

46
2oj.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**HABITOS ORALES EN
ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
ALFONSO ALEJANDRO CANO ORTIZ
MARCOS LOPEZ LEON



MEXICO. D. F.,

ABRIL DE 1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I Desarrollo cráneo-facial	3
CAPITULO II Desarrollo de la oclusión y los cambios que se originan en ella	12
CAPITULO III Hábitos bucales infantiles	23
CAPITULO IV Tratamiento de los hábitos	42
CAPITULO V Psicología del niño en el consultorio dental	56
CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFIA	65

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

En la práctica cotidiana del odontólogo general, es muy común encontrar maloclusiones de todo tipo; la gran mayoría de éstas son causadas por algún tipo de hábito que haya tenido el paciente durante su infancia o en el peor de los casos que persista dicho hábito en su etapa adolescente o adulta, todo lo anterior sin olvidar las alteraciones congénitas que existen también en gran número.

Para evitar este tipo de maloclusión, es importante eliminar toda clase de hábitos desde la niñez conocer su etiología para aplicar el tratamiento adecuado.

Es muy importante para el odontólogo tener el conocimiento de estos tratamientos, que aunque no son muy complicados, son específicos para cada hábito.

Los hábitos y tratamientos de éstos que serán descritos posteriormente no son los únicos pero sí los más comunes e importantes dentro de la odontopediatría.

C A P I T U L O I

DESARROLLO CRANEO - FACIAL

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

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

El cráneo se desarrolla a partir del mesénquima que rodea al cerebro. El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal se inicia en el segundo mes de vida intrauterina, presentándose siete procesos diferentes: dos mandibulares, dos nasales laterales, un nasal medio y dos maxilares que crecen en proporciones variables; sus cambios críticos dan

lugar a la formación de la cara embrionaria, el conducto nasal y la lengua.

La separación de la cavidad bucal y nasal está dada por la formación del paladar y este período lo forman dos fases:

- a) Primera fase: En la quinta y sexta semana de la vida embrionaria, existe la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino anterior, se forman los conductos nasales y bucal, la lengua ya se ha desarrollado.
- b) Segunda fase: En la séptima y octava semana de vida fetal se desarrolla el paladar separando la cavidad bucal y la nasal.

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

La cara consiste en una prominencia redonda formada por el prosencéfalo (cerebro anterior), cubierta por el mesodermo y ectodermo que presenta una protuberancia debajo de la

cual hay una abertura profunda que es la fosa bucal primaria limitada en su parte inferior por el arco mandibular que es el primer arco branquial, a los lados, por los procesos maxilares y en la extremidad cefálica por los procesos frontonasaes.

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

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

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

Los procesos nasales laterales están junto a los procesos maxilares, separados por medio de las ranuras nasomaxilares (nasolagrimalles).

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

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

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

El crecimiento del maxilar inferior está dado por el cartílago de Meckel; en el segundo mes de vida fetal aparecen huesos a cada lado del cartílago, cubriendo la parte

posterior casi en su totalidad hasta donde se encontrará la espina de Spick.

Durante el primer año de vida, el crecimiento es activo en el reborde alveolar, en la superficie distal superior de las ramas ascendentes, en el cóndilo y a lo largo del borde inferior; al nacer, las dos ramas del maxilar inferior son cortas y hay una capa delgada de fibrocartilago y tejido conectivo.

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

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

La cavidad nasal primaria es un conducto que lleva a la cavidad bucal la cual tiene un techo en forma de herradura formado en la parte anterior por el paladar primario y la superficie bucal que se comunica con las cavidades nasales en la parte lateral; las cavidades nasal y bucal es-

tán separadas por el paladar secundario, el cual se forma por la unión de los procesos palatinos.

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

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

El origen de la lengua se inicia en los tres primeros arcos branquiales; el cuerpo y la punta de la lengua se derivan del primer arco branquial o mandibular; la base de la lengua se forma de la unión del segundo y tercer arco branquial y ésta se desarrolla rápidamente.

La superficie inferior de la lengua está revestida por una mucosa delgada y lisa a diferencia de la que cubre la

superficie dorsal, ya que existen dos tipos:

- a) Una que cubre los dos tercios anteriores de la lengua (cuerpo de la misma).
- b) La otra es la que envuelve el tercio posterior (raíz de la lengua).

Estas dos partes están limitadas por una línea en forma de "V".

En la parte bucal de la lengua, en la mucosa, se presentan unas proyecciones denominadas papilas, siendo de tres tipos:

- a) Papilas filiformes: Son estrechas, altas, de forma cónica, numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que se encuentran cerca de la raíz; las cuales siguen una línea en forma de "V" y tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto.
- b) Papilas fungiformes: Son redondas, delgadas en su base y se hallan distribuidas entre las

papilas filiformes; se encuentran en mayor cantidad en la punta de la lengua.

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

C A P I T U L O I I

DESARROLLO DE LA OCLUSION
Y CAMBIOS QUE SE ORIGINAN EN ELLA

La posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de la oclusión son determinados por procesos del desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas durante los períodos de formación, crecimiento y modificación postnatal. La oclusión dentaria varía entre los individuos, según el tamaño, forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de la erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial.

El estudio de la oclusión se refiere no solamente a la descripción morfológica, penetra en la naturaleza de las variaciones de los componentes del sistema masticatorio y considera los efectos de los cambios por edad, modificaciones funcionales y patológicas.

La variación en la dentición, es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que afectan

tanto al desarrollo prenatal como a la modificación postnatal.

La rama de la odontología que estudia a la oclusión, es la ortodoncia y podemos definirla como la ciencia que estudia el crecimiento y desarrollo del sistema masticatorio, así como la prevención y corrección de las maloclusiones de los dientes y las desarmonías dentofaciales.

La oclusión normal de los dientes, puede definirse como la relación normal de los planos inclinados oclusales de las piezas dentales que se alojan en una relación armoniosa en los huesos basales de los maxilares. Los dientes presentan contactos proximales correctos, así como posiciones axiales en medio de tejidos que funcionan normalmente.

Toda desviación de la oclusión normal, se considera maloclusión.

Por lo tanto, podemos definir la maloclusión como la mínima desviación de la oclusión natural de los dientes o de los maxilares que los rodean o como una desviación entre dientes en relación normal antagonista - antagonista (arcos de antagonismo).

La mayoría de los casos de maloclusión, son rápidamente detectables, pero una proporción, muestra discrepancias tan ligeras, que bien podrían considerarse como dentro de límites de normalidad para el individuo, aunque la oclusión puede no ser ideal, podría satisfacer los requerimientos de equilibrio estructural: eficacia funcional, y armonía estética.

La maloclusión se puede dividir en simple o compleja y se considera en los siguientes grupos:

1.- Dientes: Mal posición de dientes individuales o grupos de dientes en arcos dentarios y maxilares relacionados normalmente. La falta de espacio en el arco para dientes en mal posición, puede deberse a la migración de otros dientes que se han inclinado al espacio. En esta forma, una maloclusión simple, puede

2.- Arcos Dentarios: Mala relación de los mismos sobre bases óseas que están relacionadas normalmente. Es importante hacer notar que una mala relación de los arcos dentarios puede ocurrir en todas las dimensiones anteroposterior, lateral y verticalmente; muchos casos -

demuestran elementos de las tres variaciones dimensionales de la relación normal de los arcos.

3.- Bases dentarias: Las bases dentarias pueden estar relacionadas una con otra de tal manera que difícilmente puede lograrse una relación normal de los arcos dentarios, ya sea por la naturaleza o por el ortodontista.

La etiología de la maloclusión la dividiremos en factores generales y factores locales.

Factores Generales tenemos:

- a) Herencia: El tamaño y la forma de los dientes, el momento de la erupción y del cambio de dentadura, las anomalías de posición de dientes aislados y de grupos dentarios, al tamaño y la forma del maxilar inferior y del superior dependen en gran valor de la herencia (Genética).

b) Trastornos hormonales: El déficit de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, reguladora del crecimiento, inhibe al desarrollo óseo.

El desarrollo de los dientes hasta su tamaño normal, no está inhibido por un déficit de la hormona, ya que el feto, antes del parto, recibe de la madre esta hormona en abundancia.

El desarrollo ulterior y la erupción de los dientes se retardan por un déficit de la hormona.

La causa del retardo, no radicaría en una acción inmediata por ausencia de desarrollo óseo en la vecindad de los dientes.

En los trastornos del crecimiento de origen hipofisario, existe una total disociación entre la edad cronológica, la ósea y la dental.

c) Trastornos nutricionales: Estos trastornos incluyen gravemente en el crecimiento, incluso en los maxilares y dientes.

Las consecuencias de trastornos pasajeros,

son luego compensadas; pero no siempre desaparecen las anomalías de posición y oclusión que se han producido.

Las avitaminosis son trastornos de la nutrición especialmente importante; por ejemplo el raquitismo, ya que disminuye en alto grado la capacidad de asimilación del hueso para las sales de calcio, de suerte que el hueso de nueva formación queda blando y está expuesto a incurvaciones. Además sufre un retraso en su desarrollo y desempeña un papel importante en el origen y las anomalías de posición y oclusión.

d) Trastornos del desarrollo de la dentadura.

Entre estos encontramos a los chupadores de dedo, a los respiradores bucales, a los que se muerden el labio y/o las uñas, etc. Estos se tratarán más en otros aspectos individuales.

Entre los factores locales tenemos:

- a) Anomalías en el número de dientes como pueden ser los dientes supernumerarios a los dientes faltantes.
- b) Anomalías en el tamaño de los dientes.
- c) Anomalías en la forma de los dientes.
- d) Pérdida prematura de los dientes temporales.
- e) Caries y restauraciones dentales inadecuadas.
- f) Frenillo labial grande.
- g) Traumatismos.

CLASIFICACION DE LA MALOCLUSION

Para adquirir una mejor comprensión de las muchas desviaciones de la oclusión normal y ayudar en el diagnóstico y el plan de tratamiento, se hace necesario agrupar las variedades de maloclusiones en orden. Esto es difícil, porque las anomalías oclusales son muchas y diversas.

Así, tenemos que la clasificación más usada es la que presentó Edward Angle, en 1899, en la que estableció una clasificación basada en la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

Clase I o Neutroclusión.- Son aquellas maloclusiones en las que se observa una relación anteroposterior normal entre los maxilares y la mandíbula. La cúspide mesiobucal del primer molar permanente inferior y las bases óseas que soportan los dientes, se encuentran bien relacionadas anteroposteriormente.

Sin embargo, las unidades dentarias anteriores a las molares, pueden tener diferentes tipos de mal posición como: apiñamiento, espacios múltiples, rotaciones, mordidas cruzadas anteriores y/o posteriores, sobremordida vertical y horizontal exageradas y mordida abierta.

Clase II o Distoclusión.- Forman esta clase las mal posiciones en las que se observa una relación distal en la mandíbula con los maxilares. El zurco mesiovestibular en el primer molar inferior ya no recibe a la cúspide mesiovestibular en el primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

Dentro de las maloclusiones Clase II existen 2 divisiones:

- Clase II División 1.- Es la distoclusión en la que como característica principal, tenemos a los incisivos superiores en típica labioversión exagerada.

- Clase II División 2.- Es la distoclusión en la que a diferencia de la anterior, los incisivos superiores presentan linguoversión y los incisivos

laterales se han inclinado, generalmente hacia labial y mesial. Pueden existir variantes, como por ejemplo, los centrales y un lateral en linguoversión y el otro lateral inclinado labialmente. También pueden presentarse los centrales y laterales en linguoversión mientras que los caninos se encuentran en labio-versión, etc.

Estas divisiones se pueden subdividir cuando las distocclusiones ocurren en un solo lado del arco dental.

Clase III o Mesioclusión.- A esta clase pertenecen aquellas maloclusiones en las que existe una relación-Mesial de la mandíbula con respecto a los maxilares. La cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula posteriormente (distal) a la fisura mesial del primer molar inferior permanente.

Generalmente existe una sobre - mordida horizontal negativa, es decir, mordida cruzada anterior. Existen muchas variantes dentro de este tipo de maloclusión, por ejemplo: dientes anteriores apiñonados, mordida abierta anterior y mordida cruzada generalizada.

C A P I T U L O I I I

HABITOS BUCALES INFANTILES

Definiciones:

- a) Los hábitos son maneras adquiridas de ser o actuar que se originan de la repetición en situaciones semejantes.
- b) Se definen como un sistema complejo de reflejos que funcionan en un orden determinado cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado.
- c) El hábito es la forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos.

En la ortodoncia y en odontopediatría se encuentra frecuentemente como hábitos a ciertos actos como son:

- 1.- Chuparse el dedo.
- 2.- Morderse las uñas.

3.- Interponer la lengua entre las arcadas.

4.- Adquirir posiciones defectuosas.

5.- Respirar por la boca.

6.- Morderse los labios, etc.

Estos hábitos al repetirse frecuentemente determinan en algunos casos serias repercusiones anatómicas funcionales en el aparato masticatorio, debido a ello se les ha denominado como "malos hábitos".

Succión del pulgar y de otros dedos.- En el niño los reflejos de succión se afirman con el ejercicio: el lactante no se conforma con chupar cuando mama, sino que se chupa los dedos cuando los encuentra, después cualquier objeto que fortuitamente se le presente, y coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse sistemáticamente.

En una palabra, asimila una parte de su universo a la succión, hasta el punto de que su comportamiento inicial podría expresarse diciendo que, para él, el mundo es esencialmente una realidad de ser chupada.

Se ha dicho que la succión digital es normal hasta los dos primeros años de vida, aún cuando muchos niños no lo hayan presentado.

Aconsejar a los padres a eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Pero muchos niños no lo harán; y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos aconsejados de manera inadecuada para eliminar el hábito, y la continua vigilancia del niño por parte de los padres para que saque el dedo de la boca, dá a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.

De una manera general esta parece ser una de las explicaciones de la prolongación de hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado, junto con otros mecanismos infantiles.

Debido a que varios de los daños producidos por este hábito son similares a las características que presenta la maloclusión en maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático la sobremordida profunda, el labio superior flácido, la bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al tercer año de vida no suele hacer más que: reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. Puede existir leve apiñamiento, o mal posición de los dientes anteriores inferiores.

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante; igualmente importantes tenemos dos factores más: la frecuencia del hábito durante el día y la noche afectan el resultado final; el niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca.

En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible de buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de gancho sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca; el mismo dedo puede mostrar los defectos del hábito.

Cualquier succión del pulgar o de otro dedo que persiste después de los cuatro años, enfrenta al clínico ante un problema difícil, el hábito de chuparse el pulgar, observado durante esta fase, necesita de una terapéutica dental y psicológica completa.

Las maloclusiones de los incisivos superiores causada por chuparse el dedo, generalmente provoca hábitos secundarios en los labios, y casi en un 80% predisponen a la respiración bucal.

Obviamente es necesario calificar muchos aspectos de este problema, contribuyendo al problema, se encuentran entidades como: morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad del hábito, fuerza de palanca producida por intensidad del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones específicas y otros factores, que deberán ser considerados y evaluados para sacar conclusiones acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento, que trae consigo el hábito de chuparse el dedo.

Hábito de respiración bucal.- Durante el crecimiento dentofacial normal se requiere de una respiración normal. La respiración y la inspiración por la boca puede ocasionar problemas orofaciales. Este hábito se encuentra ligado por la función muscular anormal, obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas que puede deberse a: hipertrófia nasal, desviación del séptum, inflamación de las membranas mucosas adenoides, amígdalas grandes y trastornos del oído medio.

Para la respiración bucal anormal es primordial conocer las características de la respiración normal; el recién nacido es un respirador nasal; presenta los labios yuxta-

puestos y en ocasiones ligeramente separados. El labio inferior es activado, el superior se encuentra relativamente inmóvil; se presenta una proximidad con el dorso de la lengua con el paladar blando dificultando la respiración bucal.

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

A esta posición se le conoce como posición de reposo o posición postural endógena. Durante el crecimiento de la lengua sigue en contacto el paladar blando, la respiración nasal se interrumpe en la deglución y en la fonación.

Siendo poco frecuente que los niños respiren por la boca, se presenta este hábito por enfermedades de

naríz y garganta durante la infancia, que retardan el crecimiento facial interfiriendo en la respiración.

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

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

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

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

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

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

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

Hábito de lengua.- Para el odontólogo, la lengua es un origen de inquietud, ya que al poderse colocar en diver-

sas posiciones y a intervalos frecuentes, está asociada como ninguna otra estructura, a las malas oclusiones.

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

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

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

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

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

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

Algunos niños que presentan el hábito de succión digital espontáneamente lo dejan y adoptan el de proyectar la

lengua hacia adelante o adquieren el de succionar la lengua y estos son practicados por la sensación de placer que les provoca; los hábitos viciosos de la lengua producen grandes deformaciones.

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

El empuje lingual presenta dos etiologías:

1.- la deglución con empuje lingual simple.- Es una proyección lingual asociada con una deglución normal o con dientes juntos; regularmente está asociada a una historia de succión digital aún cuando el hábito sea o no practicado, debido a que la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta

para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

2.- la deglución con empuje lingual completo.- Es una proyección lingual asociada con una deglución con dientes separados. Está generalmente asociada con incomunicación naso-respiratoria-crónica, respiración bucal, amigdalitis o faringitis.

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

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

La extensión de la lengua algunos autores la describen en tres posiciones:

1.- Un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase de la deglución.

2.- Dirigir la lengua hacia el frente o en contra de la dentición anterior con el maxilar inferior abierto durante el habla.

3.- Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo.

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

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

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

Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua; cuando el labio superior deja de funcionar como fuerza restrictiva, el labio inferior ayuda a la lengua a ejercer una fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento de la premaxila causando una severa maloclusión. Las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores por el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, volviéndose un círculo vicioso, ya que

se repite en cada deglución, ejerciendo una fuerza deformante sobre las arcadas dentarias.

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

Hábito de deglución.- En el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares.

Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto a los maxilares hasta que los dientes superiores o inferiores tocan la lengua.

Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. Como resultado de una anomalía en la deglución, se presentan arcadas superiores estrechas, constricción maxilar con dientes superiores en protrusión y mordida abierta.

La importancia de la colocación de la lengua en relación con el paladar, que influye cooperando con los dientes en el acto de la deglución no puede ser olvidada, porque es el motivo por medio de cual se logra el balance de las fuerzas que sostienen las distancias de los huesos maxilares.

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

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

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

C A P I T U L O I V

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES

El tratamiento a seguir contra cualquier hábito se debe tomar en cuenta desde el punto de vista de la integridad del paciente, y no solo concretarse a segregarse el hábito sin ponerle debida atención a los problemas emocionales que este presenta.

La corrección de las malas posiciones dentarias producidas por hábitos perniciosos, no podrá llevarse a cabo con buen resultado solo con aparatos ortodónticos, si no llega a dominarse el hábito que las produce.

A continuación se mencionan los tratamientos de los hábitos más comunes:

1.- Tratamiento de la succión del pulgar.- Los medios para evitar este hábito ya establecido, por lo general se abriga esperanzas de que el hábito cese en cuanto se resuelvan dificultades emocionales del niño, ya que el chupador de dedo se origina cuando está en tensión emocional.

Se debe hablar al niño directamente sobre este problema sin amenazarlo ni avergonzarlo de una manera calmada y amistosa con el objeto de convencerle de las diferentes actividades y perjuicios que provoca este hábito, y sobre todo buscar su cooperación para erradicarlo.

Debido a que el hábito es una norma mental inconciente, solo parece razonable que el uso de un dispositivo recuerde el acto, haciéndolo conciente y moleste la norma haciendo el hábito inefectivo.

La terapéutica a seguir debe ser aplicada individualmente, y no generalizarse con reglas, porque también las causas son individuales y de diverso origen.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito sería aquel que cumpliera con lo siguiente:

- Que no ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular normal.
- Que no necesitará recordatorio para usarlo.
- Que su uso no avergüence.
- Que no dependa de los padres.

Puede utilizarse la placa bucal para la corrección del hábito, pero se necesitará la colaboración intensa del paciente.

Posiblemente el mejor aparato, el arco lingual con pequeños espolones soldados en sitios estratégicos, que recuerden al pulgar que no debe meterse a la boca.

Este aparato no es una interferencia mecánica con el pulgar y por lo tanto no debe tener la forma de una gran pantalla llamada rastrillo.

Debe adaptarse correctamente, sin estorbar la función bucal normal; y estar provistos de suficientes espolones cortos y agudos que produzcan ligeras señales aferentes de incomodidad cada vez que se inserte el pulgar.

Debemos entender claramente las razones de este aparato, una ligera señal de incomodidad o de ligero dolor, recuerda el sistema neuromuscular, aún durante el sueño, que lo mejor es que el dedo se quede fuera de la boca.

2.- Tratamiento de la respiración bucal.- Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal

deberá eliminarse la causa de este hábito con la ayuda de un otorrinolaringólogo. El hábito se quitará al eliminar la causa que lo produjo, pero con el uso de una pantalla oral ayudaremos al niño a respirar normalmente.

Para la fabricación de la pantalla oral se utilizan las resinas sintéticas que son compatibles con los tejidos bucales, se necesitan modelos de estudio del paciente. Se colocan los modelos en un articulador en oclusión habitual del paciente; se hace la toma de impresiones vestibulares con modelina. Para esta impresión se toma un rodillo de modelina blanca bajo los labios y se comprimen extendiéndola con una toalla sobre los labios y las mejillas mientras se tiene al paciente en oclusión habitual.

Se diseña la pantalla oral siguiendo el contorno de la línea mucogingival, llevándolo aproximadamente 2 ó 3mm por arriba o antes del fondo de saco, extendiéndose hasta la región de los caninos, o de los primeros o segundos premolares si se desea mayor retención. Se bordea con cera negra el contorno del diseño, se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera procurando dejar

una superficie tersa. Se recorta, se pule y se coloca dentro de la boca, indicándole al paciente que solo lo utilizará mientras duerme.

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

3.- Tratamiento del hábito de lengua.- La gran importancia de la lengua en la mordida abierta, lleva a que el tratamiento se estructure en lo posible con carácter casual.

Para este tipo de hábitos se hace lo siguiente; se sugiere al paciente que se coloque un pedazo de dulce

en la parte palatina anterior correspondiente a la región de los incisivos centrales pero lejos de los dientes; y que trate de retener el dulce con la punta de la lengua. Esta debe mantenerse en esa posición durante el ejercicio de la deglución de la saliva.

Esta práctica debe ser repetida hasta que el paciente se acostumbre a deglutir, haciéndose conciente de que pueda pasar saliva u otros líquidos sin empujar la lengua hacia afuera empujando los dientes.

Todo esto es con el fin de reeducar a la lengua; pero requiere de un considerable esfuerzo por parte del paciente.

Posiblemente el aparato ideal para este tipo de paciente sea el Monoblock, que se mantiene en la boca alejando la lengua de los dientes y facilita la erupción de los mismos, ya que mediante configuración adecuada de las superficies de fresado se puede dar a la erupción la dirección deseada.

La manipulación del Monoblock es muy sencilla, los casos que reaccionan favorablemente muestran a los pocos meses una mejoría esencial.

Generalmente, la oclusión total de las arcadas dentarias se consigue de los seis a los diez meses de uso. Puede observarse a menudo, que el hábito, de presionar la lengua disminuye rápidamente ya que a los pocos días o semanas, incluso se oye una mejor claridad en el lenguaje.

En ocasiones el uso del Monoblock durante el día y la noche no es suficiente para anular las influencias nefastas de la lengua en los intervalos en que el paciente no usa su aparato.

En estos casos, se construye un aparato o placa que pueda llevarse en las horas de comida y para hablar, evitándose así la interposición de la lengua entre los dientes.

Una pequeña placa será suficiente para obtener buenos resultados en este tipo de problema.

4.- Tratamiento del hábito del labio.- Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar un diagnóstico correcto; se puede presentar que la actividad anormal del labio es compensadora y adaptativa a la forma dentoalveolar y no se podrá cambiar la activi-

dad labial sin cambiar la posición dentaria y el tratamiento sería un fracaso.

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

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

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

El empleo de instrumentos musicales ayuda a fortalecer los músculos labiales. En el caso de la tendencia

a chupar el labio en niños con oclusión normal o que esta ha sido corregida previamente con un tratamiento ortodóntico, se colocará el aparato para labios, siendo este casi innecesario, porque a la eliminación de la maloclusión se restablece la función muscular normal.

En niños en los que el hábito es un tic neuromuscular se emplea el aparato de hábito de labio. En ocasiones no es necesario el tratamiento ortodóntico, debido a que la maloclusión de los incisivos puede ser autocorregible con la ayuda de la lengua que alinea a los incisivos inferiores mientras que el aparato para labio evita la acción muscular anormal.

El aparato para labios se elabora de la siguiente manera: Se toman impresiones de alginato en la arcada superior e inferior del paciente; se toma el positivo de dichas impresiones, se seleccionan los dientes pilares (segundos molares deciduos inferiores o primeros molares permanentes inferiores) se articulan dichos modelos se adaptan a los dientes pilares bandas de ortodoncia o coronas completas (las coronas presentan mayor resistencia a las fuerzas oclusales).

Se adaptan soldando en las coronas o bandas por su parte lingual un alambre de acero inoxidable (de 0.004") que va por las caras linguales de los molares deciduos hasta el nicho del canino y primer molar decido, o bien, del canino o del incisivo lateral. El área interproximal es seleccionada dependiendo del espacio existente para poder cruzar el alambre base a la zona labial; el alambre se dobla a nivel del margen incisal hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. Esta porción de alambre no debe hacer contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al estar en oclusión, lo que se logra doblando el alambre a una posición gingival.

El alambre debe estar separado de las superficies labiales de los incisivos inferiores a una distancia de 2 a 3 mm y si se desea anexar un alambre de acero inoxidable de 0.036" ó 0.040" se podrá soldar en el extremo donde el alambre cruza el nicho llevándolo de 5 a 8mm gingivalmente; se dobla el alambre, cruza la encía de los incisivos inferiores paralelamente al alambre base, a una distancia aproximada de 3mm de tejido gingival; se dobla nuevamente en la zona del nicho opuesto y es soldado el alambre base. Poste-

riormente el alambre base se vuelve a cruzar por el nicho opuesto y hacia atrás hasta la corona o banda del diente pilar a donde suelda el alambre, haciendo contacto con las superficies linguales del canino y molares deciduos. Se revisa el aparato para que no exista interferencia incisal u oclusal con el alambre; se procede a limpiarlo y pulirlo para poder ser cementado en la boca del paciente.

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

5.- Tratamiento del hábito de deglución.- Para algunos dentista la presencia del hábito puede pasar desapercibida, pero existe un procedimiento sencillo para observarlo, que consiste en lo siguiente: Separar suavemente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observándose así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios persistentes.

Para poder controlar este hábito se solicita la colaboración de un otorrinolaringólogo, que de ser necesario efectuará la extirpación de las amígdalas.

Hecho esto colocaremos una placa llamada recordatorio lingual, que consiste en un paladar de acrílico sostenido a los molares por medio de ganchos, con unos espolones de alambre que indicarán al paciente la posición correcta de la lengua.

Si el paciente es poco cooperador el aparato que se colocará tendrá que ser fijo.

Para ayudar al niño en el control de su hábito se le indicará que ejecute un ejercicio muy sencillo que se realiza de la siguiente manera:

- Ocluir con todos los dientes.
- Efectuar la deglución sin despegar los dientes.

Este ejercicio se hace frente a un espejo con el objeto de que el niño observe que al deglutir no deberán moverse los labios ni el mentón.

El recordatorio lingual deberá ser usado durante

bastante tiempo generalmente más de seis meses, por la gran dificultad que presenta la eliminación de este hábito.

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

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

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

C A P I T U L O V

PSICOLOGIA DEL NIÑO
EN EL CONSULTORIO DENTAL

Se citarán algunos ejemplos que servirán de ayuda en la práctica del odontólogo a fin de comprender las diferentes actitudes del niño dentro del consultorio dental.

Niño tímido o vergonzoso.- Es fácil descubrir al niño asustado, pues tratará de esconderse detrás de su madre o mirará al suelo o a otro lugar en el momento de dirigírsele la palabra. Este niño responderá a pocas preguntas o comentarios, si es que responde y no cooperará mientras esté rodeado de este caparazón.

Esta reacción será común en el niño pre-escolar especialmente en aquellos que no han asistido aún al jardín de niños y que son muy dependientes todavía de su madre.

Tratamiento psicológico:

- 1.- El asistente y el profesional deben hacer todo lo posible para que el niño y la madre se sien-

tan cómodos lo antes posible.

2.- Deberá aprenderse lo antes posible el nombre del niño y también si es necesario su juego o entretenimiento de más agrado.

Es importante que el odontólogo lo conozca, pues estos niños responderán favorablemente si se les demuestra un interés sincero.

Niño incorregible o consentido.- Este niño puede lloriquear, patalear, golpear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer cualquier cosa intentando por esos medios persuadir al padre para que lo saquen del consultorio.

Los padres generalmente en este momento comienzan a hacerles promesa, pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de que casi todas las cosas son suyas por el hecho de pedir las.

Al odontólogo no le conviene mostrarse enojado o irritado o bien cuenta de tales reacciones para tener un buen motivo y asumir una actitud de protección.

Además el dentista enojado no puede realizar operaciones con eficiencia y muy probablemente resultará más dañino que el procedimiento intentado.

El acercamiento a estos problemas de manejo del niño es importante en la determinación del éxito o del fracaso en esta rama de la odontología.

Es pobre, ridiculizar o avergonzar a un niño; además es una pérdida de tiempo colocar al niño en el sillón dental, con el propósito de subirlos y bajarlos durante un período largo de tiempo. Pocos padres, salvo que se hayan hecho arreglos especiales, tendrán deseos de pagar por un período de entrenamiento en el consultorio dental.

Los padres llevan a su hijo al consultorio, porque existe un problema inmediato, porque estiman necesario y aconsejable que los dientes del niño sean examinados.

Algunos pacientes pasan por la entrevista inicial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia el tratamiento se oye: "esa cosa no me gusta", "no quiero que me lo pongan" (refiriéndose a la pieza de mano o a las

fresas), o el chico empieza por resistirse o comienza a gritar. En este momento debe hacerse todo lo posible, despacio y con calma para explicarle las razones para el procedimiento, y además se tomarán las precauciones para completar el tratamiento con la menor incomodidad posible.

En caso de que el niño decida poner obstáculos por un tiempo o desatienda cualquier acercamiento o comentario razonable del odontólogo, se conversará con el padre o la madre para determinar el procedimiento a seguir en el caso particular.

Si el niño continúa llorando y se niega a responder a comentarios amables, entonces como último recurso se le sostiene firmemente de manos y pies. La mano del operador se coloca sobre la boca y nariz durante unos cinco o diez segundos, entonces se podría decir: "No me gusta tenerte así, pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar y patear".

Este solo tratamiento es, por lo general, suficiente a pesar de que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos el odontólogo seguirá siendo el dueño absoluto de la situación.

Este método es definitivo, rápido y práctico y ahorra horas de tiempo. Algunos pacientes prometerán portarse bien después de la primera aplicación, pero se oponen fuertemente a cualquier intento de examinarles la boca, o iniciar procedimientos operatorios, en cuyo caso deberá procederse a repetir el procedimiento.

El operador ya controlando al pequeño debe felicitarlo sinceramente, pedirle ayuda para detener rollos de algodón, etc.

Cuando el exámen de la cavidad bucal se ha terminado, deberán decirsele algunas palabras elogiando su buen comportamiento.

Es raro que el tratamiento que se ha mencionado, deba repetirse a la cita siguiente. El paciente gana más confianza en cada nueva visita y se convertirá en gran amigo del odontólogo, a medida que el trabajo dental adelanta.

Niño desafiante.- Algunos niños, en particular los hombres desafían al odontólogo que intente realizar sobre ellos cualquier trabajo.

Estos niños no lloran y raramente dicen mucho; sin embargo, sus expresiones más comunes suelen ser: "No abriré la boca", "No me importa que me hagan ningún trabajo ni que mis dientes se caigan o tengan caries".

Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

Cuando se ha obtenido la confianza y el consentimiento de los padres para atender al niño a solas, el problema estará resuelto, aplicando, en caso de que el niño no se deje atender, el tratamiento ya mencionado. Esto convencerá rápidamente al chiquillo de quien manda en el consultorio es él doctor. Estos niños también llegan a ser excelentes pacientes y buenos amigos del odontólogo en un tiempo bastante corto.

Niño con temor exagerado.- La odontología tiene uno de los mayores obstáculos en historietas, diarios y revistas que intentando hacer reír desaniman a la gente a decidirse a visitar periódicamente al dentista.

Muchos padres irreflexivos castigan a los niños diciéndoles que si su comportamiento no mejora los llevarán al dentista y que éste les sacará todos los dientes.

Esto crea en el niño una imagen de temor, la cual se va a manifestar cuando el niño llegue por primera vez al consultorio dental. El miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza con el niño.

La imaginación vuela en los niños cuando se acercan al consultorio por primera vez, y que agradable es para el pequeño el encontrarse con el profesional y la asistente y lo reciban sonrientes y amables.

A cada individuo le gusta ser elogiado y reconocido, nunca deberá perderse la oportunidad para estimular la amistad, comprensión y apreciación de los méritos del pequeño.

El odontólogo para adquirir esta confianza podrá realizar ciertos comentarios durante su tratamiento que le ayudarán a que poco a poco el niño sienta que él es su amigo.

Estos comentarios podrán ser:

- a) Siempre te diré la verdad, y quiero que tú lo hagas también.
- b) Cuando esté trabajando en tu diente, si realmente te molesta, levantarás tu mano y me detendré, ahora, no trates de levantarme mucho tu mano, solamente cuando te duela, para que terminemos pronto.

Todos estos comentarios aunque parezcan simples y de poca eficacia aparente, son los más grandes aliados del odontólogo en su práctica con los niños, pues además de ayudarlo en su tratamiento provocan que el niño sienta confianza y amistad hacia él.

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

En el presente trabajo se hace hincapié al odontólogo de la importancia del tratamiento a tiempo de todo tipo de hábito bucal para evitar maloclusiones, deformaciones, asimetrías faciales y por consiguiente problemas psicológicos en el paciente.

La relación entre padres e hijos debe ser buena ya que de no ser así puede ser esto un factor desencadenante de algún hábito nocivo en el niño.

En pacientes que requieren tratamiento tanto bucal como psicológico a causa de cualquier hábito, es de vital importancia que el odontólogo tenga buen tacto para tratarlo y ganar su confianza y así mismo su aprobación para ser tratado.

Para realizar cualquier tipo de tratamiento en el niño es necesaria su aprobación así como la ayuda de sus padres, ya que sin la cooperación de ellos, con previa preparación, fracasaría totalmente el tratamiento.

B I B L I O G R A F I A

Orban, Balint.

Histología y Embriología.-
Editado por: Harry Shicher,
M. O., 1a. Edición en Espa-
ñol traducida de la 6a.
Edición en Inglés.
La Prensa Médica Mexicana,
México.

Joseph M. Sim.
Sidney B.Finn

Odontología Pediátrica.-
Nueva Editorial Interameri-
cana, S. A. de C. V., 4a.
Edición en Inglés, 1a. Edi-
ción en Español, 1976.
Impresa en México.

Graber, T. M.

Ortodoncia, Teoría y Prác-
tica.-
Traducida al Español por el
Dr. José Luis García, Nueva
Editorial Interamericana,
S. A. de C. V., 3a. Edición
1a. en Español, 1974.
México.

Hogeboom, Floyde, Eddy
D. D. S. F. P. C. D.

Odontología Infantil e Higiene Odontológica.-
Editorial: Hispano Americana.
Traducción al Español, de la 6a Edición en Inglés, Unión Tipográfica
2a. Edición.

W. Ham Arthur

Tratado de Histología.-
Editorial Interamericana,
México, 6a. Edición.

Cohen M. Michael

Odontología Pediátrica.-
Desarrollo Psicológico del Niño.

Barber K. Thomas
Lukes Larry

Odontología Pediátrica.-
Editorial El Manual Moderno,
S. A. de C. V., México,
D. F., 1985, 1a. Edición en Español