

318322
8.
10/17



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DEFORMACIONES EN LA OCLUSION, ASPECTO
PSICOLOGICO. HABITOS ORALES.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARIA CRISTINA HERNANDEZ RANGEL

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DEFORMACIONES EN LA OCLUSIÓN, ASPECTO
PSICOLÓGICO. HÁBITOS ORALES.**

MARÍA CRISTINA HERNÁNDEZ RANGEL.

ODONTOLOGÍA.

AGRADECIMIENTOS.

° **A DIOS:**

Por su eterna ayuda y protección.

° **A MI PAPÁ:**

Por su ternura y cariño, por motivarme siempre, por mi educación y sobre todo por tan buen ejemplo.

° **A MI MAMÁ:**

Por su amistad, sus consejos, tenacidad, cariño y por esmerarse en su atención hacia mí, siempre y en todo momento.

° **A HUGO:**

Mi amigo y esposo con quien compartí algunos años de mi vida como estudiante y ahora lo compartimos todo.

° **A TITO Y MI TIO:**

Que aunque ya no están conmigo, han dejado una gran huella y son parte importante de mi formación.

° **A MI YAYA:**

Por sus sabios y atinados consejos, por su amor y sus enseñanzas.

° **A MI HERMANO LUIS:**

Por su protección y cariño, pero sobre todo su nobleza.

° **A MONICA:**

Por su apoyo profesional y esos momentos agradables rumbo al hospital.

° **A HUGUÍN:**

Un niño maravilloso quien a pesar de su corta edad, me ha brindado su comprensión, paciencia y amor.

° **A MIS AMIGOS:**

Elsy, Omar y Carmen por su amistad, ayuda y tantos momentos que vivimos juntos durante la carrera.

° **AL DOCTOR:**

Ricardo Rey quien ha sabido ser mi maestro y amigo, y por formar parte en este jurado.

° **AL DOCTOR:**

David Rodríguez por su enseñanza y buena disposición ante cualquier contratiempo, así como por pertenecer al honorable jurado.

° **AL DOCTOR:**

Carlos González por su orientación, amistad y por pertenecer al honorable jurado.

° **AL DOCTOR:**

Jorge Romero por su amistad, tiempo y valiosa colaboración.

INDICE

. Introducción

. Capítulo I Aspecto Psicológico

1. Cinco Areas Principales de Desarrollo

2. Etapas Sensoriomotor y preoperacional. Piaget

3. Identificación Social. Erickson

4. Etapa oral. Freud

5. Herencias culturales e influencia familiar.

6. La ansiedad y los mecanismos de defensa. Regresión.

7. Hábitos orales no compulsivos y compulsivos.

Capítulo II Patologías en la oclusión causada por hábitos.

1. Succión de dedo

A. Etiología

B. Métodos de diagnóstico

C. Manifestaciones Clínicas

D. Tratamiento

2. Hábitos Labiales

A. Algunas variantes

B. Etiología

C. Métodos de diagnóstico

D. Diagnóstico Diferencial

E. Manifestaciones Clínicas

F. Tratamiento

3. Proyección Lingual

- A. Etiología**
- B. Métodos de diagnóstico**
- C. Clasificación del hábito. Moyers**
- D. Diagnóstico diferencial**
- E. Manifestaciones Clínicas**
- F. Tratamiento**

4. Respirador Bucal

- A. Etiología**
- B. Métodos de diagnóstico**
- C. Manifestaciones Clínicas**
- D. Tratamiento**

. Conclusiones

. Bibliografía

INTRODUCCION.

Los malos hábitos orales, hasta ahora han sido atendidos primordialmente por los odontólogos quienes los califican de posibles presiones dañinas que se ejercen sobre los bordes alveolares en pleno desarrollo. Considero que los hábitos tienen diversos orígenes y no son solamente cambios en la estructuras bucales. Por lo que el objeto de este trabajo será buscar una interrelación con otras áreas, especialmente la psicología, ya que por lo general existen problemas de conducta muy arraigados que son importantes de conocer para así poder remitir al paciente oportuna y atinadamente llevando un seguimiento desde el origen para obtener un tratamiento dental exitoso y con menos riesgo reinsidencia.

CAPITULO I

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

1. CINCO AREAS PRINCIPALES DE DESARROLLO.

1.- Desarrollo motor: aumento en el control y la coordinación muscular.

2.- Desarrollo cognositivo: pensamiento, conceptualización, razonamiento.

3.- Desarrollo de la percepción: integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista.

4.- Desarrollo social y de la personalidad: vías habituales del comportamiento con otros.

5.- Desarrollo del lenguaje: progreso de la destreza del lenguaje.

Es importante conocer cada área para comprender al niño, pero lo más importante para los dentistas es entender en que forma piensa el niño y como reacciona ante una situación de miedo o tensión. Rud y Kisiling encontraron que el desarrollo mental en términos de edad es un factor decisivo sobre si el niño puede asimilar completamente el tratamiento dental.

2. ETAPAS SENSORIOMOTOR Y PREOPERACIONAL. Piaget.

Jean Piaget tiene como idea central : El desarrollo intelectual constituye un proceso adaptativo que continúa la adaptación biológica y que presenta dos aspectos "asimilación " y "acomodación".

En el intercambio con el medio, el sujeto va construyendo no sólo sus conocimientos sino también sus estructuras intelectuales.

MODELO DE DESARROLLO SEGUN PIAGET.

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento y la forma en que un niño piensa. Piaget identifica tres etapas principales que trazan el desarrollo cognositivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelven problemas complejos.

DESARROLLO COGNOSCITIVO CONTINUO DE PIAGET

Motoseñorial 0-2 años	Concreto		Formal 13-17 años
	Preoperacional 2-6 años	Operacional 6-13 años	
<p>Incapaz de razonar. Cada cosa es externa, es decir realidades concretas tangibles "en frente" al niño. Ningún concepto de objeto permanece. Codifica la información en términos de acciones; más tarde en términos de imágenes visuales. Reacciona a la "tensión" con los ojos, la voz, los oídos, las manos y las piernas, es decir, motoseñorial. Elemento de amnesia. Pueden realizarse tratamientos dentales y no considerar la falta de cooperación; no tendrá efecto permanente en el niño.</p>	<p>Fantasmas animadas. Manera egocéntrica. Razonamiento primitivo, es decir, televisual: la gente puede verlo desde la pantalla igual que él la ve. Amnésico, esto es, acepta casi cualquier explicación razonable. Comprende cosas en términos de causa y evento. No se interroga a sí mismo y sus pensamientos son muy reales para él. No sabe lo que otros están pensando ni que pueden tener ideas diferentes. Desarrolla habilidad para codificar información sólo en términos de acciones, visual y simbólicamente; estas imágenes representan la realidad. Duración corta de la atención. Muy inquisitivo - toca, mira, vocaliza. Temor a lo desconocido: decir, mostrar y hacer. Falta de maduración cerebral; deben dársele instrucciones claras y no tener expectativas del rendimiento.</p>	<p>El niño está ansioso por aprender. Clasifica los objetos y puede discriminarlos por ejemplo, más grande más chico, arriba abajo. Comprende que otros tienen ideas diferentes y está dispuesto a escuchar. Habilidad creciente para conceptualizar y generalizar. Todavía tiene más confianza en la imagen visual que en los símbolos. Requiere ejemplos concretos de ideas abstractas y explicaciones de los procedimientos. Entiende el concepto de causa y efecto y puede razonar y aprender lógicos. Comienza a confiar. Las cosas se vuelven internas y el niño puede organizar y desarrollar conceptos; Reconoce y comprende el dolor.</p>	<p>Periodo de desarrollo sencillo o confuso. Capaz de enfrentarse a lo abstracto así como a la realidad. Puede ver el futuro y sus potenciales. Tiene necesidad de explicaciones detalladas reales como en especial la racionalización de por qué debe cooperar o comportarse cuando a los adultos no se les requiere que lo hagan. Tiene capacidad para resolver problemas complejos. Deberá tener una comprensión mejor de causa y efecto, sabe que no es mágico. Se desarrollan ideales y actitudes importantes. Razonamiento inductivo. Funciones de integración mental con realidad; crece en inteligencia, transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta. Mejoran sus destrezas sociales y su lenguaje.</p>

3. IDENTIFICACION SOCIAL. Erickson

Considerado el primer analista de niños (1933), Erickson orienta su trabajo hacia la investigación de las condiciones ambientales favorables para un normal desarrollo de la personalidad. Sus creencias básicas giran en torno a una educación infantil basada en la existencia de un clima de confianza, reciprocidad en el trato y hábitos educativos informales.

Su principal preocupación está relacionada con el crecimiento del yo, especialmente con la manera como la sociedad moldea su desarrollo en cada una de las ocho edades del hombre de Erickson (1950). Se producen crisis que influyen en el desarrollo del yo. La forma en que se resuelven tales crisis determina el curso del desarrollo del mismo, de tal manera que en el caso específico de un mal hábito oral, para que el niño modifique su conducta habrá de saberse de que modo corregirlo, si no, de

lo contrario se causará un daño mayor e influirá de manera directa en la personalidad del infante, ya que el problema no se trató en el medio ambiente de confianza y posiblemente tampoco de buen trato.

4. ETAPA ORAL. Freud.

La etapa oral (desde el nacimiento hasta los 12-18 meses).

A los bebés en el estadio oral sólo les interesa lo referente a la boca, logran una buena parte de su gratificación succionando mamilas, chupones y cualquier cosa que puedan llevarse a la boca. Esto ayuda a formar vínculos con dichas fuentes de gratificación. Durante este estadio de "narcisismo primario" a los niños sólo les interesa sus propias satisfacciones, ya que actúan bajo el principio del placer.

Existen niños, adolescentes y adultos que quedan detenidos en esta etapa y lo demuestran a lo largo de sus vidas mientras no reciban un tratamiento psicológico adecuado para poder modificar su conducta.

Freud dice que las personas con personalidad oral la obtuvieron durante éste período. Obtienen una cantidad desproporcionada de satisfacción en la boca succionándose el pulgar, la lengua, el labio, mordiendo las uñas, sobrepasándose en comer, y todo lo relacionado con la boca.

5. HERENCIAS CULTURALES E INFLUENCIA FAMILIAR.

Las personas desempeñan dos papeles evidentes en el desarrollo temprano del niño. Los adultos alivian el malestar de un infante y le ofrecen oportunidades de interacción, a

consecuencia de lo cual los infantes desarrollan una relación emocional especial con los seres humanos que cuidan de ellos, relación a la que se le suele llamar apego. En segundo lugar, la interacción social fomenta un desarrollo cognositivo y social.

Existen niños activos, dependientes, tímidos, etc.. Esto nos demuestra que cada niño tiene una personalidad diferente y única, es decir, una perdurable organización o maneras de pensar, sentir, relacionarse con los demás y adaptarse al ambiente; pauta o estructura que se manifiesta en toda variedad de situaciones y ambiente. En el caso exclusivo de malos hábitos orales podemos comprender que cada paciente tendrá que ser tratado de una manera diferente y única, debido a que sus personalidades son exclusivas. Por lo expuesto anteriormente, nos damos una idea de que el paciente deberá ser analizado desde su propia personalidad hasta la

influencia que ha recibido de su familia o personas que lo cuidan, ya que los niños adquieren muchas de sus actitudes mediante la observación de las acciones de otros; los padres y a veces hermanos mayores son modelos de conducta.

Desde un principio, los padres entrenan a sus hijos mediante la recompensa o el refuerzo de algunas respuestas y el castigo de otras. Así los niños empiezan a ensayar sus nuevas capacidades, si los padres permiten o no ciertos comportamientos para empezar a actuar con independencia.

La educación mediante recompensas y castigos puede ser muy útil para tratamientos de niños con hábitos orales, aquí será principalmente una labor de los padres más que de los especialistas, y un proceso de recompensa y castigo puede llegar a ser benéfico siempre y cuando sea bien llevado.

Sin embargo otros autores citan que " el desarrollo

social y de la personalidad no puede explicarse simplemente en función de las recompensas o castigos, o de la observación de modelos. Muchas pautas complejas de reacciones conductuales, idiosincrasias, motivos, actitudes y normas se adquieren sin entrenamiento o recompensa directos, simplemente por un proceso llamado identificación ".(Mussen. Conger. Kagar).

La identificación encierra algo más que el aprendizaje por observación.

El aprendizaje por observación no requiere el establecimiento de vínculos afectivos con un modelo, como lo hace la identificación.

Un niño puede observar e imitar la respuesta de un modelo, con el que sólo tiene una relación casual.

La identificación tiene como resultado la adopción de un patrón total de atributos, motivos, actitudes y valores

personales y no simplemente de elementos discretos de la conducta del modelo; por esta razón es importante que el niño crezca identificado con sus padres y que éstos tengan actitudes y cualidades dignas de ser imitadas.

Podemos concluir que existen tres procesos fundamentales que contribuyen a la socialización: entrenamiento mediante recompensa y castigo, observación de los demás e identificación. En estos tres procesos que se complementan entre sí podremos basar un método de diagnóstico para pacientes que presenten malos hábitos orales, se podrá definir en que área ha fallado la educación del niño y así poder combatir el problema desde su raíz, esperando tener mejores resultados que un tratamiento dental aislado.

6. LA ANSIEDAD Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

REGRESION.

Como la ansiedad es tan dolorosa y desagradable, nos hacemos de técnicas que son los llamados mecanismos de defensa.

Existen varios tipos de mecanismos de defensa y por lo común, no nos percatamos de que los estamos utilizando. Sin embargo, ayuda a reducir los sentimientos de ansiedad que producen problemas que no podemos tratar de manera adaptativa. Así pues, estos mecanismos de defensa nos permiten vivir de manera razonablemente cómoda.

REGRESION.

Es la adopción o con mayor exactitud, la readopción

de una característica de una etapa anterior del desarrollo.

El chuparse el dedo es un ejemplo de una conducta regresiva en niños que han interrumpido tal conducta durante algún espacio de tiempo. A través de la succión digital, el niño está tratando de huir de una situación angustiante presente hacia el estado mas satisfactorio y menos ansioso de la infancia.

La conducta regresiva se presenta frecuentemente cuando llega al hogar un nuevo bebé. Algunos niños de cuatro años de edad sufren ansiedad cuando temen ser desplazados por el hermano menor que obtendrá amor y atención de la que él ha estado recibiendo. Al adoptar una conducta infantil tratan de conseguir que se les preste atención y de conservar los deseados cuidados de los padres.

Aún cuando todo el mundo utiliza mecanismos de defensa,

una fuerte dependencia respecto de los mismos, y el grado en que invaden con exceso la conducta del individuo, puede estar asociado a deformaciones de la realidad.

Los mecanismos de defensa pueden tener malos efectos en la salud mental y física del paciente, esto es cuando el niño no supera su ansiedad y su regresión queda cristalizada como parte de su realidad, por eso encontramos pacientes de más de cuatro años que siguen succionando su pulgar como un bebé.

7. HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS Y COMPULSIVOS.

- Hábitos no compulsivos:

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente.

El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o pueden lograr cambios por medio de estímulos o halagos.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, compañeros de juegos y de clase.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de vida del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales.

- Hábitos compulsivos:

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir

ese hábito. Debe recordarse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional muy arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que los rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

CAPITULO II

PATOLOGIAS EN LA OCLUSION CAUSADA POR HABITOS

1. SUCCION DE DEDO

Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. La intensidad se refiere a la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.

La duración se basa en el tiempo que pasa el niño succionando el dedo y por ultimo, la frecuencia es el número de veces que el paciente practica el hábito en un día.

De estos tres factores, el que más daño ocasiona es la duración ya que tiene la función más crítica en el movimiento dental que se ocasiona por succión de dedo.

A. Etiología

Aunque las etiologías de los malos hábitos orales son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o bien el niño recibía poco alimento.

Se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor maternal, juega un papel importante en muchos casos.

Al nacer el niño, ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado reflejo de succión.

Incluso antes de nacer, se ha observado fluoroscópicamente contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

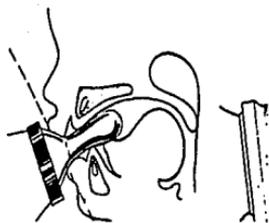
Esta temprana organización nerviosa, permite al niño alimentarse mediante el reflejo de succión que evidentemente

corresponde a una necesidad en los primeros años de vida. SIM

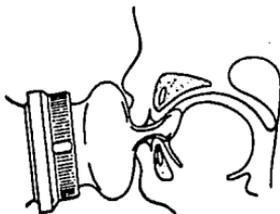
Y FINN

La succión de pulgar u otros dedos es practicado por muchos niños por una variedad de razones.

La mayoría de los hábitos de succión empiezan a temprana edad. El tiempo de aparición de los hábitos de succión tiene mucho significado. Aquellos que aparecen en las primeras semanas de vida, están relacionados con problemas de alimentación.



Lactancia no fisiológica, la boca se abre indevidamente, se dificulta el cierre labial. Las presiones musculares anormales se ejercen como compensación al movimiento de apertura excesivo.



Biberón fisiológico, imita la actividad natural. Toda la zona peribucal se pone en contacto con la parte flexible y se adapta al contorno de los labios.

Algunos niños no se succionan el dedo sino hasta la difícil erupción de la dentición primaria.

Otros lo hacen más tarde, para llamar la atención y tranquilizar sus tensiones emocionales.

Todos los hábitos de succión de dedo deben de ser estudiados mediante sus implicaciones psicológicas, para así poder dar un tratamiento integral, interaccionado con otras especialidades, como por ejemplo la psicología y pediatría.

B. Métodos de Diagnóstico

Realmente no hay método de diagnóstico establecido para localizar este hábito ya que normalmente los padres se lo mencionan al dentista, y si todavía no hay evidencias dentales, es decir deformaciones, nos podremos dar cuenta

del problema revisando discretamente los pulgares o cualquier dedo de la mano, ya que cuando hay un hábito de succión digital, el dedo que es succionado con más frecuencia, tiene una apariencia rojiza, con la piel arrugada, la uña reblandecida y a veces el desarrollo de ese dedo llega a ser diferente a los demás, con forma más delgada y la punta más ancha, en forma de punta de palito de tambor.

Es importante mencionar que nunca debemos preguntarle al paciente en una forma directa si él tiene el hábito de "chuparse el dedo" ya que tratará de ocultarlo y emocionalmente estaríamos causando una mayor inseguridad y rechazo hacia el dentista.

C. Manifestaciones Clínicas

Estas manifestaciones son muy variables, todo depende de:

1. Edad del niño
2. Posición del dedo en boca y tipo de presión que ejerce
3. Cuántas horas al día hay succión.
4. Qué dedo succiona con más frecuencia.

1. Edad del niño

Si hablamos de un niño que sólo cuenta con unas semanas de nacido, sabremos que está relacionado únicamente con problemas de alimentación, osiblemente sus horarios de comida están muy espaciados o el alimento sea escaso, mas no es un hábito.

Si está en un niño de entre los doce a los catorce meses, éste se deberá a la difícil época de la erupción de los primeros molares y a veces no solo con los molares sino con la erupción de toda la dentición primaria, en esta edad aún no podríamos hablar específicamente de un hábito, ya que es una época pasajera.

La mayoría de los hábitos de succión empiezan entre los 3 ó 4 años de edad, pero desafortunadamente hay pocos niños que acuden al dentista a estas edades por lo que pasa desapercibido el hábito hasta que empieza a causar deformaciones en la oclusión.

Generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión dental.

Pero si el hábito persiste durante la dentición mixta, es decir, entre los 6 y los 12 años de edad, pueden producirse efectos desfigurantes.

2. Posición del dedo en boca y tipo de presión que ejerce.

Estos factores influyen mas que nada en el tipo de lesión y la gravedad de la misma.

Observando el contorno presente de la mordida abierta se puede casi asegurar a que mano pertenece el dedo ofensor, esto se puede comprobar revisando casualmente la mano del niño y buscando el dedo más limpio, con callosidades, rojizo, con desarrollo anormal, etc.

La mordida abierta anterior es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores, es decir una

distorsión en la dimensión vertical cuando los otros dientes se localizan en oclusión, que se presenta porque el dedo descansa en forma directa contra los incisivos, lo cual origina un ligero aumento en la dimensión vertical, el dedo impide la erupción de los dientes anteriores mientras que los posteriores tienen libertad para hacerlo.

La erupción pasiva de los molares causará mordida abierta anterior, la intrusión de los incisivos también puede ocasionarla, esto se refiere al tipo de palanca o presión que ejerza el niño contra las otras piezas dentarias y el alvéolo por la fuerza que genera si además de succionar, presiona contra otros dientes.

3. Cuántas horas al día hay succión.

La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por un hábito digital. Christensen - Fields

Se dice que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza al día para ocasionar un movimiento dentario.

Según la teoría de Fields y Christensen, el niño que succiona con intensidad alta y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental, mientras que otro que succiona durante más de seis horas originaría un cambio dental relevante, aun cuando no ejerzan tanta presión.

4. Qué dedo succiona con más frecuencia.

Aunque un alto porcentaje indica que la predilección de los niños es alguno de sus pulgares, también existen hábitos de succión de algún otro dedo, el cual por lo general causa menos deformaciones o por lo menos a mayor plazo dado a que la presión ejercida por los pulgares siempre será con mayor fuerza.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, podemos decir que principalmente se presenta mordida abierta, la cual puede producir dificultades del lenguaje.

Según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de los dientes anteriores inferiores.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que hace que a la hora de deglutir se comprima hacia adentro el labio inferior. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar en lingual a los anteriores superiores y no en labial; esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrucción labial superior.



El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso, ejerciendo presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los inferiores.

A manera de resumen, se puede hablar de tres signos clásicos.

1. Mordida abierta anterior
2. Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
3. Constricción maxilar.

La mordida abierta anterior, es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión.

Se presenta porque el dedo descansa directamente contra los incisivos. Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical ya que el dedo impide la erupción de los dientes anteriores y no así de los posteriores.

El movimiento vertibulolingual de los incisivos depende de cómo el paciente coloca su dedo en la boca, algunos lo colocan ejerciendo presión en la cara lingual de los incisivos superiores y sobre la cara vestibular de los inferiores; esto trae como consecuencia la inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual, obteniendo una sobremordida horizontal aumentada.

La constricción de la arcada superior sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua.

Este signo se presenta porque al colocar el paciente su pulgar en boca, se fuerza a que la lengua se retraiga pero los músculos orbicular de los labios y buccinados siguen ejerciendo su misma presión y más al momento de la succión como la lengua no esta ejerciendo su fuerza de contraequilibrio, el arco superior se colapsa en una mordida cruzada.

D. Tratamiento

Si el paciente aun no tiene erupcionado los dientes anteriores superiores puede recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito.

La terapéutica generalmente se inicia a partir de los cuatro años.

El tratamiento oportuno es un factor primordial para la obtención de buenos resultados.

En algunos casos el niño está dispuesto a cooperar pero necesita la ayuda de algún estímulo, en este caso se habla de los siguientes procedimientos:

- Terapéutica de recuerdo.

Son técnicas de recordatorio muy sencillas que se emplean en niños con gran disposición. Se les coloca un trozo de cinta adhesiva en el dedo causante del hábito, únicamente para recordarle al paciente que no lo debe hacer, también se pueden usar soluciones con mal sabor que se colocan en el dedo pero ya es un estímulo desagradable y se puede tomar como un castigo, no resultando tan eficaz como el anterior, por lo tanto no es muy recomendable.

- Sistema de recompensa.

También para pacientes muy cooperadores, funciona simplemente llegando a un convenio con el paciente de darle una recompensa si logra vencer el hábito, dará

mejores resultados entre más se involucre la participación del niño en el convenio, no necesariamente será una recompensa muy costosa simplemente estimulante para el niño.

Al paciente se le puede indicar que haga su propio calendario en casa y le pegue calcomanías en forma de estrella en los días que logre no succionarse el dedo.

Esto ayudara a que el paciente se estimule y vea los resultados semana a semana y así reciba más elogios y estímulos verbales por parte de sus padres.

- Aparatología.

Si el hábito no se ha erradicado con los sistemas anteriores, recurriremos al tratamiento por medio de aparatos, es decir, colocar un dispositivo en la boca que

físicamente desallente el hábito al complicar la succión, y por tanto el placer del niño. Los instrumentos para romper con el hábito de succión de dedo se clasifican en :

- . instrumentos fijos
- . instrumentos removibles

Los instrumentos fijos.- Son los más eficaces en los pacientes menores a los 6 años ya que no tienen manera de quitárselo por lo que lo usarán las 24 hrs. del día.

Sin embargo para el paciente resulta más agresivo este tratamiento ya que es un castigo impuesto que le impide realizar su hábito.

Instrumentos removibles.- Son más cómodos para el paciente, pero menos eficaces ya que el niño los usa

cuando quiere y aquí habrá que apelar a la madurez y deseos de cooperación del paciente. Casi no se usan.

Los dispositivos más usados para la eliminación del hábito de succión de dedo son el quad helix y la trampa palatina.

El primero es fijo y se emplea para expandir el arco superior colapsado. Las hélices del aparato sirven para recordarle al niño el no colocar el dedo en boca, es un aparato muy útil ya que puede brindar dos correcciones, descruzar una mordida y erradicar el hábito.

La trampa palatina es también fija, se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo.

Se emplea principalmente en los casos donde no hay mordida cruzada posterior.

Existen dos tipos de trampa, la traumática o punzante y la atraumática.

Los primeros días después de ser colocada, habrá trastornos de alimentación, fonación y del sueño, que duran de 1 a 2 semanas.

El problema mayor es la dificultad para llevar una buena técnica de cepillado, por lo cual, el paciente generalmente padece de alitosis, y a veces inflamación del tejido, por falta de higiene en la zona.

2. HABITO LABIAL

A. Algunas Variantes

Este hábito tiene algunas variantes como la acción de

lamer los labios, morder labio superior o morder labio inferior, sin traccionarlos.

Se define como el hábito donde interviene la manipulación de los labios y estructuras peribucales, mas no confundir con el hábito de tracción labial del que se hablará mas adelante.

En cuanto a deformaciones dentales se refiere, el hábito de lamer los labios es relativamente benigno. Los cambios más evidentes que se relacionan con esta costumbre son labios y tejidos peribucales rojos inflamados y resecos durante la época de frío principalmete. Su tratamiento es paleativo y consta de una humectación, no siendo así en el caso del hábito de mordedura de labio acompañado de tracción.

B. Etiología.

La mordedura de labios puede presentarse como

consecuencia de la succión digital o aparecer por sí solo.

Su etiología no está muy bien definida pero se habla de una costumbre con origen psicológico, que aparece cuando el niño esta nervioso o pasa por momentos difíciles. Generalmente ocurre en pacientes muy sencibles e inseguros.

Se presenta en la edad escolar, casi siempre.

C. Método de diagnóstico.

El descubrimiento oportuno de este hábito evitará cualquier mala oclusión.

La forma de diagnosticar una tracción labial es observando las condiciones en que se encuentran los labios y la zona peribucal, generalmente cuando hay un hábito labial, hay un enrojecimiento del labio ya sea superior o inferior acompañado de una irritación en la zona peribucal y a veces una resequedad en

la misma zona.

Desgraciadamente este hábito por lo general se descubre cuando ya ha causado maloclusiones. Se debe recordar que generalmente el hábito de mordedura de labio con tracción es secuela de un hábito de dedo, que posiblemente ya halla desaparecido o siga presente, por lo tanto, es importante preguntar a los padres acerca de si sus hijos han tenido o tienen algún tipo de hábito, para así poder dar un mejor diagnóstico.

D. Diagnóstico Diferencial.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial antes de tratar de eliminar el hábito labial.

Si existe maloclusión de Clase II división I, o una sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora.

No se puede cambiar la función labial sin corregir primero la posición dental, sería un fracaso. Graber

La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente. Pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida con un tratamiento de ortodoncia previo y aún así persiste la tendencia a morderse el labio puede colocarse un aparato para erradicar el hábito.

E. Manifestaciones Clínicas.

La succión o mordida de labio puede llevar a los mismos desplazamientos en dientes anteriores que la succión digital. Por lo general es el labio inferior el que se involucra sin embargo se llegan a observar casos del labio superior.

Cuando el labio inferior es traccionado constantemente contra los dientes superiores anteriores, los

resultados serán una inclinación vestibular de éstos y a veces una lingualización de los anteriores inferiores, ocasionando un aumento en la sobremordida.

Este hábito se manifiesta frecuentemente en la dentición mixta y permanente.

La mayor parte de los hábitos labiales no provocan problemas dentarios, la succión labial y la mordedura de labios ciertamente pueden conservar una maloclusión existente.

Es cuestionable que estas costumbres ocasionen una maloclusión y no es una situación fácil de asegurar.

Christensen - Fields

F. Tratamiento.

Debido a que este hábito generalmente se presenta en edad escolar, ya podemos contar con una mayor cooperación del

nifio.

El dentista puede ayudar sugiriendo algunos ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior.

Si los tratamientos anteriores no funcionaran entonces se recurre a la aparatología que puede ser fija o removible, siempre tomando en cuenta la clase de Angle a la que pertenece el paciente.

Cabe aclarar, que los tratamientos primeramente mencionados se recomendarán únicamente si el hábito apenas empieza o no ha causado maloclusión alguna, de lo contrario se deberá actuar de inmediato con aparatología.

Existen varios procedimientos para construir aparatos para el hábito labial, Gräber recomienda la construcción de

un "presionador para labio" para interceptar el hábito de morderse y chuparse el labio. También se conoce como "lip bumper".

PROYECCION LINGUAL

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha sido llamado de diferentes maneras, tal como : deglución anormal, deglución con dientes separados, deglución desviada, deglución invertida o retención de la deglución infantil.

A. Etiología.

Se puede hablar por una parte de factores hereditarios como el tamaño de la lengua que se piensa que está bajo el

control genético.

Wells demostró que el papel de la herencia determina en gran parte el tipo de crecimiento maxilar o mandibular que es tendiente a mordidas abiertas y a empujadores de lengua.

Una macroglosia puede ocasionar el hábito de lengua debido a su gran tamaño ya que la deglución normal no se puede llevar a cabo con facilidad teniendo como consecuencia una maloclusión.

En cuanto a factores ambientales se refiere se habla de la lactancia artificial, respiración bucal, amígdalas hipertróficas, hábito de dedo y pérdida prematura de dientes.

1. Lactancia.

Se habla de la importancia de la alimentación de la madre para un buen desarrollo de la mandíbula y de los

arcos dentarios, ya que se dice que el niño trabaja más para obtener la leche.

La mayoría de los autores citan que el hábito se adquiere durante la lactancia y primera infancia al igual que otros hábitos, causados por la alimentación con mamila.

El hecho de alimentar a los bebés con chupones alargados y de contorno no natural hace que se produzca un desequilibrio en la musculatura empleada para realizar esta función.

Balters y colaboradores concluyeron que mediaban otros factores que causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos como serían los chupones de goma mal diseñados y las técnicas dañinas de la lactancia artificial.

2. Amígdalas hipertróficas.

La presencia de amígdalas y adenoides agrandados posiblemente contribuya en gran parte a la posición anormal de la lengua.

Moyers y Linder/Anderson han demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

En el caso de amígdalas hipertróficas e inflamadas que lleguen a ser dolorosas, la deglución normal se vuelve sumamente difícil ya que los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y por lo tanto, un movimiento reflejo de la mandíbula hacia abajo, quedando los dientes separados

y con la lengua colocada entre ellos durante los últimos momentos de la deglución.

Dicho de otra manera, el dolor de garganta originó la formación de un nuevo reflejo de deglución, acomodándose los dientes a la nueva presión adicional que es aplicada.

3. Respirador Bucal.

Se revisará en otro inciso.

4. Hábito de Dedo.

Con la persistencia del hábito de dedo a manera de chupón interconstruido, el patrón de deglución maduro no

se desarrollará como era previsto.

Con la erupción de los incisivos a los 5 ó 6 meses de edad aproximadamente, la lengua no se retrae como debiera hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante.

La posición de la lengua en descanso es también anterior.

5. Pérdida prematura de dientes.

Muchos autores están de acuerdo en que la presión de la lengua generalmente resulta de una falla en la niñez para desarrollar un patrón adulto de deglución.

Una pérdida prematura de los dientes temporales anteriores incrementará este patrón o alterará el patrón de la deglución normal, pues la lengua es forzada al espacio

para efectuar un sellado adecuado.

Se puede concluir señalando que la presencia de una presión de lengua originará entonces una erupción anormal de los incisivos, resultando una mordida abierta; esta condición perpetuará la presión de lengua.

B. Método de Diagnóstico.

Un adecuado diagnóstico consistirá en examinar la lengua y sus funciones normales sin el desplazamiento de labios ni carrillos, ya que cuando los labios son separados por un espejo bucal o cuando las mejillas son retraídas para poder así tener una mejor visión de la boca, la actividad anormal de la lengua es inhibida y por lo tanto no podemos realizar el estudio. Moyers

Como parte de la historia clínica rutinaria se deberán incluir

preguntas relacionadas con hábitos de cualquier tipo.

Se puede preguntar a los padres si han observado alguna vez que el niño muestre mucha actividad de la lengua cuando está preocupado o si la lengua del niño parece más prominente cuando come ó bebe, este tipo de preguntas ayudan a los padres a recordar otras observaciones que sean de utilidad.

Discretamente se debe observar la cara del niño cuando está en posición de descanso y a la musculatura facial lo cual determinará si hay alguna variación en el tono muscular de los labios o carrillos.

Es importante observar el perfil del niño y la relación de los maxilares para establecer si hay discrepancia esquelética.

Hay cuatro métodos de examen necesarios para determinar la existencia o no de un hábito de lengua.

1. Observar la posición de la lengua con la mandíbula hacia

posterior.

Esto se puede observar cuando los labios están separados en una posición de descanso, mientras que el paciente está en una posición recta en el sillón dental.

Si hay un mal hábito el dorso de la lengua toca ligeramente el paladar, siendo que la posición normal de la lengua en reposo es tocando el tercio cervical de los incisivos inferiores.

Podemos observar dos cosas:

- a) La lengua se encuentra por arriba de los incisivos inferiores produciendo un aumento de dimensión vertical.
- b) Cuando la lengua se retrae sin causar maloclusión.



Son variaciones en la postura normal de la lengua



Es la posición retraída de la lengua



Es la posición de la lengua en la retención infantil

2. Observar la lengua durante algunos procesos de deglución.

Esto se lleva a cabo en degluciones inconscientes de saliva o agua.

Para realizar este paso no se deben separar los labios con el fin de ver qué es lo que la lengua hace, de preferencia se observarán las contracciones del músculo orbicular y los mentonianos deduciendo por su actividad la posición de la lengua durante la deglución.

3. Observar el papel que desempeña la lengua durante la masticación.

Este procedimiento es muy difícil de realizar.

4. Observar el papel de la lengua durante el habla.

Esta observación se realiza para complementar el diagnóstico. Moyers

La posición del hueso hioides puede ser muy útil para determinar la existencia o no del hábito lingual. La posición de dicho hueso está determinada por los músculos y ligamentos adjuntos a las estructuras superiores e inferiores a él.

Las uniones de estos músculos pueden afectar la posición del hioides por medio de los movimientos de la lengua y la mandíbula, así que la posición de este hueso puede estar influenciado por un hábito de lengua. American Journal Orthodontics

C. Clasificación del hábito Según Moyers.

Moyers hace una clasificación de cuatro tipos.

1. Presión simple de la lengua
2. Presión compleja de la lengua
3. Retención del patrón de deglución infantil
4. Falla en la postura de la lengua

1. Presión simple de la lengua

Se define como empuje de la lengua con los dientes juntos al deglutir. Esta presión simple debe estar asociada con una función anormal de los labios y del músculo mentoniano. Al deglutir, debe haber un sellado anterior en parte con los dientes y en parte con los labios.

Si se sostiene el labio inferior del paciente hacia abajo, él encontrará dificultad en completar la deglución. Se notará que los dientes están en oclusión antes de la deglución permaneciendo así durante toda la función.

Los pacientes con deglución simple de lengua son generalmente respiradores nasales.

2. Presión compleja de la lengua.

Es una deglución con los dientes separados.

Se puede diagnosticar en el paciente por la ausencia de la contracción del temporal durante la deglución, por la caída de la mandíbula justo antes de la deglución y por las fuertes contracciones de los músculos circundantes.

3. Retención del patrón de deglución infantil.

Es la persistencia del reflejo de la deglución infantil después de la erupción de los permanentes.

Los pacientes con este patrón de deglución ocluyen

solamente en un molar de cada cuadrante.

Muestran también fuertes contracciones de los músculos durante la deglución. Además, la lengua es protuída marcadamente y sostenida entre los dientes durante los primeros pasos de la deglución.

Los pacientes con este padecimiento no tienen una cara expresiva, ya que los músculos están siendo usados para el esfuerzo masivo de estabilizar a la mandíbula.

Es importante agregar que también presentan serias dificultades al masticar y pueden tener un reflejo de náusea muy sensible.

4. Falla en la postura de la Lengua

En este hábito existen dos variantes importantes :

a) Posición retraída

Es cuando la punta de la lengua está separada de todos los dientes anteriores.

Se encuentra en menos de un 10 % de los niños, sin embargo, es más frecuente en adultos edéntulos.

Es indudable que la lengua al cabo del tiempo pierde algo sobre su sentido de posición debido al cambio que sufre el ligamento peridental, por lo que se retrae por sí mismo para lograr un contacto propioceptivo de manera lateral con la mucosa alveolar para poder lograr un sellado durante la deglución.

b) Posición Protruída

Es donde la lengua se encuentra entre los incisivos. Se distinguen dos formas:

- . Endógena

- . Adquirida

Forma Endógena

Es una retención del patrón de posición infantil.

Algunas personas por razones no conocidas aún no cambian la posición de la lengua durante la erupción de los incisivos primarios, persistiendo la punta de la lengua entre los incisivos.

Forma Adquirida

Este es un problema más simple y generalmente

transitorio, siendo resultado de una faringitis.

Puede ser diagnosticada al rociar la garganta con anestésico tópico y dándole al paciente que degluta una pequeña porción de algún alimento sólido.

Cuando la región inflamada de la garganta está anestesiada, la posición protruida de la lengua se corrige espontáneamente a posición normal; así que cuando desaparece el problema en la garganta desaparece también el de la lengua.

D. Diagnóstico Diferencial

1. Deglución Normal Infantil

Este tipo de deglución se observa sólo antes de que hagan erupción los dientes anteriores de la primera dentición.

Durante la deglución normal infantil, la lengua descansa entre los cojincillos de encía mientras que la mandíbula es estabilizada por fuertes contracciones de los músculos faciales. El músculo buccinador es particularmente fuerte en la deglución infantil.

2. Deglución Normal Madura

Se caracteriza por la ausencia de actividad de labio y barbilla, pero los elevadores de la mandíbula se contraen y llevan los dientes a oclusión encerrando a la lengua dentro de la cavidad oral.

3. Simple Empuje Lingual

Se caracteriza por contracciones de los labios, músculos mentonianos y de los elevadores de la mandíbula, por consiguiente, los dientes están en oclusión mientras que la lengua protuye hacia una mordida abierta.

Los pacientes con este tipo de empuje son ordinariamente respiradores bucales y con una historia de succión digital. Este empuje lingual puede mantener una mordida abierta creada previamente por una succión de dedo.

En un examen dental a este tipo de pacientes, se les observará una buena oclusión y una buena intercuspidad a pesar de que presentan una maloclusión la cual se mantiene mientras el empuje lingual esté presente.

4. Empuje Lingual Complejo

Se define como un empuje lingual con una deglución con dientes separados. Por consiguiente estos pacientes revelan contracciones de labios y de músculos mentonianos sin contracción de músculos elevadores.

Estos pacientes pueden tener o no mordida abierta.

Un examen dental nos revela un pobre ajuste oclusal y una inestable intercuspidadación, además de interferencias en una posición de contacto.

Son respiradores bucales y frecuentemente presentan una historia de enfermedades nasorespiratorias crónicas o alérgicas.

5. Retención del Patrón de Deglución Infantil

Se define como la persistencia de la forma en que degluten los niños, aún después de la erupción de los dientes permanentes.

Por fortuna son pocos los niños con este problema, aquellos que lo llegan a presentar, demuestran contracciones más fuertes de los labios y los músculos mentonianos, además de un violento empuje de la lengua entre los dientes anteriores y entre los posteriores hacia los lados.

Estos pacientes tienen una cara inexpresiva ya que los músculos encargados de la expresión facial se dedican a estabilizar la mandíbula durante la deglución. Presentan contactos oclusales inadecuados.

E. Manifestaciones Clínicas

Sea cual sea la causa del hábito de lengua, (tamaño, postura o función) el resultado final es frecuentemente mordida abierta, maloclusión o patología de los tejidos de soporte. Graber Winders demostró que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

Antes de que se considere que un paciente tiene un hábito de lengua dañino, se debe demostrar una maloclusión asociada a él.

Si el paciente :

1. Presiona su lengua contra los incisivos superiores o entre los superiores e inferiores durante la deglución.

2. Tiene mordida abierta directamente relacionada al hábito.

3. Deglute con los dientes separados.

4. Y si tiene una excesiva actividad del labio inferior durante la masticación y deglución, significa entonces que el paciente tiene un hábito de lengua dañino.

Si el paciente presenta los síntomas del hábito, pero no tiene una maloclusión asociada directamente con éste, entonces el hábito es incipiente. La diferencia entre el hábito dañino y benigno se basa entonces en la maloclusión dental.

Como ya se ha mencionado las principales maloclusiones causadas por éste hábito son:

a) Mordida abierta anterior

b) Mordida abierta posterior

a) Mordida abierta anterior

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión, se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Además de producir protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores, el empuje lingual puede presentar depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

La colocación de la lengua entre los dientes anteriores, por efecto de lo cual los antagonistas no se encuentran en el debido reposo, provocará una mordida parcialmente abierta. Hotz

Si la colocación de la lengua se efectúa en uno de los lados,

la alteración que produzca será una mordida abierta lateral.

La mordida abierta es el resultado de un desarrollo vertical insuficiente, el cual no permite a un diente o a varios, llegar a encontrarse con sus antagonistas en el arco opuesto. La consecuencia es la falta de oclusión localizada.

b) Mordida Abierta Posterior

La mordida abierta en la región de molares puede ser causada por hábitos tales como empujar lateralmente la lengua durante la deglución.

En adultos la mordida abierta posterior puede ser más grave que la anterior ya que no existe oportunidad para que el crecimiento alveolar se corrija. Moyers

F. Tratamiento

La corrección de una mordida debe iniciarse a más tardar al comienzo del cambio de los incisivos, ya que su cometido resultaría tanto más difícil cuanto más tiempo persista la presión nociva de la lengua. También es conveniente tomar en cuenta la madurez y condición física del niño para escoger el tratamiento adecuado.

En general son tres pasos a seguir:

1. Aprender el nuevo reflejo conscientemente
2. Transferirlo y reforzarlo en el subconciente
3. Colocar un aparato Intraoral cuando esté indicado

1. Se buscara una posición confortable para la colocación de la punta de la lengua durante la deglución.

Esto se logrará colocando nuestro dedo en la punta de la lengua del paciente y después en la unión del paladar duro con el blando, debiendo decirle al paciente que es en ese lugar donde la mayoría de la gente deglute y con esa parte de lengua.

Se le pide al paciente que ocluya y cierre sus labios, y que degluta mientras mantiene la lengua en esa posición.

Este ejercicio deberá realizarlo el paciente mínimo 40 veces al día.

Para el ejercicio se utilizará pequeñas cantidades de agua y elásticos ortodónticos para mantener la punta de la lengua en el lugar correcto del paladar durante la deglución.

2. Cuando el nuevo reflejo ha sido aprendido en un nivel consciente, es necesario reforzarlo a nivel subconsciente.

En esta etapa el paciente ya es capaz de deglutir con

la lengua en posición correcta, aunque demostrará algunas degluciones anormales a un nivel inconciente.

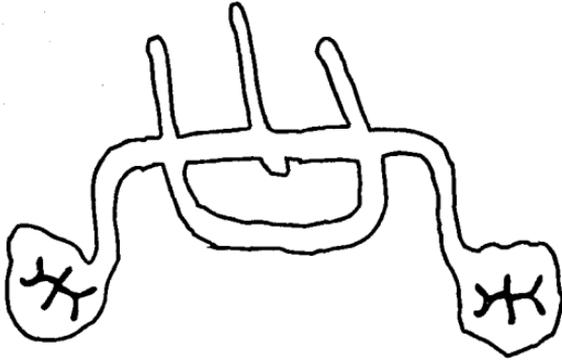
Se requiere usar pastillas de frutas, de preferencia ácidas y biconcavas.

El paciente colocará la pastilla en la parte posterior de la lengua y tratará de mantenerla contra el paladar en la posición correcta hasta que el dulce se disuelva por completo.

Al principio lo logrará por poco tiempo e irá aumentando de tiempo poco a poco.

3. Se pueden utilizar varios tipos de aparatos, los cuales son principalmente recordatorios.

Una placa de acrílico con una muesca donde debe de ir la lengua en posición correcta.



. Otro aparato es el arco Palatino con unos espolones o prolongaciones muy cortas (2 mm.) redondeados y colocados estratégicamente.

No debe de colocarse ningún aparato como primer paso del tratamiento ya que esto es sumamente traumático y el paciente no querrá seguir con el tratamiento.

Los aparatos se clasifican en fijos y removibles. Al seleccionar el aparato se debe considerar la edad del niño, su dentadura y su tipo de hábito lingual.

Los niños de menos de 6 años, quienes tienen todos los dientes temporales, los instrumentos removibles pueden ser no muy acertados debido a la inmadurez del niño.

4. RESPIRADOR BUCAL

A. Etiología

El hábito de respirar por la boca también se encuentra íntimamente ligado con una función

muscular anormal.

Por mucho tiempo fue considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico, y en menor grado, el resultado de la maloclusión. Graber

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca.

La respiración bucal se puede dar por tres causas:

1. Por Obstrucción
2. Por Hábito
3. Por Anatomía

1. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan una resistencia incrementada

u obstrucción total del flujo normal del aire a través del conducto nasal.

Como existe una dificultad para que el niño inhale el aire por la nariz se ve forzado a hacerlo por la boca.

2. El niño que tuvo obstrucción nasal pero que ésta ya le ha sido corregida, más sin embargo, sigue respirando por la boca entonces lo llamaremos costumbre o hábito.

3. El paciente que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel que presenta un labio superior corto, el cual le impide cerrar la boca completamente sin hacer muchos esfuerzos, por lo tanto no logra un buen sellado de labios a la hora de respirar.

Debe poderse distinguir a cuál de estas

categorías corresponde el paciente. También se debe diferenciar el segundo tipo (por hábito), del de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de su labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la nariz, en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

Estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como es el caso de los individuos braquicefálicos.

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

1. Hipertrofia de las turbinas causada por alergias, infecciones crónicas de la mucosa que cubre los

conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3. Adenoides agrandados. Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es difícil que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

B. Métodos de Diagnóstico

Observar la respiración del paciente sin que éste se dé cuenta es un buen principio para dar un diagnóstico.

Los respiradores nasales normalmente mantienen sus labios en un ligero contacto durante la respiración relajada, mientras que los respiradores bucales mantienen sus labios separados.

Pida al paciente que respire profundamente, aquí la mayoría lo harán por la boca aun cuando algún respirador nasal sí lo haga por la nariz y manteniendo sus labios ligeramente juntos.

Pida ahora al paciente que respire profundamente manteniendo cerrados sus labios, aquí se puede observar que los respiradores nasales tienen un buen reflejo en los músculos

de las alas de la nariz, que controlan el tamaño y la forma de las narinas, las cuales se dilatan en la inspiración.

Los respiradores bucales aún cuando son capaces de respirar por la nariz, no cambian el tamaño ni la forma de las narinas y a veces hasta contraen las alas de la nariz a la hora de la inspiración profunda. Hasta los respiradores nasales con una obstrucción nasal temporales son capaces de demostrar el reflejo de contracción y dilatación de las narinas durante una inspiración voluntaria.

Una función nasal unilateral puede ser diagnosticada colocando dos espejos dentales, uno en cada fosa o arriba del labio superior y si hay respiración nasal, el espejo se empañara.

Una pelusa de algodón también puede ser útil.

C. Manifestaciones Clínicas

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como facies "adenoldea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. Finn

La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión 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, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por el músculo orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, quedando un maxilar en forma de "V" y

un bóveda palatina elevada.

D.Tratamiento

Aunque la corrección de la obstrucción nasal se corrige mediante una cirugía, el paciente aún resuelto su problema sigue respirando por la boca, por costumbre. Esto es más evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz.

Para esto se construirá un protector bucal o pantalla bucal, que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de colocar el protector nasal debe asegurarse que el niño realmente tenga el conducto nasofaríngeo lo

suficientemente abierto como para que pueda respirar por la nariz sin obstrucción alguna.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal.

Generalmente se usa durante la noche para que el niño durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

Es un aparato que se considera de múltiples usos, ya que si el niño se muerde el labio, succiona su pulgar o empuja su lengua durante la noche el protector bucal se lo impedirá.

CONCLUSIONES

. Mediante el análisis realizado anteriormente se puede concluir que el papel psicológico llega a interactuar en algunos tratamientos, por lo tanto, recomiendo que sea tomado en cuenta por el odontólogo cuando él juzgue conveniente, o cuando el caso así lo requiera.

. El diagnóstico oportuno y atinado evita cualquier desajuste en la oclusión.

. El conocimiento detallado de los factores etiológicos responsables del desarrollo de la maloclusión, es un requisito previo a cualquier intento para prevenir o interceptar una maloclusión.

. Existen numerosos hábitos y variaciones de hábitos que inducen a una maloclusión e incluso pueden estar relacionados entre sí, uno como consecuencia de otro.

. Si las fuerzas de oclusión se han visto alteradas en su función normal por tiempo prolongado, se hace necesaria la intervención activa mediante aparatología.

. La motivación y cooperación del paciente es muy necesaria para que el tratamiento sea todo un éxito.

. Quiero resaltar la obligación del odontólogo de realizar siempre un diagnóstico adecuado aún cuando para lograr esto, tenga que interactuar con otros profesionistas, ya que considero

que si el cirujano dentista logra diagnosticar acertadamente, hay muchas más posibilidades de que el tratamiento que se elija llegue a ser exitoso.

No olvidando nunca que el paciente debe recibir siempre el mejor tratamiento personalizado que el odontólogo pueda brindarle, porque pienso que está obligado profesionalmente a reestablecer la salud de cada uno de sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. J. R. Pinkham

Odontología Pediátrica

Ed. Interamericana. Mc Graw - Hill

1a. Edición

México, 1991

2. Sidney B. Finn

Odontología Pediátrica

Ed. Interamericana

4a. Edición

México, 1976

3. Kenneth D. Snawder

Manual de Odontopediatría Clínica

Ed. Labor. S.A.

España, 1982

4. T. M. Graber

Ortodoncia Teoría y Práctica

Ed. Interamericana

3a. Edición

México, 1974

5. Moyers E. Robert

Tratado de Ortodoncia

Ed. Interamericana

México, 1958

6. Thomas K. Barber

Larry S. Luke

Odontología Pediátrica

Ed. Manual Moderno

México 1985

7. Bibby E. R

"The Hyoid Bone Position in Mouth Breathers
and Tongue - Trusters".

American Journal Orthodontics Vol.85 No.5

Mayo, 1984

8. Myron A. Liberman. Gazit Esther.

"Noses Tonges and Teeth"

Journal of Dentistry for Children

January - February 1985

9. Rajunov Sarafanov Samuel. Cheirif B. Simón

"Análisis de los Hábitos Orales

Asociación Dental Mexicana XXXVII/2

Marzo - Abril 1980

10. Speidel. T. M. Issacson. R. J. Worms F. W.

"Tongue Trust Therapy and Anterior Dental

Open Bite."

American Journal Orthodontics Vol.62 No.3

September 1972

11. Weiss C.E. Van Houten J.T.

" A Remedial Program for Tongue - Trust"

American Journal Orthodontics. Vol. 62 No.5

Nov. 1972

12. Swenson H.M.

" Oral Habits and Periodontal Disease"

Dental Abstracts

April 1986

Pags. 185 -186

13. Goldberger M. Jeanne

" Tonge Thrust" report of cases.

Journal of American dental Asociation

Vol.86 No.3

March 1973

Pags. 667 - 671