

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA

"HÁBITOS PERJUDICIALES EN LOS NIÑOS"

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA**

CATALINA DEL CARMEN LARRIBA MUÑOZ

MEXICO, D. F.

1971



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



HEMOS PERJUDICADO EN LOS NIÑOS

TESIS PROFESIONAL

CATALINA DEL CARMEN LARRIBA MUÑOZ

MEXICO, D. F.

1972

Esta Tesis se realizó bajo la
dirección del C.D. Antonio Fragoso Ra-
mírez, Profesor Titular de Odontolo-
gía Infantil en la E. N. O. de la
U. N. A. M.

A G R A D E C I M I E N T O S .

En primer lugar deseo agradecer a mis padres, el Sr. José Larriba Barona y la Sra. Catalina M. de Larriba, sus consejos y ayuda económica que hicieron posible la culminación de mis estudios. Así mismo agradezco a todos mis Profesores con los que me tocó cursar las diversas asignaturas; y en forma especial al Dr. Antonio Fragoso Ramírez que con su entusiasmo me brindó lo más valioso de sus conocimientos y experiencia, haciendo posible el logro de mis anhelos.

Por último, a la Escuela Nacional de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el haberme dado la oportunidad de llegar a ser una profesional preparada a fin de ofrecer mejor servicio a mi Patria.

Catalina del Carmen Larriba Muñoz.

S U M A R I O .

1.- INTRODUCCION.

2.- GENERALIDADES.

3.- ETIOLOGIA.

a).- De origen psicológico.

b).- De origen orgánico o funcional.

Succión del pulgar y otros dedos.

Queilofagia (Succión o mordida del labio)

Onicofagia (Mordida de las uñas.)

a) Hábitos

Intraorales: Bruxismo. (Rechinamiento dentario).

Respiración Bucal.

Deglución anormal.

Lengua Protráctil.

Interposición del frenillo.

4.- CLASIFICACION:

b) Hábitos

Extraorales: Posicionales o posturas inadecuadas.

5.- CONCLUSIONES.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

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

Al tener oportunidad durante algún tiempo de observar un porcentaje bastante elevado de niños que practican hábitos perjudiciales, y sentirme sumamente interesada por esta situación, decidí elaborar este trabajo sobre dicho tema, ya que me pareció de gran importancia para el Cirujano Dentista de práctica general y en especial para el Odonopediatra.

En esta Tesis he tratado de hacer una síntesis de mi corta experiencia en mi aprendizaje y mi Servicio Social; he recurrido al auxilio de algunos maestros y he adicionado a ello una breve recopilación de los datos que me parecieron más importantes de diferentes autores que han escrito sobre el tema y que consulté para darle más solidez y crédito a mi trabajo.

CATALINA DEL CARMEN LARRIBA MUÑOZ.

GENERALIDADES

Como es sabido el organismo humano consta de entidades perfectamente diferenciadas entre sí, pero que realizan una labor en conjunto y en perfecta armonía y equilibrio: Este, es el Estado de Salud. Cuando este equilibrio se rompe por cualquier causa, el niño presentará reacciones somáticas y emocionales de diversa índole y severidad. Estas reacciones son tendientes a restaurar el equilibrio.

Como ya mencionaremos en su oportunidad, un hábito se establece con la repetición constante de un acto o reacción a un estímulo, aunque dicho estímulo, que le dió origen haya cesado. Cuando un patrón de comportamiento se instala, el primer acto es formado inconscientemente, y continúa haciéndose más y más consciente, hasta que finalmente se torna de nuevo inconsciente. Por lo tanto podemos decir que el hábito es algo que se aprende a hacer prácticamente sin pensar.

HABITOS:

Definición.- La repetición constante de un patrón de conducta, es decir, la reacción que perdura a un estímulo, aún cuando éste cese, es lo que constituye el hábito. (Según Sidney B. Finn.)

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular que se aprenden.

Los hábitos de presión anormal que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada, pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, defectos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos. Algunos hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas, porque pueden estar relacionados con hambre o con un deseo de llamar la atención, y así tenemos que los niños alimentados con botella, muestran más frecuentemente hábitos de succión, si es que la botella ha sido usada como un medio para aquietarlos e inducirlos al sueño. Así una vez que la crianza termina, el niño aprende fácilmente a chuparse el pulgar o cualquier otro dedo al ir a la cama para dormir. Otros niños aprenden que la forma más segura de atraer la atención de sus padres, es chupándose el dedo.

Muchos de ellos pueden practicar dichos hábitos de succión sin deformidad entofacial patente; pero los hábitos de presión por la succión son causa de gran parte de maloclusiones. Estos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida debido al sistema neuromuscular, desapareciendo a los cuatro años, más o menos. Desafortunadamente algunos dentistas no le dan la debida importancia al problema y el pediatra o el médico de cabecera

que atienden a esos niños pequeños, no suelen hacer caso de las posibles complicaciones dentales que provocan. Más tarde el dentista olvida fácilmente que la interrupción brusca de un hábito activo por varios años, puede tener gran influencia psicológica sobre el niño. Es por ello que se aconseja el trabajo en un equipo formado por un psicólogo, pediatra, odontólogo y ortodoncista, aunando a ésto, la colaboración de los padres o personas más allegadas al niño.

E T I O L O G I A .

Las causas que pueden dar origen a un hábito perjudicial, son múltiples y variadas. Para su mejor comprensión, las vamos a dividir en: Causas de Origen Psicológico y Causas de Origen o Funcional.

Causas de Origen Psicológico.

Se estima que ciertas emociones pueden ser la causa de un hábito y éste puede aparecer bajo cierta situación y no hacerlo bajo otra distinta.

Como es sabido, el niño rara vez repite aquellas acciones que no le producen alivio, placer o satisfacción. Podemos entonces afirmar que con la ejecución de aquel acto, viene el descanso y con él el placer.

Del mismo modo una frustración de un acto en un niño, puede provocar una reacción o respuesta que no cesa hasta que vence el motivo de dicha frustración.

Todos los niños responden a las frustraciones de manera distinta según su edad. El comportamiento tensional que el niño, da a conocer durante cierto período de su desarrollo, se fija en su subconsciente y la mayor parte de las veces desaparece con el tiempo; pero si esto no sucede y el hábito se ha establecido, es preciso buscar la causa que le dió origen para que al retirarla podamos hacer que desaparezca el efecto.

GESELL e ILG., observaron el comportamiento o conducta tensional de algunos niños a diversas edades, con el fin de ayudarnos a diagnosticar los hábitos en una edad temprana. ("El niño de uno a cinco años" "El niño nervioso"-Arnold Gessell).

Primer Año.- El niño succiona el pulgar durante varias horas del día y de la noche. En esta edad dicho acto es fuerte y el niño encuentra gran placer o satisfacción al hacerlo.

Dos Años.- A esta edad el niño puede asociar la succión del pulgar con distintos estados emocionales como son hambre, fatiga, inseguridad, etc.

Tres Años.- Muchos niños en esta edad succionan muy poco el pulgar durante el día y toleran muy bien que se los quiten cuando están dormidos.

Cuatro Años.- En esta edad el niño casi siempre se succiona el pulgar únicamente al ir a la cama para dormir.

Cinco Años.- También conocida como edad preescolar, aquí el chupeteo del pulgar podría disminuir, pero debido al estado de nerviosidad que el ir a la escuela causa, el niño puede adquirir otros hábitos como son la onicofagia, el chupeteo del labio o del carrillo, etc. Puede haber un retorno al chupeteo del pulgar en los momentos de gran esfuerzo emocional; éstos actos pueden causar daños en las estructuras dentarias, si se llevan a cabo con frecuencia, ya que en esta edad el hábito se fija con facilidad.

Seis Años. Muchos niños a esta edad presentan un aumento de los escapes emocionales que están íntimamente relacionados con la escuela, y como en la etapa anterior, los niños pueden presentar cualquiera de los distintos hábitos nocivos.

Siete Años. A esta edad el niño presenta un mayor control y tiene pocos escapes de comportamiento, casi siempre tensional. Algunos hábitos de lengua pueden estar aún presentes. Si el hábito está formado, el niño puede ponerlo bajo control, sin embargo, una emoción intensa puede ser la causa del retorno a estas fuertes salidas emocionales. En esta edad si se le enseña al niño el daño que le causa el hábito perjudicial que practica, él podrá tratar de rechazarlo o cuando menos aceptará ayuda para corregirlo.

Ocho Años. En esta época el niño logra escaparse del comportamiento tensional practicando deportes o cualquier otra actividad física, si se propone.

Actitud de los padres. En general podemos decir que la mayoría de los hábitos perniciosos son vistos como normales por los padres que contemplan su persistencia en el niño, pero también con bastante frecuencia son origen de gran preocupación, v.g. el hábito de succionarse el pulgar.

En algunos casos los padres comprenden que los hábitos mencionados pueden ocasionar deformaciones o desviaciones en la posición de los dientes del niño, pero con mayor frecuencia se

preocupan por el carácter antihigiénico del vicio, o por que no es aceptable en la sociedad de nuestros días. También puede suceder que los padres se sientan desconcertados al observar que su hijo en edad escolar continúe con el hábito, mientras que otros niños de su edad no lo hacen.

La conducta paterna es disímbola y dependerá de muchos factores, no existe un patrón definido, puede: disgustado, tratar de romper el hábito avergonzando al niño con sus compañeros u otras personas extrañas; si ésto falla, puede intentar el castigo con el que tampoco encontrará un resultado satisfactorio; por último acudirá al pediatra, odontólogo o psicólogo en busca de un consejo.

Algunos psicólogos afirman que si un hábito de succión se rompe bruscamente, algunas veces el niño buscará refugio en otro hábito, en ocasiones más perjudicial que el primero. Esto último debido a la tensión emocional existente.

Debemos considerar la actitud de los padres hacia el niño que presenta este tipo de problemas, pues ésta muchas veces conduce a que hábito que no era representativo en un niño, se torne en un serio problema para él, al despertársele sentimientos de culpabilidad.

La falta de estabilidad en el hogar por tensiones emocionales entre los padres, discusiones, pleitos, etc. asustan al niño provocándole angustia e inadaptabilidad que a su vez ocasiona

que el niño se refugie en el placer que un hábito perjudicial le produce.

En el caso de que los padres logren que el hábito desaparezca, la forma brusca de hacerlo, puede producir serias desavenencias entre los padres y el niño, o bien ocasionarle a éste un problema emocional como todo aquel que es privado de aquello que le ha producido satisfacción.

Los niños demasiado protegidos o mimados, generalmente utilizan aquello que les es prohibido para sentirse el centro de atracción. Algunos de los casos de niños primogénitos, entran también en este tipo: al ser primero el centro de atracción de los padres, la venida de otro hermanito los desplaza y en ocasiones pueden buscar refugio en un hábito perjudicial, esto último con el fin de "llamar la atención de los padres".

Existe otro tipo de niños, aquellos que están por completo privados de cariño y que por no haber sido deseados, no se les toma en cuenta. Ese tipo de criaturas sienten la necesidad de practicar un mal hábito con el fin de "hacer un retorno a la época de seguridad". Este tipo de niños es el que más problemas nos va a causar para la corrección del hábito; ya que no vamos a contar con la ayuda de sus padres; y a un niño completamente abandonado es muy difícil hacerlo comprender la necesidad que tiene de corregirse.

Alimentación. El niño al nacer empieza a tener necesidades;

la más urgente es la alimentación y vuelve a unirse a su madre a través de la lactancia (en caso de que ésta sea en forma natural). Sólo una parte del cuerpo del recién nacido percibe esta unión: la boca.

Según la opinión de la mayoría de los psicólogos la experiencia de mamar varía en el niño; si el pecho es dado en forma fría por la madre, el niño puede sentir angustia; en cambio si la madre le da el pecho al niño con ternura y completa entrega, el niño sentirá tranquilidad, seguridad y aún euforia. Por lo tanto, la actitud de la madre en el acto de la lactancia, es tan importante como la calidad de su leche.

La lactancia artificial que puede ser perfecta desde el punto de vista nutricional, no lo es como experiencia afectiva, y menos aún si la botella ha sido usada como medio para aquietarlo. Así una mala atención hacia el niño de parte de la madre, a la hora de la alimentación, ocasiona en él una frustración que puede irse agravando, pudiendo el niño encontrar consuelo en un hábito nocivo.

Otro factor que influye en que el niño adopte un mal hábito de succión, es la alimentación insuficiente; ya suceda que la madre no tenga suficiente leche o que le retire el pecho antes de que el niño sea saciado. Entonces la criatura que desea seguir succionando, lo hará con sus dedos.

Por último, dentro de lo que a alimentación respecta, tenemos el factor conocido como destete. A este factor no debe consi

derársele como un simple cambio de alimentación, ya que para el niño representa muchísimo más que eso; pues como ya dijimos, después del nacimiento el infante continúa unido a su madre a través de la lactancia, en caso de que ésta sea natural, y esta unión se pierde con el destete. Si la madre no tiene la suficiente delicadeza para lograr dicha separación de una manera sutil, va a provocar en la criatura una frustración que puede ocasionar que el niño se refugie en el placer que un hábito de succión le produce.

CAUSAS DE ORIGEN ORGANICO FUNCIONAL.

Dentro de estas causas principalmente tenemos: tabique nasal desviado, cornetes inflamados, inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaríngea, alergia hipertrofia adenoidea, inflamación e hipertrofia de las amígdalas, e hipersensibilidad de las amígdalas.

Todas las enfermedades nasofaríngeas y los trastornos en la función respiratoria que acabamos de mencionar, pueden afectar al crecimiento de la cara, puesto que se oponen a la fisiología respiratoria normal. Gran porcentaje de personas con cualquiera de dichas anomalías puede presentar maloclusiones debido a los malos hábitos que dichos trastornos ocasionan. Estos hábitos son: la respiración anormal o bucal y un cambio en el reflejo de deglución. Ambos se estudiarán en capítulo aparte.

CLASIFICACION DE LOS HABITOS ANORMALES,
MUSCULARES Y DE PRESION.

Los hábitos han sido divididos en compulsivos y no compulsivos.

Hábitos Compulsivos.- Cuando un hábito se prolonga más allá del tiempo normal y se practica con gran fuerza y vigor, se conoce con este nombre; por ejemplo, el chupeteo del pulgar en edad escolar sin importar al niño la ocasión y las circunstancias. Este niño utiliza su succión como una regresión o una liberación subconsciente de la realidad, o ésta puede ser el índice de una inmadurez emocional y de la necesidad de un auxilio.

Hábitos No Compulsivos.- Son aquellos que tanto a niños como adultos, sirven de liberadores de la tensión emocional, que de otra manera se acumularía hasta producir ansiedad: un hombre con buen ajuste emocional trata de resolver un problema tanto "rascándose la cabeza, como pensando en él".

Todos los hábitos no compulsivos son inofensivos para el organismo, pues como ya dijimos, son liberadores de tensión y por lo tanto necesarios como amortiguadores para el individuo que trate de alcanzar la madurez emocional normal; por ello los padres no deben preocuparse ni prestarles demasiada importancia.

Psicológicamente hablando, cuando el hábito se hace compulsivo y se prolonga más allá de la edad en que suele desaparecer, es posible que satisfaga una necesidad definida que puede

haber sido engendrada por una frustración presente o pasada.

HABITOS ANORMALES
MUSCULARES Y DE
PRESION.

INTRAORALES SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS .
QUEILOFAGIA (SUCCION O MORDIDA
DEL LABIO) .
ONICOFAGIA (MORDIDA DE LAS UÑAS) .
BRUXISMO. (RECHINAMIENTO DENTARIO) .
RESPIRACION BUCAL.
DEGLUCION ANORMAL.
LENGUA PROTRACTIL.
INTERPOSICION DEL FRENILLO.

EXTRAORALES . POSICIONALES O POSTURAS INA
DECUADAS .

BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. A. M.

SUCCION O CHUPETEO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Explicación Fisiológica.

Reflejo de Succión. Una de las primeras zonas donde se desarrolla una función neuromuscular coordinada, es alrededor de la boca. Aún antes del nacimiento han sido fluoroscópicamente observadas contracciones musculares en esa zona del feto. Al nacer el niño está dotado de la capacidad de succionar; esta habilidad sirve como medio de autoconservación, ya que sin ella, el niño no podría alimentarse y sucumbiría por inanición. Esta capacidad también sirve como medio de percepción anterior al olfato o al oído; si al bebé se le da un juguete, lo llevará a la boca y después de succionarlo va a tener una mejor concepción del mismo. Del mismo modo, el infante pronto va aprender que ese acto es el que le proporciona su alimentación y el placer de sentir el estómago saciado, además de un deseo de dormir.

Cuando el pecho materno o la mamila no están a su alcance, el niño aprende que puede obtener la misma sensación placentera, sólo que de carácter temporal, al succionarse sus dedos; por lo tanto es lógico que lo haga como experiencia de placer.

SUCCION DEL PULGAR. Hay una gran diversidad de opiniones en lo que a efectos nocivos pueden provocar la succión del pulgar y otros dedos. No habiendo un completo acuerdo acerca de la edad en que el cese del hábito llevará a la autocorrección del

mismo. Sin embargo, la experiencia nos señala que si el hábito es interrumpido antes de la erupción de los dientes de la segunda dentición, suele alcanzarse la autocorrección. En cambio, si el hábito continúa hasta la completa erupción de dichos dientes, los efectos son habitualmente nocivos; dependiendo el desplazamiento, de la gravedad de la fuerza, la persistencia del hábito y de la frecuencia con que lo realiza.

El tipo de maloclusión que se desarrolla, dependerá también de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos, y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

También se tiende a forzar el sector dentario ánterosuperior hacia la zona vestibular y a su vez el dentario ánteroinferior, según la fuerza de palanca, hacia lingual. Con ésto se produce una mordida abierta y un "overjet"; lo que a su vez constituye en la región anterior de los arcos el problema clínico más frecuente. La retracción de la mandíbula se podría desarrollar si el peso de la mano o el brazo se fuerzan continuamente a producir en ésta una posición retrusiva. Cuando los incisivos superiores son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua se mantiene contra el paladar. La fuerza de los músculos de los carrillos originada por la succión, produce contracción del arco maxilar.

Al producirse estas alteraciones en los maxilares, el la

bio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le ve aprisionado bajo los incisivos maxiliares y de este modo se produce la deformación. Algunas maloclusiones por hábitos de chupeteo suelen corregirse por sí mismas al interrumpirse dicho hábito; pero algunas otras necesitarán tratamiento ortodóncico. Si el hábito continúa por mucho tiempo, en ocasiones puede verse acompañado de otros "accesorios típicos" como: el estirar un mechón de pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice o dar estirones al lóbulo de la oreja. Muchos niños muestran dificultad para dormirse a menos que se les permita succionarse el pulgar u otro dedo, al mismo tiempo que acarician cierto juguete de lana o peluche o hasta algún trapo viejo suave.

QUEILOFAGIA. (SUCCION O MORDIDA DEL LABIO).

Este hábito casi siempre se localiza en el labio inferior, aunque algunas veces se observan hábitos de morder el superior. Cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes anteriores superiores, (en el cingulo de los mismos) el resultado es labioversión de ellos, acompañada a menudo de una mordida bierta y algunas ocasiones de la linguoversión de los incisivos mandibulares.

El Odontólogo puede ayudar a la corrección de dicho hábito con la indicación del siguiente ejercicio: la extensión del borde superior del labio inferior por encima del borde inferior del labio superior. Esta aplicación del labio inferior sobre el

labio superior, debe ser con fuerza. La ejecución de instrumentos metálicos de viento, ayuda a reforzar los músculos labiales para que ejerzan una presión normal en la correcta dirección sobre los dientes superiores.

ONICOFAGIA. (MORDIDA DE LAS UÑAS).

Es uno de los hábitos que se desarrollan en los niños después de la edad de succión. Siendo muy frecuente en criaturas con alta tensión emocional o nerviosa. Consiste en que en momentos que a menudo coinciden con los de preocupación, el niño comienza a morderse las uñas de las manos con gran rapidez. Este hábito más que un vicio pernicioso es en realidad una fuente de escape a la tensión nerviosa y hasta la fecha, no ha sido comprobado el que ocasione maloclusión alguna, sino más bien que es frecuente que ocurra en niños con un desajuste psicológico que tiene mayor importancia clínica que el hábito en sí, y que sólo constituye un síntoma de su problema fundamental. (Según Robert E. Moyers).

BRUXISMO. (RECHINAMIENTO DENTARIO).

El bruxismo o rechinar de dientes es aquel hábito que consiste en el frotamiento de los dientes de la arcada superior, contra los de la arcada inferior y puede ser consciente o inconsciente.

Suele ser nocturno o también puede presentarse durante el día, generalmente es observado en niños que presentan gran

tensión emocional y puede estar aunado a la succión del pulgar o a la onicofagia.

El rechinar puede ser tan fuerte que el sonido producido se oiga a distancia. Un niño que presente este vicio necesariamente tendrá una marcada atrición dentaria, así como también puede quejarse por las mañanas de un dolor en su articulación témpero-mandibular.

Las causas del bruxismo aún no han sido dilucidadas; sin embargo es posible que tenga una base emocional, ya que como antes dijimos, se presenta en niños con gran tensión emocional y que son muy irritables; estas criaturas generalmente presentan un sueño inseguro y parecen sufrir ansiedades. El bruxismo también ha sido observado en niños que tienen puntos prematuros de contacto, los cuales el niño trata de rebajar con el frotamiento de sus arcadas.

• Efectos Nocivos. - Se ha observado que existe una marcada atrición dentaria debida al hiperfuncionamiento muscular general en este vicio. Debido a que la fuerza aplicada es intermitente y actúa como estímulo, los pacientes presentan un engrosamiento de la membrana parodontal, así como una marcada densidad mayor del hueso alveolar.

Estos efectos nocivos de los tejidos de soporte del diente, siempre van a estar de acuerdo con la presión ejercida así como el tiempo de duración de la fuerza.

Para el tratamiento psicológico necesitaremos de la colaboración del médico y localmente, para romper esta mala costumbre, podemos utilizar una férula de goma blanda que se usará por las noches. Al no sentir el niño una superficie dura, el hábito perderá su eficacia como satisfacción.

RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal o anormal, trastorna el equilibrio de crecimiento de la cara y, por lo tanto, puede modificar el conjunto facial.

El síndrome típico de respiración bucal está caracterizado por contracción del arco superior, labioversión de los dientes anteriores superiores, paladar ojival, apiñamiento en ambos arcos de los dientes anteriores e hipertrofia gingival; hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, hipotonía y acortamiento del labio superior y frecuentemente sobremordida notable.

Arbitrariamente se ha dividido a los respiradores bucales según su etiología, en dos categorías:

- a) Por obstrucción de las vías respiratorias altas.
- b) Por hábito.- Porque ya corregidas las anomalías de dichas vías respiratorias altas, el niño sigue practicando la respiración bucal por el hábito ya establecido.

POR OBSTRUCCION.- La causa puede ser cualquiera de las que a continuación mencionamos:

- 1.- Tabique nasal desviado.
- 2.- Cornetes inflamados.
- 3.- Inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaríngea.
- 4.- Alergia.
- 5.- Hipertrófia Adenoidea.
- 6.- Inflamación e hipertrofia de las amígdalas.

El niño que presente cualquiera de estos problemas tendrá su ventilación nasal entorpecida, o una obstrucción total del pasaje de aire por vía nasal. Con esta dificultad para la inspiración y expiración del aire, el niño se verá forzado a respirar por su boca.

POR HABITO.- Como ya dijimos anteriormente se presenta en niños que tuvieron inicialmente algún problema de obstrucción nasal, pero que debido al tiempo que se prolongó dicho problema, aún cuando ya se haya eliminado, siguen respirando en forma constante por la boca.

Muchas veces el niño está dotado de una hipotonicidad de los músculos masticadores y por ello mantiene continuamente la boca abierta. Pero esto no forzosamente significa que respire con la cavidad bucal.

El hábito de tener la boca abierta puede confundirse con

el de respiración bucal; para diferenciarlos podemos hacer la prueba del espejo, que consiste en colocar dicho objeto frente a la boca del niño, si hay condensación de vapor en él, significa que el niño presenta respiración bucal. Si se sospecha que algún conducto nasal está obliterado y no se utiliza a causa de una desviación del tabique, hipertrofia de cornetes u otra razón, puede investigarse la función por medio del siguiente procedimiento: se toma un poco de algodón y torciéndolo en el centro, se le da forma de mariposa, se humedece en el centro y se coloca sobre el labio superior.

Al respirar el niño, los movimientos del algodón indicarán si uno o ambos conductos nasales están siendo utilizados.

La posición de la lengua también nos puede ayudar en el diagnóstico; es un hecho comprobado que al respirar con la nariz, la lengua descansa sobre el cingulo de los incisivos superiores, como también sobre el paladar; en cambio, en la respiración bucal, la punta de la lengua toca la cara lingual de los incisivos inferiores.

Cuando se nos presenta un respirador bucal al que no se le haya eliminado la causa que dió origen a dicho hábito, es preciso que el médico especialista corrija dicho problema, una vez hecho lo cual necesitamos reeducar el niño con la ayuda de sus padres para que vuelva a reaprender a respirar normalmente.

Se ha establecido que la respiración bucal en el perfo

do de crecimiento activo, causa severas maloclusiones; sin embargo, si debido a trastornos nasales la respiración bucal se adquiere en la adolescencia o en la edad adulta, las maloclusiones son menos severas.

El cuadro clínico de un respirador bucal es el siguiente:

- 1.- Labios mucho más abiertos de lo normal.
- 2.- Hipotonicidad del labio superior.
- 3.- El labio inferior usualmente resbala bajo los incisivos superiores.
- 4.- El arco dentario superior es estrecho, el paladar alto y a veces presenta la forma de una U o V invertidas.
- 5.- Protrusión de los dientes superiores, a menudo una marcada sobremordida.
- 6.- La nariz puede estar notablemente sucia y el labio superior sufre escoriaciones debido a la continua descarga nasal.
- 7.- El niño está sujeto a repetidos ataques de resfriado o infecciones de las vías respiratorias.
- 8.- Encía hipertrófica.
- 9.- El niño puede estar bajo de peso y mal nutrido en caso de que la causa sea por amigdalitis crónica y haya pérdida del apetito, además del dolor en la región de las amígdalas.

DEGLUCION ANORMAL

El acto de deglutir es un movimiento peristáltico que consta de tres partes: durante la primera etapa (voluntaria) el alimento es llevado a la boca, donde es constantemente rotado para su correcta salivación y preparación para la digestión. Por la presión que ejercen la lengua y el paladar, y la lengua y el piso de la boca, el alimento tiende a ser proyectado hacia adelante.

La segunda etapa consta de dos fases, la primera es voluntaria y en ella el alimento es proyectado hacia la parte posterior de la boca donde por medio de la segunda etapa que es involuntaria, de naturaleza refleja, el acto de deglucir continúa por medio de los músculos constrictores faríngeos, los cuales rodean, encierran y llevan el bolo alimenticio hacia atrás; mientras que la laringe y el hueso hioides, son estirados hacia arriba, proyectando el bolo alimenticio hacia la entrada de la traquea.

En la tercera etapa también involuntaria, hay una contracción progresiva de los anillos cartilagosos traqueales que se ensachan al mismo tiempo que el bolo alimenticio es presionado contra ellos. Dicha presión continúa hasta que el bolo alimenticio llega al estómago.

Nosotros únicamente vamos a ocuparnos de las dos primeras etapas de este acto, que por ser la primera de naturaleza

voluntaria y la segunda en su primera fase también es controlada por el centro de la voluntad, pueden ser distorsionadas.

El niño puede ser forzado a deglutir anormalmente por distintas causas como son: una musculatura debilitada, una infección de las amígdalas o un traumatismo que no fue tratado correctamente.

Deglución Anormal - Empieza con la contracción de los músculos de la cara, un empuje de la lengua para descansar sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores, ésto seguido por la contracción de los músculos de la faringe, (palatogloso, estilogloso y milohiideo). Es notoria la proyección de la cabeza del niño hacia adelante en la predeglución, acompañada por una expresión de tensión en la cara, en vez de la posición de relajamiento que se adopta en la deglución normal.

Por medio de la observación, nos podemos dar cuenta de que la mayoría de las contracciones hechas por este tipo de músculos, son forzadas y exageradas. Debido a ello, la primera característica que se nota, es una hiperación en el período de chupar, es como si el niño tuviera la idea de coleccionar toda la saliva en el centro de la boca, debido a ello se observan una contracción marcada del orbicular de los labios, de los dos mentonianos, de los caninos y triangulares, por lo que se ve la boca arrugada; mientras la mandíbula cae separándose del maxilar y las porciones centrales del buccinador son empujadas profundamen

te dentro de la cavidad bucal; entonces los dientes de la mandíbula pueden ser llevados hacia un contacto forzado con el arco maxilar, por una contracción vigorosa de los músculos de la masticación. Durante este período es muy frecuente que la acción de los músculos continúe y la continuidad de la forma del arco en la unión del canino con el lateral se rompe, debido a la combinación de dos fuerzas a saber: el empuje hacia adelante de los músculos masticadores que se encuentran aglomerados entre los molares y la rama ascendente de la mandíbula.

Cuando este contacto es roto, las secciones bucales del arco dentario afectado, empiezan un movimiento hacia adelante, que se ve evidente primero en las coronas de los dientes. Esta inclinación mesial es producida desde atrás debido a la presión de los músculos masticadores, especialmente el buccinador, que impulsan hacia adelante y los dientes "que tratan de escapar" de dicha presión se movilizan en la misma dirección.

La deglución anormal puede presentarse conjuntamente con la lengua protráctil, la cual aunada a la primera, ocasiona malposiciones tanto en los dientes superiores como en los inferiores. Por ejemplo tenemos: mordida abierta y algunos casos de mordida borde-borde.

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

En algunas ocasiones en que existe deglución anormal, el paladar es tan angosto, que el niño no tiene espacio para colocar su lengua en posición correcta para deglutir normalmente, en el caso de que quiera romper el hábito.

La deglución anormal puede presentarse también aunada a otros hábitos como son la succión del pulgar, al mordisqueo del labio y uñas y hábitos de postura.

LENGUA PROTRACTIL.

La interposición de la lengua ha sido observada en niños con mordida abierta e incisivos superiores en protrusión. La mordida abierta permite fácilmente al niño interponer su lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores y los inferiores.

Las anomalías observadas en niños con este tipo de hábitos, son similares a las producidas en la succión del pulgar: una protrusión e inclinación vestibular de los incisivos superiores, aunada a una depresión de los incisivos inferiores, con la ya nombrada mordida abierta y un ceceo del niño al hablar. Es frecuente que el odontólogo diagnostique un hábito de succión del pulgar y pase inadvertido un hábito de interposición lingual o lengua hipertrófica que pudiera tener la misma importancia en la formación de una mordida abierta o de una protrusión de los dientes anteriores.

Algunos autores coinciden en que el origen de esta interposición se debe a que cuando las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, los lados de la lengua rozan los pilares de las fosas inflamadas. Esto produce dolor y por un movimiento reflejo, la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos, durante los últimos movimientos de la deglución. Dicho de otra manera, el dolor de la garganta origina la formación de un nuevo reflejo de deglución y

los dientes se acomodan a la nueva presión adicional que le es aplicada.

Pueden observarse otros hábitos de la lengua, por ejemplo, cuando descansa sobre los incisivos inferiores (en los bordes incisales de éstos), crea mordida abierta anterior, o cuando se colocan sus bordes entre los dientes superiores y los inferiores en la región de premolares, lo que produce la mordida abierta sólo en los segmentos laterales.

El tratamiento se basa en educar al niño para que coloque su lengua en la posición correcta al deglutir y para ello necesitamos retirar primero la causa que la produjo, si fueron las amígdalas hipertrofiadas el médico especialista deberá corregir la condición anormal y luego nosotros por medio de ejercicios especiales de lengua y de placas protésicas adecuadas trataremos de corregir esta anomalía.

INTERPOSICION DEL FRENILLO.

Es un hábito poco frecuente. Si los incisivos permanentes superiores presentan un ligero diastema el niño puede cambiar en él su frenillo labial y dejarlo en esa posición por varias horas. Esta costumbre puede iniciarse como una simple demostración o prueba pero también puede evolucionarse hacia un vicio pernicioso que mantenga la separación de los incisivos centrales, con un efecto similar al producido por un frenillo anormal.

El libro de Sidney B. Finn, habla de un paciente que manifestó con orgullo que luego de un buen descanso podía colocar su frenillo labial entre los incisivos centrales superiores y mantenerlo así durante dos horas.

H A B I T O S E X T R A O R A L E S

POSICIONALES O POSTURAS INADECUADAS.

La postura es la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo, y como tal es susceptible de cambios y correcciones mioterapéuticos.

Las personas que adoptan una postura corporal inadecuada pueden presentar una posición mandibular defectuosa. Ambas pueden ser expresiones de salud precaria. por otro lado la persona que se mantiene erecta con la cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, mantendrá casi reflejamente su mandíbula hacia adelante y en una posición correcta.

Dentro de los hábitos de postura, vamos a mencionar el de lectura o descanso que consiste en apoyar la palma de la mano o el puño en un lugar de la cara que casi siempre es la región de premolarse del maxilar superior; cuando se realiza esto en forma sistemática, ocasiona una deformación en la cara y la malposición de dichas piezas dentarias superiores.

Por último, la mala posición durante el sueño puede ocasionar deformaciones maxilares. Si el niño duerme siempre en la misma posición, ya sea boca-arriba, boca-abajo, o con algún ob

jeto por debajo del maxilar inferior o siempre sobre un mismo lado, es aconsejable cambiarlo de posición mientras duerme.

También durante el sueño el niño puede presentar la costumbre de morder algún objeto extraño, ya sean las sábanas o cualquier juguete, acto que si se lleva a cabo con mucha frecuencia, po día ocasionar malposiciones dentarias.

C O N C L U S I O N E S .

0

1.- Desde el nacimiento hasta la aparición de los dientes de la segunda dentición se practican algunos hábitos de succión principalmente la succión del pulgar, generalmente sin perjuicio para la oclusión.

2.- Los malos hábitos en los niños varían de lo más simples a los más complejos y por consiguiente, los daños que van a ocasionar dependerán de la forma en que se practiquen, de la intensidad y la frecuencia con que lo hagan así como de su tiempo de duración.

3.- Se ha observado que la mayoría de los hábitos perjudiciales, casi siempre pueden ser resultado de una inestabilidad del niño, ocasionada por distintos factores como son: desavenencias entre los padres, tensión emocional o defectos en las funciones respiratorias (enfermedades nasofaríngeas).

4.- El diagnóstico precoz evitará los daños consecuentes. En los casos sencillos o simples el cirujano dentista de práctica general, podrá resolver sólo el problema; en los casos complejos se requerirá la colaboración de los padres o personas más allegadas al niño, del psicólogo, del psiquiatra y del ortodontista.

5.- Para la corrección del hábito deben ser suprimidos los castigos. Debemos hacer conscientes a los padres del problema de su hijo, solicitando al mismo tiempo su colaboración

y comprensión. Necesitamos educar y motivar convenientemente al pequeño la necesidad de su ayuda para la corrección de su hábito pernicioso. Por último, explicarles con todo detalle la utilización de aparatos o placas que le sirvan al niño como un "recordatorio" con el fin de completar la erradicación del hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Angle E. H. : Habits. Dental Cosmos. 1912.

Arnold Gessell : El niño nervioso., El niño de uno a cinco años.

Cohen M. M.: Pediatric dentistry. St. Louis. The C. W. Mosley company, 1957.

Karl Haupt: Tratado general de Odontostomatología; tomo V. Ed.

Alhambra, S. A. Madrid, 1958.

Moyers Robert E.: Tratado de Ortodoncia. Interamericana S. A. 1960

Pearson J. H. P.: Psychology of finger sucking, tongue sucking, and another oral habits.

Sidney B. Finn: Odontopediatría Clínica. Ed. Bibliográfica Argentina. 1959.