

879522

4

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE *rej*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HABITOS GENERALES DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FLORA GUADALUPE CARDENAS LEON



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

1992



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.

INTRODUCCIÓN+++++	5
CAPÍTULO I	
DEFINICIÓN Y GENERALIDADES+++++	7
CAPÍTULO II	
HÁBITOS PRENATALES+++++	12
CAPÍTULO III	
OTROS MALOS HÁBITOS	
DE SUCCIÓN+++++	31
CAPÍTULO IV	
INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO	
DE MALOS HÁBITOS+++++	34
CAPÍTULO V	
HÁBITOS DE LA RESPIRACIÓN+++++	39
CAPÍTULO VI	
TRATAMIENTO PARA RESPIRADORES	
BUCALES+++++	47
CAPÍTULO VII	
HÁBITOS DE LA LENGUA+++++	57
CAPÍTULO VIII	
CUERPOS EXTRAÑOS LLEVADOS	
A LA CAVIDAD ORAL+++++	64

CAPÍTULO	IX	BRUXISMO+++++	70
CAPÍTULO	X	HÁBITOS POSTURALES+++++	76
CAPÍTULO	XI	HIPOTONISMO MUSCULAR+++++	79
CAPÍTULO	XII	HIPERTONISMO MUSCULAR+++++	83
CONCLUSIONES+++++			86
BIBLIOGRAFÍA+++++			88

I N T R O D U C C I Ó N .

LA PRESENCIA DE LOS HÁBITOS YA SEAN DESEABLES O PERNICIOSOS EN LA ODONTOLOGÍA, SON FACTORES DETERMINANTES - EN EL ÉXITO: FRACASO DE CUALQUIER TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, ASÍ COMO SON FUNDAMENTALES EN EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO FUNCIONAL DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS Y LOS TEJIDOS BLANCOS DE LA CAVIDAD ORAL, CON EL CUERPO EN GENERAL DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE SU ESTUDIO. COMO ES CONOCIDO-POR TODOS NOSOTROS, ENCONTRAMOS HÁBITOS ADQUIRIDOS MEDIANTE UNA EDUCACIÓN MÉDICO-DENTAL, LOS CUALES SEGÚN SU-PRESENCIA O AUSENCIA, NOS DARÁN LOS RESULTADOS ANTES MENCIONADOS. OTRO TIPO DE HÁBITOS, SON LOS DESARROLLADOS-AL SER UTILIZADOS COMO MEDIOS DE ESCAPE EMOCIONAL O COMO INSATISFACCIONES ORGÁNICAS O FUNCIONALES.

ESTE TIPO DE HÁBITOS LOS ENCONTRAMOS CON MÁS FRECUENCIA EN LA INFANCIA, DEBIDO A QUE ESTA ETAPA DE LA VIDA ES DE GRAN DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL E INESTABILIDAD EMOCIONAL Y POR CONSIGUIENTE UNA PERSONALIDAD EN VÍAS DE DEFINICIÓN Y FORMACIÓN; SUSCEPTIBLE A ESTOS DESAJUSTES FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS, QUE PUEDEN ORIGINAR O FACILITAR LA PRESENCIA DE UN MAL HÁBITO.

ASÍ PARA SU MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO, SE HAN -
ELEGIDO PARA SU DESCRIPCIÓN LOS MALOS HÁBITOS ORALES, -
COMO POR LA IMPORTANCIA DE LAS ALTERACIONES PRODUCIDAS-
AL EFECTUARLOS, TALES COMO MALOCLUSIONES, DEFORMACIONES
FACIALES, PARODONTOPATÍAS, ETC., QUE PONEN EN PELIGRO -
LA INTEGRIDAD DE LA CAVIDAD ORAL, ASÍ COMO TAMBIÉN POR-
EL DESEQUILIBRIO EMOCIONAL QUE PROBABLEMENTE ENTORPECE-
RÍA UN BUEN DESARROLLO FUTURO DEL NIÑO.

BASÁNDOSE PARA ELLO EN UNA SERIE DE RECOPIACIÓN--
DE DATOS REFERENTES A TAN CONTROVERTIDO E INTERESANTE--
TEMA.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN Y GENERALIDADES.

LA CONSTANTE REPETICIÓN DE UN ACTO A NIVEL CONSCIENTE O INCONSCIENTE EN LA PRÁCTICA FIJA CONSTITUYE EL HÁBITO.

EN LOS ÚLTIMOS TIEMPOS SE HA MAL INTERPRETADO LA RELACIÓN QUE PRESENTA UNA COSA CON RESPECTO A OTRA COMO "HÁBITO", SIENDO QUE HÁBITO ES SINÓNIMO DE HABITUACIÓN O COSTUMBRE.

LOS HÁBITOS TIENEN SU ORIGEN DENTRO DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR, PUESTO QUE SON PATRONES REFLEJOS DE CONTRACCIÓN-MUSCULAR DE NATURALEZA COMPLEJA QUE SE APRENDEN DURANTE LA VIDA.

LOS HÁBITOS PUEDEN TENER SU ORIGEN EN CIRCUNSTANCIAS-COMUNES A GRUPOS DE INDIVIDUOS, PERO EN EL ESTADO DE ELLOS DEBEMOS TOMAR COMO FACTOR PRINCIPAL LAS CONDICIONES PROPIAS DE CADA PACIENTE, DE ESTE MODO, ESTAREMOS EN CAMINO--DE OBTENER RESULTADOS SATISFACTORIOS.

SE HA ESTABLECIDO QUE LOS HÁBITOS ANORMALES SON FACTORES ETIOLÓGICOS DE MALOCLUSIONES DENTARIAS, STRANG LOS CATALOGA COMO CAUSAS FOSINATALES.

LOS FACTORES CIRCUNDANTES O PROXIMALES.

EN ESTE GRUPO SE COLOCA A TODOS LOS ELEMENTOS QUE ALTERAN LA ARMONÍA, FUNCIONALIDAD, ESTÉTICA, COMO SALUD DE LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LAS ARCADAS DENTARIAS. SI ESTE FACTOR ETIOLÓGICO ES PSICOGÉNICO, SE REQUERIRÁ EL TRABAJO ADJUNTO DEL PSIQUIATRA O PSICÓLOGO, ASÍ LO MISMO - SI EL FACTOR ETIOLÓGICO ES UN DESAJUSTE ENDÓCRINO; FUNCIONAL U ORGÁNICO, DE ESTA FORMA EL DENTISTA DEVOLVERÁ LA ESTÉTICA Y FUNCIONALIDAD DEL APARATO MASTICATORIO Y SU COLABORADOR, LA ESTABILIDAD MENTAL O FUNCIONAL NECESARIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

ESTO NOS REFIERE QUE EL DESARROLLO FÍSICO COMO MENTAL DEL NIÑO ESTÁN ÍNTIMAMENTE VINCULADOS Y NO PODEMOS DESASOCIARLOS EN SUS TRATAMIENTOS, CUALQUIERA QUE SEAN.

UNA PARTE DE SUMA IMORTANCIA AL INTRODUCIRNOS AL --- DIAGNÓSTICO DE LAS MALOCLUSIONES DE NJESTROS PACIENTES SERÁ EL RECONOCER EN PRIMER INSTANCIA EL FACTOR CAUSAL, ASÍ-COMO HACER CONSCIENCIA EN EL NIÑO DE LA PRESENCIA DEL MAL-

HÁBITO, COMO LAS CONSECUENCIAS QUE LE PROVOCARÁ EN CASO DE QUE PERSISTA. POR LO GENERAL SE HARA ESTO, YA QUE EL MAL HÁBITO CASI SIEMPRE ES LLEVADO A UN NIVEL INCONSCIENTE.

EL NIÑO LO PROVOCA PORQUE LE PRODUCE UNA SENSACIÓN DE SATISFACCIÓN O UN ESCAPE EMOCIONAL, EN EL QUE SE REFUGIA.

LA PRIMERA COSA ESENCIAL SERÁ DEVOLVER LA ESTABILIDAD EMOCIONAL Y FUNCIONAL MAS ADECUADA PARA SU DESARROLLO, POR LO QUE NOS VALDREMOS DE MEDIOS DE AUTOCONVENCIMIENTO, ASÍ-COMO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE UN MAL HÁBITO; SE HARÁ EN FORMA RECORDATORIA, SIN CASTIGOS, SIN TEMORES, SIN-DOLORES, SIN SER SUSTITUÍDOS POR OTRO MAL HÁBITO, ETC., YA QUE DE LO CONTRARIO LA ERRADICACIÓN DE ESTOS HÁBITOS SERÍA MÁS DIFÍCIL, PUES SE ACENTUARÍAN EN EL NIÑO.

EN MUCHOS CASOS ESTAS INSTRUCCIONES TIENEN QUE SER EXPLICADAS A LOS PADRES, PUES DE SU ABSOLUTA COMPRESIÓN DEL HÁBITO, COMO DE LOS ESTADOS MENTALES O FUNCIONALES DE SU HIJO, DEPENDERÁ MUCHO UN RESULTADO SATISFACTORIO.

SEGÚN BRAWER LOS HÁBITOS INFANTILES PUEDEN SURGIR DE-CINCO FUENTES:

- 1) INSTINTO.
- 2) INSUFICIENCIA, E INCORRECTA SÁLIDA DE LA ENERGÍA.
- 3) DOLOR O INCOMODIDAD.
- 4) TAMAÑO FÍSICO ANORMAL DE LOS ÓRGANOS.
- 5) IMITACIÓN DE LOS PADRES U OTROS.

PARA COHEN NO SOLO EL DESARROLLO PSICOLÓGICO FÍSICO - DEL INDIVIDUO VAN INTRÍNSICAMENTE RELACIONADOS DURANTE SUVIDA, SINO ADEMÁS DICE QUE EL BEBÉ AL SALIR DEL CUERPO MATERNO TIENE UN PASADO QUE LO DIVIDE EN TRES.

- 1) UN PASADO DISTANTE DE GENERACIONES ANTERIORES.
- 2) UN PASADO RECIENTE DE NUEVE MESES DENTRO DEL CUERPO MATERNO.
- 3) UN PERÍODO DE VARIADA DURACIÓN QUE LO LIBERA PERO EN FORMA TAL QUE RESPONDE TARDIAMENTE A CIERTOS ESTÍMULOS (SOBRE TODO DOLOR).

DURANTE LAS DOS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA DEL BEBÉ OCUPA CASI TODO SU TIEMPO EN DORMIR Y MAMAR LA LECHE CALIENTE QUE SATISFAGA SU HAMBRE.

ESTA ACCIÓN DE SUCCIÓN COMO EL SOPORTE FIRME Y AMOROSO DE LOS BRAZOS DE SU MADRE Y PADRE, ES LO QUE CONSTITUYE GRAN BASE DE SU ESTABILIDAD EN SU NUEVA VIDA.

EL NIÑO QUE NO RECIBE TODO ESTE TIPO DE ATENCIONES Y CUIDADOS SE REFUGIARÁ CON MAYOR FACILIDAD EN ALGÚN HÁBITO.

LOS HÁBITOS SE CLASIFICAN EN:

- a) HÁBITOS PRENATALES.
- b) HÁBITOS QUE SON PERVERSIÓN DE PROCESOS-FUNCIONALES NORMALES.
 - 1) HÁBITO DE SUCCIÓN.
 - 2) HÁBITOS ANORMALES DE RESPIRACIÓN.
 - 3) HÁBITOS ANORMALES DE FONACIÓN.
 - 4) HÁBITOS ANORMALES DE DEGLUCIÓN.
- c) HÁBITOS DIVERSOS.
 - 1) HÁBITO DE LENGUA.
 - 2) HÁBITO DE LOS LABIOS Y CARRILLOS.
 - 3) CUERPOS LLEVADOS A LA CAVIDAD ORAL.
 - 4) ONICOFAGIA.
 - 5) EFECTOS DEL CHUPETE DE GOMA.
 - 6) BRUXISMO.
- d) HÁBITOS DE POSTURA.
 - 1) HIPOTONISMO MUSCULAR.
 - 2) HIPERTONISMO MUSCULAR.

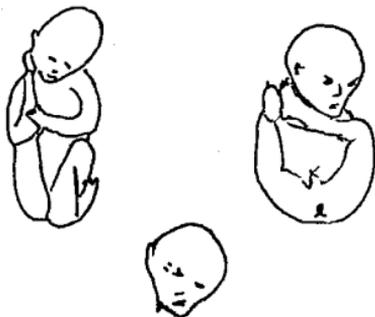
CAPÍTULO II

HÁBITOS PRENATALES.

CONOCIDOS COMO POSICIONES DE CONFORT QUE ADOPTA EL FETO, EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE DESARROLLO DE FORMACIÓN DE CONDICIÓN FÍSICA DEL INDIVIDUO.

DENTRO DE ÉSTAS POSICIONES TENEMOS LA DE YUXTAPOSICIÓN DEL HOMBRO Y LA MANDÍBULA. LA DEFORMIDAD FACIAL RESULTANTE ES MANIFESTADA POR ANODONCIA DEL LADO AFECTADO Y UN DESPLAZAMIENTO DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO OPUESTO. FIG. 1. ESTO DA COMO RESULTADO UN DESPLAZAMIENTO DE LOS SURCOS ALVEOLARES EN EL LADO PRESIONADO Y UNA MORDIDA ABIERTA EN EL LADO CONTRARIO.

OTRA POSICIÓN DE CONFORT SE MANIFIESTA CUANDO UNA PIERNA O LAS DOS SON COLOCADAS A TRAVÉS DEL CUERPO, PONIENDO UN PIE AL LADO DE LA CABEZA Y POR LO TANTO FORZÁNDOLA CONTRA EL HOMBRO OPUESTO. LA SEVERIDAD DE ESTA MAL OCLUSIÓN DEPENDERÁ DE LA CANTIDAD DE PRESIÓN EJERCIDA Y EL TIEMPO QUE EL FETO PERMANECIÓ EN ESTA POSICIÓN.



NIÑO DE 6 Y MEDIO AÑOS CON LIGERA ASIMETRÍA FACIAL EN TERCIO INFERIOR DE LA CARA Y MORDIDA CRUZADA EN EL SECTOR POSTERIOR, CAUSA PROBABLEMENTE POR POSTURA INCORRECTA EN SU VIDA INTRAUTERINA.

SUCCIÓN DEL PULGAR U OTRO DEDO.

ETIOLOGÍA:

LA ETIOLOGÍA ES MUY DIFÍCIL DE PRECISAR, RECORDEMOS--
QUE EN EL RECIÉN NACIDO LOS RECEPTORES Y LAS VÍAS DE CON--
DUCCIÓN PROFUNDA DE TODOS LOS ÓRGANOS SENSORIALES, SOLO -
APTOS FUNCIONALMENTE Y LOS ESTÍMULOS NO LLEGAN A LA CABE--
ZA SINO SOLO HASTA EL TRONCO CEREBRAL. POR TAL MOTIVO,--
LOS ESTÍMULOS GUSTATIVOS, LUMINOSOS, AUDITIVOS, OLFATO---
RIOS Y TÁCTILES SOLO RESPONDEN DE UNA MANERA REFLEJA SIN--
QUE INTERVENGA LA CONCIENCIA.

ESTO ES MUY IMPORTANTE DE CONSIDERAR EN LA ETIOLOGÍA
DE LA SUCCIÓN DEL DEDO PORQUE EN EL RECIÉN NACIDO SE EN--
CUENTRAN COMPLETAMENTE DESARROLLADOS LOS CENTROS CEREBRA--
LES DE LA SUCCIÓN Y RESPIRATORIOS.

DE AQUÍ QUE EL ACTO DE SUCCIÓN A PESAR DE SER UN FE--
NÓMENO TAN COMPLEJO, EL RECIÉN NACIDO, LO DOMINE INSTINTI
VAMENTE DE INMEDIATO, O BIEN AL CABO DE POCOS DÍAS Y DEBI
DO A ELLO SEA TAN FÁCIL ADQUIRIR EL HÁBITO DE SUCCIONAR--
EL PULGAR, LOS LABIOS O ALGÚN OTRO OBJETO PROVOCÁNDOSE --
LAS DEFORMIDADES MAXILARES POR LA PLASTICIDAD DEL HUESO.

UNA DE LAS PRIMERAS ZONAS DEL ORGANISMO DONDE SE DESARROLLA UNA FUNCIÓN NEURO-MUSCULAR COORDINADAS, ES ALREDEDOR DE LA BOCA. AL NACER, EL NIÑO ESTÁ DOTADO DE LA HABILIDAD DE SUCCIONAR. AÚN ANTES DEL NACIMIENTO HAN SIDO OBSERVADAS FLUOROSCÓPICAMENTE CONTRACCIONES ORALES DEL FETO. LA CAPACIDAD DE SUCCIONAR SIRVE DE AUTOCONSERVACION, PUES SIN LA POSIBILIDAD DE TOMAR LOS ALIMENTOS EN FORMA LÍQUIDA, EL NIÑO SUCUMBIRÍA POR INANICIÓN.

LA PROPIEDAD DE SUCCIONAR YA LA POSEE ANTES DE HABER DESARROLLADO OTROS CONTROLES MUSCULARES. EL INFANTE APRENDE PRONTO QUE ESTE HÁBITO DE SUCCIÓN ES EL QUE PROPORCIONA EL ALIMENTO Y LA CONSIGUIENTE SENSACIÓN DE PLACER DE SENTIR EL ESTÓMAGO SACIADO Y UN DESEO DE DORMIR.

CUANDO EL PECHO O LA MAMADERA NO ESTÁN A SU ALCANCE, EL NIÑO APRENDE QUE PUEDE OBTENER LA MISMA SATISFACCIÓN PLACENTERA, AUNQUE DE CARÁCTER TEMPORÁNEO, POR LA SUCCIÓN DE SUS DEDOS. ES LÓGICO POR LO TANTO, QUE EL NIÑO SUCCIONE SUS DEDOS COMO EXPERIENCIA DE PLACER, Y EN REALIDAD EN EL ÁREA DE LA BOCA ES DONDE PRIMERO APARECE EL PLACER DE LA SATISFACCIÓN. LOS INVESTIGADORES NO SE HAN PUESTO DE ACUERDO RESPECTO A QUE EDAD DEBE CESAR EL CHUPETEO, Y A QUE EDAD EL MAL HÁBITO DEBE DE SER CONSIDERADO DEFORMAN

TE, PUESTO QUE ESTÁ ACTUANDO EN FORMA DEPRIMENTE PARA EL BIENESTAR DEL NIÑO. LA EDAD CRONOLÓGICA NO DEBE SER LA FUNDAMENTAL PARA DECIDIR A ESTE RESPECTO, SINO QUE SE DEBE CONSIDERAR LA EDAD FÍSICA Y MENTAL DEL NIÑO. LOS JUEGOS EMOCIONALES, CRECERÁN GRADUALMENTE FUERA DEL HÁBITO, -- COMO UNA NECESIDAD DE CONTINUIDAD DISMINUTIVA. ALGUNA-- VEZ DURANTE LA EDAD PREESCOLAR, EL HÁBITO PUEDE IR DESAPARECIENDO GRADUALMENTE. A UNA EDAD ADECUADA EL DESEO DE CONFORT PARA EL MODO DE ACTUAR DE AMISTADES, PASARÁN A -- SER SUS SENTIMIENTOS DE NECESIDAD, PARA ESTA PLACENTERA -- EXPERIENCIA, Y EL PLACER DE OTRAS, TOMARÁN EL LUGAR DEL -- MAL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR U OTRO DEDO, ES ENTONCES CUANDO EL HÁBITO GENERALMENTE DESAPARECE.

TRISMAN OBSERVO EN 2650 BEBÉS Y ADOLESCENTES HASTA-- LOS 16 AÑOS QUE EL 45.6% PRACTICÓ DURANTE ALGÚN TIEMPO LA SUCCIÓN DE ALGUNO DE SUS DEDOS. DENTRO DE ESTE PORCENTAJE EL 75% FUÉ DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DE VIDA Y-- EL OTRO 25% LO INICIÓ AL AÑO DE VIDA, INTERRUMPIÉNDOSE ESTE HÁBITO A LA EDAD PROMEDIO DE 3 a 8 AÑOS, AUNQUE ALGUNOS PERDURARON HASTA LOS 12 y 15 AÑOS.

RAKOSI HIZO OTRO ANÁLISIS EN 693 NIÑOS PRACTICANTES-- DE ESTE HÁBITO Y DESCUBRIÓ QUE EL 85% LO INTERRUMPÍAN DES

PUÉS DE UNA DURACIÓN DE 2 AÑOS, POR LO QUE CONSERVABAN --
UNA OCLUSIÓN NORMAL.

EN OTRO ESTUDIO CON 413 NIÑOS QUE TENÍAN MALOCLUSIÓN
SE ESTABLECIÓ QUE EL 87% DE ÉSTOS NIÑOS MANTUVO EL HÁBITO
POR MÁS DE CUATRO AÑOS, LO QUE OCASIONÓ UNA MALOCLUSIÓN--
CLASE II.

PSICOLÓGICAMENTE SE ATRIBUYE ESTE HÁBITO AL HECHO DE
QUE LOS NIÑOS SE HAN ALIMENTADO CON BOTELLA. LA ABERTU-
RA GRANDE DE LA MAMILA HACE QUE EL TIEMPO DE SUCCIÓN SEA-
MENOR; ESTA DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN, ASÍ COMO LA FALTA-
DE SATISFACCIÓN, HACE QUE EL NIÑO SUBSTITUYA SUCCIONÁNDO-
SE EL DEDO. ASÍ PUES, LA ALIMENTACIÓN MATERNA SERÁ SIEM-
PRE LA MEJOR, PUES LA PRESIÓN EJERCIDA PARA LA EXTRACCIÓN
DEL LÍQUIDO HACE MUCHO MAYOR Y PROLONGADA LA SUCCIÓN, ADE-
MAS DESDE UN PUNTO DE VISTA SENTIMENTAL, BENEFICIA AL ---
NIÑO AL SENTIRSE ABRAZADO Y PROTEGIDO POR LA MADRE.

SE ATRIBUYE TAMBIÉN A LA FALTA DE ATENCIÓN DE LOS PA-
DRES HACIA SUS HIJOS, ESTOS, SINTIÉNDOSE ALEJADOS Y SOLOS,
RECURREN A LA SUCCIÓN DEL DEDO PARA NO ABURRIRSE Y COMO -
MEDIO DE SATISFACCIÓN. CUNLEY ASÍ LO MENCIONA Y LO NOM-
BRA COMO UN SÍNTOMA DE HAMBRE ENOCIONAL.

DE ESTO SE DESPRENDE QUE EL HÁBITO ES SIN DUDA BAJO --
DIVERSAS FORMAS, UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA --
MALPOSTICIÓN DENTARIA. ESTO NO DEBE DE SORPRENDERNOS POR--
QUE LA FUNCIÓN DE SUCCIÓN ES UNA DE LAS PRIMERAS MANIFESTA
CIONES DE ACTIVIDAD FISIOLÓGICA EN LAS ESTRUCTURAS DE ÓRGA
NO MASTICATORIO Y ADEMÁS PORQUE EL NIÑO PARECE ENCONTRAR --
ALIVIO A TODAS LAS IRRITACIONES AL CHUPARSE EL DEDO Y ----
OTRAS VECES PARA LLAMAR LA ATENCIÓN DE SUS PADRES, ASÍ CO--
MO TAMBIÉN HAY NIÑOS MUY SENSIBLES QUE, POR EL SOLO HECHO--
DE RECIBIR UN REGAÑO O UNA REPRESIÓN SE ESCONDEN Y SE CON--
SUELAN CHUPÁNDOSE EL DEDO.

DEBE TOMARSE MUY EN CUENTA, QUE LA IMPORTANCIA Y EFEC
TOS DE ESTE HÁBITO DEPENDE LA EDAD, ERUPCIÓN DE LOS DIEN--
TES Y POR SOBRE TODO DE LA INTENSIDAD DE DURACIÓN DEL ACTO.

SI TIENE LUGAR ENTRE LOS TRES MESES Y EL AÑO, DURANTE
BREVES INSTANTES, ES CONSIDERADO NORMAL, PERO SI PERDURA --
HASTA CINCO O SEIS AÑOS CON INTENSIDAD Y DURACIÓN, ES PRO--
BABLEMENTE UN SÍNTOMA DE ANORMALIDAD, PUDIENDO TENER CONSE
CUENCIAS SERIAS EN LA DENTICIÓN.

OCASIONALMENTE VEMOS A UN NIÑO QUE SE CHUPA EL DEDO --
PULGAR O SUS DEDOS DESPUÉS DE LA EDAD ESCOLAR, EL DEDO O --

EL PULGAR ESTAN EN SU BOCA MUCHAS VECES DURANTE EL DÍA Y LO CHUPA CON GRAN FUERZA Y VIGOR, ESTANDO PENDIENTE DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LO RODEAN Y EN COMPAÑÍA DE QUIEN ESTÉ. ESTOS SON LOS CHUPADORES COMPULSIVOS Y CONTINÚA-- DURANTE LA EDAD ESCOLAR, EN EL QUE EL PLACER DE CHUPARSE EL PULGAR YA NO EXISTE, SE PUEDE DECIR QUE EL CHUPETEEO - SATISFACE UNA NECESIDAD DEFINIDA QUE PUEDE INCLUSIVE HABERSE PRESENTADO POR LA FRUSTRACIÓN EN EL PRESENTE O EN EL PASADO. AL INFANTE QUE LE ES CONTINUAMENTE NEGADA LA BOTELLA CUANDO ESTÁ HAMBRIENTO, O RECIBE INSUFICIENTE COMIDA CUANDO LA NECESITA, PUEDE CONTINUAR CHUPANDOSE EL DEDO O EL PULGAR EN ORDEN COMPULSIVO PARA SATISFACER SUS NECESIDADES INSTINTIVAS DE ALIMENTACIÓN. ESE NIÑO QUE ES CASTIGADO CONTINUAMENTE POR CHUPARSE EL DEDO PUEDE DE SENVOLVER UNA FIJACIÓN EN ESTE DEDO, COMO UNA IDEA DE RE GRESO A SUS EXPERIENCIAS PASADAS. ESTOS HÁBITOS EXPRESAN UNA NECESIDAD EMOCIONAL, SI LA EDAD ESCOLAR INDUCE A ESTE MISMO HÁBITO DE UNA MANERA COMPULSIVA, ESTO PUEDE - INDICAR LA NECESIDAD DE ALGO EMOCIONAL.

EL NIÑO NEGLIGENTE O REBELDE DE SIETE U OCHO AÑOS - NO SE SOCIABILIZA BIEN, ENCUENTRA EN SU DEDO LA CONSOLACIÓN TAN NECESARIA COMO CALMANTE PARA LA SOLEDAD. SI - UN NIÑO NO PUEDE ESTAR EN PAZ CON OTROS DE SU MISMA EDAD

AÚN MENTAL O FÍSICAMENTE IGUALES, ESTÁ EN LA POSIBILIDAD DE SENTIRSE FRUSTRADO O INADECUADO Y BUSCA CONFORT EN -- UNA SUBCONSCIENTE REGRESIÓN, ESTO ES UNA VÁLVULA SEGURA PARA ENFRENTARSE A DIFICULTADES EMOCIONALES, CUALQUIERA QUE SEA LA FORMA O LA RAZÓN PARA UNA REGRESIÓN COMPULSIVA, TANTO EL NIÑO COMO LOS PADRES ESTÁN NECESITADOS DE-- AYUDA Y CONSEJO.

EN UNA SITUACIÓN TAL COMO LA DEL CHUPETEO COMPULSIVO DEL PULGAR U OTRO DEDO, EL PSIQUIATRA PUEDE OFRECER -- UNA AYUDA INVALORABLE. LOS DENTISTAS QUE OBSERVAN ESTOS MALOS HÁBITOS REGRESIVOS DEL NIÑO EN LA EDAD ESCOLAR, NO DEBE DE SUGERIR QUE LA AYUDA DEL PSIQUIATRA ES INNECESARIA.

CALESTI Y COLABORADORES NOS INFORMAN QUE ESTE TIPO DE HÁBITOS LOS ENCONTRAMOS CON MAYOR FRECUENCIA EN GRUPOS SOCIOECONÓMICOS DE NIVEL SUPERIOR QUE EN LOS DE NIVEL MEDIO E INFERIOR.

AHORA NOS HEMOS DADO CUENTA QUE LOS PADRES NO TIENEN CONOCIMIENTO SUFICIENTE ACERCA DE LA EDUCACIÓN EMOCIONAL BIEN AJUSTADA DEL NIÑO, POR LO CUAL REQUIEREN DE NUESTRA ORIENTACIÓN PROFESIONAL, YA SEA DE NATURALEZA PREVENTIVA

O CORRECTIVA. EL DENTISTA NO DEBE HACER DIAGNÓSTICOS - PSQUIÁTRICOS, PERO PUEDE IDENTIFICAR ALGUNAS CAUSAS DE REGRESIÓN EN LOS NIÑOS; COMO EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR QUE CONTINÚA O COMIENZA CON EL CHUPETEO DEL DEDO EN FORMA - COMPULSIVA ESTÁ USANDO ESTA REGRESIÓN COMO UN ESCAPE DE LA REALIDAD A NIVEL SUBCONSCIENTE, LO CUAL NOS MOSTRARÁ - UNA INMADUREZ EMOCIONAL, POR LO QUE NECESITA UNA AYUDA - ESPECIALIZADA.

EN MUCHAS OCASIONES LOS PADRES TRATAN DE ROMPER CON EL HÁBITO POR MEDIO DE LA FUERZA O CASTIGOS, Y FRECUENTE MENTE SE ACENTÚA ESTE HÁBITO, PROVOCANDO ADEMÁS EN EL -- NIÑO UN SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD; ASÍ COMO OTROS TICS Y PROCEDERES ERRÓNEOS.

UN MAL HÁBITO COMO CHUPARSE EL PULGAR PUEDE SER --- CONCIENTEMENTE ROTO, CONVENCINDO AL NIÑO PARA ROMPER -- ÉSTE.

PARA COMPRENDER EL EFECTO PRODUCIDO POR EL ABUSO -- DEL ACTO DE CHUPARSE EL DEDO, DEBEMOS ESTUDIAR LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE LA SUCCIÓN NORMAL Y LUEGO EL ESFUERZO DE SARROLLADO EN EL MISMO.

LA FUNCIÓN DE SUCCIÓN COMPRENDE NORMALMENTE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES MUSCULARES Y CAMBIOS TISULARES:

1) LA MANDÍBULA SE DEPRIME POR LA CONTRACCIÓN DE -- LOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS, ESTO AGRANDA EL ESPACIO INTRAORAL PERMITIENDO EL DESARROLLO DE UNA PRESIÓN -- NEGATIVA.

2) SE CONTRAEN LOS MÚSCULOS DE LOS LABIOS PARA IMPEDIR QUE EL AIRE SE PRECIPITE EN LA BOCA DESTRUYENDO EL VACIO CREADO POR EL MOVIMIENTO, HACIA ABAJO DE LA MANDÍBULA. LOS MÚSCULOS LABIALES EL ACCIÓN SON EL ORBICULAR DE LOS LABIOS, TRIANGULAR, CANINO Y MENTONIANO, QUE ESTRECHAN LA ABERTURA BUCAL, REDONDEAN LOS LABIOS COMO PARA SILBAR.

3) LAS FIBRAS CENTRALES DE LOS BUCCIONADORES Y LOS TEJIDOS DE LOS CARRILLOS SE INTRODUCEN EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES, PREMOLARES Y CANINOS, -- POR EL VACÍO INTRAORAL CREADO POR EL MOVIMIENTO MANDIBULAR DE LAS ACCIONES MUSCULARES ANTES DESCRITAS. ESTO PRODUCE UNA FUERTE PRESIÓN BUCAL SOBRE LAS PORCIONES --- POSTERIORES DE LAS ARCADAS DENTARIAS.

4) LA LENGUA PIERDE CONTACTO CON LA SUPERFICIE LINGUAL INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES Y EN LA MEMBRANA MUCOSA DEL PALADAR DURO, POR LA PRESIÓN DE LA MANDÍBULA TAMBIÉN CAMBIA DE FORMA. LA PARTE CENTRAL SE DEPRIME POR LA ACCIÓN DE LOS MÚSCULOS GENIOGLOSO Y CONDRÓGLOSOS, MIENTRAS QUE LOS COSTADOS SE ARROLLAN HACIA ARRIBA POR EL LONGITUDINAL SUPERIOR Y EL ESTILOGLOSO. ESTA ACCIÓN COMBINADA FORMA EL "PLATO DE SUCCIÓN" DE LA LENGUA. LA BASE SE ELEVA CONTRA EL PALADAR BLANDO POR LA CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS SUPRAHIOIDES, EL ESTILOGLOSOS Y EL PALATOGLOSO.

5) LOS MÚSCULOS DEL PALADAR BLANDO O SEA EL TENSOR DEL VELO DEL PALADAR Y EL ELEVADOR SE RELAJAN Y PERMITEN EL DESCENSO DE ESTE ÓRGANO QUE SE ENCUENTRA CON LA BASE ELEVADA DE LA LENGUA, CERRANDO ASÍ LA FARINGE Y PERMITIENDO QUE SE FORME EL VACÍO.

EL ACTO DE SUCCIÓN PUEDE SER CONTINUADO O CONSISTIR EN UNA SERIE DE ACCIONES RÍTMICAS DE SUCCIÓN.

6) LA ÚLTIMA ES LA FORMA USUAL EN QUE ESTA FUNCIÓN SE MANIFIESTA, CONSISTIENDO EN NUMEROSAS REPETICIONES DE LOS MOVIMIENTOS ANTES DESCRITOS CON DEPRESIÓN Y ELEVA---

CIÓN DE LA MANDÍBULA CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN DE LOS -
MÚSCULOS. SI ANALIZAMOS ESTA GRAN FUERZA VEREMOS QUE-
ES RECIDIVA, (DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN DENTRIA) SOBRE LAS
SUPERFICIES LABIALES DE LOS INCISIVOS Y CANINOS Y LAS--
SUPERFICIES DE MOLARES Y PREMOLARES PERMANENTES Y DIEN-
TES DE LA PRIMERA DENTICIÓN. AL ACERCARNOS A LOS MOLA
RES DISMINUYE LA INTENSIDAD. LA MAYOR CANTIDAD DE PRE
SIÓN LINGUAL DURANTE ESTE ACTO SE LOCALIZA SOBRE CANI--
NOS, PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS O PRIMEROS PREMOLARES.

ESTOS DIENTES JUNTO CON LOS INCISIVOS NO ESTÁN PRO
TEGIDOS CONTRA EL EXCESO DE ESTA PRESIÓN LINGUAL, POR -
LO QUE LA LENGUA LLEVADA HACIA EL FONDO DE LA BOCA Y --
SUS LADOS HACE QUE LOS DIENTES SE ARROLLEN LENTAMENTE,-
COMO YA MENCIONAMOS.

EN ESTA POSICIÓN CAMBIADA, LA LENGUA SOPORTA BIEN-
LOS MOLARES INFERIORES, PERO NO EN ABSOLUTO EN LOS SUPE
RIORES.

MUCHOS NIÑOS ADQUIEREN EL HÁBITO AL INICIARSE LA -
ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS, EXIGEN UNA ESPECIE -
DE MASAJE O FUNCIÓN ESPECIAL, QUE LOS ALIMENTOS BLANDOS
NO PUEDEN PROPORCIONAR.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES PRESENTAN FACIES ADE--
NOIDEAS Y LAS DEFORMACIONES QUE PRODUCEN EN SU DENTADU--
RA VARÍAN SEGUN LA FORMA DE SUCCIONAR, PRODUCIÉNDOSE --
OCCLUSIÓN ANTERIOR ABIERTA, PROTUSIÓN SUPERIOR ESPACIADA
INCISIVOS SUPERIORES EN LABIO-VERSION, DEFORMACIONES --
DEL PALADAR, ETC. FIG. 2.

ES MUY FRECUENTE QUE CON LA MANO LIBRE SE ACOMPAÑE
DE ALGÚN OTRO MOVIMIENTO DETERMINANDO UN HÁBITO ACCESO--
RIO, COMO JALARSE EL LÓBULO DE LA OREJA, RASCARSE LA CA
BEZA, APRETAR ALGÚN OBJETO, ETC.

LA SUCCIÓN DEL PULGAR CON LA YEMA DEL DEDO HACIA -
ARRIBA Y EN ÍNTIMO CONTACTO CON LA PARTE ANTERIOR DEL -
PALADAR APOYANDO EL RESTO DE LA MANO SOBRE LA NARIZ, EN
TORPECE EL DESARROLLO DEL MAXILAR AL NO EFECTUARSE NOR--
MALMENTE LA RESPIRACIÓN NASAL, CAUSANDO ELEVACIÓN DEL -
PALADAR Y PROTUSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

AL EFECTUAR LOS MOVIMIENTOS DE SUCCIÓN, LA MANO --
OBSTACULIZA LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA, ORIGINANDO
PRESIÓN HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS, INHIBIENDO DE ESTA -
MANERA EL DESARROLLO MANDIBULAR, FAVORECIENDO LA DISTO--
CLUSIÓN U OCCLUSIÓN PRÓGNATA.

CUANDO EL DEDO NO SE APOYA SOBRE EL PALADAR Y SOLO -
ES SUCCIONADO PERMANECIENDO ENTRE LOS DIENTES SIN QUE EL-
RESTO DE LA MANO SE APOYE SOBRE LA NARIZ O MANDÍBULA, LAS
LESIONES PRODUCIDAS SON LEVES Y EN ALGUNOS CASOS SOLO SE-
DETERMINA LIGERA OCLUSIÓN ANTERIOR ABIERTA. POR LO CON-
TRARIO CUANDO EN LUGAR DEL PULGAR SE SUCCIONA EL DEDO ANU-
LAR Y MEDIO CON LA PALMA DE LA MANO HACIA ATRÁS Y HACIEN-
DO PRESIÓN SOBRE LA MANDÍBULA LA PROTUSIÓN PRODUCIDA ES--
MUCHO MÁS INTENSA.

PORQUE LA SUCCIÓN DEL DEDO NO SOLO OCASIONA GRAVES -
CONSECUENCIAS PARA EL APARATO MASTICATORIO, SINO INCLUSO-
PARA EL DEDO SUCCIONADO EN EL QUE PRODUCE A VECES VERDADE-
RAS DEFORMACIONES.

SI LA PRESIÓN DEL PULGAR ES TOTAL SOBRE LA REGIÓN DE
LOS INCISIVOS SUPERIORES, ÉSTOS SE SOBREPONEN A UNA FORMA
GRAVE SOBRE LOS INFERIORES, PERO SI EL PULGAR ÍNTEGRO ES-
COLOCADO ENTRE LOS SUPERIORES Y LOS INFERIORES, RESULTA -
GENERALMENTE UNA MORDIDA ABIERTA.

LA COLOCACIÓN DE DOS DEDOS EN LA BOCA DE MANERA IN--
VERTIDA ESTO ES, CON LA YEMA DEL DEDO HACIA ARRIBA PRODU-
CE UNA PROTUSIÓN EN LA REGIÓN MAXILAR SUPERIOR Y FRECUEN-
TEMENTE CRUZADA.

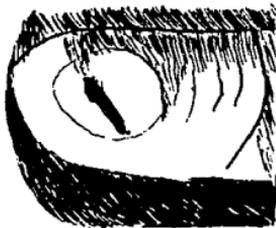
LA SUCCIÓN. NO SOLO SE EFECTÚA DIGITALMENTE, SINO --
QUE PUEDE SER TAMBIÉN DE CUERPOS EXTRAÑOS COMO LOS LÁPI--
CES, PUNTAS DE ALMOHADA, ETC.



SUCCIÓN DIGITAL



DIRECCIÓN DE LAS FUERZAS
DURANTE LA SUCCIÓN DE
DEDO.



DEFORMACIÓN EN PULGAR DEBIDO
A UN HÁBITO DE SUCCIÓN.

HAY DIFERENCIA DE OPINIONES CON RESPECTO A LA IMPORTANCIA DE LA SUCCIÓN DEL DEDO, PUES MIENTRAS EL PSICÓLOGO AFIRMA QUE SI SE OBLIGA AL NIÑO A ABANDONAR EL HÁBITO, ÉSTE TENDRÁ CONSECUENCIAS EN SU EVOLUCIÓN MENTAL, PERO SI ÉSTE NO SE HACE AL CAMBIAR LOS DIENTES PRIMARIOS POR LOS PERMANENTES, PERSISTIRÁ EL HÁBITO Y HABRÁ UNA MALOCCLUSIÓN.

LA PRINCIPAL FUNCIÓN DEL APARATO BUCAL DEL RECIÉN NACIDO ES EL DE MAMAR Y ÉSTA FUNCIÓN LO OBLIGA A DESEMPEÑAR UNA ACTIVIDAD MUSCULAR QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES, DE LOS MÚSCULOS DE LA BOCA Y SOBRE TODO DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR.

ÉSTA FUNCIÓN LA DIVIDIMOS EN DOS FASES: APREHENSIÓN Y SUCCIÓN. EN LA PRIMERA FASE EL NIÑO APREHENDE EL PEZÓN Y LA AERÉOLA MAMARIA Y AL DESCENDER LA MANDÍBULA SE FORMA EL ESPACIO SUCCIONAL NECESARIO. SIN EMBARGO, AL SUCCIONAR EL PEZÓN EN ÉSTA POSICIÓN, LAS FUERZAS PRODUCIDAS NO SON SUFICIENTES PARA ASPIRAR TODA LA LECHE DEL SENO, SINO ÚNICAMENTE LA DE LOS CONDUCTOS GALACTÓFOROS, YA QUE EL PEZÓN ACCIONA LA ARÉOLA MAMARIA, QUE DEBIDO A SUS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS, SE ENCUENTRAN HERMÉTICAMENTE CERRADOS FIG. 3.

ES EN LA SEGUNDA FASE CUANDO SE EFECTÚA LA SUCCIÓN -
COMPLETA MEDIANTE UNA VERDADERA ORDEÑA DEL SENO MATERNO, -
PUES LA MANDÍBULA SE TRASLADA A SU POSICIÓN DE DESCANSO -
ANTERIOR QUE ES UNA POSICIÓN HACIA ADELANTE, HASTA QUE EL
BORDE DEL PROCESO ALVEOLAR INCISAL SE ENCUENTRA CON EL --
MAXILAR.

ENTONCES CON UN MOVIMIENTO DE FRICCIÓN DE ADELANTE -
HACIA ATRÁS, SE EXPRIME LA LECHE. AL FLUIR LA LECHE, LA
LENGUA SE APLICA SOBRE EL PEZÓN EN FORMA DE CUCHARA PARA-
PODER SER DEGLUTIDA CON FACILIDAD AL CORRER POR EL SURCO
FORMADO SOBRE EL DORSO DE LA MISMA. DESPUÉS DE EFECTUA-
DO ESTO, LA MANDÍBULA VUELVE A SU POSICIÓN INICIAL, FOR--
MÁNDOSE NUEVAMENTE EL ESPACIO SUCCIONAL Y REPITIÉNDOSE SU
CESIVAMENTE EL MISMO FENÓMENO.

CUANDO EL NIÑO ES ALIMENTADO CON BIBERÓN, NO SE PRO-
DUCEN ÉSTOS MOVIMIENTOS MUSCULARES NECESARIOS PARA EL DE-
SARROLLO DEL APARATO MASTICATORIO.

LA SOLA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN DESDE EL NACIMIENTO
ES UN FACTOR DE IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO DE LAS ANOMA
LÍAS MAXILO-FACIALES Y EN ESPECIAL DE LOS HÁBITOS DE SUC-
CIÓN.

ANDERSON ESTABLECIÓ QUE CERCA DEL 16% DE LOS CASOS - DE SUCCIONADORES DE DEDO SE DISTORSIONAN TANTO Y SON TAN- POCOS LOS QUE SE PUEDEN CORREGIR; DE POR SÍ, QUE EL TRATA- MIENTO ORTODÓNTICO ES INDISPENSABLE PARA REMEDIAR LA DIS- TORSIÓN.

EL OBSERVADOR CLÍNICO RELACIONA PRESIÓN COMO EL FAC- TOR FUNDAMENTAL EN CREAR EL DAÑO. LA COLOCACIÓN DEL DEDO EN LA BOCA Y LA SUCCIÓN SUAVE NO ALTERAN NECESARIAMENTE - LA OCLUSIÓN DENTAL NI CAUSARÁ TAMPOCO LA ALTERACIÓN DE LA FORMA PALATINA, PERO UN NIÑO CON TENSIÓN, EJECUTARÁ PRE-- SIONES PODEROSAS, ALGUNOS TANTO, QUE PARECE INCREIBLE QUE TENGAN UNA INTENSIDAD TAN GRANDE FIG. 4.



FASE I

FASE II

FIG. 3



FIG. 4

CAPÍTULO III

OTROS MALOS HÁBITOS DE SUCCIÓN

LOS MALOS HÁBITOS DE SUCCIÓN NO SOLO SON LOS DE CHU PARSE EL PULGAR U OTRO DEDO, SINO QUE PUEDEN SER OTROS - TEJIDOS, TALES COMO LA MEJILLA, LENGUA O LABIOS, Y ÉSTOS SON FRECUENTES QUE APAREZCAN DESPUÉS DE QUITAR EL HÁBITO DEL DEDO.

ÉSTE HÁBITO ES MUY FRECUENTE EN NIÑOS NERVIOSOS O - VERGONZOSOS.

LA SUCCIÓN DEL LABIO PUEDE SER AISLADA O ACOMPAÑADA A LA DEL DEDO Y PUEDE PRODUCIR EL MISMO DESPLAZAMIENTO-- DEL SEGMENTO ANTERIOR, COMO GRANDES IRRITACIONES DEL LABIO, SIENDO MÁS FRECUENTE EN EL INFERIOR.

ÉSTE MAL HÁBITO OCURRE EN LA EDAD ESCOLAR, POR LO - QUE APELANDO AL BUEN JUICIO Y COOPERACIÓN DEL NIÑO, PUEDE UNO LOGRAR QUE DESAPAREZCA.

ESTE TIPO DE HÁBITO OCASIONA RETRUCIÓN DE LOS INCI--
SIVOS CORRESPONDIENTES DEBIDO A QUE SE ROMPE EL EQUILI--
BRIO MUSCULAR AL CONCENTRARSE LA MAYOR FUERZA SOBRE UNA--
ZONA LIMITADA Y AL MISMO TIEMPO AFECTA A LOS INCISIVOS -
ANTAGONISTAS, LOS CUALES SE VESTIBULIZAN POR LA FUERZA--
DE LA LENGUA QUE AYUDA A ROMPER DICHO EQUILIBRIO.

AL MORDER EL LABIO SUPERIOR SERÁN LOS DIENTES INFE--
RIORES LOS QUE SUFRAN DESPLAZAMIENTO HACIA LABIAL EN LA--
REGIÓN EN LA QUE EL LABIO ES COLOCADO PARA SER MORDIDO.

ESTE TIPO DE HÁBITO OCASIONA MORDIDA ABIERTA CON --
LINGUOVERSIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

EL ODONTÓLOGO DEBE DE SUGERIR EJERCICIOS COMO LA --
ELEVACIÓN DEL LABIO INFERIOR HASTA TOCAR LOS INCISIVOS -
SUPERIORES, ASÍ DESPLAZANDO EL LABIO SUPERIOR FORZÁNDOLO
A TOCAR LOS INCISIVOS INFERIORES; ESTO ADEMÁS DE DARLE--
FUERZA A LOS MÚSCULOS, EJERCE PRESIÓN CORRECTA SOBRE LOS
DIENTES ANTERIORES. OTRAS VECES LA SUCCIÓN SE EFECTÚA--
EN LA CARA INTERNA DE LOS CARRILLOS, COMO MORDEDURAS DE--
LA MUCOSA, ESTA PRESIÓN NOS PUEDE DAR MORDIDA ABIERTA --
POSTERIOR, POR NO PERMITIR ESTA ACCIÓN LA PERFECTA ERUP--
CIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS.



ASPECTO TÍPICO DE LA BOCA DE UN NIÑO CON EL HÁBITO DE SUCCIÓN Y MORDIDA DEL LABIO.



CAPÍTULO IV

INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE MALOS HÁBITOS

NO HAY MÉTODOS SEGUROS PARA HACER DESAPARECER UNA HÁBITO DAÑINO, PERO ALGUNOS DE ELLOS TIENEN EFICACIA Y SE SUGIEREN COMO BASE PARA REALIZAR ESFUERZOS CONSTRUCTIVOS.

a) EL MISMO NIÑO DEBE SABER EXACTAMENTE EN QUE CONSISTE SU HÁBITO. CON FRECUENCIA NO SABE QUE ESTÁ HACIENDO NADA FUERA DE LO COMÚN. LOS PADRES TAMPOCO LO SABEN, MUCHAS VECES RESULTA DIFÍCIL CONVENCERLOS DE LA INFLUENCIA NOCIVA DEL HÁBITO, PERO DEBE HACERSE A TODA COSTA.

b) EL PACIENTE DEBE SABER CLARAMENTE CUAL ES EL EFECTO DEL HÁBITO Y QUE RESULTADO ALCANZARÁ SI CONTINÚA PRACTICÁNDOLO. ESTO SE LOGRA CON MODELOS Y FOTOGRAFÍAS DE DEFORMIDADES EXAGERADOS DEBIDO A HÁBITOS SIMILARES.

c) A MENUDO RESULTA EFICAZ HACER QUE EL PACIENTE --- EFECTÚE VOLUNTARIAMENTE SU HÁBITO, MIENTRAS SE MIRA EN UN ESPEJO. PUEDE PARECERLE FACIL Y HASTA TONTO, PERO ÉSTOS

HÁBITOS, GUÍADOS POR EL SUBCONSCIENTE O POR CENTROS NERVIOSOS AUTOMÁTICOS, NO PUEDEN REALIZARLOS FÁCILMENTE POR ACTIVIDAD MUSCULAR VOLUNTARIA. SI SE LOGRA QUE LO HAGA TRES VECES POR DÍA, REPITIENDO DIEZ VECES EN CADA SESIÓN, TERMINARÁ DÁNDOSE CUENTA DE CUANDO LO HACE INVOLUNTARIAMENTE Y CESARÁ DE HACERLO. ESTO SE APLICA PARTICULARMENTE A LOS TICS MUSCULARES Y HÁBITOS ANORMALES DE DEGLUCIÓN.

d) DEBE ENSEÑARSELE CUALES SON LAS ACTIVIDADES MUSCULARES NECESARIAS QUE SON LAS EXPRESIONES NORMALES DE SU HÁBITO O LAS QUE PUEDEN CONTRARRESTAR LOS EFECTOS DEL MISMO.

e) EN ALGUNOS CASOS DA BUEN RESULTADO AVERGONZAR AL NIÑO HACIÉNDOLO PRACTICAR SU HÁBITO EN PRESENCIA DE TODA LA FAMILIA O DE EXTRAÑOS. EL PACIENTE DEBE MIRARSE EN EL ESPEJO PARA QUE TAMBIÉN ÉL PUEDA APRECIAR LA ANORMALIDAD. ESTO DEBE HACERSE CON DISCRECIÓN, PORQUE PARA UN NIÑO SENSIBLE PUEDE RESULTAR MUY MOLESTO Y CREAR EFECTOS PERJUDICIALES.

ESTE PROBLEMA DE LOS HÁBITOS TIENE SU PARTE AGRADABLE, HABLANDO RELATIVAMENTE; NOS REFERIMOS A QUE LAS ALTERACIONES, AL SER COMETIDAS POR PRIMERA VEZ, REQUIRIE--

RON ESFUERZO VOLUNTARIO, Y SE CONVIRTIERON EN HÁBITOS -- POR LA RUTINA DE SU REPETICIÓN. ESTO HACE POSIBLE OLVIDARLOS, PERO EL PROCESO ES MUCHO MÁS LARGO QUE EL INVERSO Y ESTÁ COMPLETAMENTE DESPROVISTO DEL PLACER O COMODIDAD QUE ACOMPAÑABA AL HÁBITO. NO OBSTANTE, CASI TODAS-LAS AUTORIDADES EN LA MATERIA ESTÁN DE ACUERDO EN EL PASO MÁS IMPORTANTE PARA OLVIDAR UN HÁBITO ES LA ADQUISICIÓN POR PARTE DEL PACIENTE, DE UN SENTIDO QUE LE INFORME DE CUANDO COMIENZA A REALIZARLO. SI LO CONSIGUE PUEDE DEJAR DE HACERLO VOLUNTARIAMENTE, Y HA TRIUNFADO. TODOS LOS ESFUERZOS CORRECTIVOS DEBEN TENDER A ESTA META.

f) SIEMPRE SE DEBE DE CONTAR CON LA AYUDA REPRESENTADA POR UN TRATAMIENTO GENERAL EFECTUADO POR EL MÉDICO-DEL PACIENTE, PUES TODOS ÉSTOS HÁBITOS, NO SON SINO EXPRESIONES DE DESEQUILIBRIO NERVIOSO. EL DESEQUILIBRIO-PUEDE HABER EXISTIDO MUCHO ANTES, DEJANDO ÉSTOS ESTIGMAS O PUEDE SEGUIR EXISTIENDO. SI SUCEDE ESTO ÚLTIMO, EL--TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS SIN BUSCAR EL PROBLEMA FUNDAMENTAL NO PUEDE PRODUCIR NINGÚN RESULTADO.

TRATAMIENTO PARA CHUPADORES DE DEDO.

SI EL PACIENTE SABE QUE HACER Y QUE EFECTO SE PRODUCIRÁ O SE HA PRODUCIDO YA EN SUS ARCADAS, LA ÚNICA MANERA DE HACERLE DIRIGIR SU ATENCIÓN A LOS PASOS INICIALES--

DEL HÁBITO, ES OBLIGÁNDOLO A QUE LO ABANDONE VOLUNTARIAMENTE. POR LO TANTO, UNA DE LAS MANERAS MÁS APROPIADAS PARA CONVENCER AL PACIENTE, SERÁ PRIMERO ENSEÑARLE SUS PROPIOS MODELOS Y SEGUNDO HACERLE COMPRENDER EL DAÑO QUE SE ESTÁ CAUSANDO. HACERLE VER IGUALMENTE LO INADECUADO Y ANTIESTÉTICO QUE ES CHUPARSE EL DEDO. ASÍ GANANDO SU VOLUNTAD Y CONTANDO CON SU COOPERACIÓN, COLOCAREMOS UN-- APARATO POR LAS NOCHES QUE SIRVA DE RECUERDO; PUES DURANTE EL SUEÑO, PUEDE INCONSCIENTEMENTE CHUPARSE EL DEDO Y-- ESTE APARATO PODRÁ DESCONTINUAR EL HÁBITO Y CORREGIR LA-- MALOCCLUSIÓN CAUSADA EN LOS DIENTES ANTERIORES.

EL APARATO CONSISTE EN LA PLACA VESTIBULAR DE JHONSON. ESTE APARATO REQUIERE UNA AMPLIA COLABORACIÓN DEL PACIENTE.

SU CONSTRUCCIÓN SE HACE POR UN MÉTODO SENCILLO QUE-- SE RESUME EN LA SIGUIENTE FORMA:

1.- SE TOMA UNA IMPRESIÓN VESTIBULAR CON MODELINA,-- INTRODUCIÉNDOLA EN EL VESTÍBULO CON LOS DIENTES EN OCLUSIÓN. COLOCADO Y DISTRIBUIDO EL MATERIAL, SE HACE AL-- NIÑO CERRAR SUS LABIOS Y SE PRESIONA FIRMENTEMENTE SOBRE LA PARTE EXTERNA DE LAS MEJILLAS Y LABIOS, TERMINAMOS LA --

OPERACIÓN CON UNA SERVILLETA COLOCADA SOBRE LAS MISMAS -
PORCIONES Y EJERCIENDO HACIA ATRÁS.

2.- SE HACE EL VACIADO EN YESO Y OBTENIDO EL MODELO
SE RELLENAN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS CON EL MISMO MA-
TERIAL A EFECTO DE OBTENER UNA SUPERFICIE LISA.

3.- SE ADAPTA AL MODELO UN PAPEL DE ESTAÑO, LLEGÁN-
DOLO HASTA EL REPLIEGUE MUCO-VESTIBULAR.

4.- EL MODELO DE ESTAÑO OBTENIDO SE EXTIENDE Y ES--
COLOCADO SOBRE UN PEDAZO DE VIDRIO PLÁSTICO O PLAXI-----
GLASS, SE RECORTA UN PEDAZO DE ÉL QUE TENGA LA MISMA FOR-
MA QUE EL MODELO DE PAPEL, SE ALISAN Y REDONDEAN SUS BOR-
DES. LA LÁMINA OBTENIDA SE FLAMEA PARA SUAVIZARLA Y --
CON UNA GAMUZA, SE ADAPTA AL MODELO. ESTA OPERACIÓN SE
REPITE CADA TRES O CUATRO SEMANAS RECORTANDO UNA PORCIÓN
DE YESO DE LA REGIÓN DE LOS INCISIVOS EN EL MODELO, SE--
PUEDE READAPTAR CUANTAS VECES SEA NECESARIO.

5.- SE COLOCA EN LA BOCA Y SE LE ENSEÑA AL NIÑO SU-
USO, HACIENDO POSTERIORMENTE EL AJUSTE NECESARIO SI PRO-
DUCE TRAUMA EN CUALQUIER PORCIÓN DEL VESTÍBULO.

LA PLACA PUEDE HACERSE TAMBIÉN EN ACRÍLICO ENCERÁN-
DOLA SOBRE EL MODELO Y REVISTIÉNDOLA EN YESO, HACIENDO-
SU PENSADO Y COCCIÓN EN DICHO ACRÍLICO. SIN EMBARGO,-
CUANDO SE EMPLEA ESTE MATERIAL PARA CORREGIR UNA PROTRU-
SIÓN, SE PRESENTA EL INCONVENIENTE DE NO PODER SER MODI-
FICADA POR MEDIO DEL COLOR SEGÚN AVANZA EL TRATAMIENTO,
REQUIRIÉNDOSE EL EMPLEO DE UNA NUEVA, EN REPETIDAS OCA-
SIONES, O DE LO CONTRARIO AGREGAR ACRÍLICO DE CURADO RÁ-
PIDO CADA VEZ QUE SE NECESITA EN SU PARTE INTERNA, O SEA
LA QUE VA EN CONTACTO DIRECTO CON LA CARA LABIAL DE LOS-
INCISIVOS.

ESTE APARATO ES ACTIVADO DIRECTAMENTE POR LA PRE---
SIÓN DE LOS LABIOS SOBRE LA PLACA Y LA PRESIÓN DE ÉSTE--
SOBRE LOS DIENTES. SU ACCIÓN ES DOBLE, YA QUE COMO SE-
DIJO, DESCONTINÚA EL HÁBITO Y CORRIGE LA MALOCCLUSIÓN CAU-
SADA POR ESTE. SU SIMPLE CONSTRUCCIÓN Y MANEJO HACEN--
CON ESTE APARATO QUE PUEDA SER USADO FÁCILMENTE POR EL--
CIRUJANO DE PRÁCTICA GENERAL. ES CÓMODO PARA EL PACIEN-
TE Y ÉSTE CASI SIEMPRE COOPERA A USARLOS POR SER PARA ÉL
UNA NOVEDAD Y SU PRESENTACIÓN AGRADABLE. HAY QUE HACER
HINCAPIÉ EN QUE SE USE CONSTANTEMENTE, PUES ES EL FACTOR
NÚMERO UNO A FIN DE OBTENER RESULTADOS SATISFACTORIOS.
TODO ESTO DEPENDE DEL GRADO DE RESPONSABILIDAD DE LOS PA-
DRES Y DEL NIÑO. ESTA PLACA SE USA POR LO GENERAL EN LAS
NOCHES.

CAPÍTULO V

HÁBITOS DE LA RESPIRACIÓN

ENTENDEMOS ESTO COMO LA AYUDA QUE PRESTA LA CAVIDAD ORAL PARA SERVIR COMO VÍA DE PASO PARA EL GRAN VOLUMEN DE AIRE NECESARIO REQUERIDO EN UN INTENSO ESFUERZO FÍSICO, QUE EN OTRAS OCASIONES SE COMBINA CON LAS HORAS DE SUEÑO.

LOS NIÑOS SON LOS QUE MÁS PRACTICAN ÉSTE HÁBITO, Y SE CLASIFICAN EN DOS GRUPOS:

- a) OBSTRUCTIVOS.
- b) HABITUALES.

EL RESPIRADOR OBSTRUCTIVO COMO LO INDICA SU NOMBRE TIENE DISMINUIDA SU CAPACIDAD RESPIRATORIA. EL HABITUAL ES - AQUEL QUE CONTINÚA CON LA COSTUMBRE DE RESPIRAR POR SU BOCA AÚN DESPUÉS DE QUE HA SIDO REMOVIDA LA OBSTRUCCIÓN.

EL TIPO DEL RESPITADOR OBSTRUCTIVO ES DE CARACTERÍSTICAS ECTOMÓRFICAS, CARAS LARGAS Y ANGOSTAS, ASÍ TAMBIÉN SUS-

ESPACIOS NASOFARÍNGEOS, ESTA FISONOMÍA ES LA QUE LOS HACE MÁS PREDISPUESTOS A TENER ALGUNA OBSTRUCCIÓN NASAL QUE -- LOS NIÑOS QUE TIENEN ESPACIOS AMPLIOS QUE SON DEL TIPO -- BRAQUICÉFALO.

LA RESISTENCIA A LA RESPIRACIÓN NASAL PUEDE SER CAUSADA POR:

- a) ATROFIA DE LAS CAVERNAS NASALES, POR ALERGIAS, INFECCIONES CRÓNICAS DE LA MUCOSA NASAL, CONDICIONES CLIMATÉRICAS, RINITIS ATRÓFICA.

- b) DESVIACIONES DE LOS SEPTUMS NASALES, Y HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ QUE BLOQUEAN LOS PASAJES RESPIRATORIOS.

- c) ADENOIDES AUMENTADAS DE VOLUMEN. ES FRECUENTE, YA QUE EL TEJIDO ADENOIDEO Y EL AMIGDALINO SON FISIOLÓGICAMENTE HIPERPLÁSTICOS DURANTE LA NIÑEZ. ESTO NOS INDICA QUE CONFORME CRECE EL NIÑO, LA RESPIRACIÓN BUCAL PUEDE SER AUTO-CORRECTIVA, YA QUE SE EFECTÚA UN PROCESO REGRESIVO EN LOS TEJIDOS ADENOIDES.

LA CAVIDAD ORAL Y LA NASAL SE ABREN A LA FARINGE --- SIENDO PROTEGIDAS POR TEJIDO LINFOIDE QUE FORMAN UN ESTROMA DE TEJIDO CONECTIVO, QUE AL AGRUPARSE Y ENCAPSULARSE - EN MASAS FOLÍCULARES FORMAN A LAS AMÍGDALAS FARÍNGEAS Y-- OTRAS MENOS DIFERENCIADAS COMO LA LINGUAL. EL TEJIDO -- LINFOIDEO REACCIONA A LAS IRRITACIONES CRÓNICAS CON PROLIFERACIÓN CELULAR Y AUMENTANDO SU VOLUMEN, POR LO QUE CON UNA ACCIÓN MECÁNICA CIERRA LOS PASAJES DE LA NARIZ Y LA-- FARINGE, BLOQUEANDO LAS COANAS Y FORZANDO AL NIÑO A RESPIRAR POR LA BOCA.

CUANDO SE PRESENTA DURANTE LA NOCHE ESTE BLOQUEO, ES QUE EL NIÑO PADECE DE VEGETACIONES ADENOIDEA, QUE ES EL-- AGRANDAMIENTO DE SUS TEJIDOS LINFOIDES IRRITADOS Y POR EL MAYOR ACUMULAMIENTO DE SANGRE EN ELLOS. EL ÚNICO TRATAMIENTO EFICAZ ES LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA. SE PRESENTA EN NIÑOS DE LOS 2 a LOS 10 AÑOS Y PUEDE DEJAR COMO SECUELAS, DEFORMACIONES FACIALES, ORALES, RESPIRACIÓN BUCAL HABITUAL, CATARRO NASAL CRONICO Y UN FÍSICO POCO DESARROLLADO.

CUANDO EL SEPTUM NASAL SE ENCUENTRA DESVIADO CON --- APROXIMACIÓN AL CORNETE NASAL INFERIOR CAUSA CONGESTIÓN - DE LA MUCOSA QUE LO CUBRE Y PRODUCE RESPIRACIÓN BUCAL.

LOS RINÓLOGOS ACONSEJAN HACER LA EXTIRPACIÓN DE ÉSTAS --- ANORMALIDADES DE LOS 18 AÑOS EN ADELANTE.

EL DENTISTA NO DEBE CONFUNDIR AL NIÑO QUE TIENE LA-- BOCA ABIERTA CON EL RESPIRADOR BUCAL, YA QUE MUCHAS VECES LA CAÍDA DE LA MANDÍBULA SE DEBE A LA FALTA DE TONACIDAD-- MUSCULAR. PARA NO CONFUNDIRNOS SE PUEDE HACER LA PRUEBA DEL ESPEJO QUE CONSISTE EN PONERLO FRENTE A LA BOCA DEL - NIÑO Y SI NO HAY CONDENSACIÓN DE AIRE EN ÉL, EL NIÑO NO-- ES RESPIRADOR BUCAL. PERO UN DIAGNÓSTICO MÁS SEGURO, -- NOS LO DA LA POSICIÓN DE LA LENGUA; SE HA COMPROBADO QUE-- AL RESPIRAR POR LA NARIZ, LA LENGUA PERMANECE TOCANDO EL-- PALADAR, TANTO EN PALADAR DURO COMO EN EL BLANDO, MIEN--- TRAS QUE SI SE RESPIRA BUCALMENTE, LA LENGUA ESTARÁ TOCAN-- DO LA CARA LINGUAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

OTRA CAUSA DE LA RESPIRACIÓN BUCAL ES LA PATOLOGÍA - DE ADENOIDES Y DE LOS SENOS MAXILARES, ÉSTOS PACIENTES -- PRESENTAN DIFICULTAD AUDITIVA EN ALGUNAS OCASIONES. TAM-- BIÉN PODEMOS TOMAR EN CUENTA COMO POSIBLE CAUSA DE LA RES-- PIRACIÓN BUCAL EL ALARGAMIENTO DE LAS AMÍGDALAS.

LAS MALPOSICIONES DENTARIAS OCASIONADAS POR LA RESPI-- RACIÓN BUCAL SON MUY TÍPICAS, COMO EJEMPLO TENEMOS EL CA--

SO DE LA CLASE II, SUBCLASE I DIVISIÓN DE ANGLE, EN LA -
QUE VEMOS UNA POSICIÓN POSTERIOR DE LA MANDÍBULA QUE ES-
TABLECE LA OCLUSIÓN DISTAL DE LA ARCADA INFERIOR; ESTRE-
CHAMIENTO DE LA ARCADA SUPERIOR Y PROTUSIÓN DE LOS INCI-
SIVOS SUPERIORES. ANALIZANDO ESTE CASO NOS DAREMOS ---
CUENTA QUE LOS CAMBIOS NOTORIOS NO LOS ENCONTRAMOS EN EL
CUERPO DE LA MANDÍBULA, SINO QUE LOS ENCONTRAMOS A NIVEL
DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES, REGIÓN DE LA CAVIDAD GLENOI-
DEA, TANTO MODIFICANDO SU POSICIÓN COMO DETENIENDO EL --
CRECIMIENTO DE LA SÍNFISIS MENTONIANA.

SI LA DEFORMIDAD ES LEVE, SE PUEDE LLEGAR A TENER -
UN RESULTADO SATISFACTORIO ESTÉTICAMENTE, LLEVANDO LOS--
DIENTES A SU POSICIÓN NORMAL.

EN ÉSTOS CASOS EL LABIO INFERIOR AL DEGLUIR EL NIÑO,
EJERCE UNA PRESIÓN SOBRE LOS INCISIVOS HACIA LINGUAL, --
QUE ELEVÁNDOLOS SOBRE LOS CANINOS LOS LINGUALIZA CON UNA
INCLINACIÓN DISTAL CON LO QUE REDUCE EL ESPACIO DE LOS--
PREMOLARES, LO QUE OCASIONA UNA INFRACLUSIÓN DE ÉSTOS Y
UNA CURVA DE SPEE EXAGERADA, ASÍ COMO UNA PÉRDIDA DEL --
CRECIMIENTO VERTICAL DE LOS PROCESOS ALVEOLARES.

LA ARCADA SUPERIOR Y EL PROCESO ALVEOLAR SON PRESIONADOS LATERALMENTE POR LA ACCIÓN DE LOS BUCCINADORES, -- TENSOS POR LA DEPRESIÓN DE LA MANDÍBULA. ESTO ESTRECHA LA ARCADA SUPERIOR Y A SU PROCESO. POR EL HECHO DE TENER LA BOCA ABIERTA, EL LABIO SUPERIOR NO SE DESARROLLA PERFECTAMENTE POR SU FUNCIÓN ANORMAL, QUE EJERCE UNA PRESIÓN EN EL PROCESO ALVEOLAR A NIVEL DE LAS RAÍCES QUE -- ASÍ LAS LLEVA A PALATINO Y LAS CORONAS DE ÉSTAS PIEZAS-- SON LLEVADAS A LABIAL POR LA ACCIÓN DEL LABIO INFERIOR-- QUE SE COLOCA ENTRE EL ESPACIO QUE SE PRODUCE ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES. ESTE DESPLAZAMIENTO AUMENTA CUANDO EL RESPIRADOR BUCAL TRATA DE HUMEDECER -- SUS LABIOS QUE POR LO GENERAL TIENEN ASPECTO DESAGRADABLE, FLACIDEZ Y ESTADO HIPOTÓNICO. ADEMÁS OCASIONA QUE LOS INCISIVOS INFERIORES HAGAN CONTACTO CON LA MUCOSA PALATINA, DEBIDO A ESTO A LA FALTA DE CRECIMIENTO VERTICAL EN LA ZONA DE LOS PREMOLARES Y MOLARES, HACIENDO QUE LOS INCISIVOS TENGAN UNA SUPRAOCCLUSIÓN.

ESTA FUERZA IRRESISTIBLE DEL LABIO INFERIOR, ELEVA A LOS INCISIVOS INFERIORES POR ENCIMA DE LA LÍNEA DE --- OCCLUSIÓN. FIG. 6.

CUADRO CLÍNICO DE UN NIÑO "RESPIRADOR BUCAL".

- 1) BAJO DE PESO, MAL NUTRIDO.
- 2) LABIOS MUCHO MÁS ABIERTOS QUE LO ORDINARIO.
- 3) EL LABIO INFERIOR EN CONTACTO CON LAS CARAS PALATINAS DE LOS INCISIVOS.
- 4) ARCO DENTAL SUPERIOR ESTRECHO Y PALADAR ALTO, EN FORMA DE U o V INVERTIDAS.
- 5) ACTITUD PASIVA Y POSIBLE RETARDO EN EL APRENDIZAJE.
- 6) TENDENCIA A SORDERA EN CHARLA NORMAL.
- 7) LA NARIZ GENERALMENTE SUCIA Y LABIO SUPERIOR CON ESCORIACIONES POR EL FLUJO.
- 8) PROPENSO A ATAQUES DE RESFRIADOS.
- 9) FAZ EDENOIDAL.



FIG. 6



ASPECTO FACIAL DEL RESPIRADOR BUCAL, CON PERFIL DE UNA ---
OCCLUSIÓN CLASE II (ANGLE), PROTUSIÓN DE INCISIVOS SUPERIO-
RES CON UNA SOBRE-OCCLUSIÓN DE SUS ANTAGONISTAS, COLOCACIÓN
DEL LABIO INFERIOR EN LAS CARAS PALATINAS.



CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO PARA RESPIRADORES BUCALES.

LOS LABIOS DEL RESPIRADOR BUCAL CRÓNICO PRESENTAN -- LAS SIGUIENTES ANORMALIDADES: FALTA DE CRECIMIENTO EN EL SUPERIOR, MUY CORTO; EL INFERIOR ES FLÁCCIDO Y PRESENTA-- HIPNOTISMO. LOS EJERCICIOS MUSCULARES Y EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LOS LABIOS, SI SE PRACTICAN RUTINARIAMENTE-- Y CON PERSEVERANCIA, LES DEVOLVERÁN SU TAMAÑO Y TONO NORMALES. SE PRESCRIBIRÁN LOS EJERCICIOS DE ALARGAMIENTO-- LABIAL, EL EJERCICIO DEL ORBICULAR Y EL DE WILSON. PUEDE UTILIZARSE UN DISPOSITIVO ESTIRA-LABIOS TOMANDO UN TROZO GRANDE DE PASTA DE MODELAR Y DÁNDOLE FORMA PARA QUE -- LLENE LA PARTE ANTERIOR DEL VESTÍBULO DE LA BOCA; UNA PARTE DEL TROZO SE COLOCA ENTRE LOS INCISIVOS PARA QUE EL PACIENTE MUERDA SOBRE ELLA, DEJANDO IMPRESIONES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES QUE PERMITIRAN LOCALIZAR Y ESTABILIZAR EXACTAMENTE ESTE DISPOSITIVO UNA VEZ EN POSICION. ESTE DISPOSITIVO MECÁNICO SE ENTREGA AL PACIENTE-- CON INSTRUCCIONES PARA USO DIARIO. SE COLOCA EN LA BOCA TRATANDO DE CERRAR LOS LABIOS SOBRE ÉL, REPITIENDO EL ---

EJERCICIO POR LO MENOS CIENTOS VECES, POR LA MAÑANA Y POR LA NOCHE. PUEDE HACERSE TAMBIÉN DE ACRÍLICO.

ADEMÁS DE ESTE TRABAJO ACTIVO, PUEDE USARSE TELA --- ADHESIVA POR LA NOCHE PARA MANTENER LOS LABIOS CERRADOS. SE ACONSEJAN TAMBIÉN LOS EJERCICIOS "DE CARRERITAS", REALIZADOS CON VELOCIDAD SUFICIENTE PARA PROVOCAR RESPIRACION PROFUNDA Y AGITADA, POR SUPUESTO NASAL; NO DEBE CORRER TAN RÁPIDAMENTE COMO PARA VERSE OBLIGADO A RESPIRAR POR LA BOCA.

DEBE REALIZARSE DURANTE TREINTA MINUTOS DIARIOS, POR LO MENOS.

LOS EJERCICIOS "MASTICATORIOS" PUEDEN EMPLEARSE PARA OBTENER ESTABILIDAD EN LOS TEJIDOS ÓSEOS DE SOPORTE DENTARIO Y PARA FORTALECER LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS, SIEMPRE DÉBILES Y POCO DESARROLLADOS EN LOS RESPIRADORES BUCALES.

CUALQUIERA DE ÉSTOS EJERCICIOS REQUIERE UNA APLICACION CONSTANTE DURANTE TODO EL TRATAMIENTO; SE TRATARÁ DE VARIAR SU FORMA Y CARACTER DE TANTO EN TANTO PARA EVITAR CAUSAR AL PACIENTE, QUE SEGUIRÁ EFECTUÁNDOLOS DESPUÉS DE QUITADA LA CONTENCIÓN MECÁNICA, MOMENTO EN QUE LA FUNCIÓN NORMAL Y EL EQUILIBRIO DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES SON --

MUY NECESARIOS PARA MANTENER EL RESULTADO LOGRADO CON EL TRATAMIENTO ACTIVO.

HÁBITOS DE FONACIÓN.

LA MAYORÍA DE ELLOS CAUSADOS POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.

LAS FUNCIONES SUPERIORES DEL SISTEMA NERVIOSO, ASÍ -- COMO LA PERSONALIDAD, INTELIGENCIA Y VOLUNTAD, AL ENCON-- TRARSE ALTERADOS, REPERCUTEN EN EL HABLA, DE AHÍ LA NECESIDAD DEL ESTUDIO PSICOGÉNICO DEL NIÑO.

UN HÁBITO MUY COMÚN ES EL CECEO EN LOS NIÑOS, QUE LO PROVOCAN AL PONER LA PUNTA DE LA LENGUA EN LOS INCISIVOS-- Y EVITAR LO MÁS POSIBLE, DESPLAZAMIENTO VERTICAL DE LA -- MANDÍBULA, ESTO ES MUY FRECUENTE VERLO EN LA CLASE II DIVISIÓN II. ESTE HÁBITO PRODUCE UNA DESVIACIÓN LABIAL DE LOS INCISIVOS COMO UNA INFRACLUSIÓN.

EN NUESTRA PRÁCTICA GENERAL DEBEMOS CONOCER EL TONO-- UNÍSONO O MONÓTONO DE LA VOZ DEL NIÑO COMO UNA RESPUESTA-- DE ÉL, ANTE UNA SITUACIÓN ADVERSA. ASÍ LA TARTAMUDEZ CO NOCIDA COMO DISFONÍA, DISTA DE RESOLVERSE TERAPÉUTICAMENTE SIN ANTES TRATAR LOS FACTORES PSÍQUICOS QUE LA OCASIONAN.

LOS NIÑOS QUE TARTAMUDEAN DESARROLLAN FRECUENTEMENTE TEMORES, ANSIEDADES, REACCIONES ANORMALES CON RESPECTO A SU--
HABLA, YA SEA POR INICIAR O REINICIAR LA JOHNSON LO DEFINO COMO "UNA REACCIÓN ANTICIPATORIA, APRENSIVA, HIPERTÓNICA DE EVASIÓN".

HÁBITO DE DEGLUCIÓN.

MUCHO SE HA ESCRITO ACERCA DEL EFECTO PERJUDICIAL --
QUE TIENE SOBRE LOS ARCOS DENTARIOS EL COMPORTAMIENTO ---
ANORMAL DE LOS MÚSCULOS DE LA LENGUA, LOS LABIOS Y LAS ME
JILLAS, HABIÉNDOSE LLAMADO LA ATENCIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN
DE LOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO MUSCULAR, CON ESPECIAL-
REFERENCIA A LA MUSCULATURA ORO-FACIAL. EXISTE UNA TRAN
SICIÓN GRADUAL EN UN NIÑO DE EVOLUCIÓN NORMAL DESDE EL PA
TRÓN INFANTIL DE COMPORTAMIENTO MUSCULAR, AL DE UN PATRÓN
MÁS MADURO. UN ACTO MUY FRECUENTE REALIZADO POR LOS ---
MÚSCULOS ASOCIADOS CON EL APARATO MASTICATORIO ES EL DE -
LA DEGLUCIÓN. ESTE ACTO SE REALIZA CIENTOS DE VECES POR
DÍA Y LA ALTERACIÓN RESULTANTE EN EL EQUILIBRIO DE LAS --
FUERZAS MUSCULARES, TENDRA SU EFECTO SOBRE LOS ARCOS DEN-
TALES EN EVOLUCIÓN.

MAGENDEE, CUYA TEORÍA ES GENERALMENTE LA MÁS ACEPTA-
DA, DIFERENCIA TRES ETAPAS EN EL ACTO DE LA DEGLUCIÓN.

1.- VOLUNTARIA.- CUANDO EL BOLO ALIMENTICIO ES MASTICADO Y VERTIDO POR LA LENGUA Y LOS CARRILLOS HACIA EL ÍNTRINSECO DE LAS FAUCES.

2.- INVOLUNTARIO.- DE NATURALEZA REFLEJA, QUE SIGUE INMEDIATAMENTE AL PRIMERO, ES CONVULSIVO CUANDO PASA DE LA GARGANTA Y LLEGA A LA TERMINACIÓN SUPERIOR DE LA TRAQUEA.

3.- LA VIOLENTA FUERZA CONTINUA HASTA QUE EL BOLO ES LLEVADO AL ESTÓMAGO.

EFFECTIVAMENTE, EL ACTO DE DEGLUTIR ES UN MOVIMIENTO-PERISTÁLTICO DURANTE LA PRIMERA ETAPA, EN LA CUAL LA COMIDA ES LLEVADA A LA BOCA CONSTANTEMENTE ROTADA Y LLEVADA ADELANTE PRIMERO, POR LA PRESIÓN ENTRE LA LENGUA Y EL PALADAR SEGUIDA POR LA CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS LONGITUDINALES DE LA LENGUA Y LOS MÚSCULOS DEL PISO DE LA BOCA, DURANTE LA SEGUNDA ETAPA, EL ACTO DE DEGLUTIR CONTINÚA -- POR MEDIO DE LAS CONTRACCIONES DE LOS MÚSCULOS CONRICTORES FARÍNGEOS, LOS CUALES RODEAN, ENCIERRAN Y LLEVAN EL BOLO HACIA ATRÁS, MIENTRAS LA LARINGE Y EL HUESO HIÓIDES SON ESTIRADOS HACIA ARRIBA Y EL BOLO ES CONDUCIDO A LA ENTRADA DE LA TRÁQUEA. EN EL TERCER PERÍODO HAY UNA CONTRACCIÓN PROGRESIVA DE LOS ANILLOS CARTILAGINOSOS TRAQUEALES, QUE SE ENSANCHAN AL MISMO TIEMPO QUE EL BOLO ES PRE-

SIONADO CONTRA ELLOS.

AL DENTISTA LE INTERESAN PRINCIPALMENTE LAS DOS PRIMERAS ETAPAS, PREDEGLUTIVA Y DEGLUCIÓN, PUES YA QUE SON--VOLUNTARIOS, ESTÁN POR LO TANTO SUJETOS A PERVERSIÓN. SI UNA MUSCULATURA DEBILITADA CON ENFERMEDAD O TRAUMA O ALGÚN MAL DESARROLLO, FORZAN AL NIÑO A DEGLUTIR REPETIDAMENTE DE UNA MANERA ANORMAL, EL HÁBITO PUEDE FORMARSE.

LA FRECUENCIA DE LAS DEGLUCIONES ES DE APROXIMADAMENTE 100 a 132 VECES POR HORA. ESTO INDICA QUE SI EL NIÑO ES FORZADO A DEGLUTIR DE MANERA ANORMAL, AÚN POR CORTO---TIEMPO, DEBIDO A LA REPETIDA FRECUENCIA PUEDE FACILMENTE-ADAPTARSE A FORMAR EL HÁBITO. CUANDO LA CAUSA ES SUSPENDIDA, EL HÁBITO PERMANECE. ESTE FENÓMENO ES MUY FRECUENTE QUE SE PRESENTE DURANTE UN TRATAMIENTO DE ENDODONCIA -MIENTRAS DURA EL ACTO DE DEGLUCIÓN, LOS MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN SE DEBEN CAMBIAR, SI EL NIÑO AL DEGLUTIR OBSERVA-ALGÚN CAMBIO EN SU EXPRESIÓN, PUEDE DARSE UN DIAGNÓSTICO-POSITIVO ACERCA DE UNA DEGLUCIÓN ANORMAL. SIN EMBARGO,-NO DEBE CONFUNDIRSE EL MOVIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA--MASTICACIÓN QUE EJECUTAN AL JUNTAR EL MAXILAR CON LA MANDÍBULA, PARA EL ACTO DE LA DEGLUCIÓN ANORMAL, CON ALGÚN--CAMBIO QUE EJECUTEN LOS MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN.

CUALQUIER CAMBIO QUE SE NOTE EN LOS ANTERIORES MÚSCULOS, PRINCIPALMENTE EN EL ORBICULAR DE LOS LABIOS GENERALMENTE INDICA UN HÁBITO.

LA HIPERACTIVIDAD DE ÉSTOS MÚSCULOS, COMO LA DE LOS MÚSCULOS BUCCINADORES QUE SON SUCCIONADOS ENTRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, COMO EL DESCENSO DE LA MANDÍBULA Y LA POSICIÓN DE LA LENGUA ARRASTRADA HACIA ATRÁS, PERO SIN PERDER CONTACTO CON EL LABIO INFERIOR Y LOS BORDES DE LOS INCISIVOS INFERIORES; PRODUCE UNA SERIE DE FUERZAS Y TENSIONES SOBRE LAS ARCADAS.

ASÍ POR EJEMPLO LA COMBINACIÓN DE LA FUERZA DE LOS MÚSCULOS LABIALES CON LA DEL EMPUJE ANTERIOR EJERCIDO POR LOS MÚSCULOS MASTICADORES, PROVOCAN LA DISCONTINUIDAD DE LA ARCADEA EN LA REGIÓN CANINA, QUE A SU VEZ INICIA UN MOVIMIENTO MESIAL DE LAS PIEZAS POSTERIORES.

EN EL SEGUNDO PERÍODO DE LA DEGLUCIÓN DE LA LENGUA VA HACIA ADELANTE Y SE EXTIENDE ENTRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE PREMOLARES Y ALGUNAS VECES EN LOS MOLARES, ASÍ COMO TAMBIÉN PIERDE CONTACTO CON LA SUPERFICIE PALATINA Y LOS MÚSCULOS LABIALES SUFREN UN RELAJAMIENTO, ASÍ --

COMO LA COLOCACIÓN DEL LABIO INFERIOR EN LA CARA PALATINA DE LOS INCISIVOS, HACE QUE SE ORIGINE UNA LABIALIZACIÓN-- DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y LOS MANTIENE EN INFRAOCCLUSIÓN, OCASIONANDO UNA MORDIDA ABIERTA. FIG. 7.

LAS PIEZAS POSTERIORES SUFREN ENTONCES UNA SUPRAOCCLUSIÓN AL TRATAR DE ESTABLECER UN EQUILIBRIO OCLUSAL.

SI A TODO ESTO LE AÑADIMOS LA EXCESIVA PRESIÓN LABIAL DEL PRIMER PERÍODO DE LA DEGLUCIÓN EJERCIDA EN EL ACTO DE SUCCIÓN NOS PROVOCARÁ UNA MORDIDA ABIERTA HORIZONTAL EN LA REGIÓN INCISIVA.

LA DEGLUCIÓN ANORMAL PUEDE PRESENTARSE CON LA INTERFERENCIA DE OTROS HÁBITOS, COMO: SUCCIÓN DEL PULGAR U OTRO DEDO, LENGUA PROTÁCTICA, MORDISQUEO DE LABIOS. EN OTRAS OCASIONES POCO COMUNES, LA CAUSA ES QUE LA LENGUA DEL NIÑO ES DEMASIADO LARGA. FIG. 8.



DEGLUCIÓN NORMAL.



DEGLUCIÓN ANORMAL.

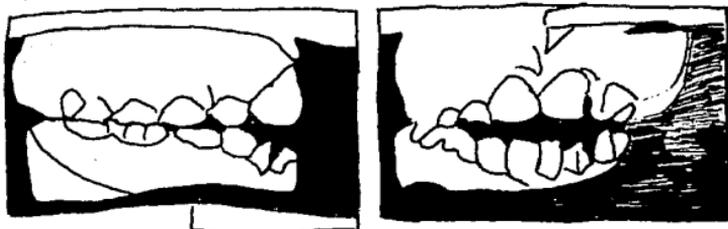


FIG. 7

TRATAMIENTO PARA HÁBITO ANORMAL DE DEGLUCIÓN.

ÉSTOS SON SIN DUDA, LOS MÁS COMUNES E IMPORTANTES QUE SE ENCUENTRAN ENTRE LAS ALTERACIONES MUSCULARES. NUNCA PODRÁN SER COMBATIDOS EFICAZMENTE, SI NO SE SABE EXACTAMENTE CÓMO Y POR QUÉ SE ORIGINARON, Y CUALES SON SUS CAUSAS PRIMARIAS. SABIDO ESTO, LA CAUSA PODRÁ SER ATACADA EN SU ORIGEN, DONDE ES MÁS VULNERABLE, ELIMINANDO ASÍ EL HÁBITO ANTES DE QUE PUEDA EJERCER SU EFECTO DESVASTADOR-- SOBRE LAS ARCADAS DENTARIAS.

NO SIEMPRE LAS ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN ALTERAN LA OCLUSIÓN. EN ALGUNOS CASOS LAS FUERZAS NORMALES DEL CRECIMIENTO DENTARIO SON LO BASTANTE FUERTES COMO PARA --

OPONERSE Y DOMINAR A LAS FUERZAS ANORMALES DEL HÁBITO. - SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PRODUCIRÁN DAÑOS GRAVES.

ESTE FACTOR ETIOLÓGICO SERA TRATADO COMO LOS DEMÁS - DE MANERA METÓDICA. SE HACE QUE EL PACIENTE SE DÉ CUENTA DE SU HÁBITO; SE LE EXPLICA CUALES SON SUS EFECTOS Y QUE DEFORMIDAD LE PRODUCIRÁ SI SIGUE PRACTICÁNDOLO; SE TRATA DE ENSEÑARLE A QUE LO REALICE VOLUNTARIAMENTE, SI LE RESULTA DIFÍCIL; Y POR ÚLTIMO SE LE INSTRUYE SOBRE COMO DEGLUTIR CORRECTAMENTE FRENTE AL ESPEJO, VIGILANDO LA POSICIÓN DE SU LENGUA, Y SI ESTO NO ES SUFICIENTE, TENDRÁ QUE COLOCARSE UNA PLACA REMOVIBLE SUPERIOR CON UNA REJILLA DE ALAMBRE QUE IMPIDA LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA, O BIEN, UN ARCO LINGUAL CON PUNTAS SOLDADAS EN LA REGIÓN ANTERIOR QUE SIRVAN DE RECORDATORIO PARA NO PROYECTAR LA LENGUA AL PACIENTE. LA MALOCLUSIÓN CAUSADA POR ESTE MAL HABITO EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS ES UN PROBLEMA DE DIFÍCIL SOLUCIÓN. SOLAMENTE LA PERSEVERANCIA, LA VOLUNTAD Y LA VIGILANCIA DEL ORTODONCISTA, LOS PADRES Y EL PACIENTE, PODRÁN DEVOLVER A ESTE SU ACTIVIDAD FUNCIONAL NORMAL, TODO ESTO HACE QUE EL ÉXITO TOTAL SE OBTENGA EN UN NÚMERO DE CASOS RELATIVAMENTE PEQUEÑO.

CAPÍTULO VII

HÁBITOS DE LA LENGUA.

LA LENGUA DEBE SER DE GRAN INQUIETUD PARA EL ODONTÓLOGO POR SUS DIVERSAS POSICIONES, FUNCIONES QUE DESARROLLA. SOBRE TODO POR LA INFLUENCIA QUE TIENE EN LAS MAL-OCCLUSIONES.

LOS HÁBITOS MÁS COMUNES EN LENGUA SON: EL MORDISQUEO O SUCCIÓN DE LA LENGUA Y LENGUA PROTRÁCTIL.

LA SUCCIÓN DE LA LENGUA APARECE MUCHAS VECES AL QUITAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL DEDO, YA SEA EN ACCIÓN DE MORDISQUEO O TOMANDO LA POSICIÓN DEL DEDO EN LA SUCCIÓN, ESTE ÚLTIMO CASO ES MÁS RARO. CUANDO EL NIÑO SUCCIONA LA LENGUA ANTERIORMENTE PERMITE LA ELONGACIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES COMO LA INTRUCCIÓN O PROTUCCIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES.

ADEMÁS INCLINA MESIALMENTE LOS CAMINOS CON LO QUE RE DUCE EL SEGMENTO ANTERIOR PROVOCANDO UNA INFRAOCCLUSIÓN DE

LOS INCISIVOS INFERIORES; SI EL NIÑO INTENSIFICA SU HÁBITO DE SUCCIÓN A MORDISQUEO, PERMITIRÁ ADEMÁS DE LO MENCIONADO LA LABIALIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, CON LO CONSIGUIENTE SE OBTENDRÁ UNA MORDIDA ABIERTA.

ESTE HÁBITO LO PRODUCE AL COLOCAR SU LENGUA ENTRE --
LOS INCISIVOS Y SUCCIONARLA O MORDERLA SUAVEMENTE.

POR LENGUA PROTÁCTIL ENTENDEMOS LA INTERMITENTE O --
CONSTANTE PROYECCIÓN HACIA ADELANTE DE LA LENGUA. EN SU
POSICIÓN NORMAL GENERALMENTE DESCANSA EN LA SUPERFICIE --
LINGUAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES EL NIÑO AL TRATAR DE-
PRODUCIR CIERTOS SONIDOS INPELE SU LENGUA CONTRA LOS DIEN-
TES MAXILARES O MANDIBULARES CON CIERTA PRESIÓN QUE CON--
SUFICIENTE FRECUENCIA LE PUEDEN PRODUCIR UNA MALA OCLU--
SIÓN. CUALQUIER TARTAMUDEO DEBE REFERIRNOS UN POSIBLE--
HÁBITO ANORMAL DE LA LENGUA.

EN OCASIONES LA PRESIÓN EJERCIDA POR LA LENGUA AUMEN-
TA EN CRECIMIENTO DEL SEGMENTO ANTERIOR DE LAS DOS ARCA--
DAS CON LO QUE PUEDE DAR DEFORMALIDAD DEL TERCIO INFERIOR
DE LA CARA.

ES RECOMENDABLE EFECTUAR UN EXAMEN FÍSICO GENERAL, -
PUES EN OCASIONES UNA MACROGLOSIA DADA POR UN DESAJUSTE--

ENDÓCRINO O DISTURBIO METABÓLICO NOS PRODUCE LOS MISMOS -
EFECTOS QUE LA LENGUA PROTRÁCTIL.

LA LENGUA PROTRÁCTIL NOS PRODUCIRÁ UNA PROTUSIÓN DE-
LOS DIENTES SUPERIORES Y UNA INTRUCCIÓN DE LOS INFERIORES
ASÍ UNA MORDIDA ABIERTA. SI EL HÁBITO SE EFECTÚA DURAN-
TE LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES PUEDE LLEGAR A
INHIBIR ESTA FUNCIÓN. EN LAS PIEZAS POSTERIORES, POR SU
CONTINUA PROYECCIÓN ORIGINA UNA SUPRAOCCLUSIÓN. FIG. 9 y -
10.



FIG. 9



FIG. 10

SHEPPARD EN SUS CONCLUSIONES ACERCA DE LA LENGUA --
PROTRÁCTIL Y LAS MALOCLUSIONES NOS REFIERE LO SIGUIENTE:

1.- MOVIMIENTO HACIA ADELANTE.

a) FALTA DE OCLUSIÓN EN LOS DIENTES ANTE--
RIORES CON APIÑAMIENTO Y ROTACIONES.

b) FALTA DE OCLUSIÓN EN LOS DIENTES ANTE--
RIORES Y ALGUNOS POSTERIORES CON APIÑA--
MIENTO Y ROTACIONES.

2.- PRESIÓN HACIA ADELANTE Y HACIA ARRIBA.

a) LEVE ALARGAMIENTO DEL MAXILAR CON ESPA--
CIAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES SU--
PERIORES.

3.- MOVIMIENTO HACIA ADELANTE Y HACIA ABAJO.

a) ALARGAMIENTO DE LA MANDÍBULA, POSIBLE--
MORDIDA CRUZADA EN UNO O TODOS LOS DIEN--
TES, Y ESPACIAMIENTO DE LOS DIENTES AN--
TERIORES INFERIORES.

b) ESTE HÁBITO ACOMPAÑADO DE UNA DEGLUCIÓN
ANORMAL PUEDE CAUSAR DESTRUCCIÓN DE LOS
DIENTES, ENCÍAS Y HUESO.

4.- FUERZA LATERAL.

- a) FALTA DE OCLUSIÓN EN LA REGIÓN DE LOS PRE
MOLARES DE UNO O DE LOS DOS LADOS.

TRATAMIENTO PARA HÁBITOS DE GLOSOFAGIA.

DE TODOS LOS MALOS HÁBITOS BUCALES, PROBABLEMENTE EL-
HÁBITO MÁS DIFÍCIL DE TRATAR ES EL DE MORDERSE LA LENGUA--
Y PARA ROMPER ESTE HÁBITO, COLOCAMOS UN ESPOLÓN PUNTIAGUDO
SOBRE EL LADO LINGUAL DE UNA BANDA CEMENTADA SOBRE EL DIEN
TE EN SITUACIÓN MÁS APROPIADA PARA PRODUCIR LA IRRITACIÓN--
DESEADA DE LA LENGUA, ES CASI EL MEJOR MÉTODO PARA SUPRI--
MIR ESTE HÁBITO.

EN ALGUNOS CASOS SE CORREGIRA CON ALGÚN DISPOSITIVO -
DE ALAMBRE LINGUAL COLOCADO DE MOLAR A MOLAR EN EL MAXILAR
SUPERIOR A CUYO SECTOR ANTERIOR SE SUELDAN VARIOS ESPOLO--
NES COLOCADOS EN POSICIONES IRRITANTES PARA LA LENGUA CUAN
DO EL PACIENTE TRATE DE MORDER.

ES IMPORTANTE QUE EL ORTODONCISTA BUSQUE LA COLABORA-
CIÓN DE LOS PADRES Y DEL PACIENTE PARA ASÍ ELIMINAR ESTE -
HÁBITO.

HÁBITOS DE LABIOS.

TAMBIÉN CONOCIDA COMO QUEILOFAGÍA O SEA MORDERSE LOS-LABIOS, ÉSTE SE PRESENTA POR LO GENERAL EN NIÑOS NERVIOSOS O VERGONZOSOS. ÉSTE HÁBITO A NO SER QUE SE PRACTIQUE ---CONSTANTEMENTE NO LLEGA A OCASIONAR MALOCLUSIÓN. CON LA-COOPERACIÓN Y FORMACIÓN DE UN BUEN JUICIO EN EL NIÑO SE --ELIMINARÁ ÉSTE HÁBITO.

EL LABIO QUE CON MÁS FRECUENCIA SE MUERDE ES EL INFERIOR Y OCURRE GENERALMENTE A LA EDAD ESCOLAR.

SI EL HÁBITO ES EXAGERADO PUEDE OCASIONAR UNA MALA--- OCLUSIÓN SIMILAR A LA PRODUCIDA POR LA SUCCIÓN DEL PULGAR. EL DENTISTA PUEDE SUGERIR UNOS EJERCICIOS LABIALES PARA --ROMPER CON EL HÁBITO, TALES COMO EFECTUAR EXTENSIONES DEL-LABIO INFERIOR SOBRE LOS INCISIVOS SUPERIORES FORZÁNDOLOS.

TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE QUEILOFAGÍA.

ESTE PROBLEMA ES MUCHO MÁS DIFÍCIL DE TRATAR Y ES ---ACONSEJABLE NO TOMAR NINGUNA MEDIDA HASTA QUE HAYAN ERUP--CIONADO LOS INCISIVOS INFERIORES TEMPORARIOS. ESTE HÁBITO SE COMBATE CON DISPOSITIVOS MECÁNICOS QUE PRODUCEN DO--LOR AL TRATAR DE PRACTICAR EL HÁBITO. NO HAY PELIGRO DE-PRODUCIR REACCIONES INFLAMATORIAS GRAVES EN LOS TEJIDOS --

TRAUMATIZADOS, PORQUE EL PACIENTE APRENDERÁ PRONTO A EVITAR LA HERIDA, LO QUE LE LLEVARÁ A ELIMINAR SU HÁBITO.

OTRO APARATO QUE SE USA PARA LA CORRECCIÓN DE ESTE HÁBITO ES LA PLACA VESTIBULAR DE JHONSON, YA DESCRITA ANTERIORMENTE AL HABLAR DEL TRATAMIENTO PARA CHUPADORES DE DEDOS.

CAPÍTULO VIII

CUERPOS EXTRAÑOS LLEVADOS A LA CAVIDAD ORAL

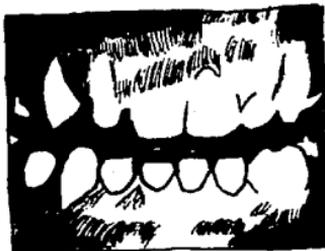
ÉSTOS HÁBITOS ESTÁN RELACIONADOS CON INFINIDAD DE OBJETOS Y CAUSAS, SIENDO DIFÍCILES DE DESCRIBIRLOS. DENTRO DE LOS MÁS COMUNES SON LOS EFECTUADOS DENTRO DE LAS OCUPACIONES DE LOS NIÑOS, POR EJEMPLO EN LA ESCUELA: AL MORDER LÁPICES, REGLAS, GOMAS, ETC. ALGUNAS DE LAS CAUSAS POR LAS QUE LOS DESARROLLAN LOS INFANTES, ES POR COMODIDAD, -- PLACER, EVASIÓN DE REALIDADES ADVERSAS; CANALIZÁNDOLAS EN ÉSTAS OCASIONES. OTROS LAS PRACTICAN A LA HORA DE DORMIR COMO MORDER LA ALMOHADA, CUELLO DE PIJAMA, ETC.

EL HÁBITO DE MORDER LOS OBJETOS POR LO GENERAL LO --- EFECTÚA DE UN SOLO LADO, GENERALMENTE DONDE ESTÁN LOS CANI NOS, POR LO QUE ROMPE LA ARMONÍA EN SU OCLUSIÓN, PUES LLEGA A GIRAR A UNO O VARIOS DIENTES. EL HÁBITO DE SUCCIÓN O MORDISQUEO DE LA COBIJA POR EJEMPLO, ES MENOS SEVERO, -- PUES ÉSTE ES PRACTICADO CON MENOS FRECUENCIA E INTENSIDAD, AUNQUE EN CASOS EXAGERADOS NOS DÁ UNA LIGERA MORDIDA ABIER TA.

LA ONICOFAGIA, MORDERSE LAS UÑAS, AUNQUE PRODUZCA UNA ALTERACIÓN EN LA OCLUSIÓN, TIENE MAYOR IMPORTANCIA CLÍNICA PSICOLÓGICA, PUES HA SIDO DESCRITA COMO UN ESTADO DE ANSIEDAD O ANGUSTIA EN LA PERSONALIDAD. ES MÁS FRECUENTE EN LOS NIÑOS DE LOS 4 a LOS 19 AÑOS, QUE EN LOS ADULTOS.



HÁBITOS COMO EL MORDISQUEO DE LÁPICES, REGLAS, ETC. OCASIONAN GIROVERSIONES O DESPLAZAMIENTOS DE LAS PIEZAS DENTARIAS.



RECESIÓN GINGIVAL CAUSADA POR EL PUNZAR. EL TEJIDO CON LA UÑA O UN ALFILER.

COMO NUESTRAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS LAS HALLAMOS-
EN MANOS Y BOCA, VEMOS EL PORQUE EL NIÑO AL NO DESARROLLAR
ADECUADAMENTE CIERTOS PLACERES, LOS MANIFIESTA CON LA UNI-
COFAGIA. ÉSTE HÁBITO TRAE COMO GIROVERSIONES COMO DESGAS
TES EN LOS DIENTES UTILIZADOS SOMETIDOS AL HÁBITO.

ESTO NOS DA MALOCLUSIONES DIVERSAS, PERO LA MÁS SEVE-
RA ES CUANDO SE PROYECTA LA MANDÍBULA A TIPO CLASE III DE-
ANGLE.

OTRO DE LOS MALOS HÁBITOS ES CHUPETE DE GOMA, MUY DI-
FUNDIDO A PESAR DE LAS ADVERTENCIAS HECHAS A LAS MADRES DE
LOS TRASTORNOS QUE PUEDE OCASIONAR, TALES COMO CÓLICOS, --
GRAN INGESTIÓN DE GÉRMINES, AIRE Y MALOCLUSIONES. ALGU--
NOS PEDIATRAS HAN DICHO QUE SE PUEDE USAR COMO APACIGUADOR
EN LOS CÓLICOS, YA QUE SU ACCIONAR RELAJA LOS MÚSCULOS;
OTROS ESPECIALISTAS DICEN QUE ESTA SUPERACTIVIDAD Y EL IN-
GERIR AIRE CONTINUAMENTE, NO PERMITE UN DESCANSO DEL ESTÓ-
MAGO.

GRAN CONTROVERSI DA EL USO DEL CHUPETE DE GOMA EN --
PSICÓLOGOS COMO OTRO ESPECIALISTA; YA QUE UNOS LO ACEPTAN-
COMO PALIATIVO SI ES QUE NO HAY OTRO. SIN EMBARGO, SE RE
COMIENDA UNA MAYOR ATENCIÓN DE LOS PADRES POR SUS HIJOS, Y
AVERIGUAR LA CAUSA DE SU MALESTAR.

LA MALOCCLUSIÓN QUE EL USO DEL CHUPETE DE GOMA PUEDE ACARREAR ES UNA PROTRUSIÓN DE LA ARCADA SUPERIOR ACOMPAÑADA DE LABIO-VERSIÓN DE LOS INCISIVOS CENTRALES, OTRAS VECES PUEDE EXISTIR UNA INFRAOCCLUSIÓN.

LOS CHUPETES DE GOMA ENCONTRADOS EN EL MERCADO POR SUS CONDICIONES SON MUY LARGOS Y REDONDOS, ADEMÁS DE ---TRAER MALOCCLUSIONES, SON CAUSANTES DE UNA DEGLUCIÓN ANORMAL. FIG. 11.

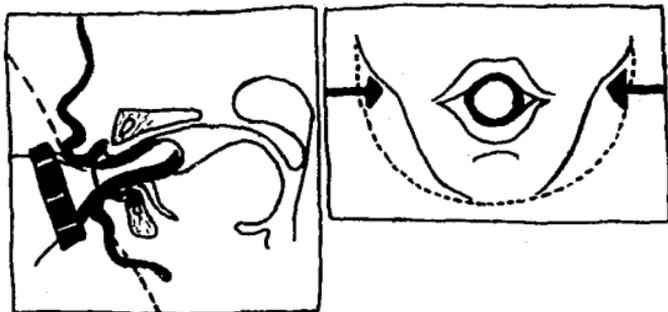


FIG. 11

TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE OBJETOS EXTRABUCALES.

ÉSTE HÁBITO COMO LOS DEMÁS SE DEBE TRATAR METÓDICA--
MENTE. SE TRATARÁ DE EXPLICAR AL PACIENTE POR TODOS LOS
MEDIOS LOS EFECTOS Y DEFORMIDADES QUE LE PRODUCIRÁ EN SUS
TEJIDOS DENTARIOS, LA PRÁCTICA CONSTANTE Y ABUSIVA DE ÉS-
TE HÁBITO.

ES IMPORTANTE PUES QUE EL PACIENTE SE DÉ CUENTA Y --
ASÍ YA INSTRUÍDO A ÉSTE RESPECTO SUPRIME EL ACTO DE REALI-
ZAR ÉSTE HÁBITO QUE TANTO DAÑO TRAE EN LOS TEJIDOS DENTA-
RIOS.

TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE ONICOFAGIA.

ÉSTE HÁBITO SERÁ TRATADO COMO LOS DEMÁS, DE MANERA -
METÓDICA. SE LE HACE VER AL PACIENTE QUE SE DÉ CUENTA -
DE SU HÁBITO, SE LE INSTRUYE CUALES SON SUS EFECTOS Y QUE
DEFORMIDAD LE PROVOCARÁ SI SIGUE PRACTICÁNDOLO. ES MUY-
IMPORTANTE QUE EL PACIENTE SE MIRE EN EL ESPEJO DURANTE -
EL TIEMPO QUE PRACTICA ÉSTE HÁBITO, PARA QUE TAMBIÉN ÉL--
PUEDA APRECIAR LA ANORMALIDAD. ESTO DEBE HACERSE CON --
DISCRECIÓN PORQUE PARA UN NIÑO SENSIBLE PUEDE RESULTAR --
MUY MOLESTO Y TRAER EFECTOS PERJUDICIALES. PARA TRATAR -
ÉSTE HÁBITO, ES NECESARIO LA PACIENCIA Y TRANQUILIDAD DE-
LOS PADRES PARA REUNIR LOS DATOS QUE PERMITIRÁN RESOLVER-
EL PROBLEMA POR EXTRAÑO QUE PAREZCA A LOS PADRES DE ACTI-

TUD CASI HOSTIL Y RESULTA DIFÍCIL CONVENCERLOS DE LA IN--
FLUENCIA NOCIVA DEL HÁBITO, PERO DEBE HACERSE TODO LO PO--
SIBLE POR CONVENCERLO PARA QUE COOPERE CON EL ORTODONCIS--
TA PARA LA ELIMINACIÓN DEL HÁBITO DEL NIÑO.

CAPÍTULO IX

BRUXISMO.

OTRO MAL HÁBITO OBSERVADO EN ALGUNOS NIÑOS, TAMBIÉN CONOCIDO COMO BRICOMANÍA O BRUXOMANÍA CUANDO LA CAUSA ES UNA ALTERACIÓN NERVIOSA, PRINCIPALMENTE; PUES COMO ES DE NUESTRO CONOCIMIENTO PUEDEN SER MÚLTIPLES LAS CAUSAS QUE LO ORIGINAN, TALES COMO: CONTACTOS PREMATUROS, TRASTORNOS PARODONTALES, HIPERTONISMO MUSCULAR, ALGUNOS ENTERADOS LO ASOCIAN A EPILEPSIA, MENINGITIS, TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

SEA CUAL SEA SU CAUSA EL EFECTO PRODUCIDO EN LA CAVIDAD ORAL SERA UNA ATRICCIÓN O DESGASTE DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES E INCLUSIVE DE TODA LA PIEZA DENTAL, DEPENDIENDO DE LA INTENSIDAD Y CONTINUIDAD DEL HÁBITO ES DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, NO SIEMPRE PRESENTE ESTE ÚLTIMO.

ESTO NOS SUGIERE QUE LO PRESENTARÁN CON MAYOR FRECUENCIA NIÑOS CON PROBLEMAS EMOCIONALES, TALES COMO: ANSIEDAD, TEMORES, FALTOS DE ATENCIÓN, ALTAMENTE REBELDES,

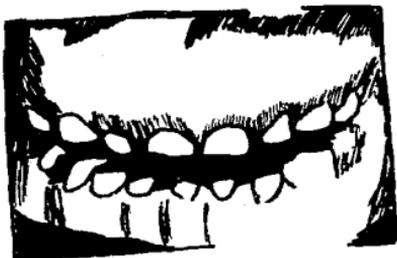
Y MUY IRRITABLES.

DETERMINANDO LA CAUSA QUE DESENCADENA ESTE HÁBITO, -
LO ROMPEREMOS TRATANDO SUS CAUSAS DENTALES Y LAS EMOCIO-
NALES EL PSIQUIATRA.

HECHO ESTO, NOS VALDREMOS DE DIFERENTES MEDIOS PARA
ROMPER CON ÉL.



NIÑO DE 5 AÑOS CON HÁBITO DE BRUXISMO, OBSÉRVESE LA GRAN
ABRASIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS SOBRE TODOS LOS INCISIVOS.



TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE BRUXISMO.

PARA ROMPER EL HÁBITO DE BRUXISMO, DEBE CONSTRUIRSE UN PLANO DE MORDIDA. ESTE DEBE DISEÑARSE DE FORMA QUE SOLO LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES PUEDAN TOCAR LA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE DEL PLANO PARA QUE NO PUEDAN CERRARSE EN OCLUSIÓN, EVITANDO POR LO TANTO, EL BRUXISMO. EL PLANO DE OCLUSIÓN NO DEBE CONSIDERARSE PRIMORDIALMENTE COMO UNA FÉRULA PARA ABRIR LA OCLUSIÓN, SINO COMO UNA AYUDA PARA QUE EL PACIENTE ROMPIERA EL HÁBITO SUBCONSCIENTE DE CHOCAR Y REMOLAR LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO E INCLUSO DESPIERTO. PUEDE HACERSE NECESARIO PARA EL PACIENTE USAR ESTE APARATO CONTINUAMENTE DURANTE DOS O TRES SEMANAS, PERO DEBE RESTRINGIRSE A LAS NOCHES TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE ELIMINAR ALARGAMIENTOS DE LOS DIENTES POSTERIORES. EL PLANO DE MORDIDA SE CONSTRUYE DE ACRÍLICO CLARO, CUBRIENDO APROXIMADAMENTE LA MITAD ANTERIOR DEL PALADAR DURO. EL ACRÍLICO DEBE SER LISO Y MUY PULIDO. EL APARATO SE EXTIENDE A LO LARGO DE LOS MÁRGENES CERVICALES DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES DEBE CONSIDERARSE COMO UNA FÉRULA TEMPORAL, YA QUE SE USA PRINCIPALMENTE PARA AYUDAR A QUE EL PACIENTE ROMPA EL HÁBITO DEL BRUXISMO. CUANDO ESTO SE HAYA LOGRADO, EL USO DE LA FÉRULA DEBE SUSPENDERSE GRADUALMENTE.

OTRO MÉTODO PARA ELIMINAR ÉSTE HÁBITO, ES LA GUARDA NOCTURNA, QUE ES UN FACTOR CONSIDERABLE PARA SU CORRECCIÓN. ÉSTE EMPLEO TIENE UN SEVERO USO EN LA TERAPÉUTICA PARODONTAL. SE LE INDICA AL PACIENTE EN LA NOCHE, TENIENDO EN CUENTA CORREGIRLE SU TENSIÓN COMPULSIVA Y DÁNDONOS POR RESULTADO LA RECUPERACIÓN DEL HUESO DE LOS DIENTES. FURTHER PREVIENE EL DESGASTE OCLUSAL DE LOS DIENTES, SIEMPRE QUE SEA NECESARIO EL USO DE LA GUARDA NOCTURNA. LA SUPERFICIE DE OCLUSIÓN DE LA GUARDA NOCTURNA CON SU Oponente, DEBE SER HECHO CONFORME LIBRE LAS EMINENCIAS CUSPÍDEAS EN EL MOMENTO DE LA OCLUSIÓN, SOBRE EL ASPECTO BUCAL DEBEMOS CUBRIR LAS PIEZAS HASTA LA MITAD DE LA GUARDA NOCTURNA; LA PARTE LINGUAL Y PALATINA EN TAL FORMA SE AÑADE ACRÍLICO CONVENIENTEMENTE.

EN LA FABRICACIÓN DE LAS GUARDAS NOCTURNAS DEBEN RECORTARSE O ELIMINARSE LAS ZONAS QUE PRESENTAN RETENSIÓN, RECORDEMOS QUE ÚNICAMENTE SE APLICA DURANTE LA NOCHE.

OTRO MÉTODO PARA LA RUPTURA DE ÉSTE HÁBITO, SERÁ EL AJUSTE OCLUSAL, CUANDO LAS CAUSAS DE ÉL SEAN CONTACTOS PREMATUROS. ESTO NOS LO MENCIONA RAMFJORD. EN CASO DE QUE AL EFECTUAR NUESTRO AJUSTE OCLUSAL Y DESAPARECER LA CAUSA REAL QUE PROPICIABA EL BRUXISMO Y EL PACIENTE--

PERSISTA CON LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES. SE LE PROPORCIONARÁ COMO COASYUVANTE UN PROTECTOR BUCAL NOCTURNO.

CUANDO LAS CAUSAS SON POR ESTADOS EMOCIONALES PERIÓDICOS O POR HIPERTONISMO MUSCULAR, SE PUEDE EVITAR LOS EFECTOS QUE CAUSA EL BRUXISMO, POR MEDIO DE RELAJANTES MUSCULARES: NORFLEX PLUS, ROBAXISAL, ETC. O ALGÚN SEDANTE, COMO EL ATARAX 25mg. (CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA). ÉSTOS SE PROPORCIONAN UNA HORA ANTES DE DORMIR. ÉSTE SE CONSIDERA UN TRATAMIENTO PALEATIVO, MÁS NO CORRECTIVO.

ALGUNOS PARODONCISTAS ASEGURAN QUE TRATANDO ALGUNA ANOMALÍA DEL PARODONTO CONSIDERADA COMO DESENCADENANTE-- DEL BRUXISMO, ÉSTE DEJARÁ DE EFECTUARSE, COMO POR EJEMPLO EN ALGUNAS GINGIVITIS O PARODONTITIS, EL DOLOR QUE-- PRESENTAN NUESTRAS PIEZAS DENTARIAS ES A NIVEL DEL LIGAMENTO PARODONTAL, EL CUAL SE PUEDE EXACERBAR, POR MEDIO DE LA PRESIÓN EJERCIDA AL CONTACTAR LAS PIEZAS DENTARIAS CON SUS ANTAGONISTAS. EN ÉSTE PRINCIPIO SE BASAN PARA REFERIRNOS UN TRATAMIENTO PARODONTAL DE LA CAVIDAD ORAL-- PARA LA ELIMINACIÓN DEL RESULTANTE BRUXISMO.



PROTECTOR BUCAL UTILIZADO COMO MEDIO PALEATIVO EN EL BRUXISMO.



CAPÍTULO X

HÁBITOS POSTURALES

LOS HÁBITOS POSTURALES SON RAROS; DEBEN SER BIEN --
DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS POR EL ORTODONCISTA. ÉSTOS -
HÁBITOS SE DAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SUEÑO Y HORAS-
DE ESTUDIO. H. STALLARD HA ESTUDIADO LAS POSICIONES EX
TRAORALES QUE MÁS PRODUCEN MALOCLUSIONES Y DEFORMACIO--
NES FACIALES. HA DICHO QUE LA PRESIÓN EJERCIDA POR LA-
CABEZA Y MANO O ANTEBRAZO DE LOS NIÑOS AL DORMIR, PUEDE--
LLEGAR A CAUSAR ASIMETRÍAS; PROTUSIÓN DE LOS INCISIVOS--
SUPERIORES; ESTRECHEZ DE LAS ARCADAS, SIENDO POR LO GENE
RAL LA MÁS AFECTADA LA MAXILAR, YA QUE POR SER FIJA ESCA
PA MENOS A LA PRESIÓN ANTES MENCIONADA.

ÉSTOS HÁBITOS LLEVADOS A LA HORA DE DORMIR, MUCHAS-
VECES VAN ASOCIADOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS, PUES -
PRACTICÁNDOLOS, EL INFANTE FACILITA SU CAPACIDAD RESPIRA
TORIA AL ABRIR UNA VÍA MÁS. TAMBIÉN ESTÁN ACOMPAÑADOS--
ALGUNAS VECES POR INFLAMACIONES, QUE IMPIDEN QUE EL NIÑO

PUEDA DESCANSAR DE LOS DOS LADOS, YA QUE UNO ESTÁ AFECTADO.

LAS POSTURAS QUE ADOPTA EL NIÑO DURANTE SU ESTUDIO-
SON VARIADAS, PERO ENTRE LAS MAS COMUNES TENEMOS EL APO-
YO DEL PUÑO QUE DARA ASIMETRÍAS FACIALES, DEPENDIENDO DE
SU INTENSIDAD Y DURACIÓN Y TAMBIÉN EL APOYO DE LA PALMA-
QUE PRESIONA Y SOPORTA EL MENTÓN QUE SE OBSERVA GENERAL-
MENTE UN TIPO DE OCLUSIÓN II.

DENTRO DE OTROS HÁBITOS DE POSTURA TENEMOS LA PROTU
SIÓN DE LA MANDÍBULA QUE POR COMODIDAD DEL NIÑO PARA EVI-
TAR ALGÚN CONTACTO PREMATURO, EN SU OCLUSIÓN, LO EFECTÚA
ASÍ SINTIENDO DESCANSO O MAYOR COMODIDAD; EN OTRAS OCA--
SIONES LOS NIÑOS LO HACEN POR IMITACIÓN DE LOS ADULTOS,-
ASÍ SI UN NIÑO VE A SU MADRE CON ALGUNA ALTERACIÓN PROTU
SIVA O DE OTRA ÍNDOLE, EL NIÑO LA IMITARÁ.

TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE POSICIÓN.

A VECES ES MUCHO MÁS DIFÍCIL DE LO QUE SE CREÍA VEN-
CER EL HÁBITO DE POSTURAS DEFECTUOSAS AL DORMIR O DURAN-
TE EL DÍA. ÉSTAS ÚLTIMAS PUEDEN CAMBIARSE SI SE OBTIE-
NE LA COOPERACIÓN ACTIVA DEL NIÑO. SI LOS PADRES TAN--
BIÉN COOPERAN SE SIMPLIFICARÁ AÚN MÁS LA TAREA. POR EL

CONTRARIO, UNA MALA POSTURA DURANTE EL SUEÑO ES MÁS DIFÍCIL DE CORREGIR Y PUEDE REQUERIR EL USO DE DISPOSITIVOS-ESPECIALES COMO CORREAS ATADAS A LAS MUÑECAS Y A LA CAMA, QUITAR LA ALMOHADA SI ÉSTE ES EL OBJETO DE PRESIÓN, Y -- OTROS ESFUERZOS SIMILARES DIRIGIDOS A CORREGIR LA LOCALIZACIÓN DE LAS FUERZAS.

CUANDO EXISTE EL HÁBITO DE PROTRUIR LA MANDÍBULA, -- ÉSTE PUEDE CORREGIRSE POR TRACCIÓN, COLOCÁNDOLE UN CASQUETE MENTONIANO Y CRANEAL QUE USARÁ DURANTE LA NOCHE. EL CASQUETE CRANEAL SE CONFECCIONA CON UNA CINTA DE LIENZO CON UNA EXTENSIÓN SOBRE EL CUELLO, DE MODO QUE LA DIRECCIÓN DE TRACCIÓN DEL CASQUETE MENTONIANO SEA LO MÁS-- HORIZONTAL POSIBLE. LA TRACCIÓN SE REALIZA CON BANDAS-ELÁSTICAS EN AMBOS LADOS FIJADAS CON BOTONES QUE UNEN AMBOS LADOS DE LOS CASQUETES.

PARA CONTROLAR ÉSTE HÁBITO DE POSTURAS DEFECTUOSAS-- A VECES SE HACE NECESARIO UNA VISITA A CASA DEL PACIENTE PARA OBSERVARLE MIENTRAS DUERME.

CAPÍTULO XI

HIPOTONISMO MUSCULAR.

LA DISMINUCIÓN DEL TONO NORMAL DE LOS MÚSCULOS DE LA REGIÓN BUCAL SE ENCUENTRA CON MÁS FRECUENCIA EN LOS INDIVIDUOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA, Y EN LOS NIÑOS APÁTICOS, DE POCA ATENCIÓN. ÉSTE ESTADO MUSCULAR PERMITE EL DESARROLLO DE LA MALOCCLUSIÓN, NO DANDO A LOS DIENTES Y HUESOS EL SOPORTE SUFICIENTE CONTRA LAS FUERZAS ANTAGONISTAS. ADEMÁS, ÉSTOS MÚSCULOS HIPOTÓNICOS SON FLÁCIDOS Y VOLUMINOSOS, PUDIENDO CAUSAR DEFORMACIONES MECÁNICAMENTE. TAMBIÉN ESTÁN SUJETOS, AL PARECER A FORMAS VICIADAS DE ACTIVIDAD, QUE CONTRIBUYEN AL EFECTO NOCIVO DEL EFECTO TISULAR.

TRATAMIENTO PARA HIPOTONISMO MUSCULAR.

ESTE TRATAMIENTO ES MIOTERÁPICO Y CONSISTE EN DAR AL PACIENTE UNA SERIE DE EJERCICIOS COMO SON:

A) EJERCICIO DEL MÚSCULO ORBICULAR.

- 1.- PONER LOS DIENTES SUAVEMENTE EN CONTACTO.

- 2.- OBSERVAR LA BOCA EN UN ESPEJITO DE MANO.
- 3.- CERRAR SUAVEMENTE LOS LABIOS Y LUEGO CONTRAER LA COMISURA IZQUIERDA DE LA BOCA HASTA CONTAR DIEZ.
- 4.- DESCANSAR Y CONTRAER LA COMISURA DERECHA HASTA CONTAR DIEZ.
- 5.- REPETIR Y ALTERNAR LAS CONTRACCIONES DURANTE UN MINUTO. DESCANSAR UNOS SEGUNDOS Y REPETIR EL EJERCICIO DURANTE OTRO MINUTO.
- 6.- REPETIR EL EJERCICIO POR LO MENOS TRES VECES POR DÍA, Y MUCHAS MÁS SI ES POSIBLE.
- 7.- DESPUÉS DE UNA SEMANA, REPETIR EL EJERCICIO DURANTE OTRO MINUTO O SEA TRES MINUTOS SEGUIDOS DE EJERCICIOS CON DOS PERÍODOS DE DESCANSO. EL EJERCICIO PUEDE VARIARSE REALIZANDO LAS CONTRACCIONES MUSCULARES EN SERIES ININTERRUMPIDAS.

B) EJERCICIO DE WILSON.

FUE IDEADO POR WILLIAM E. WILSON, DE PASADENA, Y RESULTA ÚTIL CUANDO LOS LABIOS ESTÁN POCO DESARROLLADOS O HIPOTÓNICOS, GENERALMENTE A CAUSA DE LA RESPIRACIÓN BUCAL CRÓNICA. ÉSTE EJERCICIO DESARROLLA LOS ORBICULARES Y MÚSCULOS AFINES, ESTABLECE TONO MUSCULAR NORMAL EN LOS -

TEJIDOS QUE CIRCUNDAN LA CAVIDAD BUCAL Y ESTIMULA LAS -
VÍAS NAALES AL HACER PASAR UNA FUERTE CORRIENTE DE AIRE
POR UNA FOSA NASAL A LA VEZ.

- 1.- COLOCARSE ENFRETE DEL ESPEJO.
- 2.- JUNTAR LOS LABIOS Y DIENTES SIN FORZARLOS.
- 3.- CONTRAER LOS MÚSCULOS DE LA COMISURA IZQUIERDA
DE LA BOCA LLEVÁNDOLA HACIA ATRÁS Y ARRIBA.
LUEGO CON LA CARA PALMAR DE LOS DEDOS DE LA MA
NO IZQUIERDA, COLOCADOS SOBRE LA MEJILLA DERE-
CHA, PRESIONAR A ÉSTA ÚLTIMA HACIA ADELANTE Y-
A LA IZQUIERDA, MANTENIENDO CERRADA AL MISMO--
TIEMPO LA FOSA NASAL DERECHA CON EL ÍNDICE IZ-
QUIERDO. LOS TEJIDOS DE LA COMISURA IZQUIER-
DA DE LA BOCA DEBEN SEGUIR CONTRAÍDOS DURANTE-
TODA LA OPERACIÓN ANTERIOR.
- 4.- MIENTRAS LOS TEJIDOS DE LA COMISURA IZQUIERDA-
SIGUEN CONTRAÍDOS Y EL CARRILLO DERECHO PRESIO
NADO POR LOS DEDOS, RESPIRAR PROFUNDAMENTE TRES
VECES POR LA FOSA IZQUIERDA.
- 5.- RELAJAR LOS MÚSCULOS Y RETIRAR LA MANO IZQUIER
DA.
- 6.- CONTRAER LOS TEJIDOS DE LA COMISURA DERECHA, -
COLOCAR LA CARA PALMAR DE LOS DEDOS DE LA MANO
DERECHA EN EL CARRILLO IZQUIERDO LLEVÁNDOLE HA

CIA ADELANTE Y A LA DERECHA, CERRANDO LA FOSA--
NASAL IZQUIERDA CON EL ÍNDICE DERECHO. RESPI-
RAR PROFUNDAMENTE TRES VECES.

7.- ALTERNAR DURANTE TRES MINUTOS.

8.- REPETIR TRES VECES POR DÍA.

CAPÍTULO XII

HIPERTONISMO MUSCULAR.

EN CONDICIONES NORMALES, LOS MÚSCULOS EN REPOSO POSEEN UNA CIERTA TENSIÓN QUE LOS MANTIENE EN BUENAS CONDICIONES PARA RESPONDER A LOS ESTÍMULOS. ESTO ES EL TONO MUSCULAR; SU ORIGEN ES SEGÚN PARECE NEUROGÉNICO MÁS BIEN QUE MIOGÉNICO. SU PAPEL FISIOLÓGICO ES ALGO VAGO AÚN-- ACTUALMENTE Y SE HAYA TODAVÍA EN ESTUDIO Y DISCUSIÓN. SIN EMBARGO, PARECE DEBERSE A UNA ESPECIE DE ESTÍMULO -- QUE LLEGA AL MÚSCULO PARTIENDO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. CUANDO ÉSTE ESTÍMULO ES MAYOR QUE LO NORMAL, SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE HIPERTONISMO.

AHORA BIEN, LOS MÚSCULOS CON HIPERTONISMO SE OBSERVAN CASI SIEMPRE EN LOS TEJIDOS BUCALES Y LABIALES PRODUCIENDO UNA MUSCULATURA DURA, TENSA Y RÍGIDA, QUE ACTÚA -- SOBRE LAS ARCADAS COMO UNA BARRERA RESTRICTIVA, IMPIDIENDO QUE ALCANCE SU FORMA NORMAL. SU CRECIMIENTO LATERAL Y ANTERIOR SE RESISTEN. LA MALOCLUSIÓN CARACTERÍSTICA--

UNIDA A ÉSTE FENÓMENO PRESENTA ARCADAS ESTRECHAS CON LAS PORCIONES POSTERIORES DE UNA O AMBAS MESIALIZADAS CON -- FRECUENCIA; APIÑAMIENTO DE LAS REGIONES INCISIVAS, SUPERIOR E INFERIOR, ROTURA DE LA CONTINUACIÓN DE LA ARCADA EN LAS REGIONES CANINAS, ACOMPAÑADA POR VISIBLE PÉRDIDA DE ESPACIO PARA ÉSTOS DIENTES, QUE SI ERUPCIONAN, TIENDEN A INVADIR LA ZONA DE LOS INCISIVOS LATERALES.

TRATAMIENTO PARA HIPERTONISMO MUSCULAR.

ÉSTOS SON LOS MÚSCULOS QUE RESULTA MAS DIFÍCIL VOLVER A LA NORMALIDAD, LA ÚNICA ESPERANZA DE RESOLVER REALMENTE EL PROBLEMA, ES ATACARLO DESDE EL ÁNGULO NERVIOSO Y TRATAR DE REDUCIR CUALQUIER TENSIÓN QUE SUFRA EL NIÑO, EN SU HOGAR O EN LA ESCUELA. CONSTANTES REPRIMENDAS DE LOS PADRES O DISCUSIONES EN PRESENCIA DEL NIÑO, SON CAUSAS FRECUENTES DE ESTADOS PSIQUICOS QUE LLEVAN A ESTE HIPERTONISMO.

EL UNICO TRATAMIENTO POSIBLE QUE NO ATACA LA CAUSA-PRIMITIVA, SINO QUE LIMITA A ALIVIARLA, CONSISTE EN EL EJERCICIO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN: ESTIRAMIENTO MANUAL DE LOS LABIOS. ESTE EJERCICIO SE HACE DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1.- COLOCAR EL DEDO MAYOR DE CADA MANO EN LA COMISU
RA DE LA BOCA CON LA CARA PALMAR CONTRA LA MUQ
SA, Y TIRAR LABIAL Y BUCALMENTE SIN DEJAR QUE -
LOS MÚSCULOS RESISTAN EL EMPUJE.
- 2.- MANTENER LOS LABIOS EN ESTE ESTADO MIENTRAS SE-
CUENTA HASTA VEINTE.
- 3.- REPETIR VEINTE VECES. PRACTICAR ESTE EJERCI--
CIO TRES VECES POR DÍA, Y MUCHAS MÁS SI ES POSII
BLE.

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

a) COMO HEMOS VISTO SOMERAMENTE, LA REPERCUSIÓN DE LAS ALTERACIONES PRODUCIDAS POR ALGUN MAL HÁBITO NO SOLO SE LIMITAN A LA CAVIDAD ORAL, SINO QUE VA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO A TODO SU APARATO ESTOMATOLÓGICO COMO CUERPO - EN GENERAL, ADEMÁS DE LA GRAN ASOCIACIÓN INTRINSECA QUE TIENE EN LOS PROCESOS PSÍQUICOS DEL NIÑO, SIENDO POR ÉSTO NECESARIO EL CONSEJO DEL PSICÓLOGO O PSIQUIATRA EN -- CUALQUIER TRATAMIENTO POR EFECTUAR.

b) LAS ALTERACIONES NO CORREGIDAS O INTERCEPTADAS, - PERMANECERÁN DE MANERA IRREPARABLE EN LA SALUD DEL NIÑO - CUANDO ÉSTE SEA ADULTO.

c) POR LO GENERAL LOS HÁBITOS TIENEN UN ORIGEN NERVIOSO LLEVADOS CONSCIENTE O INCONSCIENTEMENTE, POR LO -- QUE EL MEJOR MÉTODO PARA LOGRAR SU DESISTIMIENTO SERÁ -- POR MEDIO DEL AUTO-CONVENCIMIENTO DEL NIÑO, ASÍ COMO POR MEDIO DE TRATAMIENTOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS; SIENDO ÉSTOS SOLO COMO RECORDADORES DEL HÁBITO Y NO COMO TORTURADORES O FLAGELADORES AL EFECTUARLO; PUES SOLO LOS -- ACENTUARÍAN, O PRODUCIRÍAN OTRO ESTADO DE ANSIEDAD O AN-

GUSTIA, QUE SERÍA PERJUDICIAL PARA EL NIÑO.

d) LA EDAD MÁS FAVORABLE PARA QUITAR EL MAL HÁBITO-
ES DE SEIS SEMANAS A LOS CUATRO AÑOS.

e) DEBEMOS CAPACITARNOS PARA PODER DAR CONSEJO A --
LOS PADRES SOBRE SU ACTITUD Y CONDUCTA QUE DEBEN SEGUIR-
ANTE EL PROBLEMA DE SU HIJO, POR LAS RAZONES ANTES MEN--
CIONADAS.

B I B L I O G R A F Í A

1.- ANDERSON G.M.

ORTODONCIA PRÁCTICA.

2.- BRAWER JOHN C.

ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS.

3.- COHEN M. MICHAEL

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

4.- LAW, LEWIS, DAVIS

ATLAS ODONTOPEDIÁTRICO

5.- LEON TENENBAUM

ODONTOPEDIATRÍA, ORTODONCIA TERAPÉUTICA.

6.- MAURY MASSLER

HÁBITOS ORALES.

7.- Mc. DONALD.

ODONTOLOGÍA INFANTIL.

8.- MONTI ARMANDO E.

TRATADO DE ORTODONCIA.

9.- T.C. WHITE J. H. GARDINER

MANUAL DE ORTODONCIA.