

16
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANTENEDORES DE ESPACIO Y
HABITOS BUCALES.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

TOMAS ALQUICIRA SEVILLA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

- 1) DEFINICION
- 2) NECESIDAD DE COMUNICACION ENTRE EL PACIENTE Y EL DENTISTA
- 3) NECESIDAD DE REGISTROS PARA EL DIAGNOSTICO
- 4) SIGNIFICADO DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

CAPITULO II ETIOLOGIA DE LA PERDIDA DE ESPACIO

- 1) PERDIDA DE ESPACIO DEBIDO A CARIES
- 2) EXTRACCIONES PREMATURAS DE LOS MOLARES TEMPORARIOS
- 3) DISTORSION DEL ESPACIO EN EL ARCO POR LOS HABITOS ORALES
- 4) ERUPCION ECTOPICA DE LOS INCISIVOS LATERALES PERMANENTES INFERIORES Y MOLARES DE LOS SEIS AÑOS
- 5) MORDIDAS CRUZADAS FUNCIONALES ANTERIOR Y POSTERIOR
- 6) SOBREPETENCIA DE LOS DIENTES TEMPORARIOS Y ANQUILOSIS

CAPITULO III TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

- 1) MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES
- 2) MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

CAPITULO IV INSTRUCCIONES A LOS PADRES DE FAMILIA Y PACIENTES

- 1) INSTRUCCIONES A LOS PADRES
- 2) INSTRUCCIONES A LOS PACIENTES

CAPITULO V HABITOS BUCALES

- 1) HABITOS DE SUCCION DE DEDOS
- 2) EMPUJE LINGUAL
- 3) SUCCION DE LABIO Y MORDEDURA DE LABIO

4) EMPEJE DEL FRENILLO

5) MORDEDURA DE UÑAS

6) BRUXISMO

CAPITULO VI APARATOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES

1) PRESCRIPCION PARA LA SUCCION DE LOS DEDOS

2) PROYECCION DE LENGUA

3) SUCCION DE LABIO Y MORDEDURA DE LABIO

4) DISPOSITIVO UTILIZADO PARA CORRIGIR EL BRUXISMO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

El principal propósito para la realización de esta tesis, fué de crear una conciencia en el cirujano dentista que le permita valorar más a fondo lo que representa la extracción o pérdida de dientes temporales antes de su exfoliación normal.

Esta pérdida prematura de piezas dentarias sin tratamiento adecuado, trae como consecuencia problemas tales como maloclusiones, apiñamientos o anquilosis de los gérmenes dentarios.

Debemos mencionar también que existe la caries y debe tomarse en cuenta como un factor muy importante para la pérdida de espacio; ya que puede ser una causa directa y pasar desapercibida por el cirujano dentista.

Otro aspecto muy importante de esta tesis se refiere al tema de hábitos bucales, en donde se contempla con detenimiento cada uno de ellos (los hábitos bucales) y se desarrolla ampliamente una explicación de sus problemas consecuentes, así como el tratamiento mediante aparatos previamente diseñados para cada situación en especial.

CAPITULO I

DEFINICION Y ASPECTOS GENERALES DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

DEFINICION:

Mantenedor de espacio es un aparato protésico, ortodóntico, diseñado para conservar -- una zona o un espacio determinado, por lo general en dentaduras mixtas o primarias.

Algunos autores lo definen como un dispositivo protésico destinado a conservar la armonía articular de los dientes.

NECESIDAD DE COMUNICACION ENTRE EL PACIENTE Y EL DENTISTA

Es indispensable que se establezca una relación adecuada entre el dentista, el niño y los padres durante la primera visita. Mediante ilustraciones y modelos, debemos hacer ver a los padres que una oclusión normal no "sucede" simplemente. Deberán comprender que muchas cosas pueden trastornarse y deberán apreciar la complejidad del desarrollo dental. -- Mucho más fácil resulta prevenir o interceptar los problemas incipientes que tener que -- corregirlos posteriormente.

NECESIDAD DE REGISTROS PARA EL DIAGNOSTICO

El niño deberá ser examinado por su dentista desde la edad de dos y medio años. Esto -- no significa que deberá suministrarsele servicios. Puede ser suficiente un examen clínico, haciendo énfasis en la imagen cambiante, pero los registros para el diagnóstico (especialmente radiografías periapicales o examen radiográfico panorámico) deberán ser obtenidos -- cuando sea posible, aún a esta tierna edad. Cuando el niño haya alcanzado los cinco años de edad, el dentista deberá establecer un programa definido para obtener registros longitudinales en el diagnóstico

Debemos hacer radiografías de aleta mordible dos veces al año. Los exámenes radiográficos periapicales deberán hacerse una vez al año si existe tan sólo una huella de una salocclusión en desarrollo. De otra forma, basta hacer un examen radiográfico completo cada dos años. Si es posible deberá hacerse un examen radiográfico panorámico, ya que este registro, más que cualquier otro medio de diagnóstico, nos permite apreciar el desarrollo total de la dentición bajo la superficie. Los modelos de estudio son indispensables. Además de constituir un registro ligado al tiempo de una relación morfológica particular, ayudan al dentista a interpretar sus radiografías.

SIGNIFICADO DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

Durante los años críticos de los seis a los doce es conveniente hacer un juego de modelos de estudio cada año. Estos no tienen que ser trabajos de arte hermosos en el sentido de que las bases estén pulidas y recortadas en forma geométrica. En realidad, sólo es necesario vaciar las porciones oclusales y dentarias con yeso. Estos constituyen un registro de gran valor para cada paciente.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA DE LA PERDIDA DE ESPACIO

ETIOLOGIA DE LA PERDIDA DE ESPACIO

Aunque los arcos primarios aparentemente se mantienen estables hasta que erupcionan los primeros dientes permanentes, el periodo de la dentición mixta o de transición se caracteriza por una serie continua de cambios que deben ser reconocidos y seguidos muy de cerca por el dentista. Las raíces de los dientes primarios comienzan a reabsorberse mientras las de los permanentes aumentan de longitud. Al mismo tiempo, la altura de la apófisis alveolar aumenta y los dientes permanentes se mueven a través del hueso y erupcionan en la boca. La posición genéticamente determinada de los gérmenes de los dientes permanentes y el patrón de la erupción intraósea, que muestra una fuerte tendencia hacia la derivación mesial, están, por supuesto, más allá de nuestro control. Pero una vez que los dientes aparecen en la boca, y antes de que alcancen su posición final en los arcos, están sujetos a una cantidad de factores ambientales que pueden modificar el patrón de erupción y traer como resultado una maloclusión. Las alteraciones en la posición dentaria durante éste estadio de erupción intraósea puede producirse por función muscular anormal (por ejemplo, deglución atónica) o por objetos extraños, tales como lápices y pulgares introducidos en la boca. La presión externa anormal, tal como la producida por el puño colocado contra el carrillo para leer o estudiar, es otro factor potencial de malposición. Además, durante éste periodo de erupción activa, y debido al componente mesial de la fuerza eruptiva, los dientes en erupción pueden fácilmente derivar hacia los espacios creados tanto por caries proximales como por extracciones de los dientes primarios.

Por lo tanto, hay una necesidad absoluta de supervisar cuidadosa y frecuentemente la oclusión durante este período de la erupción activa.

Entre los factores ambientales de la maloclusión, tal vez el más importante es la pérdida prematura del espacio disponible para la erupción, debida a la pérdida temprana de dientes primarios o a la existencia de caries proximales. Estos procesos crean espacios hacia los que se desplazan los dientes vecinos. El complejo interjuego de las fuerzas que operan en las denticiones primaria y mixta hace imperativo que la integridad del arco dentario sea mantenida en este momento. La pérdida de masa dentaria por medio de caries puede significar la diferencia entre la oclusión normal y la maloclusión. No se necesita mucho para alterar el delicado diagrama temporal de la formación, la erupción y la reabsorción dentaria dentro de un medio óseo viable. La prevención de la caries dental y/o su rápido diagnóstico y restauración son tal vez los medios más valiosos del control de la maloclusión.

Otros factores ambientales que disminuyen o distorsionan el espacio potencial en el arco son los siguientes:

- A).- Pérdida de espacio debida a caries, provocada por lesiones de caries interproximales en los dientes temporarios.
- B).- La pérdida precoz de los dientes temporarios por extracción o caries.
- C).- Distorsión del espacio en el arco por hábitos orales.
 - a. Succión del pulgar u otros dedos.
 - b. Músculo mentoniano hiperactivo.

- D).- Fracción ectópica de los incisivos laterales inferiores y de los molares de los seis años.
- E).- Hurdidas cruzadas funcionales anteriores o posteriores.
- F).- Sobrerretención de los dientes temporarios y anquilosis, particularmente de los molares temporarios.

PERDIDA DE ESPACIO DEBIDO A CARIES

Puede haber una pérdida considerable de espacio en un arco tanto la superficie mesial como la distal de los molares temporarios, comienzan a presentar caries, como la subsiguiente destrucción de porciones significativas de coronas de los dientes.

EXTRACCION PREMATURA DE LOS MOLARES TEMPORARIOS

La disminución del espacio por la desaparición demasiado prematura de los molares temporarios ya no prevalece tanto como solía, ya que muchos niños se benefician con la fluoración de las aguas de consumo. Sin embargo, es obvio que si el espacio del arco se ha de conservar adecuadamente, deberá colocarse algún tipo de mantenedor de espacio tan pronto como sea posible después de la extracción de los molares temporarios con caries, para evitar la mesialización o volcamiento de los molares de los seis años.

DISTORCION DEL ESPACIO EN EL ARCO POR LOS HABITOS ORALES

Casi todos los niños que presentan hábitos orales de larga duración muestran como resultado directo, arcos distorcionados. La succión del pulgar y otros dedos y el empuje lingual puede perturbar la simetría de las porciones anteriores de los arcos superiores e inferiores. Un músculo mentoniano hiperactivo en un niño que traga inadecuadamente puede servir para ejercer una presión contra los incisivos permanentes inferiores recientemente erupcionados, causándoles una inclinación más lingual de lo normal y robando algo del espacio que debería existir para la erupción de los caninos permanentes inferiores.

ERUPCION ECTOPICA DE LOS INCISIVOS LATERALES PERMANENTES INFERIORES Y MOLARES DE LOS SEIS AÑOS.

Una falta obviamente hereditaria de espacio en el arco anteroinferior, puede estar combinada con las presiones inadecuadas de la acción del músculo mentoniano hiperactivo en un niño de seis a ocho años de edad. La falta de espacio en el arco en dicho niño, puede estar magnificada por ésta presión oculta contra las superficies vestibulares de los incisivos central y lateral inferior recientemente erupcionados. Los incisivos centrales pueden erupcionar en forma normal, pero los laterales tienden a ser forzados hacia distal, de modo tal que comienzan a reabsorberse porciones de las raíces de los caninos temporarios. Cuando los caninos temporarios son exfoliados prematuramente, se pierde una gran cantidad de estabilidad en este sector anteroinferior. Bajo circunstancias ordinarias, los --

caninos temporarios actúan como una fuerza restrictiva para impedir que los incisivos laterales permanentes que están erupcionando se muevan hacia distal. Cuando los caninos se pierden debido a la erupción ectópica de los incisivos laterales, estos, están libres para moverse distalmente o inclinarse hacia lingual. La pérdida de espacio que se produce en la mayoría de las veces es el resultado de un aplanamiento de los arcos de los incisivos inferiores.

MORDIDAS CRUZADAS FUNCIONALES ANTERIOR Y POSTERIOR

Los dientes anterosuperiores que erupcionan en una mordida cruzada pueden causar una distorsión del reborde alveolar en lingual en las zonas del incisivo central o lateral. Esto da como resultado una disminución en la longitud total del arco superior existente para los dientes permanentes de erupción posterior. Las mordidas cruzadas linguales posteriores, en especial aquellas con desviaciones funcionales del maxilar inferior en el cierre, pueden provocar una distorsión (en el arco) del hueso maxilar en el lado de la mordida cruzada hacia la línea media palatina. Esta distorsión en dirección palatina puede disminuir la totalidad de la longitud del arco y causar un problema de espacio cuando los premolares y caninos permanentes erupcionan.

SOBRERRETENCION DE LOS DIENTES TEMPORARIOS Y ANQUILOSTIS

Un diente temporario es, por lo general, exfoliado bajo circunstancias naturales casi al mismo tiempo que su compañero en el cuadrante opuesto. Siempre que un diente temporario

esté presente en el arco largo tiempo después de la caída de su antecesor, está indicada -- una radiografía para determinar la causa subyacente. Quizá, se observe que el patrón de -- reabsorción radicular del diente temporario, no está progresando de la manera habitual.

Si un diente temporario parece hundirse o sumergirse dentro de su alveolo, puede estar actuando el proceso poco entendido llamado anquilosis. Tres cosas pueden ocurrir cuando un diente temporario sufre una anquilosis y parece estar sumergido en relación a los dientes vecinos a su alveolo a saber:

1. La reabsorción radicular por parte del diente permanente disminuye o cesa.
2. El crecimiento natural a lo largo de la cresta del alveolo, no lleva al diente anquilosado hacia oclusal, como ocurriría con los otros dientes adyacentes no afectados.
3. Puede haber problemas con la dirección de la erupción del diente permanente inhibido, - produciendo al final un patrón de erupción ectópica.

CAPITULO III

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio pueden ser removibles o fijos. Cada uno tiene sus ventajas y desventajas específicas, y la elección del método es dictada por cada caso particular, la edad y tipo del paciente y la experiencia del dentista.

MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES

Los mantenedores de espacio removibles son, por lo general, de acrílico, con dos o más ganchos para retención. Poseen la ventaja de su construcción poco complicada, requieren poco tiempo de consultorio y son poco costosos. Si se pierde algún otro diente, es fácil reforzar el aparato para poder seguir utilizándolo. En algunos casos se requiere un pequeño movimiento de los dientes vecinos al espacio antes de la estabilización, y el aparato removible combina ambas funciones si se le agregan los resortes necesarios.

En muchas oportunidades el mantenedor de espacio se utiliza durante cierto número de años, y el aparato removible tiene algunas desventajas. El niño medio no es diligente para la limpieza del aparato o de sus dientes. Puede producirse caries e irritación gingival. Puede ocurrir la pérdida del aparato por la actividad infantil (juegos, natación, deportes). El aparato estará fuera de la boca días y semanas si el mantenedor de espacio no reemplaza incisivos y el niño no es disciplinado. La migración dentaria ocurre con rapidez, y entonces el aparato ya no se adapta en su posición funcional.

Los niños desarrollan con frecuencia hábitos de "coqueteo" con los aparatos removibles. Pueden quitar el aparato con un movimiento de succión o empuje de la lengua, y recolocarlos después al cerrar los dientes. Algunos niños practican de continuo este "juego bucal". Tales hábitos desvirtúan el propósito del mantenedor de espacio removible. Los ganchos pierden su adaptación o se rompen, y la porción de acrílico ya carece de ajuste por migración dentaria.

Los varios los procedimientos que permiten mejorar la función y estabilidad de mantenedores removibles de espacio:

1. Se mejora el ajuste del mantenedor por medio del rebasado con acrílico autopolimerizable.
2. Se opta por ganchos que proporcionan gran retención, como los ADAMS.
3. Se colocan bandas sobre los últimos molares, provistas de tubos vestibulares. Ganchos de alambre elástico diseñados para calzar por gingival de los tubos evitan el desplazamiento vertical.

Es útil en todos los casos determinar las características emocionales de cada niño para el uso exitoso del mantenedor de espacio removible. El niño que tiene gestos que traslucen tensión probablemente transfiera sus dificultades emocionales al mal uso del aparato removible. Ello puede ocurrir aún en casos de reemplazo de un incisivo permanente o más, y la ausencia del aparato es antiestética. Si se decide colocar dicho aparato en un niño de este tipo, habrá que procurarle una retención adicional. Además, es útil advertir tanto a los padres como al paciente respecto de las consecuencias de la pérdida de espacio y el costo financiero de un aparato de reemplazo si el primero se vuelve inepto para el uso.

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

Los mantenedores de espacio fijos tienen la manifiesta ventaja de ser relativamente independientes del paciente. Salvo que se vea afectado por chicles o caramelos pegajosos, un mantenedor de espacio bien construido y cementado presta servicios útiles durante un largo periodo de tiempo. Son raras las reacciones gingivales adversas, y si se recementar, como procedimiento de rutina, el mantenedor de espacio cada seis meses, la caries dentaria es una complicación relativamente rara. El aparato bien concebido no solamente mantendrá el espacio necesario, sino que además proporcionará contacto funcional con los dientes opuestos y evitará su extrusión.

Un mantenedor de espacio anterior consta a menudo de bandas ortodóncicas colocadas sobre los dientes vecinos al espacio, unidas por medio de un pónico de acrílico. El uso del metal en la porción anterior de la boca puede constituir una desventaja. Sin embargo, ello es menos importante que las objeciones de otro tipo de aparato más estético. Este último causa a veces inconvenientes, si se afloja, y puede ser causa de fijaciones bucales. Además, el niño que lleva un aparato fijo evita, por la semejanza de este con un dispositivo ortodónico, la curiosidad y burlas de sus compañeros respecto de los dientes que le faltan y su reposición.

A veces es difícil la construcción de un mantenedor de espacio fijo en un paciente muy pequeño y poco cooperador. Los procedimientos al lado del sillón, sin ser complejos ni suponer remoción de tejido dentario, requieren ciertas dosis de cooperación. Sin embargo, es un hecho que el niño que no se deja persuadir de una manera paciente y gentil de encarar las cosas para que acepte el procedimiento necesario, difícilmente usará un aparato --

renovable. Por lo tanto, la selección del tipo de mantenedor de espacio debe depender más bien de las necesidades del caso que de las dificultades que pueda suponer la atención del paciente, aunque se trate de un niño difícil. En casos extremos, se puede recurrir a la anestesia general y construir el aparato en una sola sesión.

PRINCIPIOS QUE RIGEN LA CONCEPCIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

Es casi infinita la variedad de situaciones que requieren un mantenedor de espacio. No obstante, hay determinados principios generales que deben cumplirse cuando se planea el aparato para un caso determinado:

1. Los dientes de anclaje deben ser estructuralmente sanos, con todas las caries reparadas, y en casos de dientes temporales con escasa reabsorción radicular, visible en la radiografía.

2. Deben estar bien adaptadas en los bordes de las coronas de oro u acero inoxidable utilizadas para anclaje, o las bandas ortodónticas. Si los bordes gingivales no tienen adaptación exacta, se producirán caries recurrentes, inflamación gingival, y hasta formación de abscesos. En casos extremos, el exceso de material puede impedir la erupción de un diente permanente vecino.

3. Las bandas ortodónticas o coronas deben ocluir normalmente con sus dientes antagonistas. El trauma oclusal producirá la descentación de la banda y es probable que ocurra una reabsorción prematura de los raíces de dientes temporarios. Ocurre la intrusión de un molar permanente portador de una corona de acero en oclusión traumática, o la de su antagonista. En algunos casos el paciente adopta un cierre de conciencia que afectará de manera adversa su dentición en desarrollo. Por lo común, son muy útiles las coronas en casos de destrucción coronaria extensa. De no ser así, el anclaje de elección será una

banda ortodóntica o una corona de oro colado con superficie oclusal descubierta.

4. La barra de reemplazo deberá tener algún contacto funcional con los dientes antagonistas. Así mismo, la barra tendrá suficiente rigidez para evitar su deformación bajo la carga funcional. Por esta razón es frecuente el uso de una barra doble.

5. Cuando se anticipa una carga funcional considerable, es mejor evitar los mantenedores de espacio de extremo libre. El masticar alimentos duros puede bajar la barra sin soporte, y causar la inclinación mesial del diente pilar y la consiguiente pérdida de espacio. Por el contrario, cuando no se observa carga oclusal y la presión durante la masticación es mínima, se puede considerar la colocación de un mantenedor de extremo libre, pero esto es la excepción. La barra debe pasar sobre el espacio desdentado por lingual o vestibular para evitar su deformación accidental durante la masticación. Esto es útil en especial si se perdió prematuramente un canino temporario y se desea evitar la migración hacia el espacio del incisivo lateral permanente y del molar temporario.

6. Es preciso evitar la colocación de un mantenedor de espacio muy extenso (más de dos dientes), ya que causa un trauma excesivo a los dientes de anclaje. En estos casos se logra un soporte bilateral con un arco lingual fijo. Los alimentos duros pueden deformar el arco lingual, causando malposiciones dentarias, por lo que este debe ser vigilado cada tanto.

7. Si faltan los dientes posteriores en los dos lados del arco, es preferible la colocación de un arco lingual fijo con topes adecuados contra los dientes terminales anteriores, en lugar de un mantenedor de espacio fijo de cada lado.

8. El agregar dientes de acrílico a un arco lingual constituye un mantenedor de espacio estético para reemplazar dientes anteriores. El tipo de arco lingual removible es preferible al arco soldado fijo ya que se puede practicar una limpieza fundamental cada dos o tres meses, del arco y de los dientes.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

Existen tres tipos fundamentales de mantenedores de espacio unilaterales:

- 1.- Los que tienen los dos extremos soldados.
- 2.- Los que poseen un extremo que se apoya en un tubo vertical unido a una banda.
- 3.- Los de extremo que encaja en un apoyo oclusal profundo.

No obstante, existen variaciones de acuerdo con circunstancias especiales.

CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

Es imposible construir un buen mantenedor de espacio a partir de una simple impresión de alginato. Se hacen bandas ortodónticas o coronas de acero directamente sobre los dientes, o por método indirecto sobre troqueles obtenidos de impresiones de compuesto de modelar de los dientes pilares. Con las bandas en posición, una vez corregidas las interferencias oclusales, se toma una impresión con yeso. Es aconsejable tomar una mordida de cera para la articulación adecuada del modelo. Se construye una barra de conexión adecuada a la fosa central del diente antagonista y se suelda en posición. Se pule el aparato.

Todos estos pasos son necesarios para lograr un ajuste exacto de las bandas y evitar el balanceo y desadaptación del aparato acabado. La inestabilidad es causa frecuente del aflojamiento repetido y re cementado de los mantenedores de espacio fijos.

CAPITULO IV

INSTRUCCIONES A LOS PADRES DE FAMILIA Y PACIENTES

INSTRUCCIONES A LOS PADRES DE FAMILIA Y PACIENTES

El aspecto más importante del problema del mantenimiento de espacio es la presentación de los problemas existentes a los padres de familia. Los odontólogos deberían tomarse tiempo suficiente para explicar la situación y discutir la posibilidad de generación de una futura maloclusión si no se toman los pasos adecuados o guiar el desarrollo de la oclusión. Los padres deben ser informados de la maloclusión existente y se les debe contar como la pérdida de un diente temporal o permanente contribuirá a esta situación. Del mismo modo, los odontólogos deberán dejar bien en claro que el mantenedor de espacio no corregirá ninguna maloclusión existente y que sólo prevendrá que una situación desfavorable se convierta en algo peor o más complicado.

Además de tomar en cuenta a los padres de familia, es necesario recordar al paciente y a sus familiares la importancia del aparato que ha sido colocado, ya sea fijo o removible; para un adecuado tratamiento, dependiendo el éxito del aparato por ellos mismos; esto es, una vez dadas las instrucciones de como manejar y conservar en buen estado el aparato, el paciente se conscientiza y el deber de los padres es supervisarlos.

Se le debe decir al paciente que al principio se sentirá extraño e interferirá en la forma de hablar y en la ingestión de los alimentos. Casi siempre las molestias desaparecen a los dos días de usar el aparato. El aparato debe tratarse con mucho cuidado y más si está fuera de la boca.

1).- INSTRUCCIONES A LOS PADRES.

- Invitar a los padres al consultorio para mostrarles como el niño se quita y se pone la prótesis; haciéndolos partícipes de la evolución positiva del niño.

- Se debe utilizar polvo adhesivo en superior cuando el niño sea menor de cuatro años, - indicando a los padres como se coloca éste.
- Concientizarlos en la limpieza de la prótesis y los dientes de su hijo.
- Si el niño deja de usar la prótesis los padres reportarán al dentista este caso.
- Los padres deben brindar apoyo y estimular al niño cuando cumple correctamente con -- las indicaciones que el odontólogo le dé.

2).- INSTRUCCIONES A LOS PACIENTES

Indicar al paciente, con palabras sencillas que es lo que se va hacer y por qué.

- Reportar a los padres del niño de inmediato la presencia de dolor y las indicaciones - por si éste persistiera.
- Indicar el valor monetario del aparato.
- No debe retirarse la prótesis más que enfrente de los padres, para indicar la higiene a éstos.
- Indicar por medio de un espejo el como debe acomodarse el aparato.
- Hacer pasar al paciente solo, poco a poco para darle mayor seguridad en sí mismo; y - únicamente en caso de dar alguna indicación, pedir a los padres que entren al consultorio.

CAPITULO V

HABITOS BUCALES

HÁBITOS BUCALES

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy — compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento anormal de los maxilares, por ejemplo; la acción normal del labio y la masticación correcta. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y — juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y la fisiología occlusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión.

Los patrones habituales de conducta muscular a menudo están asociados con — crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentales, hábitos respiratorios per — turbados, dificultad en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y proble — mas psicológicos. Por lo tanto, no se puede corregir la maloclusión, sin ocuparse de los — hábitos. Los bebés alimentados con biberón muestran frecuentemente hábitos de succión — indeseables, si el biberón ha sido usado como dispositivo para quitarle o inducir sueño. — Después que un niño así es destetado aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir. Muchas madres dirán que su hijo nunca se chupa el pulgar "excepto cuando va a la — casa". Otros niños aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención de los — padres es chuparse los dedos. Más tarde, el odontólogo no debe olvidar que el cese repenti — no de un hábito activo varios años, puede tener un impacto psicológico tremendo en el niño.

HABITOS DE SUCCION DE DEDOS

Los niños en los primeros años de vida adquieren la habilidad de chuparse el dedo --- ocasionando daños en los dientes superiores, cuando el niño principia con una oclusión --- anormal, los daños producidos van acompañados con la característica de la maloclusión --- hereditaria clase II división I, el maxilar inferior es retrognático, segeento premaxilar prognático, sobresordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas, estos son factores que desencadenan el hábito de succión del pulgar. --- Psicológicamente se atribuye este hábito al hecho de que los niños sean alimentados --- artificialmente (mamá) hasta edades ya avanzadas.

La abertura grande de la maxila hace que el tiempo de succión sea menor, esta disminu--- ción de la función, así como la falta de satisfacción hace que el niño la sustituya por --- los dedos succionándolos. Así la alimentación materna será como se sabe la mejor, y --- beneficia al niño al sentirse protegido en los brazos de la madre, esto desde el punto de vista sentimental.

Los músculos que intervienen en la función producen un vacío en la cavidad oral que --- permite la entrada de fluidos o aire. Esta función comprende normalmente las siguientes --- actividades musculares y cambios:

- 1.- Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el aire se precipite en la --- boca, destruyendo el vacío creado por el movimiento hacia abajo de la mandíbula, -

los músculos labiales en acción son: Orbicular de los labios, triangular de los labios, canino y mentoniano, que rodean los labios como para silbar y estrechan la abertura bucal.

2.- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre las superficies oclusales de los molares, premolares y caninos por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas y esto produce una fuerte presión lingual sobre las porciones posteriores de las arcadas.

3.- El contacto con la superficie lingual de los incisivos lo pierde la lengua al igual que caninos y premolares superiores e inferiores con la membrana del paladar duro, por la depresión de la mandíbula por lo cual toman otra forma, la parte central se deprime por la acción de los músculos genioglosos e hiogloso mientras que los costados se enrollan hacia arriba por el longitudinal superior y el estilogloso. Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua, la base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahioides y el palatogloso.

4.- Los músculos del paladar blando (tensor del velo del paladar y elevador) se relajan y permiten el descenso de este órgano que se encuentra en la base elevada de la lengua cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío; la succión puede ser continua o repitiendo una serie de acciones rítmicas de succión y esta es la que más se manifiesta. La fuerza muscular es recibida sobre las superficies labiales de los

incisivos, caninos y las superficies bucales de los premolares y molares siendo mayor la presión en los caninos y los incisivos disminuyendo hacia las piezas posteriores.

Cuando con el hábito de succión se hace uso de objetos de consistencia dura entre los incisivos, molares temporales, molares permanentes; no llegando a no tener contacto oclusal, va desarrollándose el movimiento de erupción. Sin el hábito de succión se presenta el chupeteo digital, pueden sufrir los dientes anteriores afectados por la tracción y peso del brazo, alteraciones de posición. Se presenta la mayor deformidad cuando usa el pulgar con la superficie palmar hacia arriba, en esta posición el pulgar actúa como palanca, que hace presión labial sobre los incisivos superiores y presión lingual sobre los inferiores.

EMPUJE LINGUAL

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión, -- son de dos tipos:

- 1.- La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.
- 2.- La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados. El niño normalmente traga con los dientes en ---- oclusión, los labios probablemente juntos y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores. La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre -- anterior con los labios durante la deglución. Los empujes linguales complejos, por otra -- parte, muy probablemente están asociados con la incomodidad nasorespiratoria crónica, ---- respiración bucal, tonsilitis o faringitis. Cuando las amígdalas están inflamadas la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares faciales agrandados. Para evitar esta ---- situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más -- lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. -- El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelanta da de la lengua y un reflejo de deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento --

de la vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada. El pronóstico para el tratamiento de estos dos tipos de empuje lingual es muy diferente.

SUCCION DE LABIO Y MORDEDURA DE LABIO.

La succión del labio aparece sola, o puede verse con la succión del pulgar. En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura de labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces, la linguoversión de los incisivos inferiores.

EMPUJE DEL FRENILLO.

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

MORDEDURA DE UÑAS (ONICOFAGIA)

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias. La maloclusión asociada con este hábito, probablemente sea de naturaleza más localizada que la que se ve con alguno de los otros hábitos de presión mencionados. Niños --- nerviosos, tensos, con mucha frecuencia presentan este hábito, y su desajuste social y --- psicológicos es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su --- problema básico.

BRUXISMO

La imagen del bruxismo es igualmente clara, existe gran correlación clínica entre la --- maloclusión y la frecuencia de bruxismo o bricomanía. La falta de armonía oclusal o la --- sobremordida excesiva con frecuencia están asociadas con estas aberraciones funcionales. --- Aunque la causa precisa del bruxismo y la bricomanía es desconocido, se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, la maloclusión con puntos de contacto prematuros o la sobremordida profunda es capaz de "disparar" este hábito. Quien haya oído los --- ruidos producidos por el bruxismo puede apreciar la gran fuerza necesaria para producirlos y la necesidad de eliminar este hábito si es posible.

HÁBITOS OCLUSALES RELACIONADOS CON EL BRUXISMO

El apretamiento habitual de los maxilares en malposiciones bloqueadas, el morder objetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos, son todos vía de escape para la tensión psíquica y emocional. Sin embargo, estas condiciones no tienen necesariamente asociación con la disarmonía oclusal, como es el caso del bruxismo. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas condiciones es posiblemente un aumento en la tonicidad muscular; por el contrario, el tono muscular puede disminuir mediante el tratamiento oclusal y la eliminación de los factores irritantes de la boca. La supresión de las interferencias oclusales puede, por lo tanto, facilitar la desaparición de algunos de estos hábitos; pero, la mordedura de labio, lengua, mejilla o uñas puede constituir también una vía de escape de sustitución cuando se ha eliminado el mecanismo de escape anterior a través del bruxismo al suprimir los factores desencadenantes oclusales. Algunos de estos hábitos tienen una presentación cíclica típica similar al bruxismo. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, y la tensión premenstrual o tensiones de otro tipo, pero teniendo todas como fondo común un estado de frustración.

Otros hábitos oclusales pueden estar asociados con la ocupación de la persona; por ejemplo: el morder hilo por las costureras, el sostener clavos entre los dientes por los carpinteros o tapiceros, y el mantener vidrio entre los dientes por los sopladores de dicho material. En estos casos, no existe necesariamente disarmonía psíquica u oclusal dentro del hábito oclusal.

El rechimiento o apretamiento de los dientes puede ser precipitado por desórdenes --- espásticos de naturaleza local o general. Se ha visto que la supresión de las interferencias oclusales sirve para disminuir tanto la frecuencia como la importancia del apretamiento espástico y del rechimiento, y ayuda en el control de los movimientos espásticos del maxilar.

C A P I T U L O VI

APARATOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES

APARATOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES

Prescripción para la succión de los dedos: Aparato utilizado para el tratamiento.

La prescripción ortodéncica para la reeducación de los hábitos adopta diversas formas. Una de las formas más eficaces es una criba fija. Se hace una impresión de alginato en la primera visita y se vacían moldes de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar decíduo superior, se recomienda colocar alambres de bronce separados en esta visita.

A continuación se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas que pueden obtenerse en tamaños diversos son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias.

La porción mesial del primer molar permanente, si existe y la porción distal del primer molar decíduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar decíduo un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar decíduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal.

Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario, y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo. El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivooclusal. A continuación, se corta con ranura en la corona a nivel de la superficie mesio-bucal o distobucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar decíduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblado agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar decíduo y el canino primario opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción sinestésica neuromuscular.

Recuérdese el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. Salvo que pueda cambiarse la posición de la lengua y disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente. Deberá tratarse más de un síntoma y el chupado de los dedos es casi siempre sólo un síntoma no es el único factor. En el nicho del primer molar decíduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45° respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con punta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado son a continuación

soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo, se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortar se aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible, esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos espolones deberán ser reportados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. La mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal cinco o diez minutos después. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no debe

rá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa. A los hermanos se les instruye de la misma manera. Si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original, desplazando el primero y segundo molares deciduos en sentido vestibular. Si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.040 ó 0.045 pulgada. Puede hacerse lo necesario para colocar asas de cierre vertical y brazos de aparatos intrabucales.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca. No se hace mención del dedo. Al padre se le dice que habrá poca molestia, pero que el impedimento del habla residual durará al menos una semana afectando especialmente a los sonidos silbantes. Los problemas del habla podrán persistir

en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Después de un periodo de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están concientes del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un periodo de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de usar el aparato. Después del intervalo de tres meses en que desaparece totalmente el hábito, se retiran primero los espolones. Tres semanas después si no hay recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo.

No deberán colocarse espolones afilados. La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito. Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión.

PROYECCION DE LENGUA

Frecuentemente, la lengua es el único problema, ya que no suele haber hábito de dedo, - pero quinientas a mil veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta o la protrusión de los incisivos superiores.

Prescripción para la proyección lingual: Aparato utilizado para el tratamiento.

El aparato para el hábito de proyección de lengua, una variante del aparato descrito -- anteriormente para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia -- abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo -- para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la -- proyección lingual. Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar como lo -- haría en condiciones normales, un aparato para el hábito de proyección lingual deberá -- intentar hacer ambas cosas:

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

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución maduro es estimulado para este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Para realizar estos propósitos, cuando el hábito de chuparse el dedo no constituye un factor, es mejor eliminar la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba restrictiva. Los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho suficiente erupción son preferibles.

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias y se corren con yeso. Es mejor montar los dos modelos de trabajo sobre un articulador del tipo de bisagra o anatómico. Los dientes de soporte de yeso (ya sean los primeros molares permanentes o molares deciduos) se recorta en la forma señalada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo descrito anteriormente. Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos. Se hace un corte vestibular en la forma señalada para el aparato para eliminar el hábito de chuparse los dedos. La barra lingual en forma de U de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable, de 0.040 pulgada, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales --
prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

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

Como el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, la oclusión no
nos concierne en este momento. Posteriormente, sin embargo, al reducir la mordida abierta,
el dentista deberá asegurarse de que la porción anterior de la barra base y su criba no --
interfiera en la incisión. Este es el motivo por el que se construye la barra base en sen-
tido lingual respecto al margen incisal inferior. Una vez que se haya fabricado cuidadosa-
mente la barra base y esta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo supe---
rior, puede formarse la criba. Se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra --
base. Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza -
#139 o similar, se hacen 3 ó 4 proyecciones de V, de tal manera que se extiende hacia abe-
jo hasta un punto justamente atrás de los ángulos de los incisivos inferiores cuando los
modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la ---
erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosa--

mente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se sueldan a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte. Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior, puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimina en una semana. El paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso es proyectado contra el paladar y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas. Dependiendo de la gravedad de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión. No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales. Si el dentista ha obrado con cuidado en la elección del caso y ha estudiado el problema conienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total y basal, y si coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, sus esfuerzos serán recompensados sistemáticamente con frecuencia, es necesario colocar un refuerzo extrabucal. Esta situación puede ser solucionada colocando tubos vestibulares

horizontales sobre las coronas. Posteriormente, si está indicado, puede emplearse un arco de alambre o un arco labial. La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad es posible que se requiera los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

No todos los hábitos de proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores. Puede existir mordida abierta posterior. Aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse, provocando inferoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y problemas del habla. Estos hábitos se presentan con mayor frecuencia en las maloclusiones de clase II, división 2, lo que apoya la hipótesis de que la función lingual es un factor en la creación, o al menos en la perpetuación, de la falta de erupción observada en los segmentos posteriores en aquellos pacientes con este tipo de maloclusión. Puede emplearse una criba para hábito modificada para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes afectados.

SUCCION DE LABIO Y MORDEDURA DE LABIO

Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa en los hábitos de morderse o chuparse los labios. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño -- colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta -- posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio infe-- rior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba -- observando la contracción y el endurecimiento del botón durante la deglución. Al igual -- que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anor-- mal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, -- así como apilamiento, en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son des-- plazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio -- mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinficial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento de labio.

Fabricación de aparatos utilizados para este hábito.

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren con yeso. Para -- facilitar el manejo, los moldes pueden ser montados en un articulador de bisagra o de li-- nea recta. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deci

duos según la forma descrita para el mantenedor de espacio funcional fijo y el aparato para el hábito de chuparse los dedos. El dentista deberá asegurarse de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Si este aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen mayor posibilidad de resistir los esfuerzos oclusales. Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corre en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar decíduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. Debes verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre (la porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto, el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante.

A continuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.035 ó 0.040 pulgada, soldando un extremo en el punto en el que el alambre cruce el nicho y llevándolo gingivalmente 5 u. 8 mm. A continuación, este alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre de base;

se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3mm de los tejidos gingivales. A continuación, se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando positivamente interferencia oclusal o incisal. Después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cementado sobre los dientes. Si se han utilizado coronas metálicas, es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se suelda en varios puntos según se ha descrito para el aparato para corregir el hábito de chuparse los dedos. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar. Este tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior. La mayor parte de los aparatos se llevan aproximadamente el mismo tiempo que el aparato para el hábito de proyección de lengua. Al igual que con el aparato para chuparse los dedos, el aparato para labio se reduce gradualmente antes de retirarse. Los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después. No hay prisa para retirarse el aparato, especialmente en los casos en que ha habido apinamiento y retroposición de los incisivos inferiores.

Un periodo de 8 a 9 meses de uso es aceptable.

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo. Este es el mismo efecto en el aparato tipo Frankel.

DISPOSITIVO UTILIZADO PARA CORREGIR EL BRUXISMO

Férulas oclusales.

Indudablemente, el mejor aparato para enfermos con síntomas disfuncionales es la férula oclusal que abarca todos los dientes, tanto inferiores como superiores, su adaptación resulta generalmente más fácil en el maxilar superior que en el inferior. La férula debe tener una superficie oclusal plana, con contacto oclusal en céntrica para todos los dientes antagonistas, y estar completamente libre de interferencias en cualquier excursión. El acrílico debe tener suficiente elevación canina para evitar interferencias en el lado de balanceo.

Dicha férula puede fabricarse utilizando modelos montados en un articulador ajustable o bien empleando solamente un molde superior sin montar. Si se emplea el primer método y se utiliza acrílico preparado al calor, resulta bastante fácil adaptar la férula en la boca. Si la férula de acrílico se prepara sobre un molde sin intención de ajustar la oclusión, se puede lijar la superficie oclusal de la férula casi llegar hasta los dientes, y después añadir sobre la superficie oclusal una capa de acrílico autopolimerizable. Antes que el acrílico polimerice se debe ordenar al paciente que junte sus dientes en céntrica y efectúe movimientos laterales y protrusivos a fin de obtener marcas de todos los dientes oponentes y de las trayectorias laterales y protrusiva. Una vez que el acrílico endurece se lijan las superficies oclusales de manera que las contenciones oclusales se mantengan para todos los dientes opositores. Estas férulas pueden ser usadas día y noche, pero en la mayoría de los casos se obtienen resultados satisfactorios mediante su empleo sólo por la noche.

Si se ha fabricado de manera adecuada la férula de acrílico para cobertura completa, que acabamos de describir, se presentará un descenso inmediato en el tono muscular que puede reconocerse tanto clínica como electromiográficamente. Generalmente la férula elimina o disminuye bastante la tendencia al bruxismo, y por lo tanto casi no hay evidencia de desgaste sobre la superficie del acrílico, incluso después de su uso prolongado. La férula de cobertura completa puede ser empleada durante cualquier tiempo, puesto que no permite el movimiento de los dientes. Asimismo estabiliza los dientes y evita su desgaste oclusal. Se ha encontrado que después que el paciente ha usado la férula durante dos o tres semanas los músculos generalmente están relajados y el ajuste oclusal puede ser realizado con precisión hasta el punto de que la férula resulte ya innecesaria.

Si no se ha eliminado el bruxismo después del ajuste oclusal, y existe extenso desgaste oclusal o dientes flojos, la férula puede ser utilizada indefinidamente durante las noches, efectuando evaluaciones periódicas de la misma.

Otro tipo de férula oclusal es el recubrimiento posterior bilateral que generalmente cubren los molares y premolares inferiores. Estas férulas se construyen ya sea con el propósito de aumentar la dimensión vertical oclusal, o para proporcionar pivotes bilaterales de contacto en el área del primer molar. Hace algunos años tales férulas eran generalmente de metal y con frecuencia se pegaban a los dientes. Actualmente se fabrican de acrílico o de metal y pueden ser removibles o ser fijadas temporalmente a los dientes. Los recubrimientos bilaterales posteriores proporcionan alivio temporal de los síntomas en pacientes con bruxismo y dolor muscular o de la articulación temporomandibular, puesto que esta mejoría se experimenta con cualquier terapéutica que eliminen los factores desencadenantes (interferencias oclusales).

Sin embargo, las férulas por recubrimiento resultan inaceptables debido a que habitualmente dan lugar a intrusión de los molares y presolares y a extrusión de los dientes anteriores con interferencias oclusales subsecuentes y recurrencia de los síntomas.

No existe evidencia científica acerca de que el tono muscular aumentado y el bruxismo estén relacionados a un espacio interoclusal anormalmente aumentado. Sin embargo, resulta que la sensibilidad del mecanismo neuromuscular a las interferencias oclusales aumenta si se incrementa la dimensión vertical oclusal, y hay una disminución en el espacio interoclusal. Esta observación coincide con la experiencia clínica en el caso de las prótesis completas, en las que la tendencia a las úlceras de decúbito y la inestabilidad de la dentadura aumentan al incrementar la dimensión vertical oclusal.

Un tercer tipo de férula oclusal se fabrica de acrílico blando o de caucho. Algunas de estas férulas, como el dispositivo de Kesling, intentan mantener el maxilar inferior en cierta relación con el superior uniendo los dientes superiores y los inferiores en el mismo dispositivo. Este dispositivo por lo común no resulta útil para pacientes con bruxismo, los cuales generalmente muerden el dispositivo en pedazos o lo desajustan durante el sueño. Menos voluminosas que los protectores de mordida, y sirviendo al mismo propósito, son las férulas hechas mediante la adición de acrílico blando sobre las superficies oclusales de las férulas de acrílico duro que hemos descrito antes. Este tipo de férulas pueden parecer cómodas a pacientes con hábito de apretar los dientes, puesto que el acrílico blando proporciona una presión uniforme sobre los dientes cuando se muerde en él; pero existe una tendencia en los pacientes a "jugar" con estos dispositivos mordiendo sobre la superficie elástica. Además, dichas superficies no permiten

un acabado tan preciso como el acrílico duro, de manera que pueden constituir nuevas áreas desencadenantes del bruxismo.

El dispositivo más apropiado para un paciente con bruxismo sigue siendo la férula de acrílico duro bien ajustada que cubra todas las superficies oclusales e incisivas del maxilar superior o del inferior, con contenciones céntricas para todos los dientes opositores y desprovista por completo de interferencias oclusales.

CONCLUSIONES

Al final de esta tesis, podemos comprobar que tanto los mantenedores de espacio como los aparatos para control de hábitos bucales, son métodos sencillos y de gran utilidad para la instauración de una oclusión normal.

Por otra parte, encontramos que una odontología preventiva es necesaria para evitar problemas mayores como las maloclusiones que afectan a la cavidad bucal en general. Y que mientras más tiempo se pueda conservar la pieza dentaria como mantenedor de espacio natural, mejor podrá lograrse una buena oclusión.

Asimismo, llegamos a la conclusión de que es mejor elaborar aparatos de control de hábitos bucales y mantenedores de espacio, que realizar posteriormente trabajos más complicados de restauración, los cuales deberán corregir ya un problema grave, como puede ser una maloclusión.

BIBLIOGRAFIA

- GRABER, I.M., ORTOODNCIA (TEORIA Y PRACTICA), 3a. edición,
Editorial Interamericana, México, 1974.
- HIRSCHFELD, LEONARD, PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN ODONTOLOGIA
GENERAL. Editorial Mundi, Argentina. 1969.
- MOYERS, ROBERT E., MANUAL DE ORTOODNCIA. Editorial Interamericana,
México, 1976.
- MAYORAL, JOSE, ORTOODNCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA. Ed.-
Labor, España, 1983.
- RAMFJORD, SIGURD P., OCLUSION. Editorial Interamericana, México -
1972.
- SIM, JOSEPH M., MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN LOS NIÑOS. Ed. -
Mundi, Argentina, 1980.