

318322

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

Escuela de Odontología
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

16
29



HABITOS ORALES PERNICIOSOS EN LOS NIÑOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
SOFIA DULCE MARIA OSORIO ORTEGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	Página Núm.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I - DEFINICION Y GENERALIDADES	3
1.1. Definición y Generalidades.	4
1.2. Hábitos Orales.	7
CAPITULO II - DESARROLLO CRANEO-FACIAL PRENATAL	11
2.1. Desarrollo Cráneo-Facial Pre-natal.	12
2.2. Desarrollo de los Dientes.	17
2.2.1. Composición y Formación de los Dientes.	19
2.2.2. Erupción de los Dientes.	24
CAPITULO III - HABITOS DE PRESION.	26
3.1. Succión Digital.	27
3.1.1. Etiología	27
3.1.2. Manifestaciones Clínicas	32
3.1.3. Tratamiento.	36
3.2. Hábito de Lengua.	53
3.2.1. Etiología.	53
3.2.2. Manifestaciones Clínicas.	57
3.2.3. Tratamiento.	60
3.3. Hábito de Labio.	68
3.3.1. Etiología.	68
3.3.2. Manifestaciones Clínicas.	69
3.3.3. Tratamiento.	70

	Página Núm.
3.4. Hábito de Deglución Anormal.	73
3.4.1. Etiología.	73
3.4.2. Manifestaciones Clínicas.	77
3.4.3. Tratamiento.	79
3.5. Hábito de Respiración Bucal.	82
3.5.1. Etiología.	82
3.5.2. Manifestaciones Clínicas.	85
3.5.3. Tratamiento.	89
CAPITULO IV - HABITOS ANORMALES	93
4.1. Hábito de Fonación.	94
4.1.1. Etiología.	94
4.1.2. Manifestaciones Clínicas	95
4.1.3 Tratamiento.	98
4.2. Onicofagia.	100
4.2.1. Etiología.	100
4.2.2. Manifestaciones Clínicas.	101
4.2.3. Tratamiento.	102
4.3. Bruxismo.	103
4.3.1. Etiología	103
4.3.2. Manifestaciones Clínicas.	103
4.3.3. Tratamiento.	104

./...

	Página Núm.
4.4. Hábito de Postura.	105
4.4.1. Etiología.	105
4.4.2. Manifestaciones Clínicas.	106
4.4.3. Tratamiento.	107
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFIA	109
HEMEROGRAFIA	110

INTRODUCCION

La Odontología se ha interesado por el aparato masticatorio del hombre; preocupándose tanto en sus periodos de dentición, como en su etapa edéntula, teniendo en cuenta que estos periodos difieren de un individuo a otro debido a las diferencias nutricionales, hereditarias, raza y crecimiento.

La Odontología Infantil procura mantener una dentadura sana para toda la vida del paciente y trata de que los periodos de transición de una dentadura a otra sean lo mejor posible así como el estado de salud de cada pieza dentaria y su posición en los arcos dentarios, otorgándole al paciente un aspecto funcional y estético.

En algunos pacientes esto no se obtiene fácilmente debido a que presentan hábitos orales (succión digital, hábito de lengua, labio, respiración anormal, deglución anormal, fonación, onicofagia, bruxismo y de postura). El daño que causan estos hábitos depende principalmente del grado de su frecuencia e intensidad con que son realizados.

Los hábitos orales afectan el desarrollo normal de los dientes durante el crecimiento del infante, presentándose en la adolescencia y en algunos casos, en la edad adulta continúan con dichos hábitos, si no son atendidos durante su infancia debido a que en esta etapa de la vida es más fácil corregir los hábitos del individuo.

En ocasiones los hábitos orales se corrigen con tratamiento de ejercicios miofuncionales; también por medio de aparatología removible, o bien, con una combinación de ambos.

Para que el tratamiento de cualquier tipo de hábito tenga éxito, se requiere la cooperación tanto de los padres como del paciente mismo.

C A P I T U L O I

DEFINICION Y GENERALIDADES

1.1. DEFINICION Y GENERALIDADES.

Actualmente la Odontología está interesada en la conservación e integridad del aparato masticatorio y no en dientes aislados. El ser humano inicia su dentición con la aparición de -- los primeros incisivos temporales en la cavidad bucal del lactante -alrededor de los seis meses-; la erupción del segundo molar deciduo suele producirse a los dos años y medio aproximadamente.

El orden de la erupción de los dientes no siempre concuerda entre los individuos debido a las diferencias hereditarias, nutricionales, raza y crecimiento. Las piezas dentarias contribuyen en gran parte a la formación facial del individuo, debido a que cuenta con dos arcos dentarios que forman parte del cráneo, un maxilar superior fijo y un maxilar inferior que es móvil.

Durante el desarrollo humano se presentan tres períodos de denticiones:

1.- Primera dentición o dentición primaria: (va de los --- seis meses a los seis años). Los dientes que la constituyen reciben el nombre de deciduos, infantiles o de leche, que se utilizan durante la infancia. Consta de veinte estructuras dentarias, diez superiores y diez inferiores; es decir, cinco por cada cuadrante. Hay tres clases de dientes: incisivos, caninos y molares.

A cada lado de la línea media, en ambos maxilares, se encuentran los incisivos centrales (A); al lado de cada uno de és

tos están los incisivos laterales (B); su función de ambos es - de cortar, es decir, incidir los alimentos. La pieza dentaria - que sigue se denomina canino o monodúspide (C), sirve para desmenuzar los alimentos. Después de ésta vienen dos molares (D,E); su función es triturar los alimentos y formar el bolo alimenticio; sus superficies masticatorias son más anchas y aplanadas. Los molares inferiores y los segundos molares superiores tienen dos raíces y los primeros molares superiores tienen tres raíces; los incisivos y caninos tienen una raíz.

Los dientes primarios son más pequeños que sus análogos -- los permanentes; el color de la corona de los dientes deciduos es blanco lechoso.

E D C B A | A B C D E
E D C B A | A B C D E

"Edad de erupción de los incisivos:

Incisivos centrales inferiores	6 1/2	meses aproximadamente
Incisivos laterales inferiores	7	meses aproximadamente
Incisivos centrales superiores	7 1/2	meses aproximadamente
Incisivos laterales superiores	8	meses aproximadamente

Edad de erupción de los caninos:

Canino superior	16 a 20	meses aproximadamente
Canino inferior	16 a 20	meses aproximadamente

Edad de erupción de los molares:

Primer molar superior	12 a 16	meses aproximadamente
Segundo molar superior	20 a 30	meses aproximadamente
Primer molar inferior	12 a 16	meses aproximadamente
Segundo molar inferior	20 a 30	meses aproximadamente" (1)

(1) Kraus - Jordan - Abrams. Anatomía dental y oclusión. p.115.

2.- Segunda dentición o dentición mixta (de los seis a los doce años): se observa la substitución de los dientes primarios que son reemplazados progresivamente por los permanentes los -- cuales son de servicio duradero.

3.- Tercera dentición o dentición permanente (a partir de los doce años): la constituyen treinta y dos piezas dentarias, es decir, ocho piezas dentarias por cuadrante.

En los lados de la línea media están los incisivos centrales (1), seguidos de los incisivos laterales (2); a su lado los caninos (3), enseguida los premolares [primer premolar (4), se gundo premolar (5)], precedido de los molares [primer molar (6), segundo molar (7) y tercer molar (8)]. El tercer molar no siempre se presenta en todos los individuos por otras causas -- que en este estudio no se tratan.

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

La Odontología considera que la responsabilidad de la salud dental infantil recae sobre los padres porque los niños no tienen conocimiento de la importancia de sus dientes, ni comprenden la gravedad que implica su descuido. La función de los Odontopediatras debe ser de prevención; así como de diagnóstico, tratamiento de las enfermedades bucales, las malas posiciones dentarias, el desarrollo inadecuado de los maxilares, los hábitos orales anormales de la cavidad oral en organismos en período de formación debido a que los niños se encuentran en constante cambio y crecimiento.

En la odontología infantil, ciertos problemas oclusales -- pueden predecirse y prevenirse en la dentición decidua, debido a que dentro del plan de tratamiento se incluyen aspectos ortodónticos.

Los odontólogos debemos emplear medidas preventivas que favorezcan el desarrollo armónico de la dentición para procurar mantener una dentadura sana para toda la vida del paciente, además de la responsabilidad de tratar que el período de transición de la dentición primaria a mixta y a permanente sea lo mejor posible, ya que la prevención oportuna evita problemas posteriores tanto en el estado de salud de las piezas dentarias como en su posición en los arcos dentarios y en el aspecto funcional y estético.

1.2. HABITOS ORALES.

Son los hábitos que afectan el desarrollo normal de los -- dientes durante el crecimiento del niño ya que estos hábitos -- presentan numerosas fuerzas intrínsecas y extrínsecas que actúan sobre el organismo humano; generalmente esas fuerzas son ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros formando rumbos equivocados y se vuelven nocivas para el crecimiento y desarrollo óptimo de los maxilares y de la cara del paciente.

El hábito es adquirido durante la vida del infante; el daño que cause dependerá del grado de su frecuencia e intensidad. En ocasiones, los padres de los niños no saben distinguir entre el instinto y el hábito debido a que ambos se componen de los -- mismos reflejos elementales que son el modo y el orden. "En el

instinto, el modo y el orden de las reacciones son heredados. En el hábito, ambos se adquieren durante la vida del individuo... Las diferencias del hábito es la forma metódica en que actúa la mente y el cuerpo como resultado de la impediación frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos." (2)

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos que se aprenden. Como lo afirma William James: "...los hábitos relacionados con la oclusión deberán ser clasificados en: útiles y dañinos." (3)

Los hábitos útiles sirven como estímulo para el crecimiento normal del maxilar inferior y participan con la acción de los labios, la masticación, la posición de la lengua, la respiración y la deglución.

Los hábitos dañinos se encargan de la presión anormal que puede lesionar al patrón regular del crecimiento facial así como a los dientes y arcadas dentarias, como son los hábitos de succión, de respiración anormal, posiciones anormales de lengua, de labio y carrillo, introducción de cuerpos extraños a la cavidad oral, malas posiciones y bruxismo. Los hábitos normales y anormales, juegan un papel importante en el desarrollo craneofacial y en la fisiología oclusal.

Generalmente, existe la preocupación de los padres de familia a causa de los hábitos orales por el aspecto socialmente in-

(2) Hogeboom Floyd Eddy. Odontología infantil e higiene odontológica. p. 220.

(3) Citado en Graber. Ortodoncia. p. 283.

aceptable del niño: 'Veeder analiza que es un hábito normal durante los dos primeros años de vida y no debe impedirse. Su persistencia a los tres o cuatro años de edad parece indicar que existe un defectuoso ajuste emocional y del que el hábito es sólo un síntoma'. (4)

Los hábitos se han clasificado en: hábitos no compulsivos y hábitos compulsivos.

Los no compulsivos se adquieren y abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño; y de éstos generalmente no resultan reacciones anormales.

Los compulsivos son adquiridos por una necesidad emocional y los utilizan como su válvula de seguridad.

Son diversas las causas que se tienen de estos hábitos; -- partiendo desde los patrones iniciales de la alimentación que haya sido demasiado rápida y lo insuficiente en cada toma, o -- por ser alimentado por medio del biberón. Así mismo, por la inseguridad del niño por falta de amor y ternura maternas durante su alimentación.

Los hábitos de mayor interés para nosotros los odontólogos son los que intervienen en la etiología de la mala posición dentaria como es el hábito de succión del pulgar y otros dedos; -- así como el conocido síndrome del biberón que éste afecta al estado de salud de los dientes anteriores, abarcando en algunos casos las piezas posteriores.

(4) Hogeboom Floyd Eddy. Op. Cit. p. 221.

El hábito de respiración anormal, de posición de la lengua, los hábitos de labio y carrillo, causan grandes males a las posiciones dentarias.

Existen otros hábitos que dañan al estado de salud de la cavidad oral, como la onicofagia, el hábito de malas posiciones, el hábito de deglución atípica, los cuerpos extraños que son -- llevados a la cavidad oral; el bruxismo.

Algunos de los signos de estos hábitos son que el niño presenta un dedo o más con aspecto distinto a los demás, labios irri-
tados, labio superior corto, escaras o irritaciones en las comisuras labiales, respiración bucal, mordida abierta (los dientes -
anteriores no llegan a tocarse), dientes protuidos o retruidos.

Es imprescindible que el odontopediatra, al examinar un niño con problemas oclusales, esté siempre atento a:

- a) Discrepancias esqueléticas (mentón retruido, un maxilar -
protruido, o un maxilar inferior prognático).
- b) Maloclusiones funcionales por contactos prematuros.
- c) Dientes congénitamente ausentes o malformados.
- d) Dientes supernumerarios, mesiodens y quistes.

Los hábitos bucales anormales causan distorsiones del hueso alveolar y de la posición de las piezas dentarias.

C A P I T U L O I I

DESARROLLO CRANEO-FACIAL PRENATAL

2.1. DESARROLLO CRANEO-FACIAL PRENATAL.

El sistema esquelético se desarrolla a partir del mesodermo -capa germinativa embrionaria situada entre el endodermo y el ectodermo-. El ectodermo cubre al embrión, el endodermo reviste una cavidad dentro del embrión y el mesodermo llena el espacio entre ambos.

La mayor parte de los huesos del esqueleto aparecen por primera vez como concentraciones mesenquimatosas -el mesenquima se desarrolla transformándose en tejido conectivo laxo, las células mesenquimatosas siguen diversas vías para transformarse en diferentes tipos de células-; algunos huesos se desarrollan en el mesenquima por formación ósea intramembranosa.

El cráneo se desarrolla a partir del mesenquima que rodea al cerebro. El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal se inicia en el segundo mes de vida intrauterina, presentándose siete procesos diferentes: dos mandibulares, dos nasales laterales, un nasal medio y dos maxilares que crecen en proporciones variables; sus cambios críticos dan lugar a la formación de la cara embrionaria, el conducto nasal y la lengua. La separación de la cavidad bucal y nasal está dada por la formación del paladar y este período lo forman dos fases:

Primera fase.- En la quinta y sexta semana de la vida embrionaria, existe la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino anterior, se forman los conductos nasales y bucal y la lengua ya se ha desarrollado.

Segunda fase.- En la séptima y octava semanas de vida fe-

tal, se desarrolla el paladar separando la cavidad bucal y la nasal.

Las malformaciones más comunes que se originan en este período son el labio leporino y el paladar hendido que no se tratan en este estudio.

La cara consiste en una prominencia redonda formada por el prosencéfalo (cerebro anterior), cubierta por el mesodermo y ectodermo que presenta una protuberancia debajo de la cual hay una abertura profunda que es la fosa bucal primaria limitada en su parte inferior por el arco mandibular que es el primer arco branquial, a los lados, por los procesos maxilares y en la extremidad cefálica por los procesos frontonasales.

El estomodeo o fosa bucal se penetra hasta encontrar el fondo de saco del intestino anterior, que se encuentra separado por la membrana bucofaríngea.

El revestimiento del estomodeo o fosa bucal, de las cavidades bucal y nasal, el esmalte de los dientes y las glándulas salivales, son de origen ectodérmico. Posteriormente se rompe la membrana bucofaríngea que da comunicación a la cavidad bucal primaria y al intestino anterior; esto sucede durante la tercera y cuarta semanas de vida intrauterina.

El primer paso importante en la cara, es la proliferación del mesodermo que cubre al cerebro. El proceso frontonasal forma la porción superior y media de la cara y se profundiza el estomodeo de las fositas olfatorias.

Los procesos nasales laterales están junto a los procesos maxilares, separados por medio de las ranuras nasomaxilares -- (conocidas anteriormente como nasolagrimalas).

El paladar primario se forma entre la quinta y sexta semanas de la vida embrionaria, en donde se desarrolla el labio superior y porción anterior del proceso alveolar del maxilar superior.

Se elevan los bordes de las fositas olfatorias que se forman por el proceso nasal medio en su parte central, por los procesos nasales laterales y maxilares en la parte lateral; sus bordes inferiores crecen hasta ponerse en contacto y unirse reduciendo el tamaño de la abertura externa de las fositas, transformándolas en fondo de saco.

El crecimiento del maxilar inferior es lento durante el desarrollo temprano en comparación con otras estructuras superiores de la cara; posteriormente su crecimiento en anchura y longitud se acelera.

El crecimiento del maxilar inferior está dado por el cartilago de Meckel; en el segundo mes de vida fetal aparecen huesos a cada lado del cartilago, cubriendo la parte posterior casi en su totalidad hasta donde se encontrará la espina de Spick. Durante el primer año de vida, el crecimiento es activo en el borde alveolar, en la superficie distal superior de las ramas ascendentes, en el cóndilo y a lo largo del borde inferior; al nacer, las dos ramas del maxilar inferior son cortas y hay una capa delgada de fibrocartilago y tejido conectivo.

El orificio bucal es amplio durante la vida intrauterina temprana; a medida que en los procesos del maxilar superior e inferior se unen para formar las mejillas, disminuye la abertura bucal.

Completo el paladar, pasarán a formar parte del labio superior la parte anterior del proceso alveolar y la más anterior del paladar.

La cavidad nasal primaria es un conducto que lleva a la cavidad bucal la cual tiene un techo en forma de herradura formado en la parte anterior por el paladar primario y la superficie bucal que se comunica con las cavidades nasales en la parte lateral; las cavidades nasal y bucal están separadas por el paladar secundario, el cual se forma por la unión de los procesos palatinos.

Los procesos palatinos en su porción anterior, se unen con el tabique nasal formando el paladar duro y en su parte posterior, se desarrollará el paladar blando y la úvula -se inician los procesos alveolares con la formación del contorno de herradura del paladar-; la posición y la unión de los procesos palatinos ocurre después que la lengua se ha desplazado hacia abajo.

La papila incisiva o palatina, se desarrolla como una prominencia en la parte anterior del paladar. A ambos lados de la papila se desarrollan unos pliegues irregulares denominados arrugas palatinas.

El origen de la lengua se inicia en los tres primeros

cos branquiales; el cuerpo y la punta de la lengua se derivan del primer arco branquial o mandibular; la base de la lengua se forma de la unión del segundo y tercer arco branquial y ésta se desarrolla rápidamente. La superficie inferior de la lengua está revestida por una mucosa delgada y lisa a diferencia de la que cubre la superficie dorsal, ya que existen dos tipos: una que cubre los dos tercios anterior de la lengua (cuerpo de la misma) y otra que envuelve el tercio posterior (raíz de la lengua); estas dos partes están limitadas por una línea en forma de "V".

En la parte bucal de la lengua, en la mucosa, se presentan unas proyecciones denominadas papilas, siendo de tres tipos: filiformes, fungiformes y calciformes.

Papilas filiformes.- Son estrechas, altas, de forma cónica, numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que se encuentran cerca de la raíz; las cuales siguen una línea en forma de "V" y tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto.

Papilas fungiformes.- Son redondas, delgadas en su base y se hallan distribuidas entre las papilas filiformes; se encuentran en mayor cantidad en la punta de la lengua.

Papilas calciformes.- Existen de siete a doce, distribuidas a lo largo de la línea en forma de "V"; son estrechas a lo largo de su inserción. En su parte libre, estas papilas junto con las papilas fungiformes, tienen corpúsculos gustativos.

2.2. DESARROLLO DE LOS DIENTES.

La formación de los dientes comienza en la etapa embrionaria, en el período fetal (en el segundo mes de vida del nuevo ser) y durante el alumbramiento hasta la edad de 21 años, etapa en que se cree completa la calcificación.

Del ectodermo proviene la estructura del diente y su desarrollo dando origen a la porción del órgano del esmalte.

Del mesenquima provienen las estructuras de sostén. Este tejido forma un conjunto de células esponjosas en donde se originan la dentina, el cemento y la membrana periodóntica.

Cada diente se desarrolla de la yema dentaria, la cual está constituida por un órgano dentario, una papila dentaria y un saco dentario.

El órgano dentario proviene del ectodermo bucal y formará el esmalte.

La papila dentaria proviene del mesenquima la cual dará origen a la pulpa dentaria y a la dentina.

El saco dentario forma el cemento y el ligamento periodontal.

Durante la quinta y sexta semanas del embrión se manifiesta el desarrollo dentario empezando con el ectodermo bucal, dando origen al epitelio bucal, que se prolifera y forma un engrosamiento ectodérmico denominado lámina dentaria, en las zonas de los futuros arcos dentarios.

En esta lámina dentaria aparecen distribuidos unos puntos

los cuales representan a los dientes deciduos de los maxilares. Las células de estos crecimientos se dirigen hacia la profundidad sobre la lámina dentaria representando el órgano dentario de la yema dentaria de los dientes deciduos. Primero aparecen en la región anterior del maxilar inferior; la multiplicación celular continúa y cada órgano dentario aumenta de tamaño y cambia de forma semejando a la de un casquete; las células periféricas de la etapa de casquete forman el epitelio dentario. Las células del centro del órgano dentario tienden a separarse por aumento de líquido intercelular.

Se disponen en una malla que se denomina retículo estrellado; entre sus espacios se encuentra líquido mucoide presentando una consistencia acojinada, la que sirve de sostén y protección a las células formadoras del esmalte.

El mesenquima se encuentra encerrado en la invaginación del epitelio dentario interno que se multiplica y se condensa formando la papila dentaria, lo que da origen a la dentina y al esbozo de la pulpa.

Con el desarrollo del órgano y papila dentaria, se produce una condensación marginal en el mesenquima que los rodea, creando una capa densa y fibrosa conocida como saco dentario primitivo; en su interior se desarrolla el cemento, el ligamento periodóntico y el hueso alveolar.

La invaginación del epitelio se profundiza y sus márgenes y el órgano del esmalte adquieren forma de campana.

Los dientes se encuentran unidos en el borde óseo proyectándose los dientes inferiores hacia arriba y los superiores - hacia abajo; los bordes óseos se conocen como bordes alveolares, uno para la raíz de cada diente. Los dientes están adheridos al alveolo por medio de la membrana periodóntica formada - por haces de fibras de colágenas que van del hueso de la pared alveolar al cemento que reviste la raíz; estas fibras que se - encuentran incluidas al hueso alveolar y al cemento, se nombran fibras de Sharpey.

2.2.1. Composición y Formación de los Dientes.

Desde el punto de vista histológico, los dientes se componen de cuatro tejidos principales: dentina, esmalte, cemento y pulpa dental.

Dentina.- Está formada por los odontoblastos que al principio se encuentran separados de los ameloblastos, (células epiteliales formadoras del esmalte) y por la membrana basal; posteriormente se deposita una capa de sustancia intercelular que -- continuará separando los ameloblastos.

La sustancia intercelular está formada por fibras reticulares y cemento amorfo; en estas fibras reticulares de forma de abanico, se produce la predentina y se denominan fibras de Kroff; se continúa produciendo la sustancia intercelular y a éstas fibras se les conoce con el nombre de fibras de colágenas en vez - de reticulares.

Formada la dentina, las nuevas capas que surgen se añaden a la superficie pulpar de la misma disminuyendo el espacio pulpar.

Con esta formación de dentina los odontoblastos se alejan de la membrana basal que limita la unión de la dentina con el esmalte.

La dentina recién formada es descalcificada durante breve tiempo y se conoce como predentina; la dentina calcificada se encuentra cerca de la membrana basal y la recién formada está junto a los odontoblastos. La dentina es la capa dura del diente, de color amarillo claro.

Esmalte.- Después de establecerse la primera capa de dentina, los ameloblastos (células epiteliales) inician la formación del esmalte, el cual protege a la dentina y cubre toda la corona anatómica del diente.

El esmalte está constituido por una matriz orgánica que -- posee proteínas y carbohidratos con fosfato de calcio en forma de apatita (translúcida).

Cada ameloblasto produce esmalte siendo su unidad estructural en forma de bastoncillos; la matriz del esmalte conserva la forma de la célula y en sus túbulos se inicia la calcificación.

El esmalte está formado cuando el contenido del mineral aumenta hasta alcanzar aproximadamente el 13% y es relativamente inerte debido a que ya no hay células asociadas con él, puesto que los ameloblastos degeneran al producir el esmalte, esto es, cuando el diente hace erupción.

Cemento.- Unas células del mesenquima del saco dental en proximidad con los lados de la raíz que se está desarrollando,

guardan relación con el tejido conectivo vascular calcificado - formando el cemento, que detiene en su substancia, las terminaciones de las fibras de la membrana periodóntica obteniendo la fijación del diente. El cemento es la capa de tejido que cubre la raíz del diente; en la mitad del tercio superior de la longitud de la raíz, el cemento es acelular. En su otra porción presenta cementocitos en su raíz, que están incluidos en los espacios de la matriz calcificada llamados lagunas.

El cemento se forma durante toda la vida del diente.

Pulpa Dental.- Es el tejido blando del diente que se origina del tejido conectivo (~~mesenquima~~) de la papila dental, alojándose en la cavidad pulpar de los conductos radiculares. Tiene terminaciones nerviosas además de que es vascularizada y los vasos principales entran y salen por medio del agujero apical en la porción del ápice de la raíz.

La pulpa dental proporciona al diente elementos nutricionales y la sensibilidad ante reacciones de irritación produciendo dentina secundaria.

Los dientes se encuentran formados por:

Raíz Anatómica.- En la raíz cubierta por cemento, implantada por una cavidad ósea dentro del maxilar superior e inferior, rodeada por tejidos blandos; en su porción superior, en la línea indicadora de la unión entre corona anatómica y raíz anatómica, se conoce como la unión o límite del cemento-adamantina o línea cervical.

Cavidad Pulpar.- Es el espacio situado en la porción central

de la corona y la raíz de los dientes, rodeada por dentina y ocupada por el tejido pulpar.

La cavidad pulpar que se encuentra en la porción coronaria se conoce como cámara pulpar y es una sola; el resto de la cavidad pulpar confinada dentro de la raíz se denomina conducto pulpar o conducto radicular y va por la raíz o raíces de los dientes, presentando en ocasiones conductos accesorios.

Corona Anatómica.- Cubierta por el esmalte, va del borde -- inicial u oclusal del diente hasta la línea cervical que es donde tiene su unión con la raíz.

Corona Clínica.- Es la porción del diente que se ve desde el borde inicial u oclusal hasta la encía.

Las estructuras y tejidos que envuelven al diente son:

Apófisis Alveolares.- Se desarrollan en relación con el crecimiento de los maxilares y la erupción de los dientes; es una parte de los maxilares destinada a proporcionar alojamiento y -- sostén a los dientes.

Membrana Periodóntica.- Conocida también como ligamento periodontal, se origina en el mesenquima del saco dental que rodea al diente en desarrollo, en la etapa en que se forma la raíz del mismo, cuando se deposita el cemento en su superficie.

La membrana periodóntica ocupa el espacio entre el diente y el hueso del alveolo. Está formada por haces gruesos de fibras de colágenas dirigidas en forma de ligamentos suspensorios que van del cemento de la raíz del diente a la pared ósea del alveolo. A ambos extremos de las fibras que están incluidas en los --

tejidos duros se les nombran fibras de Sharpey.

Encía.- Formada por varias capas de tejido epitelial que rodea al diente; generalmente es de color rosa pálido.

La encía se divide en encía libre y encía adherida.

Encía libre.- Se denomina así por ser movable. Se adapta fácilmente alrededor de la corona del diente, por encima de la porción cervical.

Encía adherida.- Se encuentra unida al diente.

La encía que se encuentra entre cada diente presenta una forma de triángulo estrecho, cuyo vértice se conoce como cresta gingival. El espacio entre la encía libre y el diente, se conoce como surco gingival.

Dentro de la cavidad oral hay glándulas salivales; la mezcla de la secreción de éstas se conoce como saliva.

Las glándulas salivales se encuentran en la mucosa o bien en la submucosa (ambas están ubicadas dentro de la cavidad oral). Se distinguen tres de gran tamaño: la parótida, la submaxilar, la sublingual y otras más pequeñas conocidas como glándulas labiales, bucales, palatinas y linguales. Todas contribuyen a formar la saliva y son parte importante en el acto pre-operatorio de la digestión. Según la naturaleza de su unidad secretora, se les puede clasificar en serosas, mucosas y mixtas.

Entre las de secreción serosa se encuentran la parótida y las linguales; éstas existen en la zona de las papilas calciformes. A las de secreción mucosa pertenecen las glándulas palati-

nas, las de los carrillos y el resto de las linguales. Las de secreción mixta son las glándulas submaxilar, sublingual y -- labiales.

La saliva.- Es líquida o viscosa; contiene restos celulares, bacterias, leucocitos, sales y material orgánico que son dos enzimas (ptialina o amilasa salival y la maltasa).

Posee numerosas funciones químicas y mecánicas, una de -- ellas es mantener húmeda la mucosa bucal, los labios; esta -- función es constante debido a que la saliva se deglute. Inter -- viene también en el gusto y en la digestión; esto lo hace al humedecer el alimento transformándolo en el bolo alimenticio -- para poder ser ingerido y al humedecerlo, ayuda a percibir los sabores.

Además, ayuda en la digestión. La intensidad de la secre -- ción salival colabora a mantener el equilibrio hídrico en el -- cuerpo. Es coadyuvante en el lenguaje y sirve también para la adaptación de prótesis removibles.

La cantidad de saliva secretada varía de un individuo a -- otro y depende de muchos factores como hidratación, hábitos -- alimenticios, respiración bucal, etcétera. (*)

2.2.2. Erupción de los Dientes.

Es el proceso fisiológico normal y dinámico por el cual el diente es llevado de su saco dentario de desarrollo y colocado dentro de la cavidad bucal, dando como resultado el crecimiento durante el cual se forman la corona y raíz del diente en desarrollo, al paso de la etapa evolutiva correspondiente al órgano

del esmalte. El diente se halla encerrado en el saco dentario - que ocupa el espacio en el hueso alveolar.

Algunos dientes infantiles aparecen sin acarrear inconvenientes, mientras que otros ocasionan ciertos trastornos. El estudio de los síntomas que produce la erupción de los dientes infantiles revela la presencia de salivación excesiva; a esto siguen periodos de tendencia a morder objetos, estarse frotando - la encía o bien acompañados de pérdida del apetito. En algunos casos se encuentra disminuida la resistencia orgánica y es posible observar el aumento de temperatura, tos, estornudos y diarreas.

La erupción de los dientes infantiles empieza simultáneamente con la formación de sus raíces.

La erupción de los dientes permanentes se inicia con la -- formación de sus raíces; estos dientes permanentes ocupan el lugar de sus análogos cuyas raíces son absorbidas por la corona - del permanente.

Los factores que afectan a la erupción alterando el tiempo o el orden de desarrollo, se deben a la herencia, enfermedades generalizadas o estados patológicos localizados. (*)

(*) Temas que no son tratados en este estudio.

C A P I T U L O I I I

H A B I T O S D E P R E S I O N

3.1. SUCCION DIGITAL

3.1.1. Etiología.

Todos los hábitos de succión digital, de labio y lengua, se deben estudiar como efectos psicológicos, puesto que se cree que pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

Al nacer el niño, presenta un reflejo de succión; en su primer año de vida la relación con el mundo que lo rodea es esencialmente bucal y de tacto, debido a que sus labios se encuentran muy sensibles y de un modo similar son las yemas de los dedos; al llevarlos a los labios se produce una respuesta inmediata en ellos originando el movimiento de succión.

El niño aprende el instinto de mamar por ser éste estimulado por el hambre, ya que le produce bienestar y le proporciona alimento siendo éstos tan indispensable en su primera etapa de vida e influyen en la parte inicial de su aprendizaje y desarrollo psíquico.

El acto de succionar, chupar o mamar en el recién nacido le proporciona también el sentido de seguridad y un sentimiento de calor por asociación.

En el crecimiento del niño se desarrolla la vista y el oído; trata de alcanzar y llevarse a la boca lo que ha visto y oído a su distancia para ser gustado y examinado por medio de sensaciones bucales causando algunas sensaciones agradables --

(introyección) y otras desagradables (proyección).

Utilizando estas experiencias se da cierta satisfacción secundaria para aliviar la sensación de hambre u otro malestar.

Generalmente, cuando no se le satisface su alimentación ya sea por medio de la madre, el biberón o por la insuficiencia - al chupar el pezón; relacionándolo con un amamantamiento rápido o con tensión durante la lactancia, encuentra un sustituto en los "chupones interconstruidos" (5) que son la lengua, los labios y el dedo, siendo el más común el pulgar, debido a que es el más accesible.

Algunos consideran que el dedo en la boca es el resultado - de la separación de la madre.

En la lactancia natural el niño aprende a mamar, mientras - que en la lactancia artificial por medio del biberón, el niño - aprende a chupar, teniendo en cuenta que en la lactancia natural las encías están separadas, la lengua se encuentra en contacto con el labio inferior por estar hacia adelante a manera - de émbolo, el maxilar inferior se desplaza hacia arriba, hacia abajo, adelante y atrás.

A diferencia de la lactancia artificial, la boca del niño - se abre más, los movimientos del maxilar inferior son más reducidos y con el agujero de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar grandes esfuerzos para obtener su alimentación, ya que sólo le exige que chupe sin tener que trabajar y ejercitar el maxilar inferior. La lengua y los carrillos no hacen su función de llevar el líquido hacia atrás ya que éste es casi --

(5) Graber. Ortodoncia interceptiva. p. 640.

arrojado a la garganta.

Utilizando la botella de plástico blando se permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reduce el tiempo necesario para la lactancia, al niño le despierta la necesidad y el deseo de buscar un ejercicio suplementario entre la comida y a la hora de dormir, siendo éste la succión del dedo pulgar generalmente o en algún otro dedo, tomando en cuenta que en los niños la boca es una vía de comunicación y gratificación.

El amamantamiento y la lactancia artificial junto con el cariño materno deberán permanecer por lo menos hasta el primer año de vida, ya que se ha observado que el hábito de succión digital y el desarrollo de los hábitos anormales de labio y lengua son reducidos, debido a que el niño obtiene gratificación y satisfacción durante su alimentación; asimismo se obtiene la maduración del mecanismo de deglución. Gesell e Ilg, afirman: "el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa de desarrollo del niño." (6)

Se ha considerado que los hábitos de succión digital, de labios y de lengua, son normales durante el primer año y medio de vida y van desapareciendo al final del segundo año. Tratar de eliminar en el niño el hábito de la succión del dedo durante ese período de vida, es ignorar las funciones básicas de la infancia.

Así, los padres le desarrollan al niño el mecanismo de atraer la atención, debido a su constante vigilancia para retirarle el dedo de la boca, ya que este hábito sería eliminado -

(6) Citado en Graber. Ortodoncia. P. 267.

normalmente por el niño, junto con otros mecanismos infantiles.

La succión digital (generalmente del pulgar), es inaceptable socialmente y debe ser desalentada tan pronto como haya -- evidencia de que se está desarrollando ese hábito; considerando que el mismo se abandona a temprana edad, pero en algunos casos continúa hasta los doce o quince años.

Muchos niños que practican el hábito de succión digital -- sin ninguna deformidad dentofacial evidente, se debe a que la presión que ejerce el dedo es la causa directa de una mala -- oclusión.

La extensión del daño sobre los dientes y tejidos de reves timiento en la succión digital, está basada en un trío de factores: duración, frecuencia e intensidad.

La duración del hábito.- Es un factor determinante pero no único, teniendo en cuenta que el daño será mayor si el hábito persiste después de la infancia, es decir, a edades de doce o quince años.

La frecuencia del hábito.- Afecta en el resultado del daño, no siendo el mismo si éste se realiza durante el día o la noche o si se efectúa esporádicamente; es decir, causa menos daño si se realiza sólo cuando se va a dormir que aquel que incesantemente tiene el dedo dentro de la boca.

La intensidad del hábito.- En algunos niños el ruido producido al succionar el dedo se logra escuchar a distancia, así como la función muscular peribucal de la cara, son fácilmente

visibles, a diferencia de otros en los que el hábito de succión no es más que la inserción del dedo en la boca sin actividad alguna.

Generalmente el odontólogo es consultado para este problema de succión digital y debe ser para él imprescindible encontrar la evidencia del hábito, establecer las causas, darles a conocer a los padres las consecuencias posibles si el hábito continuara y proceder a ayudar al niño a superar el hábito.

Si el hábito de succión digital continúa en los tres años de vida del niño, el daño producido será temporal en la oclusión, ya que limita al segmento anterior. Una vez interrumpido el hábito a buen tiempo, (a los tres años y medio de edad) la mala oclusión producida tiende a autocorregirse, dependiendo de cómo actúen la lengua y los labios. El chupado del dedo es un factor determinante en la deformación de los dientes y en la estructura de soporte.

La corrección a temprana edad sería factible al pasar de la succión a la masticación; así podrá establecerse si el hábito está relacionado con el problema de la alimentación, o es adquirido por imitación; o es el resultado de un problema emocional complejo, ya que el niño puede tener temores como a la separación de sus padres, a la obscuridad, a insectos o animales; así como dificultad en el adiestramiento de los esfínteres.

La mayoría de los niños admiten que se chupan el dedo; en caso de que no lo revele el niño, los padres podrán proporcio-

nar esa información. En ocasiones el niño lo niega, entonces se le examinan las manos y los dedos y se observa de los diez dedos o uñas sucios, que uno de ellos (el pulgar) está más limpio y en ocasiones presenta un callo.

Comúnmente los hábitos primarios como la succión digital son combinados con hábitos secundarios tales como hurgarse la nariz, jugar o tirarse del pelo; frecuentemente se puede eliminar el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

La eliminación del hábito de succión digital podrá hacerla el niño conscientemente, guiado por el odontólogo y con la ayuda de sus padres; esto se realizará sólo cuando el niño desee retirar el hábito; se conversará con él respecto a éste, se establecerá un período a corto plazo para retirarlo (de una a dos semanas). En caso de que no sea destituido, se recomienda no criticar al niño y al abandonarlo, se le dará una pequeña recompensa significativa.

3.1.2. Manifestaciones Clínicas.

El daño que ocasiona la succión digital sobre los maxilares, la oclusión y los arcos dentales, está condicionado por la posición del dedo en la boca, las contracciones musculares orofaciales asociadas, por la posición del maxilar inferior durante la succión, por la fuerza aplicada a los dientes y al proceso alveolar, teniendo en cuenta su duración, intensidad y frecuencia del hábito.

La succión digital da como resultado un estrechamiento

de los arcos dentarios en las regiones de los caninos y molares, - originando espacios entre los incisivos superiores y en algunos - casos se presenta apiñamiento dentario de los dientes antero-inferiores.

El hábito digital origina un mal alineamiento de las estructuras dento-alveolares, produciendo una abertura labial en los dientes anteriores superiores dando una sobremordida horizontal y produciendo la mordida abierta; los incisivos superiores están expuestos a fracturas accidentales. Con la palanca efectuada en los dientes anteriores inferiores, se presenta una inclinación lingual y afecta la curva de Spick.

En ocasiones los segmentos posteriores de los maxilares se encuentran lingualizados por la musculatura bucal en tensión, causando estrechamiento en el arco dentario, dando por resultado una mordida cruzada posterior bilateral. La mordida abierta crea problemas de empuje lingual y dificulta el lenguaje. Los huesos faciales no se encuentran densamente calcificados en la infancia, - ceden fácilmente a las presiones internas y externas constantes - que se ejercen sobre ellos.

El desplazamiento de los dientes o la inhibición de su erupción normal proviene de la posición del dedo en la boca, la acción de palanca que ejerce el niño contra los dientes por la fuerza -- que genera al presionar contra ellos y por los movimientos de succión.

Las principales fuerzas ejercidas durante la succión digital las clasifica Swinehart en:

"1.- La fuerza pasiva del pulgar contra el arco dental.

2.- Contracción anormal de los carrillos contra el lado - del arco por la acción de la succión.

3.- Presión digital anormal contra el paladar.

4.- Presión digital anormal sobre el frente incisivo-mandi-
(7)
bular."

El dedo índice causa mayor daño cuando descansa en forma de punto de apoyo sobre los incisivos inferiores y es menor el mal cuando la superficie palmar está unida sobre los mismos -- dientes con la punta del dedo sobre el piso de la boca.

La protrusión de los dientes anteriores superiores se pre-
senta cuando el pulgar es sostenido hacia arriba, contra el pa-
ladar.

La retracción postural mandibular se desarrolla con el -- peso de la mano o el brazo cuando ejerce fuerza continua sobre el maxilar inferior, al tener una posición retruida para prac-
ticar el hábito y al mismo tiempo los incisivos inferiores son inclinados hacia la lengua.

Los incisivos superiores han sido vestibularizados; se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelan--
tarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior.

Durante la succión las contracciones de la pared bucal pro-
ducen (en algunos casos), presiones negativas dentro de la bo-
ca provocando una mordida cruzada y los arcos dentales contraí-
dos (angostamiento del arco superior). Con esto es imposible --

(7) Citado en Hogeboom Floyd Eddy. Odontología infantil e Hi-
giene Odontológica. p. 235.

para el piso nasal caer verticalmente a su posición durante el crecimiento y el mismo será más angosto y la bóveda palatina - alta.

El labio superior se hace hipotónico y el labio inferior se vuelve hiperactivo ya que es elevado por el músculo orbicular de los labios a una posición entre los incisivos durante la succión. Estas contracciones musculares son anormales durante la succión y la deglución.

En casos severos el pulgar que se succiona sufre una elongación, cuando la presión de la bóveda palatina es lo suficientemente presionada, el maxilar sufre un desplazamiento anterior.

Se ha encontrado que el 50% de los chupados son respiradores bucales y en la mayoría de estos casos la respiración bucal es debida a un disturbio en las adenoides y sólo un 13% por hábito. Estas observaciones son de importancia, pues antes de corregir el hábito de succión se atenderá el de la respiración bucal, razón por la cual se debe investigar el comportamiento del niño durante el sueño. Si el niño duerme con la boca abierta o al retirarle el dedo queda con la boca abierta, se afirma que el niño presenta el hábito de succión digital y el de respirador bucal.

Siendo el hábito eliminado antes de los cinco años de edad o sea durante la dentición temporal, la mala oclusión puede corregirse sola. Pero una vez habiendo hecho erupción los primeros molares permanentes, la mala oclusión no es autocorregible.

3.1.3. Tratamiento.

Las maloclusiones por succión digital pueden ser autocorrectivas cuando presentan las siguientes características: patrón esquelético normal, el hábito detenido a temprana edad; -- con deformidad leve y una deglución con dientes juntos. La terapia ortodóntica es utilizada en ausencia de lo anterior.

Hay diferentes métodos para retirar el hábito: con una simple plástica al niño que desea terminar con él, auxiliado por sus padres; y otros necesitarán de un recordatorio.

Para evitar la maloclusión, a los padres se les aconseja retirar dicho hábito; para los niños de dos años de edad --- aproximadamente, existen métodos de adiestramiento extrabucales como el empleo de una camisa de dormir (justa), con lo cual las manos no pueden ser llevadas a la boca; dedaleras hechas de diferentes formas. Se utilizan sustancias de sabor desagradable que se colocan en el dedo que se chupan; al dedo afectado rodearlo con tela adhesiva. La actitud de los padres es importante al exigir perfección provocando un fracaso y al estimularlo abandonará el hábito y se podrá gratificar al niño con un premio -- insignificante.

A algunos niños de cinco o seis años de edad, la burla o el castigo no les produce efecto y esto es inútil; es necesario que el niño desee dejar el hábito, que comprenda la necesidad de hacerlo y de esta forma cooperará con el odontólogo y -- se elaborará el plan de tratamiento que se inicia con el control oral de la placa dentobacteriana, eliminación de caries, hábi-

tos alimenticios (con referencia en la dieta); la higiene oral, y en definitiva, se trata la corrección, el control y la eliminación de los comportamientos orales indeseables. A los padres se les explica el plan de tratamiento.

Durante el tratamiento, a los padres se les recomienda no reprimir al niño por su hábito ya que con esto lo refuerzan más, en vez de suspenderlo, proporcionándole mayor tensión e intensificando el hábito.

En algunos niños el recordatorio extraoral será suficiente para retirar el hábito; sin embargo, en otros es insuficiente y necesitan el uso de un recordatorio intrabucal.

Los aparatos intrabucales, al ser colocados en la cavidad oral de algunos niños con o sin el consentimiento de ellos, lo consideran como un instrumento de castigo. Por eso, antes de colocarlos, el niño deberá comprender la necesidad de utilizarlos, contando con la cooperación paterna y que entienda que es una situación de recompensa en lugar de una sensación de castigo.

En los recordatorios intrabucales hay aparatos fijos y removibles; el odontólogo elige el aparato apropiado para el niño teniendo en cuenta la edad, la dentadura y el hábito bucal.

En menores de seis años que presentan dientes primarios los aparatos removibles no son aceptados por la inmadurez del niño.

A los que poseen dentaduras mixtas (los dientes permanentes están en proceso de erupción) se recomienda colocar apa-

ratos removibles en la edad de 8 y 9 años, cuando se produce la maduración del lenguaje.

Los aparatos removibles dan la libertad de usarlos sólo cuando el niño quiera.

Trampa con punzón o de dedo.

El paciente evita la succión del dedo al utilizar un recordatorio ortodóntico. La trampa con punzón, físicamente hace difícil la succión digital, por lo consiguiente, disminuye la fuerza sobre los dientes anteriores y elimina la succión del dedo. Es un método eficaz para erradicar el hábito. Según Haryett y Asociados⁽⁸⁾, recomiendan utilizarla por diez meses.

La trampa es elaborada con un alambre de acero inoxidable engostado en una placa palatina hecha de acrílico con dos ganchos posteriores dando retención posterior. La retención anterior se da por un arco labial que es característico del aparato removible de Hawley. Los dientes, el reborde alveolar y la bóveda palatina dan el anclaje; al ejercer fuerza excesiva sobre los dientes, el aparato no tendrá la retención deseada.

Al ser colocado el aparato (trampa de dedo) al paciente se le dice que es un recordatorio para suspender la succión digital cuando no esté pensando en el hábito y trate de colocar el dedo en su boca.

Al colocarle el aparato, en un principio, el niño presenta dificultad para hablar y comer, hasta obtener su adaptación.

(8) Citado por Barber K. Thomas, Luke S. Larry. Odontología pediátrica. p. 266.

Trampa de rastrillo.

Es elaborada en aparatos fijos y removibles; castigan al niño en lugar de ser un recordatorio; está constituida con puas rombas o espolones (dificulta la succión digital); se proyecta del retenedor de acrílico o de las barras transversales hacia la bóveda palatina.

Las trampas sirven para eliminar el hábito de succión digital haciéndolo desagradable y suprime las fuerzas ejercidas.

Aparato removible de Hawley.

Es la placa palatina de acrílico con dos ganchos posteriores de acero inoxidable que dan retención posterior, y la anterior es por la barra vestibular, el anclaje es dado por los dientes, el reborde alveolar y la bóveda palatina.

Los aparatos removibles están indicados en niños de buen comportamiento, cuidadosos, cooperadores, que presenten buena retención, que no se vea inmediata la exfoliación de los segundos molares primarios; en niños con higiene oral deficiente. Está contraindicado el uso de los aparatos removibles en niños traviesos, hiperactivos, descuidados, que presenten empuje lingual, lengua grande o que la cavidad bucal sea pequeña.

El aparato removible es sencillo en su elaboración, necesita sólo la obtención de los modelos de la cavidad oral del niño para su fabricación. La higiene oral se realiza sin dificultad; la reparación o su ajuste es factible; en su inserción y en su uso no causan dolor.

Las desventajas que presenta el aparato removible

son: su pérdida (el niño puede insertar o retirar el aparato - en cualquier momento), interfiere en la fonación, la masticación y en la deglución.

Arco Lingual.

Es un aparato fijo y elemento básico de la ortodondia, que se hace embonando con bandas los segundos molares primarios o el primer molar permanente; se elabora un arco palatino o lingual que conecta ambas bandas. Este se hace con alambre de acero inoxidable soldado en las caras linguales de las bandas. El arco palatino puede ser soldado a la trampa de dedo o a la trampa de rastrillo.

El uso del arco lingual es recomendable cuando -- los molares primarios estén cubiertos por encía y no dan la retención adecuada para los aparatos removibles; en los niños que continuamente tienden a sacar y perder las trampas removibles debido a que las bandas se pueden colocar dentro del surco gingival; en niños cooperadores para la confección e inserción del aparato y en pacientes que sus dientes primarios estén en proceso de exfoliación.

El arco lingual está contraindicado en niños que no colaboren, que no modifiquen su dieta evitando alimentos duros y pegajosos y los que poseen una higiene oral deficiente.

El arco lingual presenta las siguientes características: en la erupción de los dientes permanentes no interfiere por ser un aparato con bandas contorneadas y cementadas;

no presenta problemas de retención por ser un aparato fijo; no es retirado por el paciente, por consiguiente, no es extraviado; su interferencia es mínima en la fonación, deglución y masticación.

Las desventajas del arco lingual son las siguientes: tiempo necesario para su elaboración; en los dientes que se encuentren cubiertos en una parte por encía, causará irritación gingival o molestia a su inserción; si se rompe en la boca el arco lingual, es decir, se separa el arco de la banda o la banda se llega a romper, causará molestia al paciente y necesitará ser atendido tan pronto como sea posible.

A continuación se transcriben dos reportes clínicos-relacionados con el hábito de la succión digital:

Tema: Un estudio epidemiológico y los hábitos de dedo en niños preescolares relacionado con la maloclusión, estado socio-económico, raza, sexo y tamaño de la comunidad.

Los efectos nocivos del chupado de dedo sobre el desarrollo del alineamiento del diente anterior son bien reconocidos, en bases epidemiológicas. No obstante, ha sido puesta menos atención a la asociación entre hábitos orales y desarmonías oclusales en el segmento posterior del arco, en los niños de edad preescolar. Aunque algunos investigadores han concluido que la terminación de los hábitos de chupado generalmente da como resultado la corrección por sí sola de la maloclusión o bien con la intervención del chupón Nuk Sawyer o ejercicios que han sido sugeridos. -- Humphreys y Leighton han reportado una asociación significativa entre la relación de Clase II molar y los hábitos de chupado en preescolares. Los informes de Popovich demostraron que niños de ocho, diez y doce años de edad, quienes han suspendido sus hábitos de chupado siguen teniendo un 33% de aumento en una maloclusión anormal de clase II. Además, un reciente reporte basado en informes de niños de 6 a 11 años de edad, de quienes sus oclusiones fueron examinadas durante la segunda perspectiva del examen de la sa

lud, indicaron que el 8% de los niños tuvieron por lo menos un premolar superior o un molar lingualizado en mordida cruzada. No puede ser determinado por estos informes presentados si esta condición fue diferida de una relación de un molar similar en la dentición primaria. En orden de facilitar decisiones concernientes al abandono de los hábitos del dedo entre niños preescolares de distintas razas las ventajas de alternar el uso de chupones para niños con hábitos de chupado tan aparentemente definidos en algunas poblaciones, fue considerado importante obtener información de una población fundamental para servir como una estimación de la magnitud de los hábitos de chupado y la relación que puede tener con algunos aspectos de maloclusión. Porque los hábitos de chupado tan conocidos, varían con un número de factores. Informes para el predominio del hábito del dedo fueron analizados en relación con la edad, sexo, raza, estado socioeconómico y tamaño de la comunidad. El predominio de los hábitos de chupado de dedo o del pulgar fue determinado para niños que tenían una mordida cruzada en el segmento bucal (anterior). También en niños con relación anteroposterior Clase I y Clase II molar.

Métodos y Materiales.

Una perspectiva del estado nutricional de niños preescolares en Estados Unidos fue llevada a cabo de 1969 a 1970. Los informes fueron reunidos con una muestra de niños seleccionados, para dar una base real de comparación entre los diferentes niveles de población mostrados y esperamos hacer comparaciones con niños estudiados en el futuro. -- Setenta y cuatro áreas analizadas en un total de cerca de 36 Estados fueron seleccionadas para representar una muestra nacional. Aunque a 1155 niños blancos y de color se les hizo examen dental para este reporte, los informes están basados solamente en niños de 2.5 a 6 años de edad, quienes han completado la dentición primaria. De este modo, 680 niños blancos y 141 niños negros fueron sujetos al análisis. Todos los niños fueron examinados por el mismo periodontista, usando un espejo dental, una luz dental portátil y una silla dental también portátil.

Para el propósito de cálculo, la relación anteroposterior molar se basó en ocurrencia bilateral solamente usando criterios descritos con anterioridad. La oclusión canina fue usada como una segunda referencia, utilizando el criterio sugerido por Foster y Hamilton. Existe una discrepancia en la clasificación oclusal entre canino y la relación de los molares. Un modelo de dentición fue considerado en mordida cruzada posterior lingual. Las puntas de las cúspides bucales de los molares en oclusión del maxilar superior en re-

lación lingual a las puntas de las cúspides de los molares del maxilar inferior.

El chupado de dedo (o pulgar) fue recordado sólo para esos niños que aún tenían un hábito activo, sin importar la frecuencia, duración o intensidad del chupado. Los niños -- quienes han descontinuado el hábito del chupado de dedo -- fueron considerados en la categoría de los que no tenían el hábito. Como pocos niños usaron un chupón, los análisis están basados solamente en niños que tenían el hábito del dedo activo. El estado socio-económico fue evaluado de acuerdo al índice Warner de estratificación, el cual está basado en la ocupación, fuentes de ingreso, tipo de vivienda y -- área del domicilio.

Resultados:

El predominio del hábito del dedo por edad y sexo. En sexos combinados el predominio disminuyó en 23.5% en niños de 2 años de edad a 14.6% en niños de 5 años de edad. Combinadas todas las edades, el 18.7% de los niños examinados tenían activo el hábito de chupado. La frecuencia del hábito fue significativamente más grande en niños por las pruebas de Chi-square ($r^2 = 10.87$, $P = 0.001$). Los niños con mordida cruzada posterior lingual fueron comparados con niños sin mordida cruzada con el predominio del chupado de dedo. El 41.7% de los niños con mordida posterior cruzada por el predominio del chupado de dedo y el 19.9% de niños sin mordida cruzada posterior, tenían ese hábito. Esta diferencia fue significativamente muy alta para las pruebas de Chi-square $P = 0.001$. Los informes fueron también entre los grupos de cada sexo. En una forma similar, niños con o sin hábito fueron comparados para el predominio de mordida cruzada posterior. En grupos combinados de sexo el 15.7% de los niños con hábito presentaron una mordida cruzada y el 5.1% de los niños sin el hábito tuvieron mordida cruzada. Como se esperaba, esta diferencia fue también significativamente alta.

Esto manifiesta que cerca del 42% de niños con mordida posterior cruzada presentaban activo el hábito del dedo, mientras el 15.7% de los niños con hábitos tuvieron una mordida cruzada posterior.

Se ha demostrado que el riesgo de tener una mordida cruzada posterior es tres veces mayor (15.7% contra el 5.1%) para niños que tienen un hábito activo del chupado, porque el predominio del hábito disminuyó entre las edades de 2 a 5 años; y si el predominio a cada edad representa a la población estudiada, se puede concluir que 68 niños entre 3 a 5 años de edad descontinuaron el hábito.

Once niños que descontinuaron el hábito de chupado de dedo pueden tener todavía una mordida cruzada del 3.5% en comparación de niños que nunca presentaron el hábito de dedo.

Esto hace que los niños con el hábito de dedo tengan un 5% de riesgo de tener una mordida cruzada posterior, comparados con niños que no han tenido el hábito de succión digital más allá de los 2 años de edad (15.7% contra el 3.5%).

El predominio del hábito de succión de dedo en los niños de edad preescolar les produce una clase I y clase II en la relación molar primaria. El 16.4% de los niños presenta una relación molar clase I y el 29.2% de los niños presentan una relación molar clase II.

La mordida cruzada posterior lingual en la relación molar clase II está relacionada significativamente al hábito de succión digital; este hábito fue observado que disminuía con la edad dando como resultado una autocorrección en la maloclusión en la dentadura posterior a estas edades. La mordida cruzada en la relación molar clase II puede ser que disminuya con la edad; ésta disminuye del 26.5% en niños de 2 años de edad a 14.1% en niños de 5 años de edad. El predominio por grupos de edades combinadas entre los 4 y 5 años de edad en un 15.8% fue significativamente más bajo que el predominio para las edades combinadas de 2 a 3 años de edad.

Es bueno considerar que la distribución para el predominio de la relación molar clase II en comparación con la edad es visualmente idéntica a la distribución en el predominio de la succión digital como lo muestran los informes para la mordida cruzada posterior en donde el predominio total fue de un 7.1% y en donde no hubo diferencia significativa en el predominio con el aumento de edad. De este modo, si los hábitos de dedo son el instrumento en el desarrollo de la mordida cruzada posterior, el abandono del hábito de succión digital puede ser que resulte el restablecimiento de una relación molar bucolingual normal entre las edades de 3 a 6 años.

Los hábitos de dedo están asociados significativamente con mordida cruzada y con la relación molar clase II las cuales determinan si cualquier área de la población pueden estar en un riesgo más grande de maloclusión, junto al hábito de succión digital - el predominio de los hábitos fue comparado con estados socioeconómicos, tamaño de la comunidad y raza. Los niños blancos de la clase media y niños viviendo en comunidades con una población mayor de 2 500 habitantes, tuvieron mayor predominio al hábito de succión digital que los niños blancos de más baja clase y niños que vivían en comunidades con una población menor de --- 2 500 habitantes respectivamente. La diferencia en la frecuencia de los hábitos de succión digital entre niños blancos y niños de color se observó por medio de las pruebas de Chi-square $P < 0.02$.

Los informes relacionados con niños de color, virtualmente todos fueron de la clase más baja y fueron adicionados al análisis de hábitos por clase. El predominio en niños de clase más baja pudo

ser notablemente más bajo que el predominio en niños de clase media.

Discusión:

El resultado del hábito de la succión digital fue relacionado a la mordida cruzada posterior lingual y a la relación molar -- Clase II. El efecto de la succión digital en la protrusión dentoalveolar y lo angosto del arco superior son también apreciados. Los reportes de casos severos han demostrado que el dedo o el chupado del chupón artificial son capaces de producir mordida cruzada posterior lingual. Como se estableció antes, Humphries y Leighton han demostrado una asociación significativa entre el chupado de dedo y la relación molar Clase II en niños británicos de edad preescolar. Sin embargo, Grabes sostuvo que sólo el hábito de succión digital remotamente causa una relación molar -- Clase II bilateral.

En esta observación debe ser enfatizado que la notable asociación entre la succión de dedo y la relación molar Clase II no debe -- ser considerada para entender que sólo la succión digital es factor causal en el desarrollo de la disto-oclusión.

Se puede presentar un hábito de un músculo que provoca la relación molar Clase II en los niños que presentaron el hábito de -- succión de dedo. Quizás alguna variable no registrada pudo acrecentar la mal alineación oclusal provocada por el hábito de succión digital o quizás el principal contribuyente fue la succión digital formando parte de un comportamiento neuro-muscular.

Aunque los informes son el resultado de una investigación seccional cruzada, la observación del predominio de una mordida cruzada posterior lingual (que fue altamente asociada con el hábito de -- dedo) no declinó cuando el predominio del hábito de dedo disminuyó. Esto sugiere que no se tendrá un restablecimiento en la relación molar buco-lingual con el cese del hábito de dedo en niños -- en edad preescolar. Un estudio longitudinal, durante el período -- de exfoliación de los primeros molares y la erupción de los molares permanentes sucesores en niños con mordida cruzada posterior lingual, parece ser apropiado. Puede también mencionarse que los niños tuvieron un predominio al hábito de succión de dedo notablemente mayor que los niños que presentan una mordida cruzada -- posterior lingual como se reportó previamente.

Los informes de niños entre 6 y 11 años de edad, quienes fueron examinados durante la inspección del examen de salud, demostraron que tanto niños blancos como niños de color comparados, de su mismo color, tuvieron más grande predominio a los hábitos orales y presentaron una mordida cruzada posterior lingual.

Los resultados de una reducción significativa en el predominio en la relación molar Clase II con la edad, es compatible con las observaciones hechas por Nanda en niños indígenas orientales. Ambos estudios sugieren una reducción en discrepancia molar antero-

posterior en niños entre 2 y 6 años de edad. Como sólo 7 niños blancos tuvieron relación molar Clase III estos datos no fueron presentados aquí; pero han sido reportados previamente.

Aunque otros investigadores han reportado un predominio de dedo significativamente mayor entre niños de un estado socioeconómico más favorable, la diferencia en el predominio del hábito por esta causa no fue notable hasta que los informes de niños de color fueron incluidos en los informes para clase más baja de niños blancos. Sin embargo, los niños blancos de clase más baja presentaron un menor predominio que los niños de clase media (16.6% al 20.9%). La observación de que los niños negros tuvieron un menor predominio al hábito de succión digital que los niños blancos, está en contradicción con las observaciones basadas en niños de edad escolar.

Esto puede ser resultado de una variación casual o al número tan pequeño de niños de color en que la observación de este estudio se basó. Tal vez, como una hipótesis, quizás en una proporción más grande de niños negros con hábito de dedo persista una succión digital entre los niños de edad escolar.

Conclusiones:

De los informes obtenidos en este estudio, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

* La relación de la succión digital con la mordida posterior lingual en la relación molar clase II es significativa.

* Como el predominio de la succión digital disminuye con el aumento de edad, el predominio de la relación molar Clase II también disminuye notablemente, mientras que el predominio de la mordida cruzada posterior lingual continúa igual o no es autocorregible.

* La succión digital tuvo un predominio notablemente mayor en niños de color y en niños blancos cuando fueron comparados respectivamente.

* Los niños de clase media y los niños que viven en comunidades con una población de 2 500 habitantes o más, presentaron un mayor predominio al hábito de succión digital que los niños de clase más baja o los niños que vivían en comunidades rurales con una población menor de 2 500 habitantes. La diferencia, sin embargo, no fue importante.

Tema: Predominio y tiempo de la succión del dedo pulgar en los niños alimentados con pecho y los niños alimentados con biberón.

La etiología de los hábitos de succión digital ha sido - investigada extensivamente; no obstante que en la literatura médica y dental se tienen explicaciones ampliamente divergentes sobre este complejo y fascetado problema. -- Hay básicamente tres teorías que intentan explicar la -- prolongación de estos hábitos:

- 1.- Satisfacción insuficiente en sus necesidades de mamar en la infancia.
- 2.- Disturbio emocional.
- 3.- Un simple hábito aprendido de donde el placer se deriva.

Sin embargo, la información específicamente para la alimentación de pecho (o materna), como está relacionada a los hábitos no nutritivos, es un poco contradictoria y no convincente.

Levy, teorizó que chuparse el dedo fue más común en niños que tuvieron una inadecuada oportunidad para mamar durante su alimentación.

Yarrow más tarde estableció que infantes que son alimentados con pecho por un período razonablemente más largo, tienen menos probabilidades de presentar el problema del hábito de succión digital que los bebés que han sido amamantados por poco tiempo o no han sido amamantados en lo absoluto.

Esto está basado en la hipótesis de que el niño alimentado con pecho es más capaz de obtener satisfacción de sus necesidades de mamar.

La literatura también sugiere que el niño con experiencia - de un largo período de alimentación de pecho tiene sus necesidades de afecto más adecuadamente satisfechas como resultado del cercano contacto físico que tiene con la madre.

Si la satisfacción oral es una necesidad de afecto, uno -- puede predecir una menor probabilidad del hábito de succión digital entre los alimentados por pecho.

En un estudio con 66 niños se encontró que los niños alimentados con pecho por más de 6 meses, tienen poca tendencia a chuparse el dedo pulgar y si presenta este hábito - es por poco tiempo. Esta tendencia no fue estadísticamente

significativa dado el número tan pequeño de ejemplos.

En contraste, Sears y Wise encontraron que al aumentar el tiempo de alimentar al bebé por medio del pecho o de biberón, aumenta la tendencia al hábito de succionar. Similarmente, Heimstein descubrió un mayor predominio a la succión digital en niños alimentados por pecho.

Sewell y Mussen, en un estudio bien controlado, probaron tres hipótesis: 1.- Niños alimentados con pecho tendrán pocos hábitos orales. 2.- Niños alimentados cuando lo solicitan presentarán pocos hábitos orales. 3.- Niños que gradualmente son alimentados, tendrán pocos hábitos orales.

Los autores llegaron a la conclusión que la alimentación de pecho, cuando es solicitada y la destetación gradual no tienen influencia en el predominio al hábito de succión digital. Klackenber, Traisman y Hanna, en estudios separados, llegaron a la misma conclusión de que la tendencia al hábito de succión de dedo no tiene que ver con la forma de la alimentación.

Dos principales contradicciones ocurren frecuentemente en estudios previos. La primera será una definición minuciosa de alimentación de pecho. Ciertamente, un infante que ha sido alimentado con pecho por varias semanas o meses y después se le cambia a la alimentación por biberón, no puede ser considerado como predominantemente alimentado por pecho.

Secundariamente, nuestra atención es dirigida al predominio del hábito de succión digital como opuesto a la duración, lo cual parecería ser el factor más importante.

El propósito de este estudio es comparar el predominio y duración del hábito de succión digital en los niños alimentados con pecho, con los niños alimentados con biberón. Solamente la succión digital será considerada aquí, en un intento de eliminar la consideración del hábito pasivo de la succión digital, lo que ocurre en casi todos los niños, y son los que tienen menos probabilidades de tener ramificaciones dentales. Tomando en cuenta también esta decisión, está el factor de que la gran mayoría de los hábitos nutritivos de succión están relacionados con el pulgar.

Materiales y Métodos:

Todos los datos fueron obtenidos de cuestionarios, los cuales fueron llenados por las madres de los pacientes de graduados y pasantes de las clínicas Pedodontic en el Colegio de Medicina de Georgia. En orden de obtener un número representativo de niños alimentados con pecho, los cuestionarios

historia similar.

Cuando consideramos la diferencia de sexo en niños alimentados sólo con pecho, el resultado obtenido es similar, -- en 44 casos de niñas y 24 de niños con una historia positiva del hábito de succión digital.

Métodos de alimentación comparados con la duración del hábito:

Cuando se terminó el estudio, 20 de los sesenta y siete - succionadores de dedo alimentados con pecho habían suspendido el hábito. La duración promedio del hábito para el grupo de los alimentados con pecho fue de 21 meses con un rango de 1 mes a 7 años. Solamente 5 de los 20 niños duraron con el hábito más de 2 años. De los 20 niños con el hábito, 8 fueron niños alimentados con pecho por más de 12 meses. La duración para este pequeño grupo fue solamente de 4.5 meses con un rango de 2 meses a 2 años.

De los 49 niños alimentados con biberón, 25 ya no succionaban el dedo. La duración promedio del hábito para estos 25 niños fue 51 meses con un rango de 3 meses a 9 años. En 17 niños de los 25, el hábito duró más de 2 años. La duración del hábito para ambos grupos estuvo sujeta a una forma de análisis de cambio y se encontró que fue significativa al .01 de un nivel confiable.

También valió la pena considerar los resultados de niños - que seguían practicando el hábito cuando este estudio fue terminado. En el grupo de los alimentados con pecho, se encontró un total de 47 niños; de cualquier manera, 13 de ellos fueron excluidos en las estadísticas de "duración", debido a su corta edad (menores de 1 año). Estos niños -- son incluidos en todas las estadísticas de "predominio". En los restantes 34 niños de este grupo, los mayores de 1 año y alimentados con pecho por más de 6 meses, la duración promedio fue de 19 meses, con un rango de 2 meses a 7 años. De estos 34 casos, fue reportado que 3 fueron aumentando en actividad el hábito, 14 lo fueron disminuyendo y 17 no experimentaron aumento o disminución. Al terminar este estudio, 24 niños alimentados con biberón seguían -- practicando el hábito de succión digital. Una duración promedio del hábito para estos niños fue de 58 meses con un rango de 24 meses a 12 años. Fue reportado que el hábito -- en 2 niños fue aumentando, en 12 fue disminuyendo y en 10 no hubo ningún cambio.

No se intentó realizar análisis estadísticos rígidos para los que aún presentaban este hábito ya que no hay métodos correctos para predecir exactamente cuándo este hábito terminará. De cualquier modo, los resultados de duración promedio parecen estar de acuerdo con los obtenidos de aquellos que ya no practican el hábito.

también fueron enviados a varias organizaciones de madres que han alimentado a sus hijos con pecho en diversas partes de California del norte y California del sur. Las clínicas de bienestar y salud pública no fueron utilizadas en un esfuerzo de mantener semejanza cultural entre los que respondieron al cuestionario. Ningún intento fue hecho para clasificar niños racialmente o socioeconómicamente, no obstante, esto puede ser un dato confidencial, que la mayoría de todos los cuestionados fueron de clase media alta y clase media caucásica.

Los niños que fueron alimentados con pecho por más de seis meses o menos de seis, sin cambio a biberón, fueron clasificados como predominantemente alimentados por pecho. Todos los demás niños fueron considerados como alimentados con biberón.

Resultados:

Un total de 486 cuestionarios fueron completados, 116 (que es un 24%) tuvieron una historia positiva del hábito de succión digital.

Los informes fueron evaluados por comparaciones del método de alimentación con el predominio al hábito, principio del hábito con la edad, peso, con predominio al hábito y métodos de alimentación con duración del hábito. Análisis estadísticos fueron usados donde eran aplicables.

Métodos de alimentación con predominio al hábito:

En este estudio se encontraron 290 casos de niños alimentados predominantemente con biberón. De éstos sólo 49 reportaron una historia del hábito de succión digital. De un total de 196 niños alimentados con pecho, 67 demostraron un predominio al hábito de succión digital.

Principio del Hábito con la edad:

De 49 niños alimentados con biberón, 11 empezaron con el hábito después de 6 meses de edad, mientras que únicamente 2 de 67 niños alimentados con pecho, empezaron con el hábito después de 6 meses de edad. Los análisis de la diferencia nos dan un valor, el cual es significativo, al 0.01 a nivel confidencial. También nos llamó la atención 7 casos de niños que empezaron con el hábito después de un año de edad, de los cuales 6 fueron alimentados con biberón.

Sexo comparado con el predominio:

De los 248 casos femeninos incluidos en el estudio, 72 tuvieron una historia del hábito de succión digital; sin embargo, de 238 casos masculinos solamente 44 reportaron una

Discusión:

El total del predominio del hábito fue de 24%, el cual es más bajo que los reportados previamente. Traisman y Popovich encontraron un promedio de 45% y 37% respectivamente, mientras Hanna reportó un predominio de 32% en su estudio de 589 niños. El más bajo promedio obtenido en el presente estudio es un resultado probable de considerar solamente los hábitos de succión digital en este caso, eliminando el hábito pasajero de la actitud pasiva de succionar el dedo tan común en muchos niños.

Niños alimentados con pecho (34%), demostraron un importante mayor predominio al hábito de succionar el dedo que los niños alimentados con biberón (17%), lo cual está opuesto a los resultados obtenidos en otros estudios. Klackenberg reportó estadísticamente una diferencia notable en el predominio del hábito de succión digital en infantes alimentados con pecho. Traisman, en un estudio de 2 650 infantes y niños obtuvo la misma conclusión.

De cualquier manera, la duración promedio de alimentación con pecho en sus 300 infantes completa o parcialmente alimentados con pecho fue solamente de 4.4 meses. Hanna encontró una ligera tendencia en los niños alimentados con pecho, a demostrar un aumento en el predominio del hábito de succión digital, aunque no estadísticamente significativa.

Previamente no han sido reportados hábitos que se inicien después de un año. Es también interesante que los infantes alimentados con pecho empiecen su hábito a una edad notablemente más pequeña que los alimentados con biberón. Una duración promedio de las bases de los hábitos, permitiría seguir aquel hábito que terminaría a una edad temprana dentro del grupo de los alimentados con pecho. Un alto promedio de los hábitos en los niños ha sido reportado en estudios previos. El predominio significativamente alto en las niñas alimentadas con pecho está de acuerdo con los resultados encontrados por Hanna y Yarrow.

En estudios anteriores no se ha comparado adecuadamente la duración del hábito entre los niños alimentados con pecho y los niños alimentados con botella. Esto fue demostrado en el presente estudio, por medio de una forma de análisis de técnica de variación, en donde los niños alimentados con pecho la duración del hábito es bastante reducida que en los alimentados con biberón; los resultados de hábito y duración de éste, fueron también presentados por niños que seguían practicando el hábito y de acuerdo directamente con los resultados obtenidos en los que ya no practicaban el hábito. Estos resultados parecen estar de acuerdo con la hipótesis de Yarrow, de que niños alimentados con pecho tienen menos probabilidades de presentar problemas de hábito de succión digital. También fue demostrado que los niños alimentados con pecho son estadísticamente aquellos en los

que es menos probable que les dure el hábito más de dos años. Las estadísticas de duración de 2 años son incluidas en una presentación adjunta de informes. De ninguna manera esta arbitraria designación debe ser interpretada como un tiempo límite de los hábitos de succión. Quizás, como Yarrow sugirió, los niños alimentados con pecho son los que tienen más probabilidades de obtener satisfacción en sus necesidades de mamar, los que pueden resultar con hábitos de poca duración. Estos mismos niños, que encuentran sus necesidades orales a través de la alimentación de pecho, pueden aprender simultáneamente el simple placer que produce el hábito. Los hábitos nutricionales de mamar en tiempos prolongados como ha sido demostrado en el grupo de los alimentados con biberón, son mucho más seguros de presentar complicaciones dentales que los hábitos de poca duración. Ha sido reportado que hábitos prolongados de mamar no están necesariamente relacionados con desórdenes emocionales. De cualquier manera, es difícil de entender cómo un hábito prolongado de succión digital en un niño de edad escolar, es acompañado de molestias de parientes y mirado en un grupo de opresión, puede posiblemente acrecentar el desarrollo psicológico y emocional del niño. Ciertamente ésta es un área donde es necesaria una investigación bien controlada.

La etiología de los hábitos de succionar el dedo pulgar permanece demasiada como conjetura, probablemente con más de un factor relacionado con la prolongación del hábito de succión digital. De cualquier forma, severas conclusiones relacionadas con el hábito de predominio y duración, son evidentes en el presente estudio.

Predominantemente, los niños alimentados con pecho demostraron aproximadamente 2 años más de actividad en el hábito de succionar el dedo que los niños alimentados con biberón.

Las niñas, en ambos grupos, demostraron un predominio significativamente mayor que los niños. De cualquier forma, niños alimentados con pecho que ya no practican el hábito experimentan una duración del mismo, significativamente menor que los alimentados con biberón, los cuales tienen una duración del hábito aproximadamente de una y media a dos veces mayor que los del grupo alimentados con pecho.

Los niños alimentados con pecho son los menos probables de iniciar el hábito de succión digital antes de los 6 meses de edad y son los más probables a demostrar el hábito con una duración menor de 2 años.

Los resultados obtenidos en niños que aún practican el hábito están verdaderamente de acuerdo con las conclusiones ya obtenidas. Análisis estadísticas en el último grupo no fueron obtenidos, ya que no es posible predecir exactamente cuándo puede terminar un caso particular de practicar el hábito.

La succión digital es una condición secundaria y será la excepción más que la regla para cualquier tipo de población. Los resultados obtenidos en este estudio no deben ser interpretados como una predicción absoluta de cuáles niños van a desarrollar los hábitos del pulgar y cuáles no. Más que esto, esperamos que los informes presentados puedan facilitar un mejor entendimiento del problema en general de los hábitos no nutritivos de la succión en los niños.

3.2. Hábito de Lengua.

3.2.1. Etiología:

Para el odontólogo, la lengua es un origen de inquietud, ya que el poderse colocar en diversas posiciones y a intervalos frecuentes, está asociada como ninguna otra estructura, a las malas oclusiones.

Hay que recordar que la estructura esquelética, dirige la posición de los tejidos blandos externos; el tamaño, forma y ubicación de los arcos dentarios están asociados a la posición de la lengua en la boca, razón por la que el tamaño de los arcos dentarios, se relaciona con el tamaño de la lengua como es el caso de la acromegalia y la microglosia. Se presentan arcos dentarios amplios y los dientes están separados e inclinados hacia afuera; a diferencia de la microglosia y aglosia

los arcos dentarios son estrechos en proporción del tamaño de la lengua.

Una lengua ancha da lugar a arcos dentarios amplios y bien conformados con una inclinación hacia afuera de los molares y con diastemas; a diferencia, si la lengua es chica, produce un apiñamiento marcado de los incisivos.

Las funciones de la lengua son la deglución siendo ésta la más importante, y otras tales como la fonación y la mímica.

Durante el acto de la deglución la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar.

La lengua en su posición normal de descanso, toca la superficie lingual de los incisivos inferiores; el niño puede impeler la lengua contra los dientes, tanto del maxilar como de la mandíbula en un intento de producir sonidos; la presión sería intermitente pero generalmente con suficiente frecuencia para producir una maloclusión. Ciertos hábitos de ceceo están ligados al hábito de proyección lingual. La actividad normal de la lengua se asocia frecuentemente con el hábito de succión digital.

Algunos pacientes con el hábito de lengua pueden aparecer con un desarrollo anterior en los dos arcos y tendencia a protrusión en ambos maxilares, con un desarrollo indeseado del tercio inferior de la cara; esta condición en ocasiones puede estar acompañada por una macroglosia, por lo que es recomendable un examen físico general que nos podría indicar a los odontólogos.

gos un disturbio metabólico o un desajuste endócrino.

Algunos niños que presentan el hábito de succión digital espontáneamente lo dejan por uno nuevo y adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante o adquieren el hábito de succionar (chuparse) la lengua y éstos son practicados por la sensación de placer que les proporciona; los hábitos viciosos de la lengua producen grandes deformaciones.

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Conociendo que la posición de la lengua en descanso es anterior a la edad de cinco o seis meses de edad, etapa en que erupcionan los incisivos, la lengua aún no se retrae y continúa proyectándose, se puede creer que existe "un patrón de deglución infantil" como lo afirman Baril y Moyers.⁽⁹⁾ El hábito de lengua se presenta con mayor frecuencia en niños alimentados por medio del biberón.

El empuje lingual presenta dos etiologías:

- 1) La deglución con empuje lingual simple.- Es una proyección lingual asociada con una deglución normal o con dientes juntos; regularmente está asociado a una historia de succión digital aún cuando el hábito sea o no practicado, debido a que a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

(9) Citado en Graber. Ortodoncia. p.303.

2) La deglución con empuje lingual complejo.- Es una proyección lingual asociada con una deglución con dientes separados. Está generalmente asociada con incomodidad naso-respiratoria crónica, respiración bucal, amigdalitis (tonsolititis) o faringitis.

En los lactantes, durante la deglución la posición normal de la lengua es anterior y la transición de la deglución infantil a la deglución del adulto puede presentarse hasta la pubertad.

Por justificación anatómica de la lengua en posición anterior en niños pequeños, es debido a que la lengua crece casi hasta el tamaño adulto a la edad de ocho años, mientras que el maxilar inferior en esta edad se presenta en un 50% de la edad del adulto. Durante la pubertad se presenta un crecimiento acelerado del maxilar inferior y se produce un cambio en la lengua en una posición más posterior.

La extensión de la lengua la describen Profitt y Mason en tres posiciones:

- 1.- Un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase de la deglución.
- 2.- Dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la dentición anterior con el maxilar inferior abierto durante el habla.
- 3.- Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo."

(10) Barber K. Thomas. Luke S. Larry. Odontología Pediátrica. p.267.

El segundo hábito adquirido por algunos niños después del hábito de succión digital es el hábito de proyección lingual.

3.2.2. Manifestaciones clínicas.

El hábito de proyección lingual se diagnostica a través de la observación de la posición de la lengua en el momento de la deglución en la cavidad oral.

La lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes anteriores, mientras se humedece el labio inferior. La mala oclusión resultante es una protrusión de los dientes anteriores superiores y una intrusión de los dientes inferiores. El hábito es formado durante el período de erupción de los incisivos inferiores; habrá una inhibición y no harán erupción -- hasta la línea de oclusión. Debido a la continua proyección de la lengua, los dientes posteriores harán una erupción dentro de una relación supra-oclusal, lo cual produce una mordida abierta.

En los niños que presentan una mordida abierta e incisivos superiores en protrusión, en definitiva no ha sido comprobado que la presión lingual produce la mordida abierta, o ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. El empuje lingual afecta al tono del labio inferior y a los músculos linguales; (estilogloso, geniogloso, amigdaloso, lingual inferior, transverso y lingual superior).

En los hábitos de succión del pulgar y del empuje lingual se produce protrusión e inclinación labial de los incisivos <

superiores; en el segundo hábito se presenta también depresión de los incisivos superiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Al diagnosticar una mordida abierta anterior, generalmente en primera instancia, se cree que es por el hábito de succión digital y no se observa si el paciente presenta un empuje lingual o posee una lengua agrandada que forma parte importante en la formación de una mordida abierta con las piezas anteriores en protrusión.

Cuando no suele existir hábito de dedo, la lengua es el único problema debido a que tiene movimientos dirigidos hacia el frente de la cavidad bucal de "500 a 1,000 veces diarias", (11) acentuando la mordida abierta a la protrusión de los incisivos superiores.

El hábito de la lengua también se presenta al proyectar varias veces la lengua hacia un lado, es decir, introduciéndola hacia la mejilla o dentro de la región del fondo de saco, lo que produce una mordida abierta unilateral en la región de los premolares.

En los estudios sobre la dinámica de la lengua en lo --
concerniente a la maloclusión, debida a la lengua protráctil, se presenta lo siguiente:

1.- El movimiento dirigido hacia el frente de la cavidad bucal, presentará:

A) Falta de oclusión de los dientes anteriores con -
apiñamiento y rotación.

(11) Graber. Ortodoncia Interceptiva. p. 650.

B) Falta de oclusión de los dientes anteriores y algunos posteriores con apiñamiento y rotación.

2.- Si se hace presión hacia adelante y hacia arriba presentará:

A) Leve alargamiento del maxilar con espaciamiento de los dientes anteriores superiores.

3.- El movimiento hacia adelante y hacia abajo presentará:

A) Alargamiento del maxilar inferior, con una relación de mordida cruzada en algunos incisivos o en todos y espaciamiento de las piezas dentarias anteriores inferiores.

B) Este hábito acompañado de una deglución anormal -- puede causar destrucción de las estructuras dentarias, encías y hueso alveolar.

4.- En la fuerza lateral (presión) se observará:

A) Falta de oclusión de los premolares de uno o de los dos lados, pudiendo presentarse contacto oclusal en cualquier otro lado.

Hay que tener presente el tamaño de la lengua así como su función; la presencia de amígdalas grandes contribuye a una posición anormal de la lengua. "Moyers y Linder Aronson han demostrado que ese hábito es a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua". (12)

Otro hábito de la lengua poco común, es el de succionarla. Aparece en los niños que se les ha inhibido el hábito de -

(12) Citado en Graber. Ortodoncia Interceptiva. p. 306.

succión digital; este hábito puede producir una mordida abierta.

El succionar la lengua anteriormente permite la elongación de las piezas dentarias posteriores y puede introducir o protruir las piezas dentarias anteriores dando una mordida --- abierta.

La persistencia del hábito puede detener a los incisivos en infraoclusión, mientras que los caninos hacen erupción hasta la línea media de oclusión y se inclinan mesialmente en un grado considerable. Aunque sea detenido el hábito, el espacio de canino a canino no es suficiente para la erupción de los - incisivos, por lo que permanecen en infraoclusión.

El mordisqueo de la lengua es común y se confunde frecuentemente con la lengua protractil, debido a que el niño - coloca la lengua entre los incisivos y la muerde suavemente. La maloclusión resultante es un desplazamiento labial de los incisivos superiores y la intrusión de los incisivos inferiores. Las características de una mordida abierta aparecen en - lugar donde se coloca la lengua.

3.2.3. Tratamiento.

En el hábito de lengua el objetivo principal en el tratamiento es educar al niño para que mantenga la lengua en su posi ción adecuada; ésto se puede lograr por medio de la terapia o con aparatos (trampas-recordatorios) y también con el tratamiento miofuncional (por medio de ejercicios).

Tratamiento Miofuncional:

Para eliminar los comportamientos orales indeseables en -

la conducta del niño, se le enseñan ejercicios que deberá realizar correctamente y con frecuencia; ésto se logra guiándolo y motivándolo.

Son series intensivas de 24 o 30 visitas de media hora o más que sirven para acostumar el sistema neuro-muscular -- oral.

Se tienen diferentes ejercicios para la lengua como son:

1.- Ubicación de la lengua (posicionador de la lengua):

Se le enseña al paciente a colocar la lengua en forma correcta.

- a) Se le muestra al paciente la zona de la papila in cisiva y las arrugas palatinas, para que él las identifique, las palpe y conozca esta zona como "punto situado detrás de los dientes antero-superiores". (13)
- b) Se le indica al paciente con la boca bien abierta, que toque varias veces con la lengua el punto situado detrás de los dientes antero-superiores.
- c) Se le indica al paciente que con sus labios separados y los dientes cerrados degluta sosteniendo la punta de la lengua sobre el punto situado por detrás de los dientes antero-superiores. Se ayuda este ejercicio utilizando agua para que el paciente pueda deglutir.
- d) Se coloca un espejo frente al paciente y mantendrá sus labios separados, sus dientes en oclusión,

(13) Edward M. Barnet. Terapia Oclusal en Odontopediatría. p.193.

la punta de la lengua en el punto situado por detrás de los incisivos; se le pide que degluta sin proyectar su lengua hacia adelante.

En este ejercicio se puede utilizar una pastilla sin azúcar para que el paciente la presione con la punta de la lengua en la región mencionada.

La realización de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y su capacidad de atención.

Los ejercicios pueden realizarse diez veces iniciando una sola vez y gradualmente se aumentará hasta totalizar las diez veces; en cuanto más veces se repita el ejercicio más atención exigirá del paciente durante el día y durante la noche.

Suele ser efectivo que el niño realice sus ejercicios en dos unidades de cinco veces cada una por día (ya sea antes o después de las comidas; antes de ir al colegio y a la hora de acostarse).

Esto dependerá de las posibilidades del niño para realizarlo y del padre para supervisarlos. El tiempo para realizar estos ejercicios no debe ser menor de cinco minutos, ni mayor de treinta minutos por sesión. Durante el tratamiento, el tiempo diario total no debe exceder de sesenta minutos y su exceso puede ser contraproducente y concluir en un fracaso completo.

El paciente y el padre tienen la responsabilidad de llevar

la frecuencia y duración en cada práctica y ésta no debe interferir en los deberes y en el tiempo de juego del niño.

Después de que al niño se le han adiestrado su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente, se puede combinar con la terapia ortodóntica por medio de aparatos ortodónticos o bien ésta se puede realizar después del tratamiento miofuncional, sólo para recordar al paciente la posición correcta de la lengua durante la deglución.

Tratamiento por Aparatos:

El aparato fijo o trampa utilizado para el hábito de proyección lingual es una variante de la trampa para el hábito de succión digital, cuyo objetivo es desplazar la lengua hacia abajo para formar una especie de cerca, atrás de los incisivos inferiores durante la oclusión, con lo que se obtiene una barrera eficaz contra la proyección lingual.

En el hábito de proyección lingual la lengua habitualmente es llevada a una posición baja y no se aproxima al paladar, como se realiza en condiciones normales. El aparato de proyección lingual es elaborado para eliminar la proyección anterior durante la deglución; modifica la postura lingual de manera que el dorso de la lengua se aproxima a la bóveda palatina y la punta de la misma hace contacto con las arrugas palatinas durante la deglución, evitando que se introduzca a través del espacio incisal. Al desplazar la lengua hacia atrás, ésta se expande hacia los lados con las porciones periféricas -

encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto ayuda a conservar la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente, evitando la sobre-erupción y estrechamiento de los segmentos bucales superiores. La deglución es estimulada por este tipo de aparato mientras que la lengua adopta su nueva posición y función.

Los dientes que le dan soporte al aparato de proyección lingual son los segundos molares deciduos o de preferencia, -- los primeros molares permanentes si éstos han hecho suficiente erupción.

En la elaboración del aparato de proyección lingual fijo se hacen impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias; - se obtiene el positivo en yeso; se montan los modelos de trabajo en un articulador de preferencia anatómico. Los dientes en soporte en yeso (primeros molares permanentes superiores o segundos molares deciduos superiores), se recortan para seleccionar las coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustar la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos. Si se ha seleccionado el primer molar permanente, se le colocará y ajustará una banda.

La barra lingual que se elabora en forma de U, puede ser de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 - pulgadas . Se adapta comenzando en un extremo del modelo llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. Esta barra debe hacer contacto con las superficies linguales prominentes del segundo y primer molar

temporales; el alambre se adapta y ajusta al contorno del paladar; se lleva hasta el canino del lado opuesto. La barra es doblada y llevada por atrás en el margen gingival, teniendo contacto con la superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica si ésta es colocada en el segundo molar deciduo o en la banda del primer molar permanente.

La porción anterior de la barra a la criba, no debe interferir en la incisión por lo que se construye la barra base en sentido lingual con relación al margen incisal inferior.

La criba se elabora con el mismo alambre que se utilizó en la barra base; un extremo del alambre para elaborar la criba va soldado en la barra base a nivel del canino, con unas pinzas se modelan de tres a cuatro proyecciones en forma de V. Estas proyecciones se extienden hacia abajo hasta el nivel de los cúngulos de los incisivos inferiores estando los modelos en oclusión; esta trampa no deberá tener contacto que interfiera en la erupción de los incisivos inferiores. Después de elaborar las proyecciones en forma de V procurando que el borde de éstas se encuentre aproximadamente a nivel del alambra base, para ser soldadas al mismo con soldadura de plata y se adhiere al otro extremo de la trampa con el alambre base; éste se coloca sobre el modelo y es soldado a las coronas metálicas o a las bandas. Se pule, se limpia el aparato y está listo para ser probado en la cavidad oral del paciente; se realiza la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte y, finalmente, el aparato puede ser cementado.

Después de ser colocado el aparato en la cavidad bucal del paciente, ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso de la lengua es proyectado contra el paladar y la punta de la misma contra las arrugas palatinas. El aparato debe ser colocado oportunamente para que los dientes permanentes hagan erupción y se alinien correctamente; la mejor edad para colocar este aparato es entre los cinco y diez años de edad del paciente. Si es colocada posteriormente a esta edad, se requerirá la ayuda de un ortodoncista.

El hábito de proyección de lengua no causa únicamente maloclusión en los segmentos anteriores sino que en algunos casos puede provocar mordida abierta posterior, no siendo frecuentes, pero se presentan provocando infraoclusión de los segmentos bucales, superiores e inferiores, debido a la falta de erupción en los segmentos posteriores. Para estos paciente se utiliza una criba para hábito lingual modificada, para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes afectados.

En la elaboración del aparato de proyección lingual removible se utiliza el aparato removible de Hawley⁽¹⁴⁾ en donde es engostada la trampa lingual.

Las indicaciones para utilizar el aparato de proyección lingual fijo o removible son las mismas para los aparatos de succión digital anteriormente descritas.

(14) Véase pág. 39 donde se describe el aparato removible de Hawley.

A continuación se transcribe el siguiente reporte relacionado con el hábito de lengua.

Tema: Movimientos de la lengua en niños normales de 2 a 8 años de edad: relacionados con el movimiento de lengua durante la masticación.

En este estudio los movimientos de la lengua de los niños normales de 5, 6, 7 y 8 años de edad, fueron medidos y comparados.

Los niños de 5 años fueron comparados con niños de estudios anteriores y los informes fueron combinados entre niños de 2 a 8 años.

Dos diferentes posiciones de la lengua fueron medidas así como tres texturas estándar de comida fueron presentadas.

Primero, la posición de la lengua cuando la comida estaba alejada de los labios a 5 centímetros.

Segundo, la posición de la lengua u otra característica oral cuando la comida se había deglutido.

Para la anticipación de comida, una significativa relación entre edad y textura (P menos que .001), así como la edad-sexo-textura, la interacción fue notada (P menor que .035). Para la deglución, una significativa edad (P menor que .0001), en textura (P menor que .0001), y la interacción de sexo y edad (P menor que .00091) donde se encontró.

Aunque la comida está anticipada en un modo similar para ambos sexos, edad y diferentes texturas, deben ser tomadas en cuenta cuando la deglución es evaluada.

Una curva preliminar de desarrollo para dos maneras de comer, es presentada para niños de 2 a 8 años de edad.

3.3. Hábito de Labio.

3.3.1. Etiología.

Hábito relacionado con la cavidad oral que no recibe la atención necesaria. El morderse los labios es un hábito frecuente en niños nerviosos o vergonzosos; el labio inferior es el que asiduamente está más relacionado con ese hábito produciendo efectos nocivos en el crecimiento y desarrollo de los huesos faciales. También suele presentarse este hábito en el labio superior, siendo menos frecuente.

La succión labial se presenta sola y en ocasiones asociada al hábito de succión digital; se manifiesta en la edad escolar. El hábito de succión labial es una actividad compensadora debido a la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución, causada por una sobremordida horizontal; el labio inferior es colocado contra los incisivos superiores en su superficie lingual por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no tiene contacto con el labio inferior como es en la deglución normal; el labio superior permanece hipotónico, sin función y da la apariencia de ser corto o retraído. A esta afección se le conoce como postura de descanso incompetente del labio.

Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua; cuando el labio superior deja de funcionar como fuerza restrictiva, el labio inferior ayuda a la lengua a ejercer una fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmen-

to de la premaxila, causando una severa maloclusión. Las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores por el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, volviéndose un círculo vicioso, ya que se repite en cada deglución, ejerciendo una fuerza deformante sobre las arcadas dentarias.

Los niños que adquieren el hábito de succión labial inferior o lo muerden, dejan el hábito de succión digital a un segundo término debido a que reciben igual satisfacción sensorial.

3.3.2. Manifestaciones Clínicas.

Se sospecha en los niños que presentan una mordida abierta anterior sin tener el hábito de succión digital; al morder el labio inferior o al mantenerlo repetidamente por debajo de los dientes superiores producirá la labioversión de esos dientes, acompañada generalmente de una mordida abierta y a veces se presenta linguoversión de los incisivos inferiores, manteniéndose en ocasiones, en los labios, zonas de irritación y agrietamiento de los mismos.

El hábito del labio tiende a mover vestibularmente a los dientes anteriores superiores produciendo a su vez una abertura en la mordida de los dientes anteriores; los molares, en ocasiones, pueden alargarse aumentando la mordida abierta.

Al hábito de labios, Johnson lo analiza de la siguiente forma:

"1.- La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio

inferior.

- 2.- El labio inferior se vuelve hacia el interior.
- 3.- La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes.
- 4.- Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos del maxilar que se inclinan labialmente." (15).

La protrusión depende del espesor del labio inferior.

Cuando el labio inferior se muerde más frecuentemente, los incisivos superiores sufren un desplazamiento labial que generalmente se presenta asociado con giroversiones de las piezas dentarias; al ser mordido el labio superior, las estructuras dentarias inferiores son las que sufren desplazamientos en la región en la que el labio es colocado para ser mordido.

La posición de las estructuras dentales determinan el sitio para los labios en reposo. Cuando los dientes superiores se inclinan hacia adelante, por su tamaño o por la posición de la lengua, el labio presenta un grosor aparente.

La retroinclinación de los incisivos le otorga a los labios la apariencia de ser finos debido a que los coloca en una posición posterior de manera que parecen estar hundidos.

3.3.3. Tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar un diagnóstico correcto; se puede presentar que la actividad anormal del-

(15) Citado en Hogeboom Floyd Eddy. Odontología Infantil e Higiene Odontológica. p. 249.

labio es compensadora y adaptativa a la forma dentoalveolar y no se podrá cambiar la actividad labial sin cambiar la posición dentaria y el tratamiento sería un fracaso.

Se deberá establecer primeramente una oclusión normal por medio de un ortodoncista; la simple colocación del aparato para labio trata únicamente un síntoma y poco corrige el problema principal, estando relacionado el hábito con una oclusión anormal.

Uno de los métodos para erradicar el hábito labial que -- sirve como recordatorio y a su vez cura las grietas producidas por el humedecimiento, es la pomada o lápiz labial.

Con la cooperación del niño se puede lograr el abandono -- de este hábito auxiliado con la ayuda del odontólogo y utilizando el ejercicio de labio sobre labio que sirve para estirar éstos; el labio superior es estirado por el paciente hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores y lo mantiene en esta posición con el labio opuesto mientras cuenta hasta diez. Para el labio inferior se utiliza el mismo procedimiento inverso.

El empleo de instrumentos musicales ayuda a fortalecer -- los músculos labiales. En el caso de la tendencia a chupar el labio en niños con oclusión normal o que ésta ha sido corregida previamente con un tratamiento ortodóntico, se colocará el aparato para labios, siendo éste casi innecesario, porque a -- la eliminación de la mala oclusión se restablece la función -- muscular normal.

En niños en los que el hábito es un tic neuromuscular --

(hábito nervioso), se emplea el aparato para el hábito de labio. En ocasiones no es necesario el tratamiento ortodóntico, debido a que la malocclusión de los incisivos puede ser autocorregible con la ayuda de la lengua que alinea a los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita la acción muscular anormal.

El aparato para labios se elabora de la siguiente manera:

Se hacen impresiones de alginato de las arcadas superior e inferior del paciente; se toma el positivo de dichas impresiones, se seleccionan los dientes pilares (segundos molares deciduos inferiores o primeros molares permanentes inferiores), se colocan los modelos en un articulador, se adaptan en los dientes pilares coronas completas o bandas de ortodoncia (las coronas presentan mayor resistencia a las fuerzas oclusales).

Se adaptan soldando en las coronas o bandas por su parte lingual, un alambre de acero inoxidable (de 0.040") que va por las caras linguales de los molares deciduos hasta el nicho del canino y primer molar deciduo, o bien, del canino y del incisivo lateral. El área interproximal es seleccionada dependiendo del espacio existente para poder cruzar el alambre base a la zona labial; el alambre se dobla a nivel del margen incisal hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. Esta porción de alambre no debe hacer contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al estar en oclusión, lo que se logra doblando el alambre a una posición más gingival.

El alambre debe estar separado de las superficies labiales

de los incisivos inferiores a una distancia de dos a tres mm. y si se desea anexar un alambre de acero inoxidable (0.036 o 0.040") se podrá soldar en el extremo donde el alambre cruza el nicho llevándolo de 6 a 8 mm. gingivalmente; se dobla el alambre, cruza la encía de los incisivos inferiores paralelamente al alambre base, a una distancia aproximada de 3 mm. de tejido gingival; se dobla nuevamente en la zona del nicho opuesto y es soldado el alambre base. Posteriormente el alambre base se vuelve a cruzar por el nicho opuesto y hacia atrás, hasta la corona o banda del diente pilar donde se suelda el alambre, haciendo contacto con las superficies linguales del canino y molares deciduos. Se revisa el aparato para que no exista interferencia incisal u oclusal con el alambre; se procede a limpiarlo y pulirlo para poder ser cementado en la boca del paciente.

Podrá ser modificado este aparato agregando acrílico en su porción labial entre el alambre base y el alambre auxiliar, en caso de que se presentara irritación de la mucosa del labio inferior.

El tiempo de uso de este aparato va de un período de 8 a 9 meses, especialmente en los casos que presenten apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores, debido a que el aparato para labio permite a la lengua mover los incisivos inferiores en sentido labial.

3.4. Hábito de Deglución Anormal.

3.4.1. Etiología.

Generalmente la deglución anormal está asociada con

la función muscular anormal. Para estudiarla se debe conocer la deglución normal, ya que no se presenta el mismo patrón en un lactante, en un niño mayor o en un adulto.

En el lactante, los dientes no han erupcionado o están por aparecer; los rebordes gingivales están situados entre la lengua y la mucosa vestibular y el alimento blando es recogido por el dorso de la lengua. El patrón de deglución es igual en esta edad tanto para los semisólidos como para los líquidos; la lengua, en su porción central, forma una depresión la cual se --- oblitera de adelante hacia atrás, de manera que el fluido se --- traslade hacia la porción posterior de la lengua. El alimento es trasladado a la bucofaringe por un abultamiento posterior de la lengua producido por la elevación del maxilar inferior y --- la contracción de la boca; las mejillas y los labios se contraen (principalmente el labio inferior), los rebordes gingivales no contactan para buscar la lengua y constituir un sellado; la --- lengua se extiende entre los rebordes gingivales (espacio donde se alojarán los dientes), cuando se eleva el piso de la boca.

Erupcionando los dientes deciduos se desarrolla el proceso alveolar; el hueso alveolar y los dientes forman límites rígidos cuando ocluyen dividiendo la boca en vestíbulo y cavidad bucal. La oclusión dentaria es más habitual durante la deglución y los labios casi no participan.

Rix analiza la deglución de los "dientes juntos"⁽¹⁶⁾ en pacientes de 3 y 5 años de edad acompañada por el adosamiento de

(16) Walther y Otros. Ortodoncia Actualizada. p.45.

la lengua contra la bóveda palatina en desarrollo.

Rix denomina "deglución básica" (17) a la distribución del exceso de saliva, actividad realizada durante el día y la noche, dependiendo de diversos factores y variando de una persona a otra. La deglución adulta se realiza con la boca cerrada, sin mostrar los dientes, sin mover los labios y sin proyectar la lengua. En una posición de descanso durante la deglución normal, intraoralmente los dientes se encuentran separados, los labios juntos, la punta de la lengua por debajo de las arrugas palatinas y la parte media y posterior de la lengua se mantienen deprimidas; los labios del paciente están cerrados, por lo cual debe respirar por la nariz. Cuando se deglute es necesario crear un vacío para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe, esta succión se realiza por el movimiento de la lengua, la punta se mueve contra las arrugas palatinas hacia los incisivos superiores; en su porción media y por el movimiento contra el paladar, su porción posterior baja en ángulo (aproximadamente 45°) para conceder el paso hacia la faringe; los dientes se tocan un instante, no se observan movimientos del orbicular de los labios.

El acto de deglución consiste en una serie de movimientos musculares de la faringe, del esófago y del estómago. Existen varias teorías, la más aceptada es la de Magendee que divide el acto de deglución en tres etapas:

1.- Voluntaria.- El bolo alimenticio es masticado y vertido

(17) Sidney B. Finn. Odontopediatría pediátrica. p. 335.

por la lengua y los carrillos hacia el istmo de las fauces.

2.-Involuntaria.- De naturaleza refleja, sigue inmediatamente a la primera. Es una contracción muscular violenta --- cuando pasa de la garganta y llega a la terminación superior de la tráquea.

3.-Violenta.- La fuerza violenta continúa hasta que el bolo es llevado al estómago.

En la primera etapa la comida es llevada a la boca, constantemente rotada y llevada adelante por medio de la presión de la lengua con el paladar. En la segunda etapa el acto de deglutir continúa, el bolo alimenticio es llevado hacia atrás mientras - la laringe y el hueso hioides son estirados hacia arriba y el - bolo es conducido a la entrada de la tráquea. En el tercer período el bolo es conducido al estómago por medio de las contracciones progresivas de los anillos traqueales, que se ensanchan al mismo tiempo que el bolo es presionado contra ellos.

A los dentistas les interesa principalmente las dos primeras etapas predeglutiva y de deglución, por ser voluntarias y ellas están sujetas a perversión.

Un niño puede estar forzado a deglutir repetidamente de una manera anormal debido a una musculatura debilitada por enfermedad, trauma o un mal desarrollo y ésto provoca la formación del hábito. Cuando la causa es suspendida, el hábito permanece; esto se presenta frecuentemente en los tratamientos de ortodoncia.

3.4.2. Manifestaciones Clínicas.

La frecuencia de la deglución es de aproximadamente 100 a 132 veces por hora y durante este acto los músculos de la expresión no deben cambiar. Si al deglutir el niño presenta algún cambio en su expresión, puede darse un diagnóstico positivo acerca de una deglución anormal; no debe confundirse el movimiento de los músculos de la masticación que se ejecutan al juntar el maxilar superior con el maxilar inferior para el acto de la deglución normal con algún cambio que ejecutan los músculos de la expresión.

En la deglución anormal, el acto empieza con la contracción de los músculos de la cara, empuje de la lengua para descansar sobre los dientes. La punta de la lengua puede descansar en cualquiera de las siguientes posiciones anormales:

- 1.- Contra los dientes superiores.
- 2.- Contra los dientes inferiores.
- 3.- Entre los dientes superiores y los inferiores.
- 4.- Entre los labios.

Se puede observar que el paciente empuja la cabeza hacia adelante en la predeglución y tiene una expresión de tensión en lugar de tener una posición de relajamiento (descenso) que se ve en la deglución normal. Por lo general son pacientes con respiración bucal o presentan algún tipo de patología en la fonación y sus labios son débiles.

Durante la deglución atípica normalmente los dientes y los labios del paciente se encuentran separados durante la deglu

ción, él debe crear un vacío y lo realiza por medio de la proyección anterior de su lengua, generalmente entre los dientes superiores e inferiores, teniendo la boca sellada por la proyección. La porción media de la lengua no es elevada lo suficiente como para originar la succión y ésta se efectúa levantando la parte posterior de la lengua hacia el paladar. Estas perversiones pueden incluir los músculos usados en el primero y segundo períodos de la deglución. Por la observación nos damos cuenta que la mayoría de las contracciones de los músculos son exageradas y forzadas. La primera peculiaridad que se nota es una hiperacción en el período de succionar la saliva hacia el centro de la boca o reunirla toda, por lo cual notamos que los músculos orbiculares de los labios, mentoniano, triangulares y caninos, actúan frecuentemente dentro de la cavidad oral. Los dientes inferiores son llevados hacia un contacto forzado con el arco maxilar por una contracción vigorosa de los músculos de la masticación y la acción forzada de los músculos continúa.

La deglución anormal suele presentarse juntamente con la lengua protráctil, la cual ha empujado tanto los dientes superiores como inferiores, creándoles vacíos y en algunos casos, mordida de borde a borde.

Este hábito puede separar no sólo los dientes anteriores, sino también los posteriores incluyendo premolares y en algunos casos poco frecuentes, el primer molar unilateralmente.

En muchos casos de deglución anormal, el paladar es tan angosto que el niño no puede poner la lengua en su posición correcta.

La deglución anormal puede presentarse con la interfe-
rencia de otros hábitos como: succión del pulgar u otro dedo, --
lengua protráctil, mordisqueo de labios, uñas y hábitos de --
postura. En ocasiones la lengua del niño es demasiado larga -
siendo poco común, y causa severos casos de mordida abierta.

Se ha estudiado que en la mayoría de los casos de deglu-
ción anormal, ésta se ocasiona principalmente por una manera -
incorrecta de alimentación con botella.

3.4.3. Tratamiento.

En el hábito de deglución anormal el objetivo del tra-
tamiento es educar al niño a deglutir correctamente. para lo -
cual se tratan primordialmente los hábitos que se encuentren --
en relación con la deglución anormal (succión digital, hábito
de lengua, onicofagia y hábitos de postura), ya que al tratar
de enseñar al niño a deglutir correctamente sin erradicar pri-
mero el hábito causante de la deglución anormal, el tratamien-
to será un fracaso.

El tratamiento más adecuado para este hábito es mio-
funcional por medio de ejercicios que el niño debe realizar co-
rrectamente y con frecuencia.

El tratamiento miofuncional consta de:

Ejercicio pasivo de Strang para la deglución. Sirve -
para los músculos que actúan en la deglución con el propósito
de que funcionen uniformemente y sin contracciones exageradas
durante la succión.

El paciente necesita tener un espejo en su mano y un vaso con agua; se le indica que tome un pequeño sorbo de agua lo suficiente para humedecer la boca, observándose cuidadosamente la boca en el espejo; deberá juntar los dientes y mantenerlos en esta posición durante todo el ejercicio. Se indicará al paciente que cierre suavemente los labios y que trague el agua recordando las siguientes posiciones:

- a) Mantener unidos los dientes.
- b) Mantener los labios inmóviles.
- c) Mantener la lengua en la boca sin hacer presión --
contra los dientes anteriores.

Se debe realizar este ejercicio durante dos minutos - tres veces al día. Después de una semana se aumenta la duración a tres minutos, continuando con el ejercicio hasta no presentar dificultad al realizarlo y que la deglución se corrija.

Ejercicio con goma única.- Se realiza con una goma de ortodoncia que se coloca en la punta de la lengua del paciente, la cual será presionada por detrás de los incisivos anterosuperiores, tendiendo los dientes posteriores en contacto. El paciente bebe un sorbo de agua sin dejar de presionar la punta de la lengua, si no, se tragará la goma junto con el sorbo. Este ejercicio es para la punta de la lengua en el patrón de deglución.

Se tiene otro ejercicio para la deglución que sirve - para la punta y parte media de la lengua; es el ejercicio con - dos gomas de ortodoncia que consiste en colocar una goma en la punta de la lengua y otra en la parte media de la misma; el pa-

ciente debe presionar la primera por detrás de los dientes anterosuperiores y la segunda contra el centro del paladar. Debe deglutir con los labios separados y los dientes en oclusión; esto lo tiene que realizar mirándose en un espejo y observando que la lengua no se proyecte hacia adelante. Una vez dominada esta posición de deglutir, tragará un poco del líquido (agua) a sorbos, comprobando después de cada deglución, que las bandas ortodónticas se encuentren en su posición, haciéndole la observación al paciente de que si no ejerce la presión necesaria en las bandas, tendrá la tendencia a tragarse una de ellas o las dos.

Para la parte posterior de la lengua, en la deglución se tiene el ejercicio denominado de maníes y gomitas; se le pide al paciente masticar un maní sin deglutirlo; una vez masticado, colocar el maní en la parte media de la lengua y en la punta una goma de ortodoncia. Se le indica al paciente que ocluya manteniendo los labios abiertos presionando la goma ortodóntica por detrás de los dientes anterosuperiores. Posteriormente el paciente debe deglutir el maní masticado. Al realizar, tendrá que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua sin proyectarla y sin tragarse la gomita ortodóntica al deglutir el maní.

La frecuencia para la realización de los ejercicios depende directamente del esfuerzo requerido por el paciente, de su coordinación muscular y su capacidad de atención; el tiempo para la realización de los ejercicios no debe ser menor de cinco minutos y no mayor de 30 minutos por práctica. La frecuencia y duración del tiempo de la práctica son responsabilidad del pa-

ciente y de sus padres.

A continuación se transcribe el siguiente reporte relacionado con el hábito de deglución anormal.

Tema: El desarrollo de preferencia oral de un lado durante la masticación y su relación con la preferencia de mano en niños normales de 2 a 8 años de edad.

Informes normativos en destreza de la lengua durante la alimentación son presentados en niños normales de 5 a 8 años de edad que fueron estudiados de acuerdo a su preferencia de colocar la comida ya sea a la derecha o a la izquierda de la cavidad oral cuando empiezan a comer.

Una curva desarrollada a palmos, de 2 a 8 años fue generada incluyendo datos de estudios anteriores. Informes de la preferencia del lado oral, fueron relacionados con informes de preferencia del uso de la mano.

En adición, la habilidad de mover una pieza pequeña de alimento de un lado de la boca al otro fue estudiada.

Se encontró que en niños normales, tienen un cambio de transición de colocar la comida sólida predominantemente en el lado derecho hasta los 2 años de edad y después, en el lado izquierdo, hasta los 4 años de edad.

La preferencia hacia el lado izquierdo, persiste por lo menos hasta los 8 años de edad para la textura sólida y viscosa de los alimentos.

La preferencia oral del lado, no fue de acuerdo con la preferencia de mano. La habilidad de mover el bolo alimenticio de un lado a otro dentro de la cavidad oral (lateralizando) sufre un desarrollo de progresión. La inhabilidad de lateralizarse en dio paso a movimientos balanceados.

Al mismo tiempo, al subsistir aumento en movimientos lentos y después en movimientos suaves, se observó que ocurren entre los 2 y 8 años de edad. Estos informes prevén la delimitación de una línea base normativa en los niños que comen alternando los movimientos.

3.5. HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

3.5.1. Etiología.

Durante el crecimiento dentofacial normal se requiere de una respiración normal. La respiración y la inspiración por la boca --

pueden ocasionar problemas orofaciales. Este hábito se encuentra ligado por la función muscular anormal, obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas que pueden deberse a: hipertrofia nasal, - desviación del septum, inflamación de las membranas mucosas, adenoides, amígdalas grandes y trastornos del oído medio.

Para diferenciar la respiración bucal anormal es primordial conocer las características de la respiración normal; el recién nacido es un respirador nasal; presenta los labios yuxtapuestos y en ocasiones, ligeramente separados. El labio inferior es activado, el superior se encuentra relativamente inmóvil; se presenta una proximidad del dorso de la lengua con el paladar blando dificultando la respiración bucal.

La lengua del niño ocupa por completo la cavidad bucal; lateralmente se halla en contacto con las mejillas y en la parte anterior con el labio inferior. A los seis meses de edad, el maxilar inferior asume una postura definitiva. Al erupcionar los dientes temporales, los procesos alveolares ocupan el espacio entre los maxilares; los dientes superiores e inferiores se encuentran con unos milímetros de separación conocidos como espacio libre interoclusal.

A esta posición se le conoce como posición de reposo o posición postural endógena. Durante el crecimiento de la lengua sigue en contacto con el paladar blando, la respiración nasal se interrumpe en la deglución y en la fonación. Whills menciona tres mecanismos esfinterianos que evitan la respiración bucal portal.

- 1.- Esfinter anterior: formado por los labios.
- 2.- Esfinter intermedio: formado por la lengua y el paladar duro.
- 3.- Esfinter posterior: formado por el contacto de las fauces del paladar blando y dorso de la lengua.

Siendo poco frecuente que los niños respiren por la boca, se presenta este hábito por enfermedades de la nariz y garganta durante la infancia, que retardan el crecimiento facial interfiriendo en la respiración.

Muchas veces el niño está continuamente con la boca abierta y esto no quiere decir que respire por la cavidad oral. La caída del maxilar inferior puede ser debida a la falta de tonocidad muscular, aparentemente sin interrumpir la respiración nasal.

El hábito de tener la boca abierta puede confundirse con el hábito de respiración bucal; para comprobarse, puede hacerse la prueba del espejo que consiste en poner un espejo frente a la boca del niño; si hay condensación de aire en él, el diagnóstico será positivo.

La posición de la lengua nos da un diagnóstico seguro. Se ha comprobado que al respirar por la nariz, la lengua descansa sobre el paladar duro y el paladar blando; en cambio, en la respiración bucal, la punta de la lengua toca la cara lingual de los incisivos inferiores.

En los pacientes que tienen dificultad para oír y respirar por la boca, se debe sospechar inmediatamente la patología de las adenoides y de los senos maxilares.

Los pacientes que presentan obstrucción en las vías respiratorias, utilizan una adaptación compensatoria que consiste en bajar el maxilar inferior y colocar la lengua hacia adelante para permitir la entrada del aire a la laringe con la menor resistencia.

Se pueden restaurar los pasajes nasales y si aún perdura la respiración bucal, da lugar a la formación del hábito. El niño puede continuar respirando por la boca por costumbre; esto puede ser especialmente cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Se necesita reeducar al niño para que respire por la nariz, lo cual debe ser hecho por el cirujano que restauró los pasajes nasales; sin embargo, la mayoría de las veces esto no ocurre y cuando el niño es llevado al dentista, el hábito está formado con su consiguiente maloclusión.

3.5.2. Manifestaciones Clínicas.

En el recién nacido pueden existir dos afecciones del tracto respiratorio que dificultan el proceso de respiración:

- 1.- Atresia congénita total o parcial de las narinas posteriores.- En estos pacientes se debe tener cuidado durante la alimentación, de bajar con cierta fuerza la lengua para permitirle la respiración por la boca; la respiración bucal es adquirida al poco tiempo, porque si no se -

mantiene libre el pasaje de aire, el niño podrá ahogarse. Sólo en raras veces se presenta esta patología de obstrucción nasal completa.

2.- Micrognacia congénita.- La parte posterior de la lengua - presenta la tendencia de ser tragada; de esta forma obstruye la vía nasal bloqueando el pasaje del aire. Estos pacientes, en su período neonatal, necesitan de una alimentación minuciosa.

Los niños sin ninguna patología congénita crecen, y el esqueleto laríngeo desciende hacia el cuello haciendo que el infante -- pueda respirar por la boca, pero normalmente esto lo impiden los tres mecanismos esfinterianos. (*) Solamente cuando estos mecanismos no se encuentran en estado normal, producen la respiración bucal siendo intermitente y más frecuente por la noche.

Existen varios factores que originan la respiración bucal, - primordialmente por:

a) Obstrucción nasal parcial: debido al tabique desviado, vías nasales estrechas, asociadas a un paladar estrecho, reacción inflamatoria con edemas de mucosa nasal; reacción -- alérgica de la mucosa nasal y por adenoides que obstruyen el espacio posterior, dando lugar al hábito adquirido de - respiración bucal por la acción de uno de los factores mencionados, persistiendo el hábito aún cuando la causa haya sido eliminada.

(*) Mencionados anteriormente en las páginas 83 y 84.

b) En raros casos se observa que el maxilar inferior no se -- mantiene en posición normal de descanso; la lengua se separa de la bóveda palatina, los labios no logran el sellado anterior aunque su constitución sea la adecuada. Se puede presentar esta respiración bucal sin estar relacionada con alguna obstrucción respiratoria superior.

La sola respiración de los labios no responde a una respiración bucal, siendo eficaces los esfínteres medio y posterior para evitar la respiración anormal; la separación de los labios puede deberse a:

- 1.- Un labio superior corto por la morfología del esqueleto facial.
- 2.- Interferencia por los dientes anteriores superiores debido a una deficiencia en el desarrollo del maxilar -- inferior.

Corrigiendo la posición de los incisivos superiores, se obtiene el sellado labial.

c) Por fatiga: se manifiesta la respiración bucal en niños -- con afecciones cardiacas.

Se ha establecido que la respiración bucal en el período de -- crecimiento activo, causa severas maloclusiones; sin embargo, si -- es debido a trastornos nasales, la respiración bucal se adquiere -- en la adolescencia o edad adulta, las maloclusiones son menos severas.

Un niño que es respirador bucal presenta el siguiente cuadro -- clínico:

- 1.- Bajo de peso y mal nutrido.
- 2.- Labios más abiertos de lo ordinario.
- 3.- El labio inferior usualmente resbala bajo los incisivos superiores.
- 4.- Los labios escamados y excesivamente secos por lo que se asocia el hábito de succión labial.
- 5.- Gingivitis marginal crónica, por la exposición continua de la encía al aire seco.
- 6.- Arco dental superior estrecho y paladar alto.
- 7.- Tendencia a sordera.
- 8.- El labio superior sufre escoriaciones debido al -- continuo flujo nasal.
- 9.- El niño está sujeto a continuos resfriados.

En este hábito los pacientes presentan un aspecto que se define como "facies adenoidea" (18) Aunque no se ha demostrado concluyentemente que este aspecto es causado por la respiración bucal, se presenta con los siguientes signos clínicos: cara estrecha y alargada; arco dentario superior estrecho con diversos grados de protrusión de los dientes anteriores superiores, siendo éstos visibles; maxilar superior en forma de "V"; una bóveda palatina alta, maxilar inferior retruido, presentando una relación distal con el maxilar superior y creando una fuerza de masticación con tendencia a retardar el desarrollo de la mandíbula hacia adelante, lo que produce apiñamiento dentario en el maxilar inferior; expresión facial ausente, boca abierta, labio superior corto y móvil; narinas anteriores estrechas; los labios permanecen abiertos mostrándose flácidos

(18) Walther y Otros. Ortodoncia Actualizada, Teoría y Práctica.
p. 58.

por lo que no tendrán una adecuada musculatura para la estabilidad dentaria.

3.5.3. Tratamiento.

Para iniciar un tratamiento en los pacientes que respiran por la boca, antes de forzarlos a respirar por la nariz, debemos estar seguros de que su conducto nasofaríngeo se encuentra suficientemente abierto; esto lo podemos comprobar pidiendo al paciente que cierre los ojos y colocarle una torunda de algodón o -- una partícula de papel delgado frente a sus orificios nasales y en la boca; se instruye al niño para que respire. Al observar que no puede respirar por la nariz, o lo hace con dificultad cuando se le pide, se le deberá remitir a un otorrinolaringólogo debido a que el paciente presenta una posible obstrucción de las vías respiratorias.

Una vez que el otorrinolaringólogo ha examinado la obstrucción del paso del aire, valorizaremos al niño para saber qué tipo de tratamiento será el adecuado para él; ya sea por medio ortodóntico, por ejercicios de respiración, por medio de un protector bucal o escudo bucal, o por una combinación de éstos.

El tratamiento de los defectos de sellado bucal dependerá de los factores causales; Gwyne-Evans dice: "Algunos niños nacen con el sellado labial, otros adquieren el sellado labial y a algunos se les impone el sellado labial".⁽¹⁹⁾ Esto es debido a que niños de 10 y 12 años de edad no logran unir sus labios y generalmente adquieren el control de los mismos a la edad de 20 años y este control comúnmente se hace inconsciente.

(19) Walther y Otros. Ortodoncia Actualizada, Teoría y Práctica. p. 59.

En pacientes que presentan labio corto es posible que adquieran el sellado labial con un esfuerzo inconsciente, pero éste se logra realizar en los períodos de relajación o durante el sueño.

En pacientes en quienes el cierre labial se encuentra impedido por una intervención de los incisivos superiores, el tratamiento ortodóntico consistirá en colocar en una posición correcta a estos dientes. De este modo se obtendrá el sellado labial.

El tratamiento por medio de protector bucal o escudo bucal que se utiliza en los pacientes con el hábito de respiración bucal, sin ninguna obstrucción de las vías respiratorias, y que son pacientes que pueden unir correctamente los labios, consiste en bloquear el paso del aire por la boca forzando a la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

El protector bucal se inserta en la boca y entra en contacto con los pliegues labiales. Generalmente es utilizado durante la noche, porque mientras el paciente duerme se le fuerza a respirar por la nariz; asimismo, el escudo bucal sirve para otros hábitos como el de succión digital, empuje lingual y para la deglución atípica, siendo más utilizado para el hábito de respiración bucal.

Para la fabricación del protector bucal se utilizan las resinas sintéticas que son compatibles con los tejidos bucales; se necesitan los modelos de estudio de la boca del paciente. Se colocan los modelos de estudio en un articulador en oclusión habitual del paciente; se procede a la toma de impresiones vestibulares con modelina. Para esta impresión se coloca un rodillo de modelina --

blanca bajo los labios y se comprimen extendiéndola con una toalla sobre los labios y mejillas mientras se tiene al paciente con los dientes en oclusión habitual.

Teniendo correcta la oclusión se procede a llenar el espacio vestibular y se define la relación de los dientes anteriores.

Se procede a la obtención del positivo en yeso teniendo -- precaución de que el yeso ocupe el espacio entre los dientes superiores en protrusión y los dientes inferiores en retrusión. Endurecido el yeso, se recortan dos milímetros de la superficie labial de los incisivos (centrales y laterales) del maxilar superior para poder ejercer presión directa sobre los dientes en protrusión. Las superficies vestibulares del modelo se cubren con papel de estaño o se coloca un separador de yeso-acrílico para proceder a elaborar el escudo de plástico transparente; teniendo el protector bucal -- terminado, se podrá colocar en la boca del paciente indicándole -- que lo utilizará únicamente mientras duerme.

En ocasiones se le ayuda al niño enseñándole a tocar un -- instrumento musical de viento (flauta, trompeta, etc.); si el paciente presenta una protrusión pronunciada, sería ideal que tocara instrumentos de lengüeta (clarinete o saxofón) los que ayudan a retardar la reducción de la protrusión por la posición de la embocadura del instrumento que se mantiene entre los dientes; la lengüeta descansa en el labio inferior ejerciendo presión en los dientes inferiores, mientras los dientes superiores se apoyan en la superficie superior de la embocadura, haciendo que los labios ejerzan presión sobre ellos.

A algunos pacientes se les podrá enseñar algunos ejercicios musculares que ayuden a corregir el hábito de respiración bucal. Los respiradores bucales tienden a mantener la lengua entre los -- dientes o los labios; antes de indicarle al paciente el ejercicio, se tiene que estar seguro que no presenta obstrucción física en las vías nasales.

El ejercicios consiste en indicarle al paciente que coloque la punta de su lengua por detrás de los dientes antero-superiores estando sus molares en oclusión; los labios deberán mantenerlos cerrados, y estará así por cinco minutos debido a que en este -- momento su respiración es nasal; este ejercicio puede practicarse en cualquier lugar y momento, ya que el paciente podrá comprobar -- periódicamente su forma de respiración; se recomienda que efectúe -- el ejercicio antes de dormir para que actúe como recordatorio y -- así el paciente duerme con sus labios cerrados. La frecuencia de -- este jercicio se encuentra sujeta al tiempo que se le dedica.

C A P I T U L O I V

H A B I T O S A N O R M A L E S

4.1. HABITO DE FONACION.

4.1.1. Etiología.

En el niño recién nacido sus primeros sonidos emitidos no tienen sentido; al mes produce sonidos guturales (producidos por la garganta). Los niños de dos a tres meses de edad emiten sonidos vocales y sus gritos expresan emociones; a los seis o siete meses emiten sílabas con consonantes seguidas por vocales (dada, baba). Al año de vida dicen varias palabras simples; a los dos años de edad son capaces de coordinar varias palabras. El habla se adquiere rápidamente; asimismo, por su método de aprendizaje es fácil adquirir hábitos defectuosos de lenguaje.

El lenguaje del hombre se produce básicamente en la laringe, garganta y en las cavidades bucal y nasal. El lenguaje está constituido por la fonación y la articulación.

La fonación se define por la formación de sonidos básicos en la laringe; su mecanismo anatómico es complejo y se forma por las cuerdas vocales que vibran cuando el aire pasa entre ellas, variando el tono por el control muscular. (*)

En la edad de la pubertad se presenta un cambio repentino en el tamaño de la laringe produciendo un alargamiento en las cuerdas vocales conocido como "cambio de voz".

La articulación es la modificación de los sonidos básicos emitidos en la laringe produciéndose por la alteración de la forma de las cavidades de resonancia bucal, nasal y de la garganta. La articulación de las consonantes y vocales puede ser

(*) Este mecanismo no se trata con detalle en este estudio.

atribuida a mala adaptación funcional y a la mala oclusión dentaria, teniendo sonidos de vocales como:

OO como en cose

O como en loh!

AH como en pa

A como en an

E como en ven

Estos sirven como base para producir variaciones de diferentes sonidos. La mayoría de los sonidos vocales se producen por el cierre parcial del conducto nasofaríngeo; cada sonido vocal varía por la posición de la lengua, forma y tamaño de la faringe, el grado de apertura bucal y es diferente entre un individuo y otro.

El sonido de las consonantes se realiza por la interrupción variada del pasaje del aire. Las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla. Los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos: directos, debido a las dificultades mecánicas que tiene el paciente al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla. Indirectos, debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

4.1.2. Manifestaciones Clínicas.

Existen varias causas que dan origen a las anomalías del lenguaje. La posición de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla. Los

cambios de posición de los tejidos duros y blandos afectan la corriente del aire para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales, siendo los más comunes:

1.- Por un patrón defectuoso:

a) El lenguaje por imitación.- El método de aprendizaje del lenguaje es por imitación, dando lugar a la formación de hábitos; estos son adquiridos en niños de inteligencia normal y -- con la ayuda de un foniatra logran un patrón funcional favorable. En pocos casos se ha relacionado la maloclusión como efecto sobre el modo de hablar.

b) Retardo en la maduración neuromuscular.- Se caracteriza por la demora en la maduración del lenguaje, superándose este retardo por medio de terapia reeducativa.

c) Incordinación.- Se considera un problema común probablemente de origen hereditario.

d) Sistema auditivo defectuoso.- Se debe a una percepción auditiva insuficiente; asimismo como una coordinación deficiente, siendo factores que no ofrecen mejoría.

2.- Por defectos anatómicos o patológicos, que causan una fonación anormal.

Son de origen hereditario, congénitos o causados por traumatismos o infección.

a) En el mecanismo receptor.- Por anomalías graves del oído en la infancia, privando el método normal de aprendizaje del lenguaje.

b) En el sistema nervioso central.- Por problemas here-

ditarios, congénitos o adquiridos por traumatismo o infección; en ocasiones por deficiencia de los núcleos centrales. Los traumas realizados durante el nacimiento causan lesiones cerebrales que afectan a las neuronas motoras superiores, la lengua y los músculos faciales, dejándolos en un estado hipertónico -- con lo que ocasiona una oclusión abierta anterior por obstrucción mecánica. La poliomielitis bulbar afecta a las neuronas motoras inferiores y produce parálisis muscular con los consiguientes defectos del lenguaje. El niño, mentalmente disminuido, es incapaz de articular palabras.

c) En el mecanismo efector. -- Por defectos de nariz, boca, garganta o laringe que pueden ser de origen hereditario, -- congénito, traumático o infeccioso. El defecto más común es el del paladar fisurado; otro menos frecuente es el sonido nasal aumentado producido por una faringe anormalmente ancha o por un paladar blando corto.

Dentro de los defectos anatómicos bucales, conviene analizar el problema de la mala oclusión dentaria relacionada con el lenguaje, debido a que es raro que la malocclusión desempeñe el papel principal.

En ciertos tipos de maloclusiones, la lengua y los labios tienen dificultad para efectuar los movimientos necesarios para cada sonido articulado; se han observado casos de oclusión abierta anterior pronunciada, en la que no hay ceceo; diastema medio sin escape anormal del aire.

3.- Factores psicológicos.

Comprenden una serie de problemas de conducta emocional como es la de los pacientes que presentan tartamudeo, es decir, tienen dificultad para pronunciar y repiten las sílabas de las palabras. En estos pacientes se aconseja un tratamiento simple.

4.1.3. Tratamiento.

Desde el punto de vista práctico, la forma y la función de los tejidos blandos que rodean los arcos dentarios pueden constituir un obstáculo que se debe tener en cuenta cuando se planea un tratamiento con miras al éxito.

Dentro del campo odontológico no existe un tratamiento definido, debido a que las anomalías por el hábito de fonación del lenguaje son diversas.

1.- Por un patrón defectuoso.

a) El lenguaje por imitación.- La labor del foniatra en un niño de inteligencia normal progresará favorablemente.

b) Retardo en la maduración neuromuscular.- Por medio de terapia reductiva y con ayuda del foniatra.

c) Incoordinación.- La coordinación defectuosa así como una percepción auditiva insuficiente, son factores que constituyen barreras insalvables para la mejoría; tanto el odontólogo como el foniatra se encuentran frente a un problema común.

2.- Por causas anatómicas o patológicas.

En estos casos nuevamente el odontólogo y el foniatra se encuentran limitados para la realización de un tratamiento favorable.

3.- Factores psicológicos.

Se recomienda al odontólogo simplificar el tratamiento si el paciente presentara una maloclusión y con la ayuda de un foniatra se puede reeducar la función del habla.

La Odontología cuenta con ejercicios de fonación debido a que algunos sonidos son producidos por la lengua; para que éstos se realicen correctamente, la punta de la lengua se coloca sobre el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores; los sonidos, al producirse, deben ser claros y la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo.

Los sonidos que se producen con esta posición son:

1.- El sonido de la "D" (diente - dado - dina - dicho - dono - etc.).

2.- El de la "L" (largo - lino - leche - lecho - limón - lego - etc.).

3.- El de la "T" (taza - tela - tfo - turbo - etc.).

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

1.- El sonido de la "CH" (chaleco - cheque - chico - chocolate - etc.).

2.- El de la "Y" (yate - yuca - yo - etc.).

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

1.- "C" dura (caramelo - callo - canguro - como - caña - etc.).

2.- "G" dura (gasa - goma - gas - garage - etc.).

3.- "K" (kilogramo - kilovoltio - kimono - etc.).

Estos ejercicios deben realizarse bajo la supervisión de los padres, teniendo en cuenta que el sonido debe ser claro y correcto. Pueden utilizarse otras palabras; en niños pequeños, con tarjetas con dibujos de objetos.

4.2. ONICOFAGIA.

4.2.1. Etiología.

El hábito de morderse las uñas generalmente llega a desarrollarse después del hábito de succión; es un hábito de naturaleza localizada, pernicioso y no causa maloclusiones debido a que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son semejantes a las del proceso de la masticación.

Lo que llega a originar este hábito es una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores; la onicofagia es frecuente en niños nerviosos, tensos, que al morderse las uñas les alivia dicha tensión.

En algunos casos el desajuste psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, ya que es sólo un síntoma de su problema básico.

En ciertos niños el morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque no es aceptable socialmente, es un hábito de conducta general y se llega a considerar malo a menos que -- perjudique tangiblemente en forma física al niño.

Cuando el niño sea un adulto, sustituirá a los dedos por -

goma de mascar, cigarrillos, lápices, goma de borrar, las mejillas o la lengua, tomando en cuenta que en cada edad tienen sus tranquilizantes.

La onicofagia se considera como un hábito de transferencia normal en niños de edad escolar. Se ha considerado como un mecanismo que alivia la tensión revelando la existencia de tensiones internas.

4.2.2. Manifestaciones Clínicas.

La onicofagia no produce maloclusión severa; lo que origina es una atricción de los dientes anteriores inferiores.

La atricción producida en el borde incisal de los dientes anteriores va en proporción a la intensidad con que el hábito es realizado.

La actividad de morderse las uñas se realiza en cuatro pasos diferentes:

- 1.- La posición de una de las dos manos cerca de la cara.
- 2.- El dedo tiene contacto contra los dientes anteriores.
- 3.- La actividad de las mordeduras rápidas, con la uña del dedo apoyada sobre el borde incisivo de los dientes anteriores.
- 4.- El niño retira el dedo de la cavidad bucal, procede a inspeccionarlo visualmente y en ocasiones lo palpa.

Durante la realización de estos pasos diferentes de la onicofagia, el rostro del niño se muestra con una expresión de angustia. Al darse cuenta de que es observado, interrumpe su acti-

vidad mostrando en su rostro un sentimiento de culpa, esto es -
debido a que la sociedad que lo rodea reprueba este acto.

Generalmente la onicofagia se inicia a la edad de cuatro
o cinco años. Después de esta edad, aumenta su frecuencia hasta
la edad de la pubertad, donde inicia su decadencia, y rara vez
se observa a los treinta años de edad.

Se considera la onicofagia como hábito de transferencia -
debido a que al niño le fue prohibida la succión digital, con-
siderándose como un hábito normal en niños de grado escolar de
primaria y de secundaria; es abandonado durante la adolescencia
debido a que puede ser sustituido por goma de mascar o cigarri-
llo.

A los pacientes en los que el hábito está arraigado, les -
es difícil abandonarlo aún cuando se les ridiculice.

4.2.3. Tratamiento.

Para erradicar la onicofagia no es recomendable colocar --
substancias de sabor desagradable, prohibirle al niño dicha acti
vidad o burlarse de él; debido a que esto puede arraigar más la
mordedura de uñas, siendo así contraproducente.

Lo que se recomienda es que los padres del niño obtengan -
confianza de su hijo para poder reducir primero, las tensiones -
del ambiente, y con ello aliviar las tensiones internas que pu-
diera tener.

Eliminando los factores emocionales que son la causa de la

onicofagia, esta actividad empieza a declinar hasta desaparecer.

Se puede llegar a erradicar la onicofagia haciendo un cambio en la atención del niño hacia un objeto o alguna actividad - logrando la interrupción del hábito.

4.3. BRUXISMO.

4.3.1. Etiología.

El apretamiento y rechinamiento dentario se conoce como bruxismo (briquismo-bricomafia). Es realizado durante la noche o el día, cuando el paciente está bajo tensión emocional.

Posiblemente el paciente niegue este hábito y cuando sea interrogado, nos indicará únicamente que se despierta con cansancio en el maxilar inferior, asociado con dolor y sensibilidad en los dientes. Si se mantiene este hábito por un tiempo prolongado producirá abrasión en los dientes temporales y en los dientes permanentes. El hábito del bruxismo está considerado concomitante por lo que puede ser originado por algunos trastornos en la articulación temporomandibular, por la maloclusión en puntos de contacto prematuros, asociado lo anterior con un componente psicogénico, neuromuscular o ambiental.

La tensión nerviosa obtiene gratificación en el rechinamiento de los dientes, siendo más frecuente en personas nerviosas.

4.3.2. Manifestaciones Clínicas.

Este hábito produce un desgaste en los dientes anteriores -- por el frotamiento o rechinamiento de los dientes por movimientos

no funcionales. En niños nerviosos que tienen bruxismo, llegan a realizar el hábito estando conscientes o inconscientemente -- por un período indefinido.

Sus consecuencias son: la atricción de todos los dientes y la pérdida de la dimensión vertical; el bruxismo nocturno aparte de provocar desgastes, puede modificar las encías por una inflamación en una dentadura afectada por enfermedad periodontal.

4.3.3. Tratamiento.

En el bruxismo el paciente está consciente de la necesidad de corregir el hábito y contribuirá para su eliminación. Así mismo, son apoyados por sus familiares que han escuchado los ruidos producidos por este hábito.

Su tratamiento depende del médico familiar, de un psicólogo y del odontopediatra. El odontólogo ayuda a la eliminación del bruxismo por medio de un ajuste oclusal si el paciente presenta interferencias oclusales, o por medio de la fabricación del protector bucal, con lo que el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

En pacientes inquietos y con un grado mínimo de nerviosismo, algunas drogas tranquilizantes podrían ayudar a superar el bruxismo.

A continuación se transcriben dos reportes clínicos relacionados con el hábito del bruxismo:

Tema: Las características dentales y oclusales de niños con enfermedad neuromuscular.

Fueron estudiados en 79 pacientes pediátricos con enfermedad neuromuscular, a los cuales se les examinaron sus características dentales y oclusales.

56 pacientes padecían de enfermedad del músculo primario ---

(miopatía) incluyendo 43 con distrofia de los músculos de Duchenne. Los desórdenes neuromusculares en 19 pacientes fueron de origen neuropático, mientras 4 fueron causados por una falla en la unión neuromuscular posterior, de mordidas cruzadas, ocurrieron más seguido en Miopatías (57%) comparados con las distrofias neurogénitas (14%).

Aunque no significativo estadísticamente, el promedio de mordida abierta estuvo alto en los combinados de miopatías (21%), igualmente comparados con desórdenes neurogénitos (4%).

Los pacientes de Duchenne exhibieron un retraso estadísticamente notable en la erupción dental (1.06 años) en comparación con los pacientes de miopatía (1.7 años) y los grupos de pacientes con desórdenes neurogénicos (0.03 meses). Este estudio enfatiza la influencia del medio ambiente muscular sobre el medio ambiente dental en general.

La dentición puede estar más afectada en el inicio de las distrofias musculares, por el daño muscular degenerativo o inflamatorio que en los originados por el mal funcionamiento nervioso o desórdenes de la unión neuromuscular.

Tema: El bruxismo nocturno y los desórdenes temporales mandibulares.

En este capítulo se discutieron los aspectos importantes del bruxismo nocturno y su relación con los desórdenes del sistema masticatorio y el dolor de cabeza. Se cree que el bruxismo está relacionado con desórdenes de tensión al dormir, ocurriendo en hombres y mujeres, en niños y en adultos. En la mayoría de los pacientes, el bruxismo resulta solamente como un desgaste secundario en los dientes; sin embargo esto puede hacerse extremadamente severo, dando como resultado un daño esencial en cada parte del aparato masticatorio.

El bruxismo nocturno no debe tomarse a la ligera como un factor etiológico en dolores musculares. En un corto término peripicaz se puede incluir terapias físicas, electromiografías de realimentación y algún medicamento para calmar la ansiedad y mejorar el sueño. En un término largo generalmente se incluyen algunas formas de reducción de tensión, cambio en el estilo de vida y el uso de un escudo oclusal o guarda nocturna, para proteger los dientes y al sistema masticatorio.

4.4. HABITO DE POSTURA.

4.4.1. Etiología.

Está considerado como un hábito extraoral debido a que son posturas incorrectas, adoptadas casi en todos los casos, por niños de salud precaria. Este hábito es adquirido durante la pri-

mera infancia y se queda para toda la vida, algunas veces con cambios y correcciones.

La más común de estas posiciones incorrectas es la de apoyarse en las manos al leer o estudiar, con la eminencia palpar en la base del pulgar descansando contra los premolares y molares superiores. Estas piezas dentarias sufrirán un desplazamiento lingual, en el lado donde se coloca la mano.

Otra posición frecuente es aquella en que se colocan las manos o almohada al dormir, lo cual puede contribuir a diversas maloclusiones, según la dirección y prolongación de la causa.

Las personas con postura corporal defectuosa frecuentemente muestran una posición postural indeseable en los maxilares. Por otra parte, aquellas que se mantienen erectas, casi por reflejo van a tener su mentón adelantado.

La postura es la expresión muscular y es susceptible de cambios y correcciones. La mala postura llega a acentuar una maloclusión existente; pero aún las posturas incorrectas no se consideran el factor etiológico primario.

4.4.2. Manifestaciones Clínicas.

Los hábitos de postura que causan maloclusiones son poco frecuentes. La maloclusión es generalmente encontrada en la arcada superior, en la que se aprecia oclusión lingual. Las estructuras del maxilar inferior no se afectan ya que éste es movable y deslizándose, puede escapar fácilmente a esta presión. Estas presiones son casi siempre unilaterales, debido a que la presión se ejerce de un solo lado.

En niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que su mentón descansa sobre el pecho, crean una retrusión del maxilar inferior. Esta no es la causa principal, como tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria si el niño descansa su cabeza sobre las manos durante periodos indeterminados cada día o que duerman sobre su brazo, puño o almohada cada noche.

La mala postura y la maloclusión son el resultado de una causa común.

4.4.3. Tratamiento.

Al analizar los hábitos de postura que producen alteraciones en la oclusión, se encuentra que éstos son escasos por lo que se deberán diagnosticar y tratar individualmente con una ayuda ortopédica.

Es cierto que si estos hábitos se interrumpen en una edad temprana, los huesos de la cara y la posición de los dientes, tendrán un desarrollo normal. En casos en que el hábito no es abandonado en la edad transicional del niño, éste puede dañar el hueso de un modo permanente e iniciarse un tipo progresivo de maloclusión.

CONCLUSIONES

Este estudio sobre hábitos bucales en los niños es de interés para pediatras y psicólogos, debido a que trata diferentes aspectos de los actos bucales de los niños y los canaliza a cirujanos dentistas para recibir el tratamiento adecuado.

Se menciona parte de la importancia de la vida bucal del niño desde el neonato hasta la edad de maduración del lenguaje. Se ha hecho notar la importancia que tiene el afecto o rechazo temprano en los niños con respecto a la actitud de los padres, debido a que esto tiene gran influencia para el desarrollo de los hábitos bucales.

Para la realización de un tratamiento en pacientes con hábitos bucales debe contarse con la comprensión del niño, la cooperación de los padres, ya que por falta de preparación de los mismos, el tratamiento podría ser un fracaso y no se llegaría a la meta definida para el tratamiento. Concientizando al niño de que todo lo que se obtendrá con el tratamiento, depende exclusivamente de él; así como la frecuencia y duración con que se realicen los ejercicios miofuncionales o el uso del aparato que le sirve de recordatorio para la eliminación del mismo redundarán en su beneficio.

BIBLIOGRAFIA

- BARBER K. THOMAS.
LUKE S. LARRY. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.- Editorial: El Manual Moderno, S.A. de C.V.- México, D.F., 1985. 1a. Edición en español.
- EDWARD M. BANETT. TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA. Editorial Médica Panamericana. Junín 83. Buenos Aires. Ed. N.D.
- GRABER, T.M. ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA. Traducida al Español por: Dr. José Luis García. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 3a. Edición. 1a. Edición en Español, 1974. México.
- HOGEBOM, FLOYDE, EDDY.
D.D.S. F.P.C.D. ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA. Editorial: Hispano Americana. Traducción al Español de la Sexta Edición en Inglés. Unión Tipográfica. 2a. Edición.
- HOTZ RUDOLF P. ODONTOPEDIATRIA ODONTOLOGICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES. Editorial Panamericana. Ed. N.D. Junín 83. Buenos Aires, Argentina.
- JOSEPH M. SIM.
SIDNEY B. FINN. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 4a. Edición en Inglés. 1a. Edición en Español, 1976. Impresa en México.
- KRAUS-JORDAN-ABRAMS ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION. Editorial Interamericana. Edición N.D.
- ORBAN. BALINT. HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA. Editado por: Harry Shicher. M.O. 1a. Edición en Español traducida de la 6a. Edición en Inglés. La Prensa Médica Mexicana. México.
- RALPH E. Mc DONALD;
BS, DDS, M.S. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. Traducción: Dr. Horacio Martínez. Editorial Mundo. 2a. Edición. Junín 895. Paraguay 2100. Buenos Aires - Argentina - 1975.

WALTHER Y OTROS. ORTODONCIA ACTUALIZADA. Traducido:
Dra. María Uralalub de González.- Editorial
Mundi, S. A. I.C. y F. Paraguay
2100/Junín 895. Buenos Aires, Argentina
1972. Edición: N.D.

W. HAM ARTHUR. TRATADO DE HISTOLOGIA. Editorial: Inter-
americana, México. 6a. Edición.

HEMEROGRAFIA

- RUGH J.D. HARLAN J. ADV. NEUROL. 1988. 49: 329-41
Tema: Nocturnal Bruxism and Temporomandibular Disorders.
- CUADERNOS DE NUTRICION. Año IV/Volumen 7/
Número 5/ Septiembre-Octubre 1984/.
Publicación del Instituto Nacional de
Nutrición "Salvador Zubirán" y de las
Empresas Industriales de Conasupo. página
39 a la 43.
- H. KENNETH SHOAF. D.D.F. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.
A.S.D.C. (American Society of Dentistry
for Children). Editorial STAPP.
Tema: Prevalence and duration of
thumbsucking. March-April - 1977 Chicago,
U.S.A.
- PETER F. INFANTE, D.D.S. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.
Tema: An Epidemiologic Study of finger
habits in Preschool children; as
related to malocclusion, Socioeconomic
status, race, sex and size of Community.
- GHATARI J. CLARK. R.E. J. ORTHOD DENTOFACIAL. ORTHOP. 1988.
SHOFER FIS. BERMAN. P.H. Feb. 93 (2).
Tema: Dental and occlusal characteristics
of children with neuro-muscular disease.
- GISSEL T.G. J. OCCUP THER. 1968 Jun, 42(6): 384-9.
Tema: Tongue movements in normal 2 to 8
year old children extended profile ut an
eating assessment.

- GISEL T.G. J. OCCUP THER. 1988 Jun 42(6):378-83.
Tema: Development of oral side preference during chewing and its relation to hand preference in normal 2 to 8 year old children.
- CASH R.C. J. PEDOD. 1988 Winter, 12(2):107-27.
Tema: Bruxismo in children: Review of the Literature.
- PADOS R. EMBER G. NAHRUNG 1988, 32(7):715-20.
Tema: Dietary study on children within an oral health preventive programme.
- PRACTICA ODONTOLOGICA. Volumen 8 número 1. Enero 1987. Página 50.
- RAPAPORT H.F. DE KIRZNER R.Z. REV. ASOC. ODONTOL. ARGENT. 1986 Dec.; 74(6): 191-2, 194.
Tema: Three dimensional focus in space maintenance.
- REVISTA A.D.M.
Organo oficial de la Asociación Dental Mexicana. Volumen XLV.
Marzo- Abril - 199. pág. 63 a la 68 y 114.
- ABEL MATSUZAKIK,
YAKUSHIJ M. MACHIDA, Y. SHIKWO GAKUNO, 1987 Jan. 87 (1):95-103.
Tema: A Clinical observation on changes in oral habit incidence.