

161
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS EN PACIENTES INFANTILES

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

EDGARD RICARDO HERNANDEZ NAJERA

MARZO

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

T E M A R I O

	Pág.
INTRODUCCION	.... 1
 HISTORIA CLINICA	
Historia clínica	.... 2
Examen clínico	.... 3
Módulos de estudio	.... 4
Radiografías intrabucales y/ó Ortopantomografía.	.... 5
Fotografía de la cara	.... 5
Plan de tratamiento	.... 6
 DESARROLLO FACIAL Y ERUPCIÓN DENTAL	
Crecimiento	.... 8
Desarrollo	.... 8
Crecimiento Óseo	.... 9
Crecimiento del cráneo	.... 10
Maxilar superior	.... 11
Maxilar inferior	.... 12
Hueso cigomático	.... 13
Factores hereditarios y función	.... 13
Orden de erupción	.... 13
Erupción y desarrollo de los arcos dentales.	.... 15
 HABITOS	
Hábitos bucales no compulsivos	.... 17
Hábitos bucales compulsivos	.... 17

	Pág.
Hábito de succión digital	.... 19
Hábito de bruxismo	.... 24
Hábito de respiración bucal	.... 26
Hábito de labio	.... 30
Hábito de lengua	.... 33
Conclusiones	.... 36
Bibliografía	.... 37

INTRODUCCION

El objetivo de mi tesis, es hacer una conscientización de los hábitos más comunes que presentan los pacientes infantiles, que por falta de conocimiento o por la poca experiencia que tienen en esta área, los remitimos hacia -- otra persona con la especialidad y la capacidad requerida, sabiendo que nosotros podemos hacerlo.

No pretendo en esta tesis hacer todo un tratamiento - ortodóntico correctivo, ya que eso no está a nuestro alcance, pero si un tratamiento interceptivo, mediante una aparatología sencilla y fácil, lo cual podemos manejar en -- nuestro consultorio.

HISTORIA CLINICA

Dentro de la odontopediaria es importante realizar un examen completo de la boca para poder efectuar el plan de tratamiento adecuado.

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento, es importante conocer los posibles factores etiológicos de la boca.

Para establecer un diagnóstico existen ciertos datos - que no pueden dejarse pasar por alto y que son indispensables para un diagnóstico correcto.

Los métodos auxiliares para una adecuada interpretación son:

- 1) Historia clínica.
- 2) Examen clínico.
- 3) Modelos de estudio.
- 4) Radiografías.
- 5) Fotografías.

1) HISTORIA CLINICA.

La historia clínica se define como el registro de los datos que mediante la investigación realizada en el paciente nos da a conocer el estado de salud en que se encuentra en ese momento.

La historia clínica esta compuesta por 3 secciones:

- A) Ficha de identificación.
- B) H.C. médica.
- C) H.C. odontológica.

A) Ficha de identificación.

Está compuesta de sus datos generales: Nombre, fecha (día en el que se inició el expediente), edad, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, tel.

B) H.C. médica.

Deberá incluir información de los distintos problemas de salud (insistiendo si existe alguno en ese momento presente), exámenes médicos recientes, intervenciones quirúrgicas padecidas, medicamentos que toma regularmente.

C) H.C. odontológica.

Incluirá la fecha de la última visita a un consultorio dental y el motivo de la consulta, antecedentes familiares dentales, observar su oclusión y su alineamiento, hábitos perniciosos, erupción y dentición, condición dental general y local (higiene oral).

El conocimiento de estar en presencia de un niño que no coopera y que ha tenido experiencias desagradables en las visitas anteriores a los consultorios dentales, puede alterar la forma en que el dentista enfoque el tratamiento del niño. El registro de las anomalías dentales familiares, ayudara al dentista a valorar los posibles problemas.

2) EXAMEN CLINICO.

Consistirá en una inspección sistemática y detallada de los tejidos calcificados y de la mucosa bucal, completando con radiografías.

Primero. El dentista comenzará por examinar los labios tanto externa como internamente, la mucosa bucal, el pliegue mucobucal, el paladar duro, el área sublingual, la lengua y las encías.

Deberá observar cualquier anomalía y considerar un plan de tratamiento.

Segundo. Estudiará la oclusión del niño y observará primero los dientes en la posición más retráda de la mandíbula para averiguar el traslape horizontal y vertical, las posiciones e inclinaciones de los incisivos.

Tercero. Deberá comprobar la relación molar en busca de una interdigitación cuspídea anormal y de problemas que se desarrollan durante la transición de la dentición primaria a la mixta y la permanente temprana.

Cuarta. Examinará la dentición total por discrepancias entre el tamaño de los dientes y de los maxilares y la subsecuente mal alineación. La presencia de dientes supernumerarios o dientes faltantes deberá anotarse para referencia futura.

Deberá considerar que el olvido del estado dental general es uno de los errores frecuentes en el diagnóstico ortodóntico.

Hay que recordar que el mejor mantenedor de espacio es el diente natural.

3) MODELOS DE ESTUDIO.

Es la obtención fiel y exacta de las arcadas dentarias y tejidos adyacentes perfectamente montados y articulados en

un articulador semiajustable.

Es bueno contar con un buen juego de modelos de yeso para correlacionar datos adicionales tomados de las radiografías intrabucales y/o cefalométricas. El dentista no deberá depender de su memoria y sus apuntes al tratar de definir el estado preciso de la oclusión del niño.

Debemos recordar que los modelos de estudio bien recordados dan una apariencia agradable, provocando una reacción psicológica favorable en los padres y en los pacientes (como procedimientos de trabajo de un dentista limpio, pulcro y cuidadoso en todos los procedimientos dentales).

4) RADIOGRAFIAS INTRABUCALES Y/O ORTOPANTOMOGRAFIA.

La radiografía panorámica abarca en una sola imagen el aparato estomatológico, obteniendo de ella ciertos datos que nos interesan sin tener que colocar la radiografía dentro de la boca y con una menor exposición radiológica para el organismo (en caso de que tomáramos una serie radiológica).

Las radiografías intrabucales nos sirven para confirmar las observaciones clínicas con más fidelidad que en una panorámica, entre los datos que podemos confirmar por medio de esta película radiográfica está la morfología e inclinación de las raíces de los dientes permanentes.

5) FOTOGRAFIA DE LA CARA.

Nos sirve para observar la cara externa de los labios

del paciente mediante fotografías de frente y de perfil, si se desea mayor precisión al comparar los distintos puntos de referencia, (que existen para un análisis fotográfico), pueden usarse papeles cuadriculados transparentes superpuestos a las fotografías, o trazos sobre la misma que permitan hacer una comparación de perfil.

Este tipo de fotografías ayudan en el diagnóstico y son invaluable en la apreciación de los resultados obtenidos en el tratamiento y los cambios ocasionados por el crecimiento del niño.

En las fotografías extraorales se puede ver, especialmente, el tipo facial del paciente, forma de la cara y todas aquellas alteraciones de la morfología normal del cráneo y de la cara.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Existen ciertas consideraciones básicas para indicar el plan de tratamiento adecuado para el paciente odontopediátrico.

Para iniciar el tratamiento de un paciente odontopediátrico típico, se tomará en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Siempre debe localizarse y tratarse la molestia principal.
2. Los cuidados de salud bucal no deben de interferir con los tratamientos sistemáticos del paciente.
3. Deben eliminarse el padecimiento dental existente y se prevendrá de uno nuevo.

4. Debe considerarse el efecto de un tratamiento dental anterior.

5. Se debe considerar los antecedentes sociales y económicos del paciente.

Los objetivos de un tratamiento dental ortodóntico son los siguientes:

1. Eliminar la molestia principal del sistema estomacogonático.

2. Reparar y retener todos los dientes primarios hasta su exfoliación normal.

3. Reconocer y, si es posible corregir cualquier variación del patrón normal de desarrollo y de los dientes permanentes.

4. Prevenir e interceptar cualquier maloclusión incipiente.

5. Educar a la familia para controlar y prevenir la enfermedad dental en el paciente niño.

6. Acostumbrar al niño a ser un buen paciente dental.

DESARROLLO FACIAL Y ERUPCION DENTAL

CRECIMIENTO.

Es el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo. El crecimiento estará dado por la proliferación celular, condicionado por la síntesis protoplásmica, metabolismo del agua y sales minerales de las células y el depósito de las substancias intercelulares.

DESARROLLO.

Es la serie de cambios que se suceden en un organismo, desde el momento que se integra el huevo o cigoto, hasta su completa formación.

Se puede definir que el crecimiento es un aumento de tamaño y el desarrollo es el progreso hacia la madurez.

En el desarrollo se encuentran cuatro fases:

1. Proliferación celular.
2. Diferenciación.
3. Crecimiento.
4. Integración.

1. La Proliferación celular que en los organismos superiores se lleva a cabo mediante la mitosis.

2. El Crecimiento que se da en el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo, como consecuencia de una proliferación celular y está condicionada por factores tales como: la síntesis protoplásmica, el metabolismo del agua y

sales minerales de las células y depósitos de sustancias intercelulares.

3. La Diferenciación se refiere al aumento de la complejidad y organización, éste comprende la morfogénesis y la histogénesis; la primera se refiere al cambio de la forma y organización del individuo y sus partes; y la segunda comprende al proceso de especialización de las células en tejidos.

4. La Integración se refiere al resultado de la coordinación anatómica y funcional de los tejidos, órganos, aparatos y sistemas de un individuo, dependiendo del funcionamiento normal de las glándulas endócrinas y el sistema nervioso.

CRECIMIENTO OSEO.

Antes de estudiar el crecimiento de las diferentes partes del complejo craneofacial, es importante conocer cómo crece el hueso. El precursor de todo hueso siempre es tejido conectivo, los términos cartilaginosos o endocondral y membranoso o intramembranoso identifican el tipo de tejido conectivo.

El hueso se compone de dos entidades: células óseas u osteocitos, y sustancia intercelular. Los osteocitos son de dos tipos.

1. Células que forman hueso, u osteoblastas.
2. Células que reabsorben el hueso, u osteoclastos.

Los nuevos osteoblastos depositan hueso sobre la superficie de la matriz del cartilago calcificada en degeneración, formando espículas óseas.

En la formación ósea membranosa, los osteoclastos --- surgen de una concentración de células mesenquimarias indiferenciadas. La matriz osteoide es formada por los osteoblastos recién diferenciados y se calcifica para formar hueso mientras los osteoblastos continúan formando osteoide, quedan "atrapados" en su propia matriz y se convierten en osteocitos.

La vascularización final del hueso depende de la velocidad con que es formado. Mientras más rápidamente se forma - hueso, mayores cantidades de vasos sanguíneos.

El crecimiento óseo en sí es por adición o aposición. A diferencia del cartilago, el hueso no puede crecer por actividad intersticial o expansiva.

Durante el período de crecimiento, la aposición supera a la resorción, los dos procesos se encuentran en equilibrio en el adulto, pero puede invertirse al acercarse la vejez.

El hueso crece en la dirección de menor resistencia; - los tejidos blandos dominan el crecimiento del hueso.

CRECIMIENTO DEL CRANEO.

El crecimiento de la bóveda craneana está ligado al -- crecimiento del cerebro mismo, mientras que el crecimiento de los huesos de la cara y masticatorios es casi independientemente del crecimiento del cráneo.

La base del cráneo primordialmente crece por un crecimiento cartilaginoso en las sincondrosis del esfenoides, interesfenoides, esfenoccipital intraoccipital, siguiendo principalmente la curva de crecimiento neural.

El cráneo crece porque el cerebro crece. El aumento de la longitud de la bóveda cerebral se debe primordialmente al crecimiento de la base del cráneo con actividad en la sutura coronaria.

La bóveda del cráneo crece a la altura principalmente por la actividad de las suturas parietales, junto con las -- estructuras óseas contiguas occipitales, temporales y esfenoidales.

MAXILAR SUPERIOR.

Indudablemente la posición del maxilar superior depende del crecimiento de las sincondrosis esfenoccipitales y esfenoidales. El crecimiento del maxilar superior es intramembranoso, similar al de la bóveda del cráneo. Las proliferaciones de tejidos conectivo sutural, osificación, aposición superficial, resorción y translación son los mecanismos para el crecimiento del maxilar superior, se encuentra unido parcialmente al cráneo por la sutura frontomaxilar, la sutura cigomaticomaxilar, cigomaticotemporal y pterigopalatina. --- Weimann y Sider afirman que estas suturas son todas oblicuas y paralelas entre sí. Por lo tanto el crecimiento de esta zona sirve para desplazar el maxilar superior hacia abajo y hacia adelante, la totalidad de los elementos esqueléticos asociados con una sola función se denomina unidad esquelética. La totalidad de los tejidos blandos asociados con una sola función se denominan matriz funcional.

Los maxilares están asociados con los huesos palatinos, en el perfil, el segmento de las suturas frontomaxilares y cigomaticomaxilares indica que el crecimiento en estos lugares produciría un desplazamiento hacia adelante y hacia abajo en -

la totalidad del maxilar superior. En rasgos generales, el -- crecimiento ocurre en dirección perpendicular a la línea de suturas, que no es recta.

La apófisis Pterigoides sólo crece hacia abajo.

La superficie bucal del paladar duro comprende dos -- huesos principales, los maxilares superiores emparejados, incluyendo los premaxilares y los huesos palatinos emparejados.

En el paladar existen 2 suturas principales, la sutura palatina media y la sutura palatina transversa, el paladar nunca es exageradamente grueso; de ahí se deduce que mientras se está produciendo aposición ósea en la superficie nasal, está siendo reabsorbido en la superficie bucal, o viceversa. Al hacer la mayor dimensión facial es la horizontal. En la vida pos natal, esta es la que menos aumenta.

MAXILAR INFERIOR.

El estudio de los efectos de los aparatos ortopédicos indica que puede guiar el crecimiento del maxilar inferior, - redirigirlo e interferir específicamente el crecimiento del - hueso alveolar.

Los cóndilos no son el sitio principal de crecimiento del maxilar inferior, sino centros secundarios con potencial de crecimiento por compensación, la eliminación de los cóndilos no inhiben la traslación espacial de los componentes funcionales contiguo del maxilar inferior. El crecimiento parece ser una combinación de los efectos morfológicos de las matrices capsulares y periósticas.

El crecimiento de la cabeza del cóndilo incrementa la altura de la cara, así como su profundidad, el crecimiento de la cabeza del cóndilo contribuye sólo a la altura de la cara.

HUESO CIGOMÁTICO.

El hueso cigomático contribuye a la profundidad de la cara gracias a su crecimiento en la sutura cigomaticomaxilar y la sutura cigomaticotemporal. Contribuye a la dimensión horizontal de la cara por medio de adiciones superficiales en la superficie lateral, y por resorción en la superficie media.

FACTORES HEREDITARIOS Y FUNCION.

En situaciones normales, la cara crecerá más allá de los límites de patrones genéticos preconcebidos. Sin embargo sabemos que en ciertas enfermedades óseas, como la enfermedad de Paget y la acromegalia, se exceden de los límites normales.

ORDEN DE ERUPCIÓN.

El orden de erupción de la dentadura primaria es el siguiente: "Primero los incisivos centrales, seguido en ese orden los incisivos laterales, primeros molares, canino y segundos molares, las piezas mandibulares generalmente preceden a los maxilares".

Se considera generalmente el siguiente momento de erupción: 6 meses para los centrales primarios maxilares, 7 a 8 meses para los laterales primarios mandibulares, y 8 a 9 meses para los laterales primarios maxilares. Al año aproximadamente

hacen erupción los primeros molares. A los 16 meses, aproximadamente aparecen los caninos primarios, se considera generalmente que los segundos molares primarios hacen erupción a los 2 años.

La primera pieza permanente en hacer erupción es generalmente pero a menudo los incisivos centrales permanentes -- pueden aparecer al mismo tiempo, o incluso antes, los incisivos laterales mandibulares pueden hacer erupción antes que todas las demás piezas maxilares permanentes.

A continuación entre los 6 y 7 años, hacen erupción el primer molar en los maxilares, seguido del incisivo central maxilar entre los 7 y 8 años. Los incisivos laterales maxilares permanentes hacen erupción entre las edades de 8 y 9 años.

El canino mandibular hace erupción entre los 9 y los 11 años seguido del primer premolar y el segundo molar.

En el arco maxilar se presenta generalmente una diferencia en el orden de erupción: el primer molar maxilar hace erupción entre los 10 y 12 años de edad. Después aparece el segundo premolar maxilar, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él. El molar de los 12 años de edad. Las variaciones de este patrón puede constituir un factor que ocasione tipos de maloclusiones.

ERUPCION Y DESARROLLO DE LOS ARCOS DENTALES.

Los arcos dentales primarios se presentan en dos tipos: los que mostraban espacios interdentes entre las piezas y - los que no lo mostraban. Muy frecuentemente, se producían dos diastemas consistentes en el tipo de dentadura primaria espaciada, uno entre los caninos primarios mandibulares y el primer molar primario y el otro entre el incisivo primario lateral maxilar y el canino primario maxilar. (Estos diastemas -- están presentes en la boca de todos los demás primates, Por - esto, cuando ocurre en seres humanos, se les describe como espacios primates).

Los espacios no se desarrollan en arcos anteriormente cerrados durante la dentadura primaria. Un arco puede presentar espacios y el otro no. Los arcos dentales primarios, una vez formados, y con segundos molares primarios en oclusión, no muestra aumento de longitud o de dimensión horizontal. Puede producirse ligeros acortamientos como resultado de movimientos hacia anterior de los segundos molares primarios, causados por caries interproximales. Se producen movimientos verticales de la apófisis alveolares, también se produce crecimiento antero posterior de la mandíbula y el maxilar superior, que se manifiesta en espacio retromolar para los molares permanentes futuros.

La relación del canino primario maxilar al canino primario mandibular permanece constante durante el período de la dentición primaria completa. En algunos casos, la superficie distal del segundo molar primario mandibular será mesial a la superficie distal del segundo molar primario maxilar. Cuando se verifica esto, los primeros molares permanentes mandibulares y maxilares pueden erupcionar directamente a oclusión ---

normal a esta temprana edad.

Sin embargo, normalmente los primeros molares permanentes hacen erupción en posición de extremidad a extremidad. Si el arco mandibular contiene un arco primate, la erupción del primer molar permanente causará que el segundo molar primario y el primer molar primario se mueven anteriormente, eliminando el disatema entre el canino primario inferior y el primer molar primario, y permitirán que el molar del maxilar haga -- erupción directamente a oclusión normal.

HABITOS.

Los podemos definir como los actos del individuo que se reiteran voluntariamente o involuntariamente hasta persistir por sí mismo y convertirse así en acciones automáticas.

El hábito, es pues, un componente automatizado de la actuación consciente del hombre, que se elabora del proceso de su ejecución.

Los hábitos bucales pueden ser compulsivos o no compulsivos.

HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Son aquellos hábitos adoptados y abandonados por el niño con facilidad, de los cuales generalmente no resultan reacciones anormales.

Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones maxilares y malposiciones dentarias serán aquellos adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable la continuidad de repetición.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Son aquellos hábitos que han adquirido fijación en el niño, al grado de que recurre a ellos cuando se siente inseguro.

Es de etiología variable; se considera que puede ser que los patrones de alimentación pudiera haber sido demasiado rápido, o que el niño recibiera poca leche en cada toma, --- también se considera por la inseguridad del niño, producida por falta de cariño.

Una gran mayoría de los hábitos con mayor potencial son de tipo compulsivos:

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como:

1. Útiles; los hábitos útiles incluyen los de funciones, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar.

2. Dañinos; son todos aquéllos que ejercen presiones perversas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como los hábitos de la boca abierta, morderse los labios y chuparse los pulgares.

Son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito:

1. El dentista necesita la cooperación incondicional del niño.

2. Cooperación de los padres, explicándoles lo que se intenta hacer y cómo se pretende hacer.

SUCCION DIGITAL

Los recién nacidos poseen un mecanismo bien desarrollado para chupar, y ésto constituye el medio de intercambio más -- importante con el mundo exterior, ya que de él no sólo obtiene nutrientes sino también la sensación de euforia y bienestar, -- tan indispensable en la primera etapa de su vida.

Se considera normal chuparse el dedo durante un período -- corto de la vida del niño, si éste continúa chupándose los dedos hasta la edad preescolar, será considerado como un hábito, el cual ya establecido podrá modificar la posición de los dientes creando espacios entre los incisivos superiores, maloclusión de los dientes inferiores, reducción de la mordida vertical, así como otras alteraciones.

En ocasiones los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en que los molestos intentos para que el niño abandone el hábito fueron inútiles asegurando más su prolongación.

Existen muchas controversias sobre los daños que pueden -- ocasionar el hábito de succión digital. Debido a que algunos de los daños producidos son similares a las características de la maloclusión hereditaria típica clase II, división I.

El grado del efecto dependerá de: La frecuencia, la duración e intensidad del hábito.

La frecuencia; es el número de repeticiones de dicho hábito durante el día y la noche afectando el resultado final.

Aunque el niño se chupe los dedos esporádicamente sólo cuando se va a dormir causará el mismo daño que el que continuamente tiene el dedo dentro de la boca.

La intensidad en algunos niños es tan fuerte que puede escucharse el chupeteo hasta la habitación contigua.

Clinicamente podemos apreciar efectos del acto de succionar que se manifiestan en las estructuras, modificando las formas de éstas en; ahondamiento del paladar, intrucción de dientes anteriores y vestibularización y en algunos suele verse el dedo sangrando y en algunos casos modificando la forma del mismo.

Es frecuente que con la otra mano, el niño realice algo -- llamado hábito accesorio; como es tomarse el lóbulo de la oreja, el pelo, etc.

Debemos mencionar que el desplazamiento de las piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes; la posición del dedo en la boca, y la acción de palanca que -- ejerce el niño contra las piezas y el alveolo, y la fuerza que genera, además de succionar.

TRATAMIENTO.

Para que el tratamiento tenga éxito se necesitará la cooperación incondicional del niño, la cual se obtiene cuando él -- comprenda la necesidad de dejar el hábito y exprese el deseo -- de hacerlo, el siguiente factor necesario para el tratamiento exitoso es la cooperación de los padres.

El operador deberá ponerse de acuerdo con los padres para que no regañen al niño acerca de su hábito durante el curso del tratamiento, un disgusto o un castigo por parte de los padres puede reforzar más el hábito que frenarlo. Una vez que se ha logrado las condiciones anteriores, el operador podrá formular un plan de tratamiento para modificar la conducta del -- niño.

Una vez que el niño ha expresado su decisión de suspender el hábito el dentista deberá decirle lo que está haciendo para

ayudarlo: "La mejor forma que yo conozco de ayudarte para que suspendas el hábito es darte un recordatorio ortodóntico para que lo uses en la boca".

Los recordatorios extraorales pueden ser desde una cinta o una banda adherida al dedo, también se puede colocar una sustancia desagradable sobre el dedo o el uso de un guante completo.

Los aparatos intraorales, pueden diseñarse de diferentes maneras, el tipo más común se le denomina trampa, es una defensa o una pantalla que se solda a un arco palatino. Algunos dentistas acostumbran ponerle un estímulo en el arco palatino y ha esta variación se denomina "ratrillo". Haryett y sus asociados han demostrado que la trampa palatina usada por 10 meses, es un método eficaz para tratar el hábito de succión del dedo.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es -- entre las edades de 3 1/2 a 4 1/2 años de edad, el aparato desempeña varias funciones.

1. Hace que el hábito de chuparse los dedos pierda su sentido eliminando la succión, el niño desde luego podrá colocarse el dedo en la boca, pero no tiene la verdadera satisfacción al hacerlo.

Deberá proceder con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres de que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, si no para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una máquina para masticar sana.

2. En virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en labial y evite la creación de mordida abierta, así -- las acciones adaptativas y deformantes de la lengua -- de los labios.

APARATOLOGIA.

Uno de los métodos utilizados para la eliminación de este hábito es por medio de una criba fija. Puede construirse con bandas ortodóncicas de acero-cromo que serán fijadas en los segundos molares temporales superiores y alambre de acero -- inoxidable o de níquel-cromo calibre 0.040.

Para comenzar tomaremos una impresión con alginato de cada maxilar (independientemente de la que tomaremos para modelos de estudio) y observamos si hay espacio suficiente para las bandas. En casos de que existan contactos proximales estrechos se puede pasar el alambre de latón entre las pinzas y -- después torcerlo con objeto de separar el área interproximal dirigiéndola hacia gingival de modo que no moleste durante la masticación.

Para su construcción se recorta a nivel gingival las piezas sobre las que se cementará el aparato, se adaptan las -- bandas con el alambre ya mencionado anteriormente, se forma la barra de la base central de tal forma que cruce el paladar con una trayectoria mesial al primer molar infantil a nivel del margen gingival hasta el segundo molar infantil, posteriormente formamos el asa y los espolones a un ángulo de 45° con -- relación al plano oclusal continuamos soldando la otra pata del asa central y el espolón palatino medio a la barra base y doblamos los tres espolones en dirección palatina se soldan las bandas al alambre base, se retiran del modelo se alisan, se pulen las uniones y todo el aparato.

A la siguiente cita se quitarán los separadores interproximales y se prueba el aparato en la boca del paciente pidiéndole que cierre frecuentemente. Si el paciente refiere dolor o se observan zonas muy blancas a nivel gingival se puede recortar en esta zona la banda. El aparato no deberá seguir el contorno palatino ni tocar los incisivos superiores ya que de suceder esto no sólo fracasará al tratar de impedir el hábito sino que además se causará una maloclusión iatrogénica.

El procedimiento de cementado en la boca es el mismo, que el de cualquier prótesis fija y se darán las instrucciones pertinentes al niño y a los padres sin hacer mención del hábito, pero debe dejarse aproximadamente por 10 meses para evitar recidiva.

Una vez cementado en la boca se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará algunas dificultades para limpiar los alimentos que se alojan debajo del aparato, deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra palatina. No se hace mención del dedo. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días, algunos niños salivaran excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de 3 a 4 semanas, después del intervalo de 3 meses en que desaparece completamente el hábito, se retira primero los espolones, semanas después puede retirarse la barra palatina restante y las bandas.

Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y proyección de lengua, el aparato se modifica y se deja en la boca más tiempo.

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión.

BRUXISMO

Es el frotamiento con fuerza de los dientes, y se produce durante la noche, provocando un desgaste en las caras oclusales e incisales.

Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y el stress, al producirse sobre todo en niños muy tensos e irritables y que pueden presentar otros hábitos.

El bruxismo puede considerarse como un hábito en los niños, la tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar. Los individuos nerviosos son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo.

El hábito es practicado con mayor frecuencia de noche y, si se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión de los dientes primarios y permanentes.

Cuando la practica continúa en la madurez, la maloclusión con puntos prematuros de contacto y la mordida profunda es capaz de disparar este hábito.

TRATAMIENTO

Un protector de la mordida de acrílico, que cubre las superficies oclusales de todos los dientes, superiores más 2mm. de las caras vestibulares y linguales, puede ser usado por la noche para impedir la abrasión continua de los dientes. La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para cortar interferencias oclusales, sobre el protector oclusal, las cuales se marcan al probar en boca con papel de articular.

En pacientes sin trastorno psicógeno grave aparente, pero con algún grado de nerviosidad e inquietud, las drogas tranquilizantes han sido útiles para el Bruxismo. Una dosis de 25 mg. de Hidroxizina (Atarax), 1 hora antes de acostarse ha resultado en la eventual interacción del hábito. No pueden esperarse cambios espectaculares en sólo unas noches de meditación con tranquilizantes, pero en varios meses ha sido probado un progreso notable.

APARATOLOGIA

Después de haber obtenido el diagnóstico, se toma una impresión superior, se obtiene el negativo. Se recorta el modelo en el área vestibular para permitir un mejor acceso a la región del pliegue mucobucal.

En el molde se marca la periferia deseada del protector, una vez hecho esto se procede a poner separador, mientras éste se seca, preparamos el acrílico en los godetes; la cantidad necesaria para el protector. También preparamos una olla en la cual se meta aire a presión. Una vez seco el separador, se le agrega el líquido del acrílico a que tome una consistencia de masita para poderla manipular, ya que tenemos el acrílico en masita, empezamos a adorsarlo al modelo con los dedos previamente mojados en acrílico líquido, hasta terminar de moldearlo. Antes de que endurezca se mete en la olla, se tapa y se mete aire a presión y se deja una media hora a que endurezca. Se saca de la olla, se recortan los excedentes de los espacios interproximales y de la parte externa, se pule y se lava se prueba en la boca del paciente a que ajuste.

La posición oclusal de descanso deberá ser terminada fuera de la boca, y con la ayuda del papel de articular se reduce lo necesario hasta ajustar la dimensión vertical, establecida con los incisivos inferiores en contacto con la placa oclusal.

Una vez terminado y ajustado la dimensión oclusal vertical correctamente, la guarda oclusal se pondrá en la boca y se utilizará por un período de seis hasta doce meses aproximadamente, en dicho tiempo se harán varios reajustes tanto a la guarda oclusal como en la boca del paciente, éste se hará mediante un desgaste selectivo para hacer un ajuste oclusal.

Este tipo de aparato depende de la edad del paciente, tipo de oclusión, tendencia individual a la residiva y desaparición del bruxismo.

RESPIRACION BUCAL

Se denominan respiradores bucales por que respiran por la boca, manteniendo los labios separados y sólo los cierran para deglutir. Algunos niños les es imposible cerrar los labios, debido a la protusión de sus piezas superiores. En otros no existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios pero esto puede ser resultado de: costumbre mal tono muscular o tejido inadecuado.

Pero pocos respiran realmente por la boca, también debe diferenciarse el segundo tipo del niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, manteniendo constantemente los labios separados.

Además la encía se seca al entrar en contacto con el aire y el proceso constante de humedecer y secar representa irritación para los tejidos gingivales. La saliva que rodea a la encía expuesta se vuelve viscosa, se acumulan desechos en la encía, así como en las superficies de las piezas, y la población bacteriana aumenta enormemente.

El hábito de respirar por la boca también se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal. Por mucho tiempo 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. En muchos casos, la eliminación de la sobremor_ dida horizontal excesiva y establecida de la función muscular peribucal normal reactiva el labio superior. Haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- a) Por obstrucción. Son aquéllos que presentan existencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal - del aire a través del conducto nasal.
- b) Por hábito. Es aquel que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga hacerlo.
- c) Por anatomía. Es aquel cuyo labio superior es corto y no permite cerrar por completo sintener que realizar enormes esfuerzos.

TRATAMIENTO

1. Remitir con la persona adecuada a su tratamiento: Otorrinolaringólogo.
2. Puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoide.
3. Construir un protector bucal (pantalla oral) que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales, con previa atención del Otorrinolaringólogo.

Antes de tratar de forzar el niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de - que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto --

para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico. Massler y Zwemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicarse el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede --- respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviarse a un rindólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

APARATOLOGIA

La construcción de un protector bucal, tiene como objetivo el bloqueo del paso del aire por la boca y obliga la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales. Este aparato es un escudo insertado en la boca, el cual descansa en los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal favorecer la respiración nasal.

La construcción del protector bucal se realiza de Plexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada (1.56 mm y 2.43 mm) aprox., se ajusta el vestibulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios a través del protector a las piezas. Se construye el -- protector sobre los modelos articulados, manteniendo en contacto al vertir el yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras éstos están en oclusión al fraguar el yeso se dibuja una línea en la encía el pliegue mucolabial, evi tando las ligaduras musculares. Con éste se hace un patrón trans lucido de papel y se aplica el papel sobre el plexiglas.

Al calentar el plexíglas se puede cortar con las tijeras muy fácilmente y en las zonas que así se requieran, se calienta más para adaptarse sobre los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores.

Ya terminado el aparato, este deberá tocar solo las piezas superiores anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal en inferior y superior $1/16$ de pulgada.

El paciente deberá ser examinado cada tres semanas o mensualmente. En visitas posteriores se ajustan los modelos rebajando algo de yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores. Se vuelve a adaptar de nuevo a su nueva posición con calor y toalla.

Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lengua a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua forcen ésta entre las piezas anteriores superiores inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos, y debería de utilizarse más extensamente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HABITO DE LABIO

La actividad anormal del labio, con frecuencia está asociado con el hábito del dedo, esto desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa la deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de este por la actividad normal del músculo - bola de la barba. El labio superior ya no es necesario para - llevar a cabo la actividad a manera de esfínter. En contacto con el labio inferior, como sucede con la deglución normal; este permanece hipotónico sin función, y aparece ser más corto y retraído, conocido como postura de descanso incompetente de labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, -- existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo - del mentón. Se ha visto que produce prognatismo alveolar superior y retrognatismo alveolar inferior.

La simple colocación de un aparato, sería tratar un síntoma que únicamente ayudaría a corregir el problema principal. Pero si la oclusión posterior normal no ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio.

La actividad labial normal casi siempre está ligada con la maloclusión de clase II, división I, y problemas de mordida - abierta.

TRATAMIENTO.

No debe intentarse su corrección hasta que los incisivos - han empezado a moverse a mejores posiciones, a menos que haya una relación clase I y que la mala relación de los incisivos puede tratarse con una placa bucal. Los ejercicios para los - labios ayudarán en la corrección del chupeteo y la mordida de

labio, pero la mayoría de dichos hábitos de labio se corrigen por sí solos cuando los incisivos están colocados adecuadamente y mantenidos así por mucho tiempo.

El propósito de la mioterapia es la salud y funcionamiento normal de la musculatura orofacial, por la sencilla razón de que la forman factores importantes que ayudan al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal. La mioterapia no es un sustituto de los aparatos mecánicos, ni tampoco los aparatos por sí solos pueden asegurar un constante resultado satisfactorio, deben utilizarse juntos. La mioterapia sirve para guiar el desarrollo de la oclusión, para que el patrón de crecimiento se efectúe en condiciones óptimas, y para proporcionar la mejor retención posible en los casos tratados mecánicamente.

Quizá lo más importante es estudiar el papel probable de la perturbación de la función muscular en la etiología de la maloclusión.

Su uso específico de la mecanoterapia para este hábito es en los músculos que rodean la boca y orbicular de los labios. Si los labios no sellan debido a la procumbencia de los incisivos, hay que retardar los ejercicios hasta que éstos sean retraídos lo suficiente para que los labios ejerzan cierto efecto sobre los dientes. Casi siempre el labio superior es el perezoso e ineficiente. Se puede mejorar su función tratando de estirarlo hacia abajo sobre el labio inferior, en un intento de tocar el mentón.

Puede utilizarse un "rodillo" en acrílico blando, para colocarlo en el vestíbulo al hacer los ejercicios para el labio superior, se llena la boca con agua tibia salada y se fuerza la solución entre los dientes, repitiendo el procedimiento.

No puede olvidarse la importancia de los instrumentos musicales.

Cualquier instrumento musical de viento producirá rápidamente un tono labial adecuado.

Si el conducto nasal está libre y el paciente no tiene trastornos nasorespiratorios, algunas veces la colocación durante las noches de tela de celulosa sobre los labios - facilitará que permanescan cerrados.

La placa bucal es, sin duda, un excelente aparato para estimular la función de los músculos de los labios y para la enseñanza de la respiración.

Para este tipo de hábito, contamos con el protector -- bucal descrito anteriormente.

HABITO DE LENGUA

Existen varias causas de lengua procráctil. Puede observarse como residuo del chupeteo del dedo, o como un hábito por sí mismo, con frecuencia se aprende tempranamente en la vida cuando ha habido amigdalitis crónica o faringitis. Cualquier dolor crónico en la garganta empuja a la lengua hacia adelante, en particular durante la deglución, la presión lingual produce la mordida abierta. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo menton no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido. Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de empuje lingual o una lengua agrandada.

La lengua, también puede ser causante de mal oclusión, puede ocasionar esta por: tamaño, actividad. Por su tamaño, la lengua por su sola presencia ayuda, como matriz, al desarrollo de las arcadas, por lo tanto una lengua grande o pequeña da con toda seguridad una maloclusión.

En cuanto a función la lengua por ser un grupo muscular -- importante puede causar la deformación de la arcada dentaria por su presencia continuada sobre: la cara lingual de los incisivos anteriores, dando una protusión dentaria y hasta alveolar, la presión transversal favoreciendo el crecimiento transversal mandibular creando una mordida cruzada posterior. Estos son algunos ejemplos de la acción lingual como agente etiológico de maloclusión.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad su-

ficiente para cooperar, ésto será difícil de lograr. Se pueden usar ejercicios miofuncionales, como tocar con el dedo la punta de la lengua y después el paladar cerca de la porción media, y se le dice al enfermo; "La mayor parte de las personas tragan teniendo esta parte de la lengua apoyada contra esta parte del techo de la boca". "Ponga su lengua aquí, cierre los dientes y trague sin quitarla de allí. Esto se repite hasta que el paciente tenga un concepto claro de la posición correcta de la lengua. Se puede efectuar este ejercicio diez veces durante cada una de las tres secciones diarias. Sólo algunos podrán corregir tan fácilmente una deglución anormal, pero todos tendrán conciencia de la eficiencia de la lengua. Por último si todo lo anterior fracasa, puede construirse una trampa de púas vertical.

Para evitar la interposición de la lengua entre los incisivos o el hábito de morder la lengua que puede ocasionar mordida abierta, puede colocarse un aparato con bandas o coronas con una pequeña barra que impida la interposición de la lengua. En la misma forma se puede utilizar una rejilla incorporada a un arco lingual, contra la cual se coloca la lengua, impidiendo que haga presión sobre los incisivos.

APARATOLOGÍA.

El aparato de proyección lingual es una variante, del aparato descrito anteriormente para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más efectiva contra la proyección lingual. Se revela, ahora que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende aproximadamente al paladar, como lo haría en condiciones normales.

Se hace 3 ó 4 proyecciones en forma de V, de tal manera -

que se extiende hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los ángulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de los dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentran aproximadamente a nivel del alambre base, se coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se soldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se solda a las bandas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probar el aparato en la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte. Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular se solda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Este problema localizado se elimina en un par de semanas, si se cuenta con la cooperación del niño y de sus padres.

No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales, la mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos se encuentran entre el quinto y el décimo año de vida. Si se coloca después de esta edad es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodóncia.

CONCLUSIONES

Los hábitos tienen origen en circunstancia que son relativamente comunes a grandes grupos de individuos, pero sin embargo cada paciente tiene características propias que deben estudiarse por separado.

En todos los tratamientos es de suma importancia tener una buena historia clínica para conocer al paciente tanto en su persona como en su salud en general, especialmente el de la boca, en el momento actual en que se presente en el consultorio.

Así como debemos de estar auxiliados de los modelos de estudio, radiografías y análisis especiales si se requieren.

El objetivo de mi tesis es conocer, diagnósticos y los tratamientos hacia los hábitos bucales más comunes en los pacientes infantiles, con aparatología sencilla la cual podemos manejar en el consultorio.

Y ya que vamos a hacer un tratamiento en pleno desarrollo del paciente infantil debemos conocer el desarrollo facial, y la función de los músculos faciales así como la erupción dental perfectamente para evitar una diatrogenia mayor, que podría tener el niño.

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA DENTAL

Moses Daimond
Segunda Edición en español
Editorial Uteha

ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION

Dr. BerTEAM S. Kedes
Primera Edición en español
Editorial Interamericana

MANUAL DE ORTODONCIA

Dr. Roberto Moyers D.D.S.
Primera Edición en español
Editorial Mundi.

MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES

Dr. Joseph M. Sim
Primera Edición en español 1973
Editorial Mundi

OCLUSION

Dr. Sigurd P. Ramfjord
Segunda Edición en español
Editorial Interamericana

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Dr. Ralph E. Mc. Donald
Buenos Aires 1971
Editorial Mundi

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Dr. Sidney D. Finn
Cuarta Edición
Editorial Interamericana

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Thomas K. Barber
Primera Edición
Editorial Manual Moderno

ORTODONCIA PRACTICA

Anderson G.M.
Primera Edición, Argentina
Edición Mundi

ORTODONCIA TESIS Y PRACTICA
T.M. Graber
Tercera Edición 1974
Editorial Interamericana