

86
20/07



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES EN ODONTOPEDIATRIA

TESINA :
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
HECTOR DURAN VALENZUELA

MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION

DEFINICION DE HABITO BUCAL.

BASES PARA EL DIAGNOSTICO DE HABITOS ORALES.

1. *Historia Clínica.*
2. *Modelos de Estudio.*
3. *Radiografías.*
4. *Oclusión infantil.*
5. *Fotografía Clínica.*

HABITOS ORALES EN NIÑOS, CLASIFICACION Y SU TRATAMIENTO.

1. *Hábitos Bucales Compulsivos.*
2. *Hábitos Bucales No-Compulsivos.*
3. *Hábitos Bucales Primarios.*
4. *Hábitos Bucales Secundarios.*

PSICOLOGIA INFANTIL.

DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA INFANTIL

1. *Patrones de Conducta que Presenta el Niño a Diferentes Edades.*
2. *Tipos Psicológicos de Niños y su Manejo.*

DEGLUCION

1. *Somática.*
2. *Infantil.*

TIPOS DE HABITOS ORALES.

1. *Hábito de Succión del pulgar y otros dedos.*
2. *Succión Labial.*
3. *Hábito de Lengua.*
4. *Hábito de Respiración Bucal.*
5. *Bruxismo.*
6. *Hábito de Morderse las Uñas.*
7. *Hábito de Postura.*
8. *Hábito de Empuje de Frenillo.*
9. *Hábito de Pasadores de Pelo.*
10. *Hábito de Mutilación o Hábito Masoquista.*

EFFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES.

1. *Mordida Abierta Anterior.*
2. *Mordida Cruzada Bilateral.*
3. *Mordida Cruzada Anterior.*
4. *Mordida Cruzada Posterior.*
5. *Defectos del Habla.*

FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR UN APARATO.

TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DE HABITOS BUCALES.

1. *Métodos Intraorales.*
 - a) *Aparatos Fijos.*
 - b) *Aparatos Removibles.*
2. *Métodos Extraorales.*
3. *Métodos Psicológicos.*
4. *Terapéutica Miofuncional como Parte del Tx para Corregir Hábitos Bucales.*

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El problema de los hábitos orales hoy en día y siempre ha sido en gran parte la causa de muchos problemas bucales, teniendo como respuesta cambios potenciales en el desplazamiento de los dientes en oclusión, que pueden traer consigo problemas irreversibles si actúan por un período de tiempo largo.

Es por ésto, que es de gran importancia para el Cirujano Dentista poder obtener un diagnóstico a tiempo sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de otros profesionistas que estudian los mismos problemas.

Este tipo de problemas es del interés de otros especialistas como son Peditras, Puericultores, Psicólogos y Psiquiatras.

Ellos en general dan mayor importancia a los problemas de conducta, que están profundamente arraigados y de los cuales, los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. También el terapeuta del lenguaje se interesa por este tipo de problema y que al igual que el Cirujano Dentista se inclina más por estudiar tratando los cambios estructurales que resultan de hábitos prolongados.

Los padres de los niños son otras personas que se interesan mucho por este problema de Hábito Oral, aunque su preocupación recargue más en un aspecto social al exhibir algún tipo de Hábito Bucal, no por un problema trascendental, como serían los patrones psicológicos y las maloclusiones y otros aspectos importantes que no deben dejar pasar por desapercibido.

Concluyendo de lo expuesto anteriormente podemos decir, que el Cirujano Dentista que ha decidido dedicarse a la atención de este problema común en los niños deberá de estar consciente de que estará tratando con un ser inmaduro y en pleno desarrollo, con características propias ya que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia, son importantes para su conducta y sus relaciones con sus semejantes.

Por ésto es importante conocer sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales, para que así sea posible encausarlas de tal manera que la íntima relación que idealmente debe de existir, entre el niño y el odontólogo sea altamente positiva y ayude a que el tratamiento aplicado para eliminar dichos hábitos sea exitoso.

DEFINICION

Un Hábito Bucal se puede definir como "La disposición adquirida por actos que se repiten muchas veces", día tras día y que resultan de una modificación de conductas o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo, que tiende a alterar el equilibrio dentro de la boca. Dicho equilibrio está dado por la interrelación de dientes y así, como de las fuerzas musculares intraorales y extraorales con la musculatura bucal y peribucal y el sistema nervioso central y periférico.

Los Factores que modifican y rigen un hábito son:

- a) Duración.*
- b) Frecuencia.*
- c) Intensidad.*

*La **duración** es el tiempo que lleva establecido el hábito. La **frecuencia** se refiere a la cantidad de veces que el hábito es realizado y repetido en un cierto tiempo. La **intensidad** es la fuerza con la que es efectuado dicho hábito.*

Debemos tomar en cuenta estos factores para lograr así un diagnóstico acertado y poder establecer el tratamiento adecuado para cada caso.

Se ha dicho también que aunque los hábitos se adquieren por hacer una misma cosa muchas veces, y día tras día, el deseo y la necesidad tienen gran influencia en ellos.

BASES PARA EL DIAGNOSTICO DE HABITOS BUCALES.

El diagnóstico es la puerta de entrada al Sistema de Planificación del tratamiento.

El diagnóstico debe ser una descripción explícita y clara del trastorno presentado por el enfermo.

La historia clínica, exámenes clínicos, estudios, radiografías, fotografías clínicas y modelos de estudio ayudarán al Cirujano Dentista a formular un buen diagnóstico.

Se deben de observar también las influencias apremiantes de la identidad y del estado de salud, así como de alineamiento dentario, relación mandibular, configuración facial y articulación funcional.

También en ciertos casos hay que consultar a otros especialistas o médicos generales antes de llegar a un diagnóstico final, para poder prescribir un plan de tratamiento adecuado y certero.

1. HISTORIA CLINICA.

Llámesese así al procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje.

Es en realidad una biografía médica de la vida del enfermo, en la que se da atención a trastornos físicos, trastornos emocionales, caracteres hereditarios, hábitos y medio ambiente que los rodean. Su elaboración debe llevarse a cabo en forma ordenada y sistemática, de tal manera que facilite la recolección de datos.

El interrogatorio lo debemos de realizar de forma sencilla y al mismo tiempo con un lenguaje que sea entendible y que se encuentre al alcance de la persona interrogada.

Es de suma importancia desarrollar una historia clínica completa y específica para determinar cualquier tipo de anomalía o enfermedad y en casos concretos el tipo de hábito el cual se analizará después de haber realizado la historia clínica general.

La historia clínica de un paciente de odontopediatría puede dividirse para su estudio en:

1. Datos generales del paciente.

2. Antecedentes.

- a) Antecedentes hereditarios y familiares.
- b) Antecedentes personales.

3. Padecimiento Actual.

4. Examen Clínico.

- a) *Apreciación general del paciente.*
- b) *Examen bucal detallado.*
- c) *Exámenes suplementarios y pruebas especiales.*

1. Datos generales

Son esenciales para obtener el registro de nuestro paciente en el consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. Se anotan datos como : nombre, edad, sexo, año escolar, nacionalidad, dirección y teléfono.

2. Antecedentes

Son datos que facilitan el diagnóstico y permite prever la evolución y la respuesta al tratamiento.

a) Antecedentes hereditarios y familiares.

Proporcionan alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También es útil ya que informa al odontólogo sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse con el miedo del niño y en los padres con relación a los servicios dentales.

b) Antecedentes personales

Se dividen en dos partes:

- 1. Historias prenatal y natal.*
- 2. Historia pos natal y de la lactancia.*

- 1. Las historias prenatal y natal proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de dientes temporales y de permanentes.*
- 2. Las historias posnatal y de Lactancia. Revisa los sistemas vitales del paciente. También registra información, tal como tratamientos preventivos previos, trastornos de desarrollo con importancia dental, alergias costumbres nerviosas; el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio, así como también hábitos de nutrición, trastornos de metabolismo de hueso, enfermedades padecidas, operaciones y alergias a alimentos o a algún medicamento.*

3. PADECIMIENTO ACTUAL

Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo o sólo un deseo de atención rutinario.

4. EXAMEN CLÍNICO

Se hace el examen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos de examen y de manera sonriente y amable.

El diseño de un examen odontopediátrico considera lo siguiente.

- 1. Apreciación o perspectiva general del paciente incluyendo estatura, lenguaje, manos, temperatura.*

2. EXAMEN DE LA CABEZA Y CUELLO.

- *Tamaño y forma de la cabeza.*
- *Piel y pelo.*
- *Inflamación facial y asimétrica.*
- *Articulación temporomandibular.*
- *Oídos.*
- *Ojos.*
- *Nariz.*
- *Cuello.*

3. EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

- *Aliento.*
- *Labios, mucosa labial y bucal.*
- *Saliva.*
- *Tejido gingival, y espacio sublingual.*
- *Paladar.*
- *Faringe y amígdalas.*
- *Dientes.*

4. FONACION, DEGLUCION Y MUSCULATURA PERIBUCAL.

- *Posiciones de la lengua, durante la fonación.*
- *Forma de la lengua, en posición de descanso.*
- *Acción en el momento de tragar.*
- *Posición de los labios en descanso.*

MODELOS DE ESTUDIO.

El modelo de estudio como él lo indica, sirve para dar un paso definitivo en los planes de tratamiento anteriores y el diseño de los aparatos ya que una de las ventajas de estos modelos de estudio es que son exactos: podemos a su vez estudiar los planos oclusales, espacios que existen entre los dos maxilares, espacio interoclusal, la distribución de los dientes y las posibles interferencias que éstos pudieran tener.

Otras de las utilidades de los modelos de estudio es la forma y contorno de los tejidos blandos como son los carrillos, frenillos, etc., ya que con éstos podemos observar las delimitaciones a las cuales debemos sujetarnos para la elaboración de la aparatología. y tratar de librar estas posibles interferencias en el caso de que lo amerite para que de esta forma evitar que estos tejidos nos puedan desplazar a nuestro aparato: este tipo de situaciones sucede principalmente en los aparatos inferiores: además de que es una forma para dar las instrucciones al técnico dental del diseño deseado.

Por último podemos mencionar que podemos utilizarlo para montarlo en el articulador y de esta forma tener una visión más amplia para poder examinar a estos modelos de una forma más objetiva y al mismo tiempo funcional (cabe mencionar el tipo de articulador que se va a utilizar).

Con esto podemos mencionar que por medio del articulador en donde se encuentren los modelos de estudio podemos ver la relación que existe entre un diente y un antagonista o en si entre las dos arcadas, dientes giro vertidos que pueden alterar a la oclusión al igual que los que se encuentran inclinados, así como los problemas que la oclusión pudieran causarnos en la elaboración del diseño del aparato así como del aparato mismo.

Para la toma de modelos de estudio debemos recordar que tenemos que darle en primer lugar confianza al niño explicándole que es lo que vamos a hacer, tratar que el material de impresión se encuentre en un estado que no se derrame para que de esta forma no provoque náuseas al niño además que la postura en la que vamos a acomodar al niño para la toma de impresiones sobre todo la toma del modelo superior, es por esta razón que debemos tomar primero la impresión del maxilar inferior y recordándole al niño que no debe deglutir el material al mismo tiempo que debemos estarle hablando constantemente para distraer su atención en lo que estamos realizando al mismo tiempo que tenemos que alabarlo por su cooperación y comportamiento.

La toma del modelo superior tenemos que poner al niño con la cabeza inclinada hacia abajo y su vista a las rodillas.

RAYOS X.

La obtención de las radiografías intrabucales en el niño nos plantea varios problemas: debemos recordar que los métodos radiográficos únicamente nos servirán como medio auxiliar pero no como medio determinante para el diagnóstico.

Dentro de los problemas a los que nos encontramos en la toma de radiografías son: que la boca es pequeña y difícil de colocar la película. Un buen paciente puede volverse un problema debido a alguna experiencia traumática al realizar las tomas de las radiografías, el niño puede comprender el dolor y no permitirá la toma de radiografías si se le lastima. Si las radiografías son la primera experiencia del niño, debemos proceder con cautela y comprensión para asegurar una buena experiencia.

Es bueno explicarle lo que va a suceder, quizá permitiéndole que él tome la radiografía y referirse al cono del aparato como una nariz, trompa de elefante, etc. siempre debemos ser sinceros con los niños evitando decir la palabra "no te va a doler" porque quizá duela, debemos referirnos a decirle "va a pellizcar" otras de las palabras que pueden provocar miedo o presión en el niño son "disparo" o "disparar" y no deberán ser empleadas.

Debemos tener en mente que debemos trabajar rápido y es necesario un tiempo de exposición corto, coloquemos el tubo antes de colocar la película, para obtener el tiempo de exposición corto y más rápido se utiliza la técnica de bisectriz con cono corto, hablemos constantemente al niño para darle confianza y al mismo tiempo distraerlo, digámosle que fije su atención en un objeto de la habitación, de tal manera que no nos siga él con la mirada al salir de la habitación, hablemos al niño y de esta manera podemos estar seguros que él tratará de complacernos.

La utilidad del método radiográfico como se mencionó anteriormente es meramente auxiliar más no determinativo, esto es, que podemos utilizar este método para una infinidad de usos tanto en la odontología integral como en la odontopediatría en todas sus modalidades como puede ser la indicación o no indicación de cualquier pieza dental, la determinación de saber si se encuentra bien realizada una pulpotomía así como saber si se encuentra bien ajustada una corona de acero cromo, auxiliarnos para saber y determinar la utilización de la extracción seriada para tener en cuenta el espacio que ocuparán los dientes permanentes y saber si existe alguna patología. (2)

OCCLUSION INFANTIL.

Orden de erupción de los dientes desiguales.

Primero los incisivos centrales, seguidos por los laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Las piezas mandibulares preceden a las maxilares, este orden no siempre se verifica.

CRONOLOGIA DE LOS DIENTES TEMPORALES.

- 6 meses centrales inferiores.
- 7 meses centrales superiores.
- 8 meses laterales inferiores.
- 9 meses laterales superiores.
- 11 meses primeros molares inferiores.
- 15 meses primeros molares superiores.
- 16 meses caninos superiores e inferiores.
- 2 años segundos molares superiores e inferiores.

Parece ser que el orden de erupción dental ejerce más influencia en el desarrollo adecuado del arco dental que el tiempo real de la erupción. Tres o cuatro meses de diferencia, no implica que el niño presente erupción anormal. Tampoco es el caso raro de que algunos niños nazcan con alguna pieza ya erupcionada.

En lo que respecta a las piezas permanentes, la primera en hacer erupción es el primer molar mandibular, a los 6 años, pero a menudo el incisivo central permanente puede aparecer al mismo tiempo o incluso antes.

Los incisivos laterales mandibulares pueden hacer erupción antes que todas las demás piezas maxilares permanentes.

CRONOLOGIA DE LOS DIENTES PERMANENTES.

- 6 años primer molar inferior y superior.
- 6 y 7 años central inferior.
- 7 años central superior.

- 8 años laterales inferiores y superiores.
- 9 y 11 años canino inferior.
- 10 y 11 años primer premolar superior e inferior.
- 11 y 12 años segundos premolares superior e inferior.

Después aparece el segundo premolar maxilar, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él.

A los 12 años hace erupción el segundo molar. Las variaciones de este patrón puede constituir un factor que ocasione ciertos tipos de maloclusiones.

- 13 años segundo molar superior e inferior (11).

FOTOGRAFIA CLINICA.

Las fotografías intraorales y extraorales, modelos de estudio e historia clínica, son sólo una parte de la imagen total del paciente.

Las interpretaciones hechas sobre las fotografías, deberían ser comparadas con otros datos obtenidos durante el diagnóstico.

Las fotografías ayudan a personalizar las radiografías, y los modelos de estudio ya que sirven para que el paciente comprenda que los registros obtenidos en estos datos son en realidad una parte de él. Las fotografías constituyen algo más de esto. Muestran de una manera general la relación, entre las diversas partes de la cara y sirven de registro de los dientes y tejidos de revestimiento, en un momento determinado. Así gracias a éstas nos podemos dar cuenta de lo que es normal para un individuo, y tipo facial y racial, puede ser anormal para otro.

Es por esto que las radiografías constituyen una pista importante para el tipo facial y esta pista no debe de ser ignorada.

Por otra parte, con crecimiento y desarrollo favorable, eliminación de prevenciones y tratamiento adecuado con aparatos, los cambios de la cara pueden ser muy satisfactorios y dramáticos y ésto lo podemos notar gracias a las fotografías.

Además de las fotografías extraorales, existen las fotografías intraorales, gracias a las cuales podemos ver:

Dientes, maxilares, encías, frenillos, lengua, paladar, úvula, piso de boca, etc. dentro de los patrones de forma, tamaño, color, número, posición, profundidad, posición etc.

Relaciones de líneas medias maxilares: diastemas.

Alteraciones o lesiones dentro de la boca como: agrandamiento de las glándulas salivales, neoplasias, etc.

También podemos observar el color, forma y alteraciones de labios y carrillos.

Es recomendable tener fotografías de nuestros pacientes que desarrollan hábitos bucales, tanto de frente como de perfil de antes y después del tratamiento. Estos nos ayudan a darnos cuenta de lo que un hábito bucal puede provocar en la apariencia facial del paciente, además podemos notar más el cambio que se ha efectuado después de eliminar el hábito y tratar las consecuencias producidas por éste.

Por otra parte estas fotografías podemos mostrarlas al paciente para hacerlo ver en una forma más patente, el cambio que se ha producido.(11)

HABITOS ORALES EN NIÑOS, CLASIFICACION Y SU TRATAMIENTO

1. HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Un hábito bucal compulsivo es aquel que ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos que ocurren en el medio ambiente que los rodea.

El niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos, compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve como escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar, se puede decir, que el niño se retrae así mismo por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Etiológicamente hablando, los hábitos bucales compulsivos pueden deberse a que los patrones iniciales de alimentación, fueron demasiado rápidos o a que el niño recibió poco alimento en cada toma. También pudo haberse producido demasiada tensión, en el momento de la alimentación. También se ha atribuido la presencia de este problema al sistema de la alimentación por biberón. Pero el papel más importante en este tipo de problema lo juega la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas.(2)

2. HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Estos hábitos son aquellos que se pueden desechar cuando los niños experimentan modificaciones de su conducta, así, se desechar ciertos hábitos indeseables y se forman hábitos nuevos y "aceptables socialmente", el éxito inicial en este tipo de hábitos puede reforzar los nuevos patrones, se

pueden lograr cambios por medio de halagos, y en ciertos casos por amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

*El modelado sutil, y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clases. Así los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, **se denominan no compulsivos**. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consciente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.(2)*

3. HABITOS BUCALES PRIMARIOS.

Los hábitos bucales primarios son aquellos que se presentan generalmente debido a un problema emocional profundo o debido a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye un intercambio más importante con el mundo exterior. De él, no solo se obtiene nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar tan indispensable en la primera parte de la vida.

Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación, y sentirse necesitado, y cuando éste no se presenta se desarrolla el problema de hábitos bucales.

Los hábitos bucales más comunes de este tipo son:

- a) El hábito de chuparse el dedo pulgar.*
- b) El hábito de proyección lingual, entre otros.*

Este tipo de hábitos puede ser causado también por la presencia de una maloclusión. Pueden, a la vez ser el resultado de la incapacidad de la musculatura peribucal anormal para satisfacer las exigencias cinestésicas neuromusculares y sensoriales del niño que crece.

Los hábitos bucales primarios pueden ser simples o combinados.

Los simples son aquellos que están solos sin asociación con hábitos de otro tipo.

Los combinados son aquellos que están asociados con otro tipo de hábitos como son torcerse el pelo, taparse con la cobija, o morder un extremo de ésta, etc.

4. HABITOS BUCALES SECUNDARIOS.

Este tipo de hábitos se adquieren generalmente a partir de hábitos primarios. Pueden presentarse sólo pero por lo regular acompañan a un hábito primario.

Dentro de este tipo de hábitos podemos considerar:

- a) El hábito de chuparse o morderse los labios y las uñas, que generalmente se desarrollan después de la edad de la succión del pulgar a la de morderse las uñas o los labios.*

También se considera como hábito secundario el chupar los dedos como consecuencia de un hábito de proyección lingual, chupar el extremo de una cobija, cogerse la oreja durante el desarrollo de la succión digital: golpear su nariz o su labio al mismo tiempo que succionar el pulgar. Estos hábitos suelen desaparecer cuando el hábito primario o principal es eliminado.(2)

PSICOLOGIA INFANTIL

DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA INFANTIL

El desarrollo psíquico de un individuo no se puede considerar aparte de su crecimiento físico, ya que ambos están intrínsecamente relacionados, presentando conductas específicas a determinadas edades.

El desarrollo Psicológico, es una complicada serie de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta, así como la adquisición de conocimientos, destrezas e intereses.

Así la maduración del individuo, está determinada por factores propios de éste, pero el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

El estudio de la psicología del niño tiene un gran valor teórico porque las teorías, existentes al respecto tienen como objetivos primordiales: la descripción, la explicación, y la predicción de la conducta humana, y de manera más especial, el crecimiento y desarrollo: pero dicho estudio tiene también aplicaciones prácticas, ya que nos proporciona datos que son útiles para la comprensión y el diagnóstico de la conducta del niño y además nos puede indicar métodos de modificación de dicha conducta, como el estudio de las tendencias de la edad, por lo que respecta a diversos aspectos de la conducta, nos proporciona conjunto de promedios, normas o estándares que pueden usarse para evaluar el desarrollo particular de un niño y que en un momento dado pueden ser muy útiles para diagnosticar problemas psicológicos individuales.

Investigaciones recientes indican insistentemente que hay períodos críticos o sensitivos durante los cuales, algunos procesos psicológicos importantes se desarrollan con especial rapidez.

Las perturbaciones sufridas durante estos períodos pueden afectar al desarrollo de estos procesos de manera decisiva.

Así pues, el odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además de físico, comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esto tiene importancia para el dentista ya que tanto para el diagnóstico de hábitos bucales causados por problemas emocionales como para la planificación del tratamiento.

PATRONES DE CONDUCTA QUE PRESENTA EL NIÑO A DIFERENTES EDADES.

EL NIÑO DE DOS AÑOS:

Les encanta jugar con sus padres y en momentos tranquilos que les canten y lean. Investigan con curiosidad rasgos de los mayores, su cabeza, orejas, el interior de la boca de la madre y tocar sus labios. Debe organizar sus experiencias tocando y palmoteando, tiende a ser asustadizo cuando está alejado de ella. En este nivel de edad hasta los tres años es común que cambie de una cosa a otra, no debe ser forzado a cierta actividad, sino surgir espontáneamente.(10)

EL NIÑO DE TRES AÑOS:

El niño da muestras del comienzo de semi-dependencia, edad del "yo también", la madre es la preferida. Las niñas suelen ser coquetas para atraer la atención del padre.

EL NIÑO DE CUATRO AÑOS:

Es la edad del "por qué" y el "cómo", durante la cual el niño desarrolla una actividad investigadora, de dependencia. Se interesa en su propio cuerpo y diferencias del sexo.

EL NIÑO DE CINCO AÑOS:

En el niño su padre se ha convertido en su rival, ya que siente un amor intenso por su madre. A esta edad las pesadillas son casi universales. El niño desea la mayor parte del tiempo conservar el amor de sus padres. Cuando los niños han superado con éxito todos estos complejos y sentimientos son más controlados.

EL NIÑO DE SEIS AÑOS:

El niño tiene una agresividad que puede ser constructiva o bien orientada hacia lo negativo llegando hasta el sadismo. Las madres en ocasiones son muy exigentes y no les permiten que ensucien la ropa o maltraten a los demás y esto representa para el niño una represión. Para ayudarlo se le puede dar un cuarto para que juegue cómodo y alimentar su ingenio y armonía, también procurar afirmar su sexo para que no tenga repercusión en la homosexualidad.

En esta edad la entrada a la escuela tiene repercusión en todas sus áreas psíquicas ya que va a recibir una serie de informaciones que van a alterar su

comportamiento, va a conocer números, letras, etc., que antes le eran ajeno. Puede ocasionar un trauma psicológico porque el niño supone que esto representa una separación de su hogar al que todavía no está preparado.

EL NIÑO ADOLESCENTE:

Esta etapa abarca de los siete a los once años. Esta época requiere de mayor tiempo de reposo y alimentación.

La dedicación a la escuela es bastante; se nota introvertido, callado; es importante que en esta época el sujeto empiece a sentir confianza, cariño y que se le manifieste como un personaje importante.(11)

TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO:

EL NIÑO DEBIL MENTAL:

Debido a la pobre higiene bucal y a la dieta blanda en este tipo de pacientes, la proporción de caries tiende a ser un poco más alta que lo normal y el estado periodontal es pobre, por lo que se recomienda el uso de un cepillo accionado por baterías.

El niño con un grado leve de subnormalidad mental puede ser tratado en cualquier consultorio como parte de su propia familia, sin gran dificultad. Su nivel mental debe ser conocido, de modo que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en caso de que sea pobre la cooperación, se debe considerar la rehabilitación bajo anestesia general.

Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse de forma individual en cada caso particular. Se procurará

manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental. El odontólogo deberá valorar si el tratamiento se efectúa bajo anestesia general o local.

Los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el anestesista como sujetos adecuados. Por lo que se tendrá que pensar usar la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizadoras, y si existe alguna duda consultar con el médico.

EL NIÑO CONSENTIDO.

La excesiva indulgencia, o a veces el rechazo o indiferencia por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general, se caracteriza por su desobediencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea gritando, pateando, llorando y a veces hasta insultando. En estos casos dentro del consultorio dental, se tendrá a veces que recurrir a medidas extremas como taponarle la boca para conseguir tranquilizarlo y hacerlo que pueda escuchar al odontólogo, que le hablará con voz suave pero firme.

El manejo de este tipo de niños es muy importante, desde la primera cita deberá hacerse el tratamiento planeado para esta cita o cuando menos parte del mismo; de otra manera, el niño repetirá sus berrinches ya que le darán buen resultado para evitar que el odontólogo haga su labor.

EL NIÑO TIMIDO:

Este es un niño fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, se esconde detrás de la madre, no responde a nuestras preguntas, baja los ojos, se voltea, etc.

En estos casos trataremos de hablarle al niño con voz suave explicándole lo que se le va a hacer, convenciéndolo sin demostrar una insistencia excesiva. Dominando de esta manera poco a poco su temor demostrando interés en lo que a él le gusta.

A estos niños no se les debe agredir porque se asustan y no se dejan atender.

Estos niños pueden ser pacientes ideales, ya que son obedientes, educados y responden a la disciplina.

EL NIÑO DESAFIANTE:

Generalmente, esta actitud la presentan niños con problemas, los cuales desafían la autoridad del dentista negándose a abrir la boca. En estos casos el dentista deberá imponer su autoridad y tratar de saber cuál es el origen de los problemas del niño para ayudarlo y lograr su cooperación.

EL NIÑO TEMPERAMENTAL:

Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se muestra cansado o aburrido. La actitud del dentista siempre deberá ser de ánimo.

EL NIÑO COOPERADOR:

Es un niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente. Por lo general hay que hablarle con la verdad de lo que se le va hacer.(1)

DEGLUCION

MADURA O SOMATICA.

Este tipo de deglución se divide para su estudio en cuatro fases: que están altamente integradas y coordinadas sinérgicamente.

1. FASE PREOPERATORIA.

Empieza tan pronto como se han tomado los líquidos o después de que el bolo ha sido masticado. El líquido o bolo se coloca sobre el dorso de la lengua, e inmediatamente después la cavidad bucal es cerrada por los labios y la lengua.

2. FASE BUCAL:

El paladar blando se desplaza hacia arriba y la lengua cae hacia abajo y atrás. La laringe y el hioides se desplazan hacia atrás y arriba.

Mientras que los alimentos sólidos son empujados por la lengua, los alimentos líquidos fluyen delante de las constricciones linguales.

La cavidad bucal estabilizada por los músculos de la masticación conserva un cierre anterior y lateral durante esta fase.

3. FASE FARINGEA.

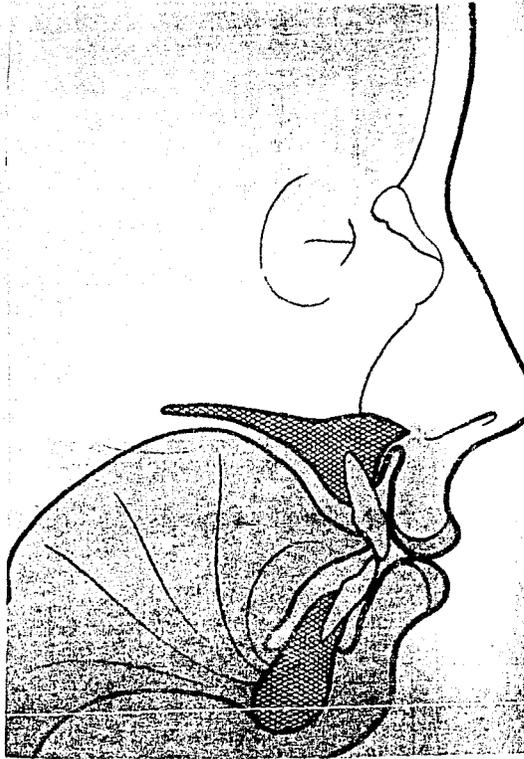
Comienza cuando el bolo pasa por las fauces. El tubo faringeo se levanta en maza hacia arriba y la nasofaringe es obturada por el cierre del paladar blando contra la pared faringea posterior.

El hueso Hioides y la base de la lengua se desplazan hacia adelante mientras que la faringe y la lengua continúan sus movimientos peristálticos para impulsar el bolo alimenticio a medida que el bolo va bajando, las cuerdas vocales falsas y verdaderas, se acercan con movimiento reflejo, y la laringe en relación con el hueso Hioides proporciona la base esquelética para los movimientos del Esfínter de la Hipofaringe.

Puesto que el hueso Hioides sirve como pedestal posterior sobre el cual se haya montada la lengua y debido a su unión tan estrecha con el sistema de suspensión Lingual, Faringeo y Laringeo, es una estructura que es útil en el acto de la Deglución. Normalmente, durante la Deglución de un bolo sólido y pequeño, el hueso Hioides se desplaza hacia arriba y atrás y después hacia delante.

4. FASE ESOFAGICA.

Comienza cuando el alimento pasa por el Esfínter Crico-Faringeo. Mientras que los movimientos peristálticos llevan el alimento a través del Esófago, el hueso Hioides, paladar y Lengua regresan a sus posiciones originales.



FOTOGRAFIA DE DEGLUCION SOMATICA.

La Deglución se produce por la contracción de los elevadores de la mandíbula (músculo masetero). Durante la Deglución se produce el contacto dental y la lengua se introduce en la cavidad oral.

ESQUEMA

Aquí se muestra el corte transversal que muestra el dorso de la lengua con una menor concavidad, que se aproxima al paladar durante la Deglución. (Según Graber, 1972).

DEGLUCION INFANTIL O VISCERAL..

Es aquella que se realiza antes de la erupción de los primeros dientes temporales.

MOVIMIENTO DE LA DEGLUCION INFANTIL

- 1. Primeramente los maxilares se separan y la lengua se encuentra colocada entre las encías.*
- 2. Dada la contracción del séptimo nervio craneal el maxilar inferior es estabilizado, y la lengua interpuesta.*
- 3. El movimiento de Deglución, es controlado y guiado principalmente, por un intercambio sensorial entre labios y lengua.*

4. *En la Deglución, la actividad muscular instintiva y rítmica de carácter peristáltico, conduce el líquido o bolo alimenticio hacia la Faringe al abandonar la cavidad bucal.*

El alimento es conducido entonces a través de la Faringe por los constrictores superiores, medios e inferiores de la misma pasando por la Epiglotis hasta el Esófago.

*A esta Deglución Infantil se le llama también "**Deglución Visceral**" que contrasta con la Deglución somática o madura.*

Cuando el acto de deglutir es normal, los maxilares no se juntan y los dientes no ocluyen y la punta de la lengua está presionada entre los dientes anteriores.

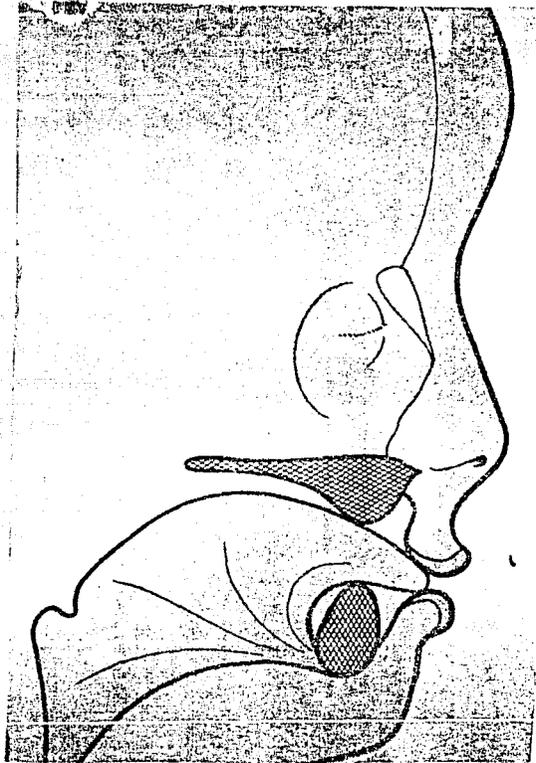
Se considera que el estado emotivo o tensional produce, entre los niños, casos de lengua protactil. Los chupadores de dedo dejan el espacio libre entre los dientes donde se introduce la punta de la lengua, en el momento de deglutir.

Se afirma que la causa estriba en el biberón ya que la succión es diferente que en el pecho, pues con frecuencia la leche de la botella sale del biberón sin esfuerzo de succión, todo lo contrario de lo que ocurre con la leche del pecho materno.

Por ésto el niño trata de retener el exceso de leche que fluye, presionando con la lengua la mamila de hule contra el paladar. Esto puede perdurar por muchos años, constituyendo así un hábito con resultados desastrosos fisiológicos y estéticos.

También se ha visto que las amígdalas, hipertróficas pueden ser causa de lengua protráctil, ya que el dolor de las amígdalas, produce caída de la mandíbula para que la lengua puede proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea. Por esto hay una notable y fuerte contracción del músculo mentoniano, cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la Deglución.

Se ha visto también que el raquitismo junto con la presión del dedo cuando se tiene este hábito pueden producir defectos en la Deglución y por consiguiente una mordida abierta, ya que la presión ejercida por el dedo y la lengua sobre el hueso raquíptico es demasiada para éste, dando lugar a la deformidad del ángulo mandibular.



FOTOGRAFIA DE DEGLUCION VISCERAL.

Durante la Deglución los maxilares están separados, y la lengua se desplaza hacia delante y se sitúa entre las Apófisis Alveolares con su punta por fuera. La mandíbula se estabiliza por la contracción de la musculatura orofacial y por el contacto entre la lengua y los labios. La Deglución se pone en marcha y se lleva a cabo fundamentalmente a través de la interacción sensorial entre el labio y la lengua iniciándose el peristaltismo en el vestíbulo bucal.

ESQUEMA

Aquí se muestra el corte transversal donde la lengua baja y la depresión del surco sagital. (según Graber).

TIPOS DE HABITOS ORALES

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE HABITOS BUCALES.

1. HABITO DE SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Hoy en día, los padres de los niños deberán aprender a reconocer la succión digital como una forma natural del niño para satisfacer su necesidad básica de succión. También deberían de aprender a no interferir cuando el niño se chupa el dedo pulgar u otros dedos ya que una interferencia puede ser causa de que el niño succione su dedo por más tiempo y en forma más fuerte.

La succión del pulgar en el niño es un problema que preocupa al pediatra, odontólogo y especialistas correspondientes, y a los padres del mismo.

Se ha visto que hay diversos factores que pueden causar una temprana succión del pulgar. Entre estos están: El que un niño no tenga suficiente succión al mamar o al tomar su botella por lo que no satisface su instinto de succión. También lo es el que un niño no tenga suficiente atención, y/o cuidado ocupando así el tiempo en el que está despierto, a chupar su pulgar. Así, si un niño muy pequeño empieza a tratar de succionar su pulgar, sus otros dedos o su mano, no se le debe de dar una mayor oportunidad de mamar o de tomar su botella.

Así debemos de considerar dos cosas:

- 1. El número de veces en que se realiza la amamantación.*
- 2. Cuánto tiempo toma cada alimentación.*

El tiempo para poner atención a la succión digital es cuando el niño trata por primera vez de hacerlo no cuando finalmente sucede. Esto es porque la

mayoría de los bebés, en los primeros meses de vida, no tienen mucho control de sus manos y brazos, así como de su cuerpo en general.

Si él bebé lleva su mano a la boca la primera vez es porque su necesidad de succión de pecho o de botella es mayor y puede ser tanto o más que la del real succionador digital.

Podemos observar que el instinto de succión es más fuerte en los primeros tres meses de vida del niño.

Después va disminuyendo gradualmente. Hay bebés que parecen haber tenido una succión suficiente hasta los 8 meses, pero hay otros que necesitaban seguir realizando la succión hasta que tienen un año.

Quizá todos los bebés succionan su pulgar u otros, o bien, muerden su mano cuando empiezan a erupcionar sus dientes (alrededor de los tres o cuatro meses). Por lo tanto no debemos confundir ésto con hábito de succión digital. Naturalmente el bebé que comienza a ser succionador digital, succionará su dedo por un espacio de tiempo largo durante los períodos de erupción dental.

Ahora bien, hay niños pequeños que se alimentan con botella, algunos de ellos terminan su fórmula en 10 minutos por ejemplo, en lugar de terminarla en 20 minutos. Esto sucede porque son bebés fuertes y rompen el hule del chupón, entonces las mamás les permiten succionar su pulgar.

En niños más grandes, la succión digital todavía satisface una necesidad pero no es más duradera que la simple necesidad de succionar. Es una necesidad de comodidad.

Muchos niños succionan sus dedos pulgares cuando están fastidiados, cansados o especialmente estén hambrientos, dormidos o cuando no son alimentados adecuadamente. Algunos lo hacen cuando están reprimidos, solos, o cuando están tensos por algo.

También existen niños a los que continuamente se les está regañando para impedir que hagan ciertas cosas que a ellos les gustan, por lo que comienzan a succionar su pulgar. Pero es raro observar niños que tienen un año de edad y que succionan por primera vez su pulgar.

Hay niños que se muestran aburridos ya que los demás niños no los "llenen" lo suficiente y que por otra parte tampoco tienen suficientes cosas con que jugar, o quizá se trata de un niño al que dejan en su carriola por muchas horas.

A pesar de ésto, debemos recordar que no todos los niños que succionan su pulgar son un problema. Aún los niños más felices, todos tienen sus momentos difíciles, y muchos de los niños pequeños que succionan su pulgar regularmente, no parecen necesitar un cambio en sus cuidados.

No hay una regla para llamar a los niños que tienen este hábito para un examen completo, pero en general los niños de edad que practican un hábito bucal es porque algo malo pasa con ellos. Probablemente no están contentos con su maestro, quizá ellos quieran hablar, pensar o actuar como sus hermanos de siete años de edad o más grandes y no pueden llevarse bien con ellos: o quizá sus madres o padres están siempre tan ocupados que no pueden gozar de su compañía.(1)

En cualquiera de los casos, la succión constante de un dedo pulgar que se presenta después de los 5 años debe hacer que busquemos la causa de que el niño trate de encontrar esa comodidad extra, ya que este hábito puede

causar anomalías irreversibles: Dentales, Oseas, musculares y nerviosas principalmente.

Debemos recordar que los niños más grandes que duermen con el dedo en su boca no es necesariamente por un disturbio.

Según Brody muchos niños dejan el hábito en sus años preescolares, pero algunos lo conservan durante sus años escolares, y a veces en la edad adulta.(1)

Por otra parte, Cumley cree que la succión, prolongada del pulgar, después de los cuatro años, suele ser un síntoma, de que el niño sufre hambre emocional y que emplea el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. Así, Cumley cree que las mejores medidas correctas son las directas tales como proporcionar al niño descanso y escapes por medio del juego.(1)

En resumen, la succión del pulgar es con frecuencia la principal manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres o temor a los animales o insectos. Así, hechos como la mala voluntad para encontrar en actividades grupales en la escuela podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de succión digital, puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de un serie de acontecimientos pasados, pudiendo realizarse de diferentes formas, como por ejemplo, pudiendo usarse un sólo dedo, con dos dedos, varios dedos de una o ambas manos o con toda la mano.

El problema de la succión del pulgar es, es por lo tanto, complejo. El papel del odontólogo es el de aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos existentes para la corrección de dicho hábito.

HABITOS DE SUCCION EN NIÑOS DE 6-15 AÑOS DE EDAD DE SANTO DOMINGO

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue reportar la prevalencia de los hábitos de succión digital y el uso de un entretenedor en 417 niños de 6-15 años de edad que asistían a diferentes escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santo Domingo. Un 33.3% de los niños presentó algún hábito de succión. No hubo diferencia significativa entre los sexos. En ambos sexos, la succión digital fue más común, seguida por la succión del entretenedor y luego por la combinación de ambos.

RESULTADOS

De los 417 niños examinados, 139 (33.3%) presentaba algún tipo de hábito de succión (Tabla 1). De estos, 63 (45.3%) correspondían al sexo masculino y 76 (54.7%) al sexo femenino. Esta diferencia no fue significativa ($X=1.216; 0.30 > P > 0.20$).

TABLA 1.

**PORCENTAJE DE NIÑOS, DE ACUERDO CON EDAD Y SEXO, CON
HÁBITOS DE SUCCION**

<u>SEXO</u>	<u>DEDO</u>		<u>ENTRETENEDOR</u>		<u>AMBOS</u>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
	32	50.8	18	28.6	13	20.6
	33	43.4	25	32.9	18	23.7

En los niños que presentaron hábitos de succión, 46.7% succionaba el dedo, 31.0% el entretenedor y 22.3% ambos. (16)

CASOS CLINICOS DE SUCCION DE PULGAR Y OTROS DEDOS



Fotografía de un paciente con hábito de succión de pulgar derecho y retrae la nariz al mismo tiempo. (12)



Este paciente comprime el pulgar a nivel palatino y en la parte anterior del maxilar superior, así como sobre los dientes anteriores y superiores. Por otro lado, el dedo se apoya en la parte superior en los incisivos inferiores. (Como se muestra en la Rx la posición de los dedos).(12)



La succión o compresión del dedo sobre el maxilar superior determina una clase II. (12)



Succión de varios dedos.

Es una niña de 9 años con colocación clásica de los dedos anular y meñique, los cuales comprimen la apófisis alveolar y otros dientes anteriores de la mandíbula, mientras el dedo índice y medio se apoyan en el pómulo.(12)



Quando los dedos se colocan en el maxilar inferior, es más frecuente el desplazamiento anterogrado de la arcada dental inferior, que origina una mordida borde a borde o cruzada anterior.(12)



La imagen radiológica de este hábito determina una inclinación labial del frente superior e inferior. La anomalía de la posición de los dientes superiores obedece fundamentalmente a efectos mecánicos, mientras que la de los inferiores es de tipo secundario al desplazamiento de la lengua en sentido ventrocaudal.(12)

2. SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito general se presenta en la edad escolar cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abonado de éste.

El odontólogo, puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión, del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior.(2)

El hábito de chuparse y morderse los labios, es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, para lograr esta posición se vale del músculo borla de la barba, esto se hace de manifiesto con la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución.(3)

La actividad labial anormal casi siempre está ligada con maloclusión es de clase II división I y problemas de mordida abierta y la eliminación de la maloclusión, generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o hábito nervioso el aparato para el hábito de labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo y no suele ser necesario aparatos para mover los dientes.

3. HABITO DE LENGUA.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Moyers afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse el dedo.(4)

Los resultados indican que existe una correlación positiva, con una mayor tendencia al hábito de lengua, en el grupo alimentado artificialmente. (lactancia artificial).

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, va aumentando la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales, de los segmentos vestibulares, los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal, la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento produciendo un defecto colateral que puede ser el bruxismo o bricomanía y el estrechamiento bilateral del maxilar superior, al descender la lengua en la boca. Clínicamente puede observarse como mordida cruzada bilateral.

Es importante considerar el tamaño de la lengua así, como su función.

Con respecto al tamaño, la lengua puede ser o presentar:

- a) Aglosia Congénita*
- b) Macroglosia.*

Otra situación que contribuye posiblemente a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

Muchos hábitos de ceceo están, ligados al hábito de proyección de lengua que también impiden la erupción de los dientes.

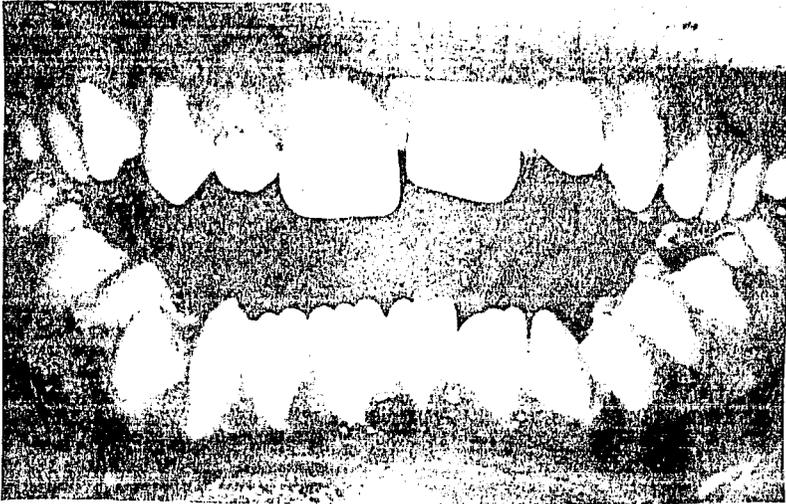
Dependiendo del grado de su formación la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza creada por los labios.(3)

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrución de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta, anterior las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite en cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.(3)

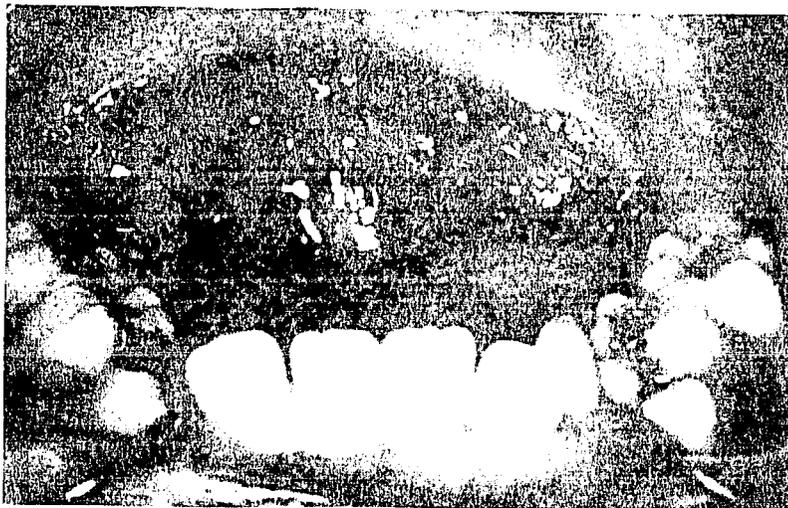
Como resultado final de este hábito de proyección lingual se va a tener:

- 1. Mordida abierta permanente.*
- 2. Maloclusión.*
- 3. Patología de los tejidos de soporte.*



Los factores que propician el hábito de lengua protráctil son:

1. *Respiración bucal*
2. *Arco maxilar angosto*
3. *Alergias*
4. *Patrón de crecimiento defectuoso*
5. *Defectos foniatricos*
6. *Alteraciones neurológicas*
7. *Alteraciones psicológicas*
8. *Problemas de amígdalas y adenoides*
9. *Macroglosia*
10. *Pérdida prematura de dientes*
11. *Alteraciones glandulares*
12. *Alteraciones neuromusculares*
13. *Alteraciones Psicológicas (5)*



Problema amigdalal que dá origen al hábito de lengua. (12)



Pérdida prematura de dientes, obsérvese la posición de la lengua. (12)



Consecuencias de mordida abierta anterior. (12)

La introducción constante de la lengua determina una mordida abierta total que se apoya únicamente en los molares.

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha sido llamado de diferentes maneras:

- a) Deglución pervertida o desviada.*
- b) Deglución Invertida.*
- c) Retención de deglución infantil.*
- d) Deglución con dientes separados.*

No existe ninguna "norma" para este hábito de proyección lingual, la maloclusión puede o no existir.

Los defectos del habla pueden estar presentes o no.

Las posiciones laterales pueden ser normales o no.

Aún la forma de la arcada puede ser afectada o no a pesar de todas las pruebas que indican que la fuerza de la lengua es mayor que la presión opuesta de los labios y carrillos.

Sea cual fuere la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función) también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

La posición anormal de la lengua está también con frecuencia asociada a la maloclusión dental.(5)

4. HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

El hábito de respirar por la boca se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico de la maloclusión dentaria.

Los especialistas en oído, nariz y garganta hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más frecuentes en quienes respiran por la boca.(3)

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías.(2)

- a) Por obstrucción.*
- b) Por hábito.*
- c) Por anatomía.*

La respiración bucal, originada por obstrucción, presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Existe dificultad para inhalar y exhalar, el aire a través de los conductos nasales, el niño se ve forzado a respirar por la boca.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por :

- 1. Hipertrfia de los turbinatos, causada por : alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis, atrofica condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.*
- 2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.*
- 3. Adenoides agrandados. El tejido adenoidal o faringeo es fisiológicamente hiperplásico.*

Por razones anatómicas la respiración obstructivas por la boca se presentan en niños ectomórficos, ya que presentan caras estrechas y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrecha estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales. (2)

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico a veces se describe como "FACIES ADENOIDEA".

La cara estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protusión labialmente y los labios permanecen abiertos con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares, por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dando un maxilar en forma de V y una bóveda palatina elevada.

En muchos casos la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribuca normal activa el labio superior haciendo posible el cierre de los labios y estimula la respiración nasal normal. (3)

5. BRUXISMO.

DEFINICION

Es el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales.

Los siguientes son algunos términos que han sido usados para referirse al bruxismo:

- 1. Neuralgia traumática.*
- 2. Efecto de Karolyi.*
- 3. Neurosis del hábito oclusal.*
- 4. Parafunción.*

Miller, propuso la diferenciación entre el rechinar nocturno de los dientes al cual llamó Bruxismo.

Y el hábito de rechinar de los dientes en el día al cual llamó Bruxomanía.

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dientes asociado con angustia o agresividad ha sido observada tanto en animales como en el hombre.

Un grupo de situaciones estrechamente relacionados con el bruxismo son generalmente clasificados como hábitos oclusales y no como bruxismo.

Estas situaciones son:

- 1. Morder fuertemente con maxilares en posición bloqueada.*
- 2. Mordedura de los Carrillos.*
- 3. Mordedura de lengua o labio.*
- 4. El morder objetos como uñas, lápices, pasadores para el pelo y muchos otros hábitos.*

Aunque todos estos hábitos, o situaciones tienen un fondo psicogénico bien definido y sirven como desahogo a la tensión, emocional no suelen clasificarse como bruxismo y nosotros los consideramos como mordida disfuncional o hábitos oclusales.

CLASIFICACION.

- 1. El bruxismo excéntrico es el rechinar y movimiento de trituración, de los dientes, en excursiones excéntricas.*
- 2. El Bruxismo céntrico es el apretamiento de los dientes en céntrica.*

ETIOLOGIA

- 1. Bruxismo excéntrico tiene un doble fondo etiológico.*
 - a) Sobrecarga Psíquica. El componente psíquico de acción reprimida, tensión emocional, angustia y temor.*
 - b) Interferencia Oclusal. Se refiere a la presencia de cúspides altas, defectos oclusales menores, traumatismos oclusales menores.*

El bruxismo se encuentra relacionado con el aumento de tono en los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa por dolor o molestias y por interferencias oclusales. La interacción de estos 3 mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo.

Además otros factores locales que contribuyen a la hipertonidad de los músculos maxilares anormales.

- 1. Colgajos gingivales de terceros molares.*
- 2. Hiperplasia gingival cualquier otro tipo de enfermedad parodontal, especialmente si hay dolor.*

3. Irregularidades en la superficie del labio, mejilla, lengua y dolor, malestar en la articulación temporomandibular y músculos maxilares.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconsciente controlado de manera refleja es por lo tanto en la mayoría de los casos desconocido por el paciente.

2. El bruxismo céntrico. Consiste principalmente en la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de ninguna situación obvia de urgencia física o psíquica.

HABITOS OCLUSALES RELACIONADOS CON EL BRUXISMO.

El apretamiento habitual de los maxilares mal posiciones bloqueadas, el morder objetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos son todas vías de escape para la tensión psíquica y emocional.

IMPORTANCIA DEL BRUXISMO

Los daños de importancia ocasionados por el bruxismo resultan con frecuencia mayores en la corona del diente que en el periodonto.

El desgaste de los dientes ocasionado por el bruxismo puede dar por resultado una reducción inestética en la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto interproximal y ocasionar pulpitis exposición o muerte de la pulpa. Así como, bordes de esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturados e incluso estrangulación apical de la pulpa.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporomandibular.

El bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica y la irritabilidad del sistema nervioso central. El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas, así como en trastornos gastrointestinales. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche (guarda oclusal). (7)

*Leung-AK
Robson-WL*

El bruxismo es un hábito oral que generalmente es debido a stress psicológico o a discrepancias oclusales. Esto ocurre más frecuente en los niños que en los adultos. El daño que causa el bruxismo a los dientes es irreversible. Sin embargo, la causa subrayada debe de ser tratada de manera que se eviten nuevos problemas dentales y periodontales.(13)

6. HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS.

El hábito de morderse las uñas no crea maloclusión, pero en combinación con otros factores predeterminados puede contribuir.(3)

Es un hábito normal desarrollando después de la edad de la succión.

Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusión, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión aunque algunos padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente.

Un hábito no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente ya sea de forma física o moral, al niño no es perjudicial en ninguna de estas formas.

Cuando el niño crece y se convierte en Adulto otros objetos substituyen a los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.(2)

MORDEDURA DE UÑAS

*Leung-AK
Robson-WL*

La mordedura de uñas es un hábito oral común en los niños y en los adultos jóvenes. Se estima que del 28 al 33% de los niños, entre las edades de los 7 a los 10 años y un 45% de adolescentes son mordedores de uñas incluye stress, imitación de otros miembros de la familia, herencia, una transferencia de la succión del pulgar y un pobre maniquire en las uñas. La mordedura de uñas generalmente es confinado a las uñas de los dedos y la mayoría de los mordedores de uñas muerden los 10 dedos más raramente que selectivamente. Las complicaciones de la mordedura de uñas incluye daño de la cutícula y las uñas, infecciones bacterianas secundarias y problemas dentales. El tratamiento debe de ser directo en cualquier causa precipitante o stress. Los recordadores sólo deben de ser utilizados con el consentimiento del niño. El cuidado de las uñas y de las cutículas, la modificación de técnicas de conducta, el reforzamiento positivo, y un seguimiento regular son aspectos importantes en el tratamiento. Los mordedores de uñas, u onicofagia, es definida como el hábito de morder unas uñas y es un hábito oral común en los niños y en los adultos jóvenes. La mordedura de dientes es embarazoso, inatractivo, socialmente indeseable, y puede predisponer al

desarrollo de la paranocia. Frecuentemente los médicos consultan acerca de los mordedores de uñas pero no captando la prevalencia del problema, hay una escasez inesperada en la literatura sobre los mordedores de niños. El propósito de este artículo es familiarizar al lector con el problema y sugerir un tratamiento lo más apropiado posible (15)

7. HABITOS DE POSTURA .

Los hábitos de postura que producen maloclusión son muy raros.

Los investigadores tratan de probar, que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusiones. Se ha citado a muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión del maxilar inferior.

La mala postura y la maloclusión dentaria pueden ser resultado de una causa común. La mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

Pero aún no se ha probado que constituya el factor etiológico primario.(2)

8. HABITO DE EMPUJE DE FRENILLO.

El hábito de empuje de frenillo se presenta principalmente cuando existe un diastema entre los dientes incisivos superiores.

Este diastema puede existir por diversos factores como son:

- a) Frenillos labiales anchos.*
- b) Microdoncia.*
- c) Macrodoncia.*
- d) Dientes supernumerarios. (Especialmente los mesiodents).*
- e) Laterales en forma de cono.*

- f) *Incisivos laterales faltantes.*
- g) *Oclusión enérgica, de incisivos inferiores, contra las superficies linguales de los incisivos superiores.*
- h) *Quistes en la línea media.*
- j) *Hábitos tales como chuparse el pulgar, proyección de lengua o chuparse el labio.*

Es un hábito raras veces observado probablemente originado como parte de un juego ocioso.

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas.

Ya que mantiene separados los incisivos centrales este hábito puede desplazar los dientes Este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

9. HABITO ABERTURA DE PASADORES DE PELO.

Otro hábito nocivo, que fue común entre las mujeres adolescentes era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito, se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad para abandonar el hábito generalmente sólo se hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de éste.(2)

10. HABITO DE MUTILACION O HABITOS MASOQUISTAS.

Ocasionalmente se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista. Un niño examinado por uno de los autores utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

El hábito había privado completamente a la pieza de tejido gingival marginal sin ligar exponiendo el hueso alveolar.

El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

La conducta anormal que se manifiesta mediante la ejecución de actos de crueldad debe ser entendida como expresión, patológica del instinto de agresión.

La educación represora y atemorizadora que obliga al sujeto a apartar de su mente todas aquellas elaboraciones y sentimientos que se consideran malos o prohibidos, es el responsable del mecanismo represor que llega a constituirse en un verdadero hábito en los sujetos.

La existencia de la moral correctiva en el ser humano constituye una de las principales causas determinantes del mecanismo psíquico de la represión.

La represión tiene como principal característica, producir un olvido de todo aquello que ha sido condenado. Inducir por fuerza o temor a que tal hábito, no deba ser consentido en la conciencia, no sólo implica un error de formulación pues los hábitos existen por razón natural.

Es probable que un niño que ha sido educado sin autoritarismo ni amenazas, tenga muy poca o ninguna necesidad de emplear el mecanismo de la

represión, lo que quiere decir que la existencia de éste se halla directamente ligado al tipo de educación recibida.(4)

ESTUDIO PSICOSOMATICO EN LA RELACION ENTRE HABITO ORAL Y LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD DE LOS NIÑOS DE UNA VILLA EN LA MONTAÑA.

Ozaki-M Hayashida-H

Ishii-K Motokawa-W

Ozaki-Y

Fue tomado un estudio estadístico para evaluar las circunstancias de los hábitos orales de niños entre los 3-15 años de edad. (423 niños y 3791 niñas, 802 niños en total) en un villa de la montaña por medio de pruebas psicológicas e investigaciones del medioambiente en que vivían los niños y su padres. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1. La edad máxima de succión de dedo fue de 3 años con niñas (35.7%) y de 4 años con niños (22.2%). Después de estas edades se observó una tendencia a una decrecencia en la frecuencia.*
- 2. La edad máxima de mordedura de uñas fue de 11 años en las niñas (26.5%) y de 10 años en los niños (18.8%). Sin embargo, la mordedura de uñas en las niñas fue observada que provenía de la infancia.*
- 3. La edad máxima de bruxismo fue de 7 años en los niños (22.7%) y de 4 años en las niñas (15.4%).*
- 4. Basado en el sexo, se encontró que la mordedura de uñas en las niñas era más frecuente que en los niños, por otra parte, se encontró que el bruxismo era más frecuente en los niños que en las niñas. No se observó diferencia en la succión de dedo.*

5. *Basado en el análisis de la relación entre hábito oral y las características de personalidad la mordedura de uñas y el bruxismo mostraron una tendencia menor en casi todos los puntos de las características de personalidad, sin embargo, probablemente no se observó ninguna relación en la succión de dedo.*
6. *Basado en el análisis de cuantificación tipo III, el desarrollo de cada hábito oral muestra una relación a las diferentes características de personalidad.*
7. *En relación con el medioambiente en que viven, la mordedura de uñas ocurrió más en los niños cuyas madres no trabajaban que en aquellos con madres con trabajo, y el bruxismo ocurrió en los niños que casi siempre jugaban fuera de la casa. (14)*

EFFECTOS CAUSADOS POR HABITOS BUCALES.

Los hábitos anormales de chuparse los dedos, función muscular peribucal perversa, pérdida prematura de los dientes y factores similares pueden afectar al desarrollo normal de los hechos y causar cambios morfológicos y funcionales en el desarrollo de la dentición.

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

La maloclusión por mordida abierta anterior está asociada con el hábito de la succión del pulgar, de otros dedos o con la protrusión de la lengua durante la deglución, los niños que se chupan el dedo pulgar u algún otro hasta los 5, 6 ó 7 años casi invariablemente presentan una mordida abierta anterior y tienden a conservar un patrón de deglución con protrusión de la lengua de tipo infantil.

En muchos casos persiste la protrusión de la lengua cuando ya se ha abandonado la succión del pulgar de modo que la deglución anormal contribuye a mantener la mordida abierta producida, en un principio por la succión del pulgar.

Las mordidas abiertas tienden a corregirse por sí solas cuando se eliminan las causas especialmente en los niños más pequeños.

La succión del pulgar crónica puede producir una mordida abierta anterior intensa con protrusión y linguoversión, de los anteriores inferiores. La corrección de la maloclusión depende de que se suprima el hábito.

El hábito de lengua también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

Al proyectarse la lengua hacia adelante aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta.



La introducción constante de la lengua determina una mordida abierta total que se apoya únicamente en los molares.

La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

*Como efecto colateral, presenta un estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente se puede observar como **mordida cruzada bilateral**.*

*Un resultado bastante frecuente del hábito prolongado de chuparse el pulgar con función muscular peribucal anormal es, **mordida cruzada anterior**.*

La prolongación de esta relación anormal puede causar daños permanentes en la posición de los dientes en el soporte óseo y posiblemente en el centro de crecimiento de la articulación temporomandibular.(6)

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

La desviación de la mandíbula durante el movimiento de cierres es uno de los principales factores en las mordidas cruzadas anteriores.

Muchos niños que presentan este defecto deslizan la mandíbula hacia adelante durante la oclusión para conseguir un mejor encaje recíproco de las cúspides, con lo cual exageran la tendencia a la mordida cruzada. La corrección de la mordida cruzada anterior es relativamente simple sólo, cuando la mandíbula, se puede retraer lo suficiente para que los dientes queden en una relación anterior borde a borde.

Si no es posible la retrucción mandibular hará que queden en contacto los dientes anteriores puede existir una maloclusión esquelética verdadera y es mejor consultar con un especialista.

Antes de empezar las maniobras terapéuticas para corregir una mordida cruzada anterior, es necesario determinar si hay espacio suficiente para acomodar los dientes, en caso de duda acerca de si se dispone del espacio adecuado hay que realizar un análisis del espacio.(6)

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

Se diagnostica fácilmente y en general se ha de tratar precozmente.

Es muy importante diferenciar las mordidas cruzadas unilaterales debidas a una desviación mandibular de las debidas a una verdadera simetría de uno de los maxilares. La mordida cruzada unilateral verdadera es sumamente rara. Cuando se produce, casi siempre obedece a un problema del desarrollo del esqueleto de carácter completo, se trata de un problema difícil que hay que remitir a un especialista.

Muchas mordidas cruzadas unilaterales son debidas a una desviación de la mandíbula (desviación por comodidad) causada por un ligero estrechamiento de todo el arco superior con respecto al arco mandibular.

Esto se puede demostrar indicando al paciente que cierre los dientes haciendo que coincidan las líneas medias. Cuando ambas líneas medias están alineadas suelen comprobarse que el contacto inicial se efectúa por las puntas de las cúspides en ambos lados. Las mordidas cruzadas de este tipo suelen ser susceptibles de un tratamiento sencillo.

El método más simple de tratar un mordida cruzada posterior unilateral a desviación mandibular es equilibrando los dientes, eliminando los contactos prematuros (a menudo es defectuoso el contacto de los caninos primarios) y haciendo que los dientes se encuentren en una relación mandibular normal. Si los primeros molares permanentes están en una posición ligeramente lingual, puede resultar útil un arco lingual de expansión que incline los

dientes en sentido bucal. Casi siempre es necesario equilibrar los caninos y los molares primarios.

La mordida cruzada posterior completa es un problema menos frecuente y más grave que la desviación de la mordida cruzada unilateral. Puesto que la mordida cruzada bilateral suele ir acompañada de apiñamiento y otros problemas oclusales, es preferible remitir este tipo de pacientes a un especialista.

La técnica de la expansión maxilar por la dilatación de la sutura mediopalatina (que no cierra hasta la pubertad) ha demostrado su utilidad en el tratamiento de mordidas cruzadas graves.

La expansión rápida con un aparato con tornillo produce cierta movilización lateral de los dientes pero con ella se consigue un evidente ensanchamiento de la base ósea.

A medida que el niño sigue creciendo, la sutura abierta se va llenando con hueso nuevo.

La dilatación de la sutura es más eficaz cuando el aparato de expansión se fija a las bandas colocadas en los molares y premolares.(6)

DEFECTOS DEL HABLA.

Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla.

Las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.

Blommer "afirma que los efectos sobre el habla pueden ser ":

1. *DIRECTOS.*
2. *INDIRECTOS.*

1. ***DIRECTOS.- Por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.***
2. ***INDIRECTOS.- Debido a las influencias que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.(6)***

FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR UN APARATO.

TRATAMIENTO EN EL CONTROL DE HABITOS BUCALES.

1. Métodos Intraorales

APARATOS FIJOS.- *Son aquellos que pueden ser adaptados y retirados por el odontólogo.*

APARATOS REMOVIBLES.- *Es aquel aparato que será utilizado por el niño en las ocasiones sugeridas, por el odontólogo, pero que el paciente podrá quitarse de la boca en intervalos específicos, tales como las horas de las comidas y las ocasiones de juegos activos.*

El odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de aparato después de tomar en consideración, la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal.

a) APARATOS FIJOS

Los aparatos fijos son aquellos que van cementados en la boca del paciente. Pueden causar la sensación, en un niño de estar siendo "castigado" mientras que un aparato de tipo removible puede permitirle la libertad de usarlo en ciertos períodos solamente como por ejemplo en la noche.

Los aparatos fijos no pueden ser removidos por el paciente ni por sus padres, únicamente pueden quitarlos el odontólogo.

Existen varios tipos de aparatos fijos para los diferentes hábitos, así por ejemplo tenemos que Royers utiliza un aparato cementado que contiene 4

espolones agudos para reeducar a la lengua, pero se considera traumático, por lo que su uso no está generalizado.

Existe un arco palatino de 0.36 pulgadas de diámetro soldado a dos bandas, molares cementado. En su parte interior lleva soldado de 6 a 8 espolones agudos de 0.26 pulgadas de diámetro y de 1 a 3 mm de longitud.

Estos espolones están dirigidos hacia abajo, y atrás y tienen por objetivo impedir el hábito de succión digital y el de la lengua protráctil. Los espolones no dejan que la lengua y el dedo se apoyen en los dientes o en el aparato.

Debemos tener en cuenta que cuando se colocan aparatos con espolones que impiden que el paciente hable con una pronunciación perfecta, sobre todo durante las dos primeras semanas después de cementado dicho aparato en la boca del paciente.

Además debemos de indicar al paciente que es necesario que se cepille su paladar a nivel de los cíngulos de incisivos superiores, ya que los espolones impedirán, que la lengua elimine la placa dentobacteriana, que se acumula en esta zona, y se le indicará que durante los primeros días cubra los espolones con algodón mientras su lengua se acostumbra al nuevo ambiente bucal.

El paciente al cual se le motiva a dejar su hábito de succión digital o de lengua protráctil puede usar los espolones como recordatorio sin tener temor a crearle problemas psicológicos o de transferencia de hábito.(3)

APARATOS UTILIZADOS PARA ELIMINAR EL HABITO DE SUCCION DIGITAL. TERAPEUTICA.

La prescripción ortodóntica para la reducción de los hábitos, adopta diversas formas. Una de las cuales y más eficaces es una criba fija. Para esto, se

prueban bandas ortodónticas o coronas de acero-cromo, en los segundos molares temporales superiores o en los primeros molares permanentes, superiores. Posteriormente se toma una impresión superior y también inferior para checar la altura. Se corren ambos modelos y se procede a la fabricación del aparato.

En la segunda visita, el aparato es colocado en la boca del paciente. Si el tejido gingival se pone blanco en forma exagerada, o si el paciente se queja de dolor, deberá de recortarse la porción gingival de las bandas o de las coronas que sostienen el aparato en los segundos molares temporales o primeros permanentes.

Una vez hecho ésto, el aparato se vuelve a colocar y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificación si existe presión sobre la encía. Además se deberá checar que la periferia de las bandas o de las coronas según sea el caso, se encuentren bajo el margen gingival. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato.

Si existe contacto, estos espolones deberán, de ser recortados y doblados hacia el paladar.

Para colocar o cementar el aparato, los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento. Se limpia la mayor parte del exceso de cemento y el resto se limpia con un raspador de tipo universal, 5 a 10 minutos después.

Habitualmente, se asigna un período de tres meses con el aparato. Si el niño ha logrado cambios en sus hábitos para ese entonces, se podrá quitar con confianza el aparato para un "período de prueba". Pero si despertaran signos manifiestos de ansiedad en el niño, como por ejemplo un retorno a la

enuresis, las pesadillas y los episodios frecuentes de llanto, el odontólogo, deberá de pensar en quitar el aparato. El uso de estos dispositivos exige cierto grado de madurez en el niño. En el nervioso, inmaduro y no cooperador, el odontólogo hará bien en diferir el tratamiento hasta que sea mayor.(4)

APARATOS UTILIZADOS PARA EL HABITO DE PROYECCION LINGUAL TERAPEUTICA.

Los aparatos para eliminar el hábito de proyección lingual son generalmente aquellos que tienden a desplazar la lengua hacia arriba y hacia atrás durante la deglución, y evitar el mismo tiempo que la lengua no toque los dientes durante la misma.

Así un aparato que se use para evitar la proyección lingual, deberá:

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

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

Nota: el aparato fijo para eliminar la proyección, lingual es colocado y cementado de la misma manera y forma como fue descrito para el aparato para eliminar el hábito de succión digital.

Si el dentista ha obrado con cuidado en la elección del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total, y si coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, sus esfuerzos serán recompensados sistemáticamente.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requiera a los servicios de un especialista en Ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

Los aparatos fijos más usados para la corrección de la proyección lingual reciben el nombre de pantallas linguales o a veces "trampas de lengua". (3)

APARATO UTILIZADO PARA CORREGIR EL HABITO DE CHUPARSE O MORDERSE LOS LABIOS. TERAPEUTICA.

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito de labio. Así se pueden colocar coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Esto se hace con el fin de poder construir el aparato.

Se toman impresiones superiores e inferiores, y se corren. Sobre los modelos se construyen el aparato utilizado las coronas o las bandas que anteriormente se adaptaron en la boca del paciente (en los segundos molares temporales o en los primeros molares permanentes).

En la segunda visita se coloca el aparato en la boca del paciente y para cementarlo se hace lo ya explicado para cementar el aparato para hábito de succión digital.

El aparato para el labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores, en sentido labial. Esto no sólo mejora su inclinación axial. Sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece hacer retrucción mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación del aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

b) APARATOS REMOVIBLES.

Los niños de menos de 6 años, en quienes sólo están presentes los dientes temporales, los aparatos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentición mixta, engrapar dientes permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria al uso de aparatos removibles. Además debemos recordar que entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Aparatos removibles utilizados para eliminar el hábito de lengua.

Los aparatos básicos para tratar este problema son aparatos de Hawley inferiores y superiores.(8)

APARATOS DE HAWLEY INFERIORES.

La placa de Hawley inferior es esencialmente una pieza de acrílico en herradura adaptada contra la superficie interna de la apófisis alveolar inferior.

Unos ganchos pueden tomarse del primer molar permanente, en tanto retenedores del tipo de bolita terminal interproximal pueden ser colocados entre los, molares temporales.

El arco vestibular va incluido en el acrílico por distal, de los caninos temporales, y añade una marcada estabilidad al ser contorneado vestibularmente de los incisivos inferiores cuando están bien alineados. Uno o más resortes simples van incluidos en el acrílico lingual y ejercen su fuerza hacia vestibular contra las caras linguales, de los dientes anteroinferiores para contribuir a su alineamiento.(2)

APARATOS REMOVIBLES PARA HABITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA.

Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vestibular o una combinación de ambas. Estos aparatos removibles han sido perfeccionados hasta lograr un alto grado de eficacia por Frantisek Kraus, de Checoslovaquia. La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial anormal y para la retracción de los incisivos.

También puede utilizarse para interceptar hábitos, de chuparse los dedos, aunque tiene la desventaja de que puede ser retirado fácilmente por el paciente si lo desea.

La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

La pantalla bucal es un activador de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse ganchos, sobre los molares si se

necesita retención adicional. Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si se utiliza asiduamente y es construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión, en desarrollo.

En la mayor parte de los casos deberán ser utilizados bajo el control de un especialista en ortodoncia.

Aunque con frecuencia, se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapéutica funcional.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar: se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantienen así la pastilla fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Después de que el paciente a sido adiestrado su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual o un mantenedor de acrílico, superior con una "valla" para que recuerde la posición, correcta de la lengua durante la deglución.

También en este caso de proyección lingual y ceceo, se puede colocar un aparato con una trampa de púas, vertical, con barras palatinas soldadas en posición horizontal, que se extiende hacia abajo desde el paladar para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.(4)

APARATO REMOVIBLE PARA MORDEDURA DE CARRILLO

Cuando existe un hábito persistente de mordedura de carrillo, puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito, o también puede

utilizarse una pantalla vestibular, o bucal. Es necesario colocar alguno de estos aparatos porque la mordedura de carrillo puede causar mordida abierta o mal posición individual de los dientes en los segmentos bucales, aunque la zona en que generalmente, se aprecia la mayor deformación es el segmento anterior.(8)

APARATO UTILIZADO PARA HABITO DE FRENILLO O PARA HABITO DE SUCCION DIGITAL.

Se trata de un aparato de Hawley superior, es el recurso más apropiado para guiar los dientes anteroposteriores espaciados y protruidos, hacia una posición más lingual, y menos protusiva.

Al hacer esto, el odontólogo vera cerrarse los diastemas a medida que los dientes asumen una posición más derecha.(8)

2. METODOS EXTRAORALES.

Algunos de los métodos utilizados por el odontólogo para la corrección de hábitos y que no consisten, en la aplicación de aparatos en la boca del niño son:

- Recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable.*
- Rodear con tela adhesiva, el dedo afectado o adherir por algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada.*

Todos estos métodos tienen algo en común y es que se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al resurgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimiento es importante.

Si exigen al niño una perfección, que éste no pueda lograr, el tratamiento fracasará.

En realidad, es posible que esta actitud paterna sea la responsable de la producción del hábito.

Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio significativo, ésto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia alguna meta clara.

En este campo el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.(8)

Hay doctores que piensan que casos como guantes, cosas con mal sabor, que se ponen en el pulgar etc., sólo hacen que el niño se sienta miserable, y no detiene el hábito, en mayor grado de niños grandes que en niños pequeños, o lo que sucede es lo contrario ya que ellos tenderán a prolongar más el hábito.

Por otra parte, se piensa que si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a la de masticación.(9)

3. METODOS PSICOLOGICOS

Los problemas de la personalidad entran claramente en el área, de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos, de la salud pero los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se

encuentra que un hábito bucal anormal, es causado o es asociado con problemas de personalidad y está causando distorsiones de hueso alveolar, y posición de los dientes.

Es por ésto que habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia y desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios como succión de dedo pulgar, con hábitos secundarios tales como tirarse del cabello o jugarse la nariz.

Para romper el hábito, naturalmente el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa.

- 1. Establecer una meta a corto plazo (1 a 2 semanas) para romper el hábito.*
- 2. No criticar al niño si el hábito continúa.*
- 3. Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.*

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Para los padres:

Debemos de informarle a los padres lo que deben de decirle al niño, lo que no deben mencionarle, señalar que no conviene manifestarle temores, no usar a la odontología como castigo o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento ni dar información detallada respecto al tratamiento que se hará en el consultorio dental.

El padre que educa a sus hijos para que sean receptivos al tratamiento dental, encontrará que estos aprecian la Odontología.

Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño.

Se les debe explicar a los padres que si muestran valor en los asuntos odontológicos, esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

Debemos de aconsejar a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes, moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados.

Es nuestro deber impedir que los padres sobornen a sus hijos para que vayan al dentista.

Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de bulas o ridiculizándolo frente a otras personas o bien ridiculizando los servicios odontológicos.

Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de afuera.

El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida, donde se limita lo que puede hacer el niño.

Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio y no deberán entrar a la sala del tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique.

Por otra parte, el odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal, pasa por un crecimiento mental además de físico.

Comprende además, que el niño está adquiriendo constantemente hábitos dejándolos y modificándolos. Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño suele diferir en el consultorio entre una visita y otra.

Todos los que trabajan con niños, deben comprender que la edad psicológica, del niño no siempre corresponde a su edad cronológica.

En el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento debe considerar ambas edades fisiológicas y psicológica.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación.

El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres o a los animales o insectos.

Los conflictos en el hogar también podrían con el hábito relacionarse, así como los problemas de adaptación. Por lo tanto el problema de la succión puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino en vez de uno varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad.

Los padres deben recordar a amigos y parientes que es mejor no mencionar el hábito a los niños especialmente, nunca bromearlos acerca de esto haciéndolos sentir cada vez más solos.

Al mismo tiempo, los padres pueden alentar al niño que parece dejar de succionar su pulgar o sus otros dedos. Puede hacer sentir al niño que ellos entienden que es difícil de eliminarlo y que aprecian sus esfuerzos.

Con un niño que se chupa el dedo es mejor tratar de no preocuparnos, tratar de no decirle nada.

El se dará cuenta y poco a poco irá dejando ese hábito. En la mayoría de los casos, la tendencia a chupar el pulgar desaparece antes de que erupcione el segundo diente, pero cuando el niño tiene una enfermedad o una dificultad este hábito aparece de nuevo.

No todos los hábitos relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato.

No todos los hábitos causan daños, estos casos deberán de observarse periódicamente y no se debe de intervenir directamente. En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

En conversaciones privadas con el niño, el odontólogo discute el problema y sus efectos.(1)

4. TERAPEUTICA MIOFUNCIONAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO PARA CORREGIR HABITOS BUCALES.

La terapia miofuncional consiste en un conjunto de ejercicios para reeducar la musculatura orofacial, tanto en el acto de deglución como en la presión postural de descanso.

Así, la principal función de la educación miofuncional, es cambiar el sujeto "Boca abierta" que es difícil de tratar, en un sujeto "Boca cerrada", que es más fácil de tratar.

El tratamiento miofuncional es necesario y está demostrado que si sirve.

En este terreno el odontólogo general así como el odontopediatra, ortodoncista y el terapeuta, deben ser colaboradores para poder brindar a sus enfermos cuidados apropiados.

Algunos ortodoncistas usan este método en combinación con el tratamiento ortodóntico, pero muchos de éstos, lo han abandonado debido a la falta de conocimientos del terapeuta o la falta de cooperación del paciente y de sus padres ya que necesitan muchas horas de ejercicios y muchas citas para llevar a cabo el programa.(11)

CONCLUSIONES

Hoy en día el problema de los hábitos orales en odontopediatría constituyen un motivo de preocupación para el odontólogo, por el auge que tiene este problema en nuestros días, por los problemas estructurales y malformaciones bucales que producen dichos hábitos.

Preocupándonos por esto al igual que otros especialistas como son los pediatras, puericultores, psicólogos y psiquiatras, hoy en día se puede hacer un gran equipo de trabajo, para poder así brindarle a nuestro paciente los cuidados necesarios que garanticen la recuperación total del niño, tanto funcional como psicológicamente.

Dentro de cualquier tratamiento que se deba realizar no debemos de olvidar el papel que juegan los padres del niño, ya que la mayoría de las veces ellos son el factor principal para que se desarrolle un hábito bucal como ya se mencionó anteriormente dentro de la realización de este trabajo.

Es por esto que el cirujano dentista que siente una plena responsabilidad al atender este problema, deberá de estar consciente, de que está tratando con un ser, al cual se le debe de conocer su conducta y sus capacidades mentales y emocionales para que de esta manera exista una íntima relación entre el niño y el odontólogo para que ayude a que el tratamiento de eliminar dicho hábito sea lo más favorable y exitosamente posible.

BIBLIOGRAFIA

1. MacDonald, R. E. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, B.A. Argentina primera edición, Ed. Mundi.
1. Finn; Sidney B. ODONTOLOGIA PEDIATRICA, México, D. F. 1985, 4a. Edición, Ed. Interamericana.
3. Graber, T.M. ORTODONCIA TEORICA Y PRACTICA, México, D. F. 3a. Edición; 1974 Ed. Interamericana.
4. Moyers, E. R. MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO EN GENERAL, B. A. Argentina 1a. Ed. Editorial Mundi.
5. Justus Roberto TRATAMIENTO DE LA MORDIDA ANTERIOR; Revista oficial de la A.D.M. México, D. F. 1976.
6. Morris L. Alvin y Bohannan M. Harry: LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL; 5a. Ed. P. Barcelona 1983 Ed. Labor.
7. Ramfjord, S.P. y Ash M. M. Jr; OCCLUSION; 2da Edición Philadelphia, 1984 Interamericana.
8. Adams, P. DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS ORTODONTICOS REMOVIBLES. B. A. Argentina, 1980 Ed. Mundi.
9. Sim, M.J. MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS: B.A.Argentina, 1980 Ed. Mundi.

10. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO: *Odontólogo Moderno* Mayo 1978.
11. Braham, R. L. ODONTOLOGIA PEDIATRICA, México 1984 Ed. Panamericana.
12. ATLAS.
13. Leung-AK:Robson-WL. *University of Calgary, Alberta, Canada, Postgrad-Med.* 1991 Jun; 89 (8); 177-8 1;1.
14. Ozaki-M: Motokawa-W. *Department of Pediatric Dentistry, Fukuoka Dental Colle. Japón* 1990; 28(3); 699-709.
15. Leung-AK: Robson-WL. *Department of Pediatrics, University of Calgary, Alberta; Canada, Clin-Pediatr-Phila.* 1990 Dec;29 (12): 690-2.
16. García-Godoy, F.; HABITOS DE SUCCION EN NIÑOS DE 6-15 AÑOS DE EDAD DE SANTO DOMINGO. *Acta Odontológica pediátrica.* 3 (1); 1-4, Junio, 1982.