

74
2 ejes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITO LINGUAL

V. 70
Carlos M. Gonzalez Becerra

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA.
P R E S E N T A :
CLAUDIA YVONNE DEGOLLADO CASTILLO

ASESOR DE TESIS

CARLOS M. GONZALEZ BECERRA



CIUDAD UNIVERSITARIA

1994

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.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres Pedro Alfonso, Ma. Teresa como una pequeña recompensa por el esfuerzo que realizaron para mi formación, a ustedes de quien siempre recibí palabras de cariño y superación, GRACIAS.

A mis hermanos José Alfonso e Iván, por ayudarme a salir adelante, por su ayuda incondicional en la elaboración de este trabajo y por todos los momentos que pasamos juntos.

Al Dr. Carlos M. González Becerra, por su ayuda en la elaboración de este trabajo.

A TI.

A mi hija Tere, por ser la razón de seguir adelante y por la que quiero superme, TE QUIERO MUCHO.

A mi cuñada Rebeca, mis sobrinas Rebeca y Ximena por su apoyo y confianza, las quiero mucho.

Con cariño y respeto al Dr. Emilio Beltrán Lara.

Al honorable jurado.

INDICE.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I GENERALIDADES	
*Aspectos generales de los hábitos.	2
*Lengua.	3
*Masticación	9
*Fisiología de la deglución.	10
CAPITULO II HABITO LINGUAL.	13
CAPITULO III HISTORIA CLINICA.	19
CAPITULO IV CONSECUENCIAS DEL HABITO.	
*Mordida abierta.	27
*Transtornos del lenguaje.	31
CAPITULO V TRATAMIENTO.	
*Terapia miofuncional.	34
*Aparatología.	36
CONCLUSIONES.	41
BIBLIOGRAFIA.	42

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo, es dar a conocer uno de los hábitos más frecuentes en los niños, ya que tenemos un papel poco claro del hábito lingual, por lo que la mayoría de las veces no lo atendemos cuando se nos presenta lo remitimos a personas con más experiencia y conocimiento en esta área, sin tomar en cuenta que nosotros podemos tratarlo.

Aquí solo se explica el hábito lingual en una forma sencilla y clara, sin dar un tratamiento ortodóncico completo, solo un tratamiento sencillo, para poderlo manejar en nuestra consulta diaria, tomando en cuenta que el origen de alguna maloclusión y problemas fonéticos esta dado por la presencia de un hábito oral.

Es por esto que debemos tener conocimiento de los hábitos orales, para poder realizar un diagnóstico exacto y nuestro plan de tratamiento sea favorable, lo más importante prevenir maloclusiones a tiempo.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LOS HABITOS.

Los hábitos bucales se consideran causa de presiones desequilibradas que dañan el sistema estomatognático, debido a que provocan maloclusiones en los pacientes.

Es conveniente que el Odontólogo conozca los hábitos orales que pueden llegar a presentarse en los niños y saber que problemas pueden llegar a tener en un período de tiempo.

La presencia de algún hábito bucal en los niños de 3 a 6 años de edad se considera un hallazgo importante del examen clínico, a ésta edad la presencia de los hábitos orales se considera normal, por lo tanto si el hábito persiste después de ésta edad se establecerá anormal. La mayoría de las veces a los hábitos orales no se le da la importancia necesaria, ya que el Pediatra, Psiquiatra y Psicólogo sólo le interesa el problema de conducta que los orilla a realizar estos hábitos y no la corrección del mismo. Las únicas personas interesadas de los cambios estructurales que resultan de estos hábitos son el Odontólogo y el Especialista en problemas de lenguaje.

Se considera que algunas veces el desarrollo de cualquier hábito tiene una aparente predisposición hereditaria, es necesario e importante informar a los padres de los daños que pueden causar estos hábitos, para que reflexionen y hagan lo posible por corregirlo antes de que se manifiesten las alteraciones y que no sólo se le den importancia a la aceptación social.

El Odontólogo debe saber formular un diagnóstico temprano del hábito, porque la mayoría de las veces siempre se examina a los niños cuando el hábito y el daño ya están establecidos.

Una vez que el diagnóstico ya se ha formulado, se podrá establecer un plan de tratamiento.

Debemos tener una plática con el niño para comprobar si en realidad tiene deseo de abandonar el hábito y siendo así el tratamiento tendrá buen éxito.

Cuando el hábito ocasiona movimiento dentario, se recomienda que se efectúe alguna intervención terapéutica antes de que erupcionen los órganos dentarios permanentes. Si no hay tal movimiento no se aconseja terapéutica alguna con base a la salud dentaria.

LENGUA

Es un órgano muscular casi completamente bucal aunque su porción posterior se proyecta hacia la faringe(1 pág 7.28VIII). Es un órgano situado en la cavidad bucal, aplanado de arriba abajo en el se encuentra el sentido del gusto aunque también interviene en funciones importantes como la masticación, deglución, y fonación. Posee una forma irregularmente ovalada con la extremidad gruesa posterior y su punta inclinada hacia adelante, está cubierta por mucosa la cual se refleja por delante y por los lados, y sobre la superficie interior de la misma(2 pág 7.28 VIII). Está formada por una porción libre y la base de la lengua se fija por tractos fibrosos y fascículos musculares del hueso hioides, a la bóveda palatina, a los procesos estiloides y a la mandíbula. La parte libre de la lengua tiene dos caras un borde y un vértice.



Fig.1 Vista anterior de la Lengua.

CARA SUPERIOR: En esta se encuentra la presencia del surco terminal en forma de V abierta hacia adelante, divide a esta cara en dos regiones una anterior y otra posterior el vértice del surco terminal se llama foramen secum.

Porción anterior: se halla recorrida en la línea media por el surco medio que se prolonga desde la punta de la lengua hasta el foramen secum, la mucosa que recubre ésta cara es muy gruesa y está adherida a la lámina propia, su superficie es rugosa por la presencia de pequeñas eminencias llamadas papilas linguales, las cuales son filiformes, fungiformes, calciformes, foliadas.

Filiformes están dispuestas en hileras transversas y oblicuas que presentan paralelismo en el surco terminal hacia la base de la lengua, son de color blanco, esto le confiere un aspecto aterciopelado, son las únicas que no están en relación con el gusto, ya que en ellas no existe los receptores de ésta índole, en ellas encontramos la función de temperatura y exploración.

Fungiformes tienen forma de hongo, presentan un color rojo, se pueden observar en los bordes y punta de la lengua, son de mayor tamaño, menos numerosas, son gustativas.

Calciformes son las más voluminosas, en número de 7 a 12 se disponen en hileras por delante del arco terminal delimitando la clásica V lingual, están formadas por un mamelón central y un valle, estos contienen botones gustativos, se atrofian con la edad.

Foliadas son muy pequeñas, forman pliegues y surcos dispuestos paralelamente a la parte posterior del borde lingual.

Porción posterior: se orienta en la parte de atrás, en esta región la mucosa no es tan adherente y la superficie presenta un aspecto mamelonado por la presencia de folículos linfáticos, lo que en conjunto forman las amígdalas lingual. De la raíz se desprenden tres bridas mucosas una media y dos laterales, posee también dos depresiones lateralmente, la mucosa es blanquecina y contiene papilas, es rica en glándulas mucosas.

CARA INFERIOR: La mucosa que la tapiza es lisa de color rosa delgada y transparente, en esta parte no se encuentran papilas, en ella encontramos un surco medio más profundo y más ancho, el frenillo lingual repliegue mucoso que va de extremidad posterior del surco medio y termina en el surco gingivolingual, lateralmente del surco medio se encuentran los rodetes longitudinales que son elevaciones determinadas por los músculos geniogloso, las venas raninas las que se pueden observar con facilidad porque la mucosa es muy delgada, cerca del vértice se dispone a cada lado de la línea un grupo de glándulas seromucosas cuyos finos conductos excretores desembocan en la cara inferior de la lengua.

BORDES: Son libres están redondeados, son más gruesos por la parte posterior que por la anterior, estos bordes corresponden a las áreas dentarias, en la parte posterior y cerca de la base se distinguen las papilas foliadas.

VERTICE: punta de la lengua, presenta un surco medio, en el que se reúnen los dos surcos que recorren las áreas dorsal e inferior.



Fig.2 Superficie dorsal de la Lengua y entrada a la Faringe.

CONSTITUCION ANATOMICA

Está constituida por un esqueleto osteofibroso, una musculatura y una mucosa de revestimiento.

El esqueleto osteofibroso comprende el hueso hioides y varias láminas fibrosas. El septum lingual es un tabique mediano de aspecto falciforme. El borde superior convexo contacta con la mucosa dorsal y el borde inferior cóncavo corresponde a las fibras más internas de las mucosas genioglosas.



Fig.3 Esqueleto de la Lengua.

MUSCULATURA

Se dividen en dos comportamientos por un tabique fibroso(4 pág 7.28 VIII) los músculos de la lengua son 17 de los cuales 8 son pares y 1 impar, por sus inserciones se dividen en intrínsecos y extrínsecos.

Extrínsecos modifican la posición de la lengua, son los que se insertan en huesos vecinos palatoglosos en el paladar, faringoglosos en la faringe, amigdaloglosos en las cápsulas amigdalinas. Los que nacen en huesos y tejidos blandos próximos, lingual superior se origina en el hioides y repliegues glosopigloticos, el lingual inferior nace en el hioides y en el faringoglosos. Los intrínsecos modifican la forma de la lengua.

Funciones: Los componentes del grupo mandibular proyectan la lengua hacia adelante, fuera de la cavidad oral, los músculos del sistema hioides son depresores llevan la lengua hacia atrás y arriba aplicándola contra el velo del paladar, los pertenecientes al grupo palatino atraen la lengua hacia arriba y contra el istmo de las fauces, el grupo faringeo desplaza la lengua en sentido posterosuperior.



Pag.4 Vista lateral.

FUNCIONES DE LA LENGUA

En el lenguaje contribuye con las contracciones de los músculos, a la articulación es decir la construcción mecánica de las palabras. Interviene en la función digestiva participa de varios modos empuja el alimento a la cara oclusal de los molares para ser triturado, contribuye al amasado de los alimentos mezclándolos uniformemente con la saliva, la lengua envía hacia la parte posterior de la boca el bocado ya triturado y mezclado para se deglutido y también participa en la percepción de los sabores.

MASTICACION

Rompe las grandes partículas alimenticias y las mezcla con la secreción de las glándulas salivales.(1 pág 192 VII)

Se establece con patrones de reflejo condicionados ideados por la propiocepción en la membrana parodontal y en las articulaciones temporomandibulares, así como por el sentido del tacto en la lengua y la mucosa, el patrón del movimiento mandibular de una persona se basa en la coordinación de los factores que gobiernan los movimientos funcionales de la mandíbula. Los órganos dentarios son los encargados de llevar a cabo esta función, los órganos dentarios anteriores permiten una acción de corte y los posteriores una acción de moler.

El proceso de masticación está controlado por núcleos del tallo cerebral. Favorece a la digestión por las enzimas digestivas ya que actúan sólo en la superficie de las partículas de los alimentos.

Hay dos tipos de masticación bilateral y unilateral

BILATERAL: Resulta ideal para estimular todas las estructuras de sostén, para la estabilidad de la oclusión y para la higiene dental se adquiere el funcionamiento bilateral cuando se logra una conveniente relación oclusal bilateral con igualdad de vía cúspidea bilateral y de capacidad funcional.

UNILATERAL: Los patrones habituales de masticación unilateral son frecuentemente el resultado de la adaptación a interferencias.

FISIOLOGIA DE LA DEGLUCION

La deglución es una respuesta refleja iniciada por los impulsos aferentes en los nervios trigémino, glosofaríngeo y vago.(1 pág 413 VII)

Las etapas de la deglución según Basma:

- 1) la posición del bolo preoperatorio para la deglución dentro de la boca.
- 2) el paso desde la boca a la faringe.
- 3) el paso a través de la faringe.
- 4) el paso a través del esfínter hipofaríngeo.

ETAPA VOLUNTARIA: La primera etapa se encuentra bajo control voluntario comprende la colocación del bolo alimenticio entre la lengua y los órganos dentarios anteriores y el paladar, en esta etapa los músculos linguales, faciales y peribucales se encuentran en actividad, pero la actividad del masetero y del temporal es mínima. La lengua empuja el bolo alimenticio hacia la faringe.

ETAPA FARINGEA: Una vez que la lengua empuja el bolo alimenticio hacia atrás contra el paladar hacia el interior de la faringe con un movimiento ondulante, la faringe se abre los músculos milohioideos elevan el hioides, el paladar blando se eleva, los músculos palatofaríngeos se contraen para cerrar la comunicación con la cavidad nasal y la mandíbula estabilizada en una posición posterior, los órganos dentarios se mantienen juntos y la laringe se eleva con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo alimenticio, este proceso dura de 1 a 2 seg.

ETAPA ESOFAGICA: La función principal del esófago es conducir los alimentos desde la faringe al estómago. El esófago presenta 2 tipos de movimientos peristálticos. Los peristaltismos primario y secundarios, el primero es la continuación de onda peristáltica que empieza en la faringe y se extiende al esófago tarda de 8 a 10 seg., en viajar del esófago al estómago. Si la onda primaria no llega a transportar la totalidad de los alimentos que han penetrado al esófago, la distensión de éste por los residuos origina una onda secundaria, ésta se origina en el esófago, se sigue produciendo hasta que el esófago ha vaciado la totalidad de su contenido al estómago.

DEGLUCION INFANTIL: En el infante la deglución normal está caracterizada por la fuerte actividad labial para tomar el pezón, colocación de la punta de la lengua contra el labio inferior abajo del pezón, y la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula para que la cavidad oral se abra bien. (4 pág. 581 XI)

Se encuentra basada en un sistema reflejo incondicional en el cual los músculos faciales y peribucales inician la deglución la lengua se coloca contra la mandíbula manteniendo las encías separadas por la lengua. A medida que la función bucal madura hay una activación gradual de los músculos elevadores de la mandíbula. Este acto ocurre mientras la punta de la lengua está colocada contra el labio inferior. La transición fisiológica de la deglución comienza durante el primer año de vida.

DEGLUCION ADULTA: Con la erupción de los órganos dentarios posteriores la deglución se hace con los órganos dentarios en contacto. Rix y Tulley han supuesto que la deglución infantil es dominada por el séptimo par craneano, y la adulta por el quinto, la deglución del líquido se efectúa con los órganos dentarios separados y cualquier persona puede fijar su maxilar y mandíbula con la lengua en los labios, de manera que no tenga que unir los órganos dentarios durante la deglución. La deglución es difícil de realizar cuando la boca está abierta, un ejemplo es cuando

estamos en la consulta dental y sentimos que la saliva se acumula en la garganta. Un patrón de deglución normal adulta está caracterizada por la relajación de los labios, colocación de la lengua detrás de los incisivos superiores y la elevación de la mandíbula todo el trayecto hasta el punto de contacto dentario posterior.

El número total de degluciones es de 2,400 por día.



Fig.5 Etapas de la deglución.

CAPITULO II

HABITO LINGUAL

Hace algún tiempo los hábitos orales no eran motivo de preocupación, su estudio no había tenido el auge que tiene en nuestros días, el observar un niño con algún hábito le preocupaba a sus padres pero porque causa repulsión esta fea costumbre, y no por que le preocupe los problemas y trastornos psicossomáticos que resultarán.

La inseguridad, frustración, y falta de atención al niño puede manifestarse como fenómeno psicológico que origina algún hábito el cual lo hace sentir seguro. Los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular de naturaleza compleja que se aprende. Es indudable que un estímulo muscular constante produce una respuesta en la estructura dentaria.

La deglución infantil prolongada, así como la lactancia que se extiende más allá del tiempo que deberá ser reemplazada por un comportamiento maduro, favorece el desarrollo de una deglución atípica.

CAUSAS DEL HABITO

MECANICAS:

a) Están presentes en niños que tuvieron patrones de respiración bucal y deglución infantil excesiva la cual trae como consecuencia que los órganos dentarios anteriores superiores se encuentren protruidos provocando una interferencia mecánica, se forma un espacio donde la lengua se aloja para lograr el sellado de la cavidad oral.

b) Antecedentes de hábito de succión de dedo, en un niño con estos antecedentes puede tardar la transición hacia una deglución adulta y es considerado un empujador lingual en el período de la dentición mixta.

PATOLOGICAS:

a) Amigdalitis.

b) Congestión Nasal (1 pág. 5 III). Estos niños necesitan llevar la lengua hacia adelante para conseguir el despeje mecánico que les permita respirar y deglutir.

c) Macroglosia hay crecimiento excesivo de la lengua en relación con el tamaño de la cavidad oral, esto trae como consecuencia dificultad para respirar y deglutir, por lo que el paciente adquiere una posición adelantada de la lengua.

d) Pérdida temprana de los órganos dentarios temporales cuando se han perdido es muy llamativo llevar la lengua hacia el espacio creado, en algunos casos el hábito desaparece tras la erupción de los órganos dentarios permanentes.

EMOCIONALES: En los niños con problemas familiares, escolares pueden adquirir posturas como deglución atípica la cual desaparece cuando el niño madura y/o pasa el problema que lo originó.

El hábito lingual se puede clasificar en:

IMITATIVO: Cuando se aprende por imitación, algunas veces desarrollan los problemas fonéticos y posición visible de la lengua de algún familiar, se puede presentar en varias generaciones esto no indica que sea genético, sólo se considera que puede haber predisposición hereditaria.

NO COMPULSIVO: Se considera no compulsivo cuando el niño lo adopta pero lo abandona con facilidad, y no ocasiona problemas.

COMPULSIVO: Cuando el niño adquiere fijación en él, al grado de que cuando están nerviosos o preocupados recurren a él.

En relación con maloclusión se clasifican en:

UTILES: Cuando las funciones de la lengua, deglución, respiración son correctas y no ocasionan alteración a la dentición.

DAÑINOS: Cuando las funciones no son correctas y ejercen presiones contra los órganos dentarios produciendo alteraciones en la oclusión.

El hábito se puede describir como:

1) Movimiento de la lengua hacia adelante entre los órganos dentarios para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.

2) Protrusión de la lengua entre o contra los incisivos con la boca abierta durante el habla.

3) Protrusión de la lengua entre o contra los incisivos en posición de reposo.

La forma de deglutir con interposición de la lengua se caracteriza porque en el momento de deglutir los órganos dentarios no hacen contacto, la lengua se interpone entre los incisivos superiores e inferiores, y algunas veces entre los posteriores. En estos casos el entrenamiento está basado en un patrón correcto de la posición lingual. (4 pág. 68 XIV)

La mayoría de los Cirujanos Dentistas al formular un diagnóstico de mordida abierta, nunca toman en cuenta el hábito lingual sólo se preocupan por el de succión del pulgar, ya que este produce una maloclusión y ésta da la pauta para desarrollar el hábito lingual, por lo que afirmamos que la lengua juega un papel de oportunista. El hábito condiciona un desequilibrio de los músculos orofaciales y problemas de oclusión.

No se ha comprobado si la presión lingual ejercida sobre los órganos dentarios crea una mordida abierta, o si el hecho de presentar algún otro hábito oral active la mala posición de la lengua.

La gravedad del daño causado por el hábito depende de la intensidad, frecuencia y duración. El hábito puede originar otros problemas como:

- 1) Funcionales y estéticos.
- 2) Problemas durante la masticación.
- 3) Dificultad para deglutir.
- 4) Problemas en la articulación del lenguaje.
- 5) Alteraciones que predisponen una incorrecta postura de los labios.
- 6) Problemas fonéticos en los sonidos S y Z.

Es muy importante tener una relación con un miólogo, ortodoncista, patólogo del lenguaje para dar un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento. El programa de la terapia es dar una apropiada postura de la lengua durante la deglución y el habla, esto puede ser eficaz, es una acción preventiva. (6 pág. 244 l)



Fig.6 Deglución infantil.



Fig.7 Apoyo lingual sobre los incisivos superiores e inferiores.



Fig.8 Interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores.



Fig.9 Deglución inferior de la Lengua baja.

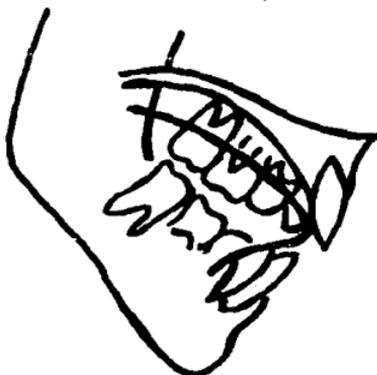


Fig.10 Apoyo lingual sobre los incisivos superiores e inferiores

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA DIAGNOSTICO

Es muy importante elaborar una historia clínica completa, con ella se recopilaran todos los datos generales del paciente, ésta tiene como objetivo conocer factores que provoquen el problema.

Otros medios que nos auxilian en el diagnóstico son: modelos de estudio, radiografías, fotografías. Antes de realizar la historia clínica debemos entrevistar primero a los padres, pidiéndoles que nos hablen acerca del problema que presenta su hijo, esto es necesario porque los padres desempeñan un papel importante en la terapia.

Emplearemos un lenguaje claro y sencillo, para que los padres y el paciente no tengan limitaciones en sus respuestas, debemos formularlo con pocas preguntas. Observaremos la forma en que conversan los padres con el niño, para valorar si son extrovertidos o introvertidos, el extrovertido no dejará hablar al Dentista, y el introvertido no nos responderá en una forma adecuada.

Es necesario comentar a los padres y el paciente que la presencia de hábitos orales es común dentro de la etapa del desarrollo del niño, para que así comprendan que es muy importante corregirlos a temprana edad. El propósito de realizar el examen es mostrar la importancia que tiene para el diagnóstico y el pronóstico de las anomalías dentarias, ya que el equilibrio de los músculos faciales están en relación con anatomía y función. (2 pág 132 XIV)

FICHA DE IDENTIFICACION

Esta comprende los datos generales del paciente: nombre, edad, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y fecha de elaboración del expediente.

HISTORIA MEDICA

En está debemos de investigar si el paciente en el momento que llega a nuestro consultorio padece de alguna enfermedad, si tuvo problemas de salud anteriormente, si está tomando algún medicamento, si se le ha realizado alguna intervención quirúrgica y por qué, si tiene problemas de vías respiratorias ya que esto puede producir el hábito.(3 pág. 340 VI)

HISTORIA ODONTOLOGICA

Aquí debemos preguntar cuál fue la ultima vez que visitó al Dentista y cuál fue el motivo de la consulta, observaremos si existe buena higiene dental, la dentición, erupción dentaria se le preguntará si alguna vez tuvo una experiencia desagradable porque esto repercutirá en la cooperación del paciente al tratamiento, se le preguntará antecedentes dentales de sus familiares.

EXAMEN CLINICO

Se inspeccionará al paciente en dos partes:

INTRAORAL:

1) Debemos observar los labios su posición durante el reposo tomando en cuenta si están separados si se deposita saliva en la comisura de los labios, si hay alguna alteración en ellos que nos conduzca algún hábito oral, vigilaremos si en el momento de deglutir el paciente presiona el labio inferior.

2) Posteriormente se revisará la lengua su posición en reposo, si la protruye contra los órganos dentarios, si es así se corregirá de inmediato enseñándole al paciente un patrón de deglución normal.

3) Oclusión tomando en cuenta la posición dentaria, para averiguar el traslape horizontal y vertical, si existe contacto entre los órganos dentarios superiores e inferiores.

4) Paladar si es profundo o no, porque en una deglución atípica el paladar no recibe las presiones normales y tiende a profundizarse.

EXTRAORAL:

En este observaremos el perfil, con relación a los órganos dentarios, si sobresalen es probable que sea por consecuencia del hábito. Se realizará un examen muscular considerando sus inserciones y caracteres propios de forma y volumen, se examinará si hay contacto labial, si los órganos dentarios anteriores superiores están protruidos, su respiración si es correcta.

Los trastornos de fonación son escuchados sin problemas, al interponerse la lengua se presentan problemas foniátricos sobre todo en los fonemas /t/ /d/ /n/ y /l/, al estar interrogando al paciente debemos observar si la lengua sobresale durante la fonación, si hay problemas de ceceo.

MODELOS DE ESTUDIO

El modelo de estudio es una copia fiel de las arcadas dentarias y tejidos subyacentes perfectamente mostrados y articulados. Son de gran valor para el diagnóstico exacto, siempre los debemos obtener.

Es muy importante conservarlos para que una vez terminado el trabajo se le muestre al paciente el estado en que llegó al consultorio y los resultados que se obtuvieron. (7 pág. 21 X)

RADIOGRAFIAS

Después de haber realizado la historia clínica y obteniendo nuestros modelos de estudio, conviene valorar la necesidad de la radiografía panorámica en cada caso y el momento adecuado para su realización así como la información que se desea obtener, son muy importantes en el diagnóstico y evaluación de nuestro paciente.

Las radiografías es un método para obtener una revisión completa y sin precedentes de la dentición, confirma los hallazgos del examen intrabucal, se debe efectuar en el momento más cercano al tratamiento previsto.

FOTOGRAFIAS

Es un método auxiliar para el diagnóstico, nos sirven para comparar los puntos de referencia, en ésta podemos observar el perfil, alteraciones de la morfología normal del cráneo, se tomarán antes y después del tratamiento.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 CLINICA INFANTIL

6.232

I.- Información General

Nombre:		Diminutivo	Edad	
Fecha de Nac.	Lugar de Nac.	Dirección		
Teléfono	Grado Escolar	Padre o acompañante		
Nombre del alumno		Fecha de examen	1er.Ex.	2do.Ex.
			3er.Ex.	

Señale una de las casillas

- | | Sí | No |
|--|-----|-----|
| 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud ? | () | () |
| 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida ? | () | () |
| ¿ Porqué motivo ? _____ | | |
| 3.- ¿ Ha estado hospitalizado ? | () | () |
| 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento ? | () | () |
| ¿ A cuáles ? _____ | | |
| 5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente ? | () | () |
| ¿ Qué clase de medicamento ? _____ | | |
| 6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales ? | () | () |
| ¿ Qué trastornos ? _____ | | |
| 7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes: | | |

	Edad		Edad		Edad
Asma () _____		Sarampión () _____		Fiebre reumática () _____	
Paladar hendido () _____		Tosferina () _____		Tuberculosis () _____	
Epilepsia () _____		Varicela () _____		Fiebres Eruptivas () _____	
Enf. Cardíaca () _____		Escarlatina () _____		Otras: _____	
Hepatitis () _____		Difteria () _____		_____	
Enf. Renal () _____		Tifoidea () _____		_____	
Trastorno Hepá tico () _____		Paperas () _____		_____	
Trastornos del lenguaje () _____		Poliomelitis () _____		_____	

- | | Sí | No |
|--|--------------------------------------|--------------|
| 8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas e: operaciones o en accidentes ? | () | () |
| 9.- ¿ Tiene dificultades en la Escuela ? | () | () |
| 10.- Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos. _____ | | |
| 11.- Motivo de la consulta: _____ | | |
| 12.- Recomendado por: _____ | Experiencias Odontológicas | si no |
| 13.- Observaciones: _____ | previas | () () |
| | Actitud del niño hacia el Odontólogo | |
| | Favorable | Desfavorable |

II.- Tejidos Blandos.

Labios _____ Lengua _____
Mucosa bucal _____ Piso Boca _____
Paladar _____ Glándulas salivales _____
Velo del paladar _____ Ganglios _____
Amígdalas _____ Observaciones: _____
Tejido Gingival _____

III.- EXAMEN DENTAL.

Higiene Oral: Bueno () Regular () Malo ()
Métodos y frecuencia _____
Dientes: _____
Faltantes _____ ausencia congénita _____ Anomalías de _____
Forma _____ Tamaño _____ Color _____ Número _____ Posición _____
Textura _____
Observaciones: _____ Fracturas _____

OCCLUSION:
Neuroclusión _____ Mordida abierta _____
Distoclusión _____ Mordida cruzada anterior _____
Mesioclusión _____ Mordida cruzada posterior _____
Sobremordida _____ Observaciones: _____
Apiñamiento anterior _____

IV.- HABITOS.

Succión del pulgar () Protrusión de lengua ()
Otros dedos () Otros _____
Morder labios () Anotaciones: _____
Respirador bucal () _____

V.- ORTODONCIA PREVENTIVA y/o INTERCEPTIVA

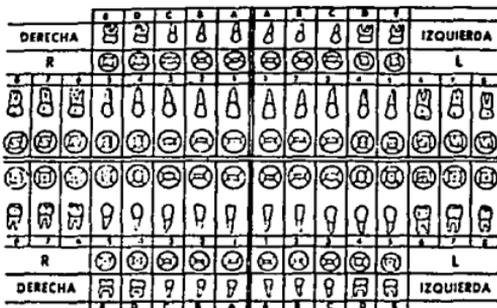
Edo. actual del problema: _____ Diagnóstico _____

Análisis de dentición mixta: _____ Plan de tratamiento: _____

Premedicación: _____ Dosis _____
Drogas _____
Observaciones _____

Diagrama Dentario

Plan de Tratamiento



Odontología Preventiva

Tratamiento tópico de fluor

Fecha Edad

Pieza	Tratamiento	Autoriz.	Vo.Bo.Cavidad	Vo.Bo.Base	Terminado	Fecha

CAPITULO IV

CONSECUENCIAS DEL HABITO

MORDIDA ABIERTA

Se puede definir como una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los demás órganos dentarios están en oclusión, esto origina un aumento en la apertura vertical, existe menos del promedio de overbite.

La mayoría de los estudios que se han realizado en pacientes con este problema, se encontró que no hay diferencia entre la base craneal anterior, en el ángulo de la base craneal, o en el entre Frankfort y el plano S-N.

En pacientes con mordida abierta se produce un desplazamiento hacia abajo de la mandíbula por lo que hay relajación de los músculos suprahioides y reducción del espacio áerofaríngeo.

La mordida abierta se puede clasificar en:

VERDADERAS: Está corresponde a un patrón esquelético facial de los huesos maxilar y mandíbula, se encuentran muy separados y los órganos dentarios no alcanzan la línea de contacto incisal -oclusal.

FALSAS: Donde hay falta de contacto entre los incisivos pero la morfología facial es la normal, y la apertura existente tiene un origen local.

TRANSICIONAL: Es la que existe en una interposición de lengua, la cual trata de lograr el sellado de la apertura, existente, se autocorrigue con la gradual erupción fisiológica que cierra el espacio. (2pág 370 IV)

De acuerdo a la zona donde se localiza se puede clasificar en:

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR: La falta de contacto se localiza en la zona de los órganos dentarios anteriores.

MORDIDA ABIERTA POSTERIOR: La falta de contacto dentario se localiza en la zona de los órganos dentarios posteriores.

MORDIDA ABIERTA COMPLETA: Sólo hay contacto en los últimos molares y la apertura está localizada en la zona anterior y posterior.

ETIOLOGIA

Proviene de una serie de factores etiológicos de origen hereditario o no, que ejercen su acción en el período pre o postnatal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. Para que un tratamiento tenga éxito debemos revisar los factores etiológicos, se pueden mencionar diez factores:

- | | |
|------------------------|---|
| 1) Desarrollo dentario | 2) Deglución atípica |
| 3) Herencia | 4) Respiración bucal |
| 5) Patología dental | 6) Crecimiento facial |
| 7) Patología ósea | 8) Crecimiento diferencial tejido linfático |
| 9) Hábitos de succión | 10) Crecimiento diferencial de lengua |

La mayoría de los pacientes que presentan mordida abierta fue causada por algún hábito de succión prolongado y por esto la lengua se proyecta hacia delante en el momento de la deglución y el habla, este hábito es muy frecuente en niños menores de diez años, se considera una causa primaria.

Estudios anatómicos confirman que el músculo geniogloso es el principal protrusor de la lengua, los otros músculos son retractores, el geniogloso muestra una acción elevada cuando existe movimiento de apertura, nos permite crear mayor espacio y facilitar la respiración.

DIAGNOSTICO

Es muy importante llevar a cabo un estudio radiográfico, para tener un diagnóstico más exacto, se debe realizar un examen estético, deberá ser individual observando los siguientes puntos: nariz, ángulo nasiolabial, distancia interlabial, posición anteroposterior del mentón, balance estético nariz-labio-mentón. (5 pág 12 XIII)

Análisis cefalométrico éste nos corrobora los cambios estéticos, en tejido óseo y blando observados en los análisis anteriores. Análisis intrabucal observar el tamaño de la lengua, porque una lengua grande puede ocasionar y/o mantener una mordida abierta.

TRATAMIENTO

La mordida abierta transicional se puede corregir por sí sola, sin la necesidad de aparatos correctivos, si el hábito es eliminado, en caso de que este tratamiento no funcione se puede colocar un aparato.

Si es verdadera o esquelética se puede utilizar elásticos verticales que hacen erupcionar los órganos dentarios superiores e inferiores (anteriores) este tratamiento elonga los órganos dentarios, en algunos casos se realiza extracción de los primeros premolares, posteriormente se coloca un aparato removible el cual tratará de mover los órganos dentarios a su posición normal. El uso de estos elásticos han sido poco exitosos ya que tiende a recidivar el problema en un gran porcentaje al ser eliminados.

Es muy importante restablecer la respiración nasal corrigiendo la posición de los labios y la lengua. Frankel nos indica la aplicación de un posicionador dentario para instruir los órganos dentarios posteriores mientras el paciente muerde sobre el aparato, esto alienta una posición normal y establece un sellado bucal adecuado. En casos graves de mordida abierta debemos combinar el tratamiento quirúrgico-ortodóncico.

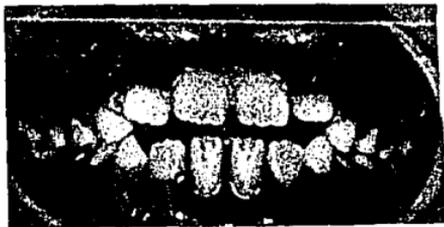


Fig.11 Mordida Abierta.

TRANSTORNOS DEL LENGUAJE

Para entender los trastornos del lenguaje es necesario tener conocimiento de la secuencia normal del desarrollo de la palabra y el lenguaje, y fisiología de la palabra: es un acto dinámico en el que participan numerosos órganos, por la coordinación sinérgica se desencadenan reflejos de movimientos musculares, labios, carrillos, lengua, velo del paladar, músculo de la laringe para lograr la función de producir consonantes y vocales, está dirigido por el cerebro.(1 pág. 14 XIV)

La fonación se logra por un triple mecanismo:

- a)El aparato respiratorio suministra aire para la producción de los sonidos.
- b)La laringe crea la energía sonora.
- c)Las cavidades supraglóticas hacen la función de resonadores cavidad oral y fosa nasal.

La fonación es el resultado de movimientos variados, complejos, la lengua no debe tener contacto íntimo con los órganos dentarios, pero en la producción de las consonantes alveolares la punta de la lengua se apoya en la papila palatina.

Para conseguir un entendimiento de las relaciones entre forma y función debemos tomar en cuenta:

- a)Relación de la oclusión y la palabra.
- b)Relación entre la deglución y la oclusión.

c)Relación entre la fonación y la deglución.

Para elaborar un diagnóstico correcto debemos tener conocimiento de:

a)Movimiento y morfología de la lengua.

b)Movimiento, morfología y postura de los labios.

c)Esqueleto orofacial y oclusión.

d)Variables que obligan a la lengua a adquirir una mala postura.

e)Producción del habla, control del tenguaje.(2 pág. 3 XII)

PROBLEMAS FONETICOS

Los padres y maestros de niños con problemas de lenguaje se preocupan de los problemas que presentan, ésta preocupación es muy importante ya que estimula la búsqueda de un tratamiento.

Los efectos sobre la fonética de una maloclusión no son conocidos por completo, la mayoría de los pacientes que presentan problemas fonéticos colocan la lengua entre los incisivos y la proyectan hacia adelante de los incisivos inferiores en el momento de hablar, además poseen una diferencia muy marcada:el hueso hioides está situado en una posición más alta.

Los sonidos más afectados con mayor frecuencia son :

a)Consonantes bilabiales, labiodentales, linguoalveolares,

CONSONANTES BILABIALES: /b/, /p/, /m/, /w/

CONSONANTES LABIODENTALES: /v/, /f/.

CONSONANTES ALVEOLARES: /d/, /t/, /z/, /n/, /l/.

b) Consonantes palatinas.

c) S defectuosa.

Las consonantes t, d, n, son lingualveolares, esto indica que la lengua se aplica en la parte más anterior del paladar sobre el cuello de los órganos dentarios superiores, sin interponerse, por lo que en los niños con hábito lingual se presenta problemas.

En los pacientes con mordida abierta el problema fonético comprende interdentalización de los sonidos silbilantes /s/ y /z/ en ocasiones /sh/ y /zh/.(3 pág. 68 IX)

Se ha demostrado que la terapia miofuncional es efectiva para modificar los problemas de movimiento y posición de la lengua y los labios. El patologista del lenguaje para realizar un diagnóstico, establecer un plan de tratamiento debe colaborar con un Ortodoncista, Odontólogo, Otorrinolaringólogo, y un Pediatra.(4 pág 2 XII)

CAPITULO V

TRATAMIENTO DEL HABITO.

El tratamiento se puede definir como la intercepción, prevención y atención de los hábitos. Debemos elaborar los detalles del tratamiento, duración, frecuencia de las visitas así como la realización de una revisión:

- a) Naturaleza de la mala oclusión.
- b) Identificación de las causas del hábito.
- c) Revisión del hábito.
- d) Selección de ejercicios determinados y técnicas.
- e) Número inicial de repeticiones y frecuencia de los ejercicios.

Se pueden considerar dos tipos de tratamiento

- 1) Tratamiento miofuncional.
- 2) Tratamiento con aparatos.

TERAPIA MIOFUNCIONAL

El objeto de esta terapia es cambiar la función de los músculos faciales y orales así como la posición de la lengua y los labios, este tratamiento es diferente a los demás ya que trabajamos con el paciente y no sobre el paciente.

Se recomienda la colocación de aparatos para la corrección del hábito pero se aconseja que antes de colocar los aparatos se intente una terapia miofuncional la cual consiste en ejercicios en los que el niño entrena la lengua para que mantenga una posición adecuada durante la deglución estos ejercicios no representan agresión para él. Algunos ejercicios son:

a) Se le pide al niño que tome un poco de agua, que ocluya y coloque la punta de la lengua contra la papila incisiva es ésta posición se le pide que degluta, esto se recomienda hacer 20 veces antes de cada comida.

b) Empleo de una pastilla pidiéndole al niño que la mantenga contra el paladar auxiliado por la punta de la lengua hasta que se disuelva, así el niño producirá saliva y tendrá que pasarla, manteniendo la lengua en esa posición. (1pág. 582 XI)

EJERCICIOS PARA LOS LABIOS

1) El juego del botón tirando una cuerda a un botón colocado en el área del vestíbulo labial, por 5 minutos.

2) Beso sonoro.

3) Silbar

4) Soplar

EJERCICIOS PARA LA LENGUA

1) Colocar mantequilla de cacahuete sobre el paladar duro la cual se quitará deslizando la lengua de la parte anterior a la parte posterior del paladar.

2) Chasquear la lengua (sonar) veinte sonidos clics. (2 pág. 22 V)

APARATOLOGIA

Existe una serie de aparatos para la eliminación del hábito lingual, estos aparatos puede ser fijos y removibles, para la colocación de éstos debemos considerar la edad, la dentición. Se aconseja utilizarlos fijos a la edad de 6 años, ya que los removibles no pueden ser bien aceptados.

Un aparato fijo causa una sensación de castigo en él mientras que un aparato removible permite la libertad de llevarlo en períodos críticos como en la noche, una desventaja de estos aparatos es que el niño sólo los usa cuando él lo desea, para utilizar cualquier aparato es muy importante que el niño coopere y así nuestro tratamiento tendrá mayores posibilidades de éxito.

TRAMPA CON PUNZON

Es un aparato que le recuerda al niño que no se debe de proyectar la lengua puede ser de acrílico, removible como la placa Howley, es hecha con alambre, o puede ser una defensa añadida un arco lingual superior utilizada así como aparato fijo.

Sirve para romper la fuerza ejercida por la lengua sobre los órganos dentarios anteriores, distribuye la presión a los órganos dentarios posteriores a su vez la realización del hábito será desagradable.

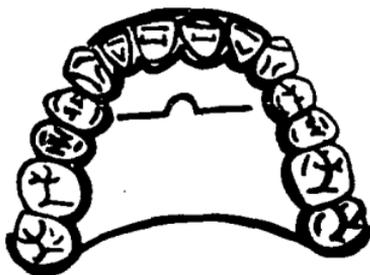


Fig.12 Trampa con punzón.

TRAMPA DE RASTRILLO

Puede ser fijo o removible, es un recordatorio castiga al niño ya que tiene púas que se proyectan en las bandas transversales o del retener de acrílico, estas púas dificultan la ejecución del hábito, desplaza la lengua hacia abajo y atrás durante la deglución. Cuando las púas son dobladas hacia abajo forman una especie de cerca detrás de los órganos dentarios anteriores. Se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V que se extienden hacia abajo hasta el cíngulo de los incisivos inferiores, cuando coloquemos los modelos en oclusión, ya realizadas estas proyecciones debemos colocarlas al nivel del alambre base para soldarias, ya soldados sobre el modelo se prueba el aparato en el paciente, estableceremos la circunferencia de soporte de las coronas, se soldan ya soldado estará listo para ser cementado.



Fig.13 Trampa con rastrillo.

TRAMPA PALATINA

Se ajustan bandas en los primeros molares permanentes doblar un arco lingual de alambre grueso(0.038) para que ajuste de manera pasiva en el paladar y se suelda a las bandas de los molares, se aconseja elaborar el aparato inferior al mismo tiempo para no interferir con la oclusión.

Es necesario informar a los pacientes y a los padres sobre los problemas secundarios que pueden aparecer después de la colocación del aparato, hay problemas de fonación, la higiene se dificulta ya que la comida es atrapada en el aparato, es por lo que se puede presentar halitosis e inflamación gingival.

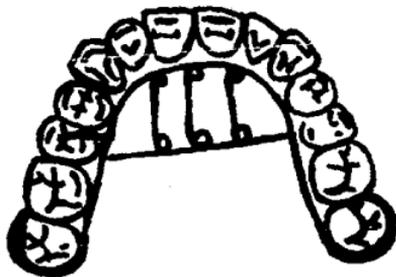


Fig.14 Trampa Palatina.

QUAD HELIX

Es fijo y se encuentra para expandir un arco superior constreñido, las hélices del aparato nos sirven para recordar al niño que no debe colocar la lengua en una posición adelantada.

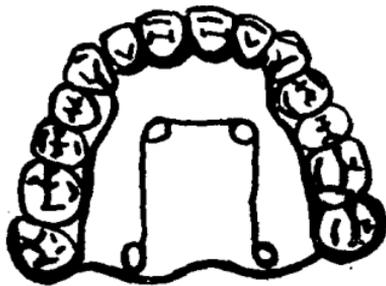


Fig.15 Quad Helix.

CONCLUSIONES

El hábito lingual existe en un alto porcentaje en los niños, se puede presentar en diferentes grados pero siempre afecta a la dentición. El efecto que causa son maloclusiones, problemas fonéticos y estéticos, los que deben ser corregidos.

Es muy importante realizar una historia clínica para saber lo relativo a la salud general del niño, enfocandonos a la historia clínica dental, siempre nos auxiliaremos de modelos de estudio, radiografías. Cada plan de tratamiento tendrá que establecerse individualmente, porque cada paciente presenta características propias.

BIBLIOGRAFIA.

I*Arnold, Resting position of tongue important, Angle Orthodontics, 1990, 60:4, 21.

II*Biorn Klenge/Dan Ericcson, La boca y los dientes tratamiento dental, Editorial DOYMA.

III*B. Zimmermand Joseph, Orofacial Myofunctional therapy for bilateral tongue posture and tongue thrust associated with open bite, Int. J. Orofacial Myology, 1990, 15:1, 5-8.

IV*Canut Brusola, Ortodoncia Clínica, SALVAT editores, 1992.

V*E. Moore Lucía, Tongue and lip resting posture, Int. J. Orofacial Myology, 1991, 16:3, 22-23.

VI*Eckermard Ronald, Tongue position and open bite the key roles of grown, J. of Dentistry for children, 1980, 15, 92-94.

VII*Ganong William, Fisiología Médica, Editorial Manual Moderno, 1989.

VIII*Goslin-Harris-Humpherson, Anatomía Humana Texto y Atlas en color, Editorial Interamericana.

IX*L. B. Kaban Cirugía Bucal y Maxilofacial en niños, Editorial Interamericana 1992.

X*L. Wasson Joseph, Correction of tongue thrust swallowing habit, J. Oral Nyology, 1990, 3, 27-29.

XI*Mc Donald, Odontología Pediátrica y del Adolescente, Editorial Médica Panamericana, 1990.

XII*Members de Asha, The Role of the speech language Pathologist in Assessment and Management of oral Myofunctional disorders, J. Oral Myology, 1989, 16:1, 2-4.

XIII*Ortega Alejandro Juan Jose, Mordida Abierta, Práctica Odontológica, 1993, 103:2, 11-15.

XIV*Segovia Maria Luisa, Interrelaciones entre la Odontología y la Fonoaudiología, Editorial Panamericana, 1988.

XV*Segura de la Fuente Gavito, Mordida Abierta, Práctica Odontológica, 1990, 11:15, 37-43.

XVI*H. S. Duterloo, Atlas de la Dentición Infantil Diagnóstico y Radiología Panorámica, Monby Year Book, 1990