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo, por lo general es el labio inferior pero puede observarse también en el superior.

Johnson describe el mecanismo de la siguiente manera:

- 1) Se humedece el labio con la punta de la lengua.
- 2) El labio inferior se dobla hacia atrás.
- 3) La lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante.
- 4) El labio inferior se aprisiona entre los incisivos de ambas arcadas y se ejerce una presión, mientras el labio recobra lentamente su posición normal.

Esta fuerza que produce el labio al deslizarse sobre la superficie de los dientes produce la movitización de los incisivos superiores. La repetición constante de este acto produce, Labio versión de los incisivos superiores, linguo-versión de los inferiores y mordida abierta.

Al mismo tiempo el labio mas activo, muestra traumatismo ya sea del chupeteo, o de los mismos dientes, está mas

enrojecido, húmedo observándose (cuando el labio es inferior), áreas de hipertrofia por la mordida de los incisivos superiores, y si el hábito es muy arraigado la superficie labial de la mucosa alveolar inferior muestra áreas localizadas de enrojecimiento y congestión debido al traumatismo que aunque mínimo es constante contra el hueso alveolar.



Las tensiones infantiles que con frecuencia conducen a tics musculares o hábitos peribucales indeseables tales como chuparse los dedos, morderse los labios, morderse las uñas, chuparse los carrillos, bruxismo y bricomania, son liberadas eficazmente con este ejercicio en el que el labio superior es chupado y contraído contra el segmento anterior superior colocando el labio inferior encima y presionando contra el labio superior, Quince o treinta minutos al día de este ejercicio funcionan como un procedimiento ortodóntico preventivo para niños con labios superiores hipotónicos.

OTROS HABITOS

1) MASOQUISTA

Este hábito se da en niños donde la madre demuestra demasiada atención cuando el niño sufre una experiencia levemente dolorosa, lo cual establece la predisposición del niño a obtener satisfacciones ante un conflicto.

En ocasiones los niños se traumatizan los tejidos bucales con el fin de ser la atención en el hogar.

El C.D. debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe de buscar la causa que lleva al niño a practicar este hábito. Si se descubre que se debe a factores dentales, puede ser corregido. Sin embargo en la mayoría de los niños, se encuentra involucrado un problema emocional.

2) AUTOMUTILACION

Con frecuencia, el examen de los dientes y tejidos de sostén revelan patologías que afectan a uno o más dientes, que sólo pueden ser atribuidos a un origen traumático.

A menudo esto se mostrará como una pérdida labial

de tejido gingival y a un hueso alveolar. Habitualmente da por resultado la demostración de un hábito digital por lo cual se usa la uña del pulgar u otro dedo para despegar los tejidos de los dientes.

Muchas veces la retención alimentaria es el mecanismo desencadenante. Hay ocasiones que los niños se valen de lápices, bolígrafos y otros objetos aguzados para infligir el daño.

Solo llamarles la atención al respecto, así como explicarles el peligro de esa práctica para el niño, a menudo será lo requerido para quitar dicho hábito.

3) MORDER OBJETOS

El morder lápices, pabillos, juguetes, cuadernos, etc., producen un desgaste en el esmalte dentario, lo realizan consecutivamente, pero no ocasionan ninguna maloclusión.

La responsabilidad del C.D. es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico.



Demudamiento de los tejidos libres y adherentes por vestibular del premolar y exposición de la superficie radicular provocados por la uña y un alfiler de seguridad. El paciente tuvo un problema emocional y fué remitido a la clínica de orientación infantil, tratando el problema emocional, cesó el hábito.



Un niño de 6 años se traumatizó la encía entre los molares primarios superiores con la uña del dedo índice.



El hábito nervioso de morderse el labio resultó en estas lesiones elevadas crónicas en la mucosa del labio inferior. Este es un ejemplo de automutilación leve que es reversible si el hábito es controlado.

CORRECCION DE HABITOS ORALES PERJUDICIALES

Antes de intentar corregir algún hábito bucal perjudicial es importante recordar la importancia de la musculatura bucal en el buen desarrollo de la oclusión. Generalmente hay motivos justificados para seguir un regimen riguroso para controlar un hábito, por ello debe tomarse el tiempo necesario para estudiar el problema detenidamente.

Se deberá recluir o controlar los hábitos bucales que en realidad son perjudiciales para la oclusión, otros hábitos bucales pueden ser tratadas fuera de la profesión dental.

Los Cirujanos Dentista deberan limitar sus esfuerzos solo a los problemas que ocasionen sobre la oclusión.

Se debe definir desde un principio que es lo que se va a tratar, como puede ser una mordida abierta, un problema psicológico o un reflejo neuromuscular. Los hábitos bucales que con mas frecuencia transtornan la oclusión son el chupeteo del pulgar, chupeteo de labios, chupeteo de otros dedos lengua protáctil, mordida de uñas.

Independientemente del hábito bucal que se esta corri-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

giendo se deben de tener en cuenta 2 factores fundamentales.

1) Hay un reflejo implicado, aquí el problema se refiere a un proceso psicológico; por lo tanto el raciocinio terapéutico debe ser fisiológico y no mecánico.

2) Debe determinarse si la maloclusión es de primera o segunda importancia. Somos Dentistas y nuestras mentes y ojos estan enfocadas hacia los problemas dentales y a las soluciones dentales.

RELACION DE LOS HABITOS BUCALES CON LA PREVENCION DE LA MALOCCLUSION

En este tema se tratará con mas detalle el chupado de los dedos y el pulgar así como las actividades de la lengua y labio cuando resuélte necesario emplear, como procedimientos interceptivos aparatos para evitar mayores daños y permitir la corrección autónoma de la maloclusión en desarrollo. en este tema se cree que el niño presenta una oclusión normal, pero la prevención comienza con la lactancia adecuada y la elección de un chupón artificial fisiologicamente diseñado, así como un chupón para mejorar las funciones normales y obtener la maduración del mecanismo de deglución. También es importante verificar que los tejidos blandos circundantes conserven un desarrollo y función normales, al igual que observar el desarrollo normal de los dientes y huesos. Un diente flojo, una restauración alto o un diente perdido pueden iniciar un "Tic" muscular anormal o un hábito que a su vez puede causar una maloclusión. La protrusión constantes de la lengua sobre la zona desdentada puede provocar mordida abierta que persiste en la dentición permanente. Entre ejercicios para la lengua que pueden prevenir la maloclusión, asegurando la maduración normal de la función de la deglución.

Una atención bucal frecuente estimula al niño para

que se coloque los dedos dentro de la boca, lo que a su vez puede conducir al hábito de chuparse los dedos o morderse las uñas, que hace peligrar el desarrollo normal de la oclusión.

Es deber de todo Cirujano Dentista preguntar a los padres respecto a todos los hábitos anormales, al comer, hablar o deglutir. La advertencia al paciente acerca de posible efectos nocivos con frecuencia basta para abandonar el hábito antes de que se haya hecho permanente.

Si por ejemplo, el niño tiende a morder el labio inferior como un medio de liberar un exceso de energía o debido a una tensión nerviosa, el dentista podrá recomendar ejercicios labiales de corta duración al levantarse y antes de acostarse que pueden servir como un método eficaz para disipar la tensión.

Muchos hábitos de como están internamente ligados al hábito de proyección de lengua que también impide la erupción normal de los dientes anteriores. El hábito de morderse las uñas no crea maloclusión pero en combinación con otros factores puede contribuir.

COLOCACION DE APARATOS PARA ELIMINAR LOS HABITOS

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos esta entre las edades de tres y medio y cuatro y medio años de edad preferiblemente durante la primavera o verano, cuando la salud del niño se encuentra en situaciones inmejorables y los deseos de chuparse pueden ser sublevados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

El aparato desempeña varias funciones: primero, hace que el hábito de chuparse pierda su sentido eliminando la succión. El niño desde luego puede colocarse por ejemplo el dedo en la boca pero no se obtiene verdadera satisfacción. Debera procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como al padre que el aparato no es una medida restrictiva y, que no se utiliza para evitar cosa alguna sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una máquina para masticar

Segundo, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta así como deformidades en la lengua y labio. Tercero el aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atras cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa alargada a una mas ancha y normal.

APARATOS REMOVIBLE PARA HABITOS ANORMALES

PARA MORDEDURA DE CARRILLO

Los hábitos musculares anormales pueden también causar mordida abierta o mal posición individual de los dientes en los segmentos bucales, aunque la zona en la que generalmente se aprecian la mayor deformación es el segmento anterior.

Cuando existe un hábito persistente como es la mordedura de carrillo, puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito o también puede utilizarse una pantalla vestibular o bucal.

Este aparato removible a sido perfeccionada hasta lograr un alto grado de eficiencia por Frantisek Krous de checoslovaquia. También puede utilizarse para interceptar hábitos de chuparse los dedos, aunque tiene la desventaja de que puede ser retirado facilmente por el paciente al lo desea.

PANTALLA BUCAL

Este aparato es un paladar de acrílico modificado similar. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de

chuparse los dedos.

Pueden agregarse ganchos a los molares si se necesita retención adicional. Puede construirse una pantalla vestibular y bucal combinada para controlar las fuerzas musculares tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias.

BIBLIOGRAFIA

ROBERT E. MOYERS.
TRATADO DE ORTODONCIA.
ED. INTERAMERICANA 1985.

FINN B. SIDNEY.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

MC. DONALD RALPH E.
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
EDITORIAL MUNDI ARGENTINA 1975.

GRABER T. M.
ORTODONCIA TEORIA PRACTICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA 1978.

BRAHAM RAYMOND L.
HABITOS BUCALES Y SU MANEJO.
EDITORIAL PANAMERICANA 1984.

DR. SAMUEL LEYT.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
ED. MUNDI ARGENTINA.

ROBERT. SINGER.
PSICOLOGIA INFANTIL.
ED. PANAMERICANA.