

355
20j



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"PREVENCION DE MALOCLUSIONES
POR MEDIO DEL USO DE
APARATOLOGIA ORTODONTICA
REMOVIBLE"

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

DANIEL PADILLA PERALTA



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.

" INDICE "

	<u>PÁGS.</u>
INTRODUCCIÓN.	1
 <u>CAPITULO I.</u>	
GENERALIDADES.	2
1.1 HISTORIA DE LA ORTODONCIA.	2 - 3
1.2 ORTODONCIA Y SU CLASIFICACIÓN.	3 - 5
1.3 OCLUSIÓN NORMAL.	5
1.4 LA MALOCLUSIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ANGLE.	5 - 10
1.5 ORTOPEDIA.	10
 <u>CAPITULO II.</u>	
ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES.	
2.1 FACTORES GENERALES.	11
2.1.1 HERENCIA.	11 - 14
2.1.2 DEFECTOS CONGÉNITOS.	15 - 19
2.1.3 PROBLEMAS DIETÉTICOS.	19 - 20
2.1.4 HÁBITOS DE PRESIÓN ANORMALES.	20 - 23
2.2 FACTORES LOCALES.	23
2.2.1 ANOMALÍAS DE FORMA, TAMAÑO Y - NÚMERO.	23 - 28

2.2.2	HÁBITOS PERNICIOSOS.	28 - 42
2.2.3	PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES -- DECIDUOS.	42 - 45
2.2.4	ERUPCIÓN TARDÍA DE LOS DIENTES PERMANENTES.	45

CAPITULO III.

ORTODONCIA CORRECTIVA LIMITADA. APARATOS REMOVIBLES Y FIJOS.

3.1	PROBLEMAS DE SOBREMORDIDA EXCESIVA.	46
3.2	TRATAMIENTO CON GUARDA OCLUSAL.	46 - 48
3.3	MANUFACTURA DE GUARDA OCLUSAL.	48 - 51
3.4	CONTROL DE HÁBITOS ANORMALES. (APARATOS FIJOS).	51 - 70
3.5	APARATOS REMOVIBLES PARA HÁBITOS ANORMALES.	71 - 72

CONCLUSIONES. 73

BIBLIOGRAFÍA.

" INTRODUCCION "

LA FINALIDAD DE ESTA TESIS ES LA DE PROPORCIONAR ALGUNOS CO
NOCIMIENTOS DE MALOCLUSIONES Y HABITOS PERNICIOSOS Y SUS --
CONSECUENCIAS, ASI COMO LOS PROCEDIMIENTOS ADECUADOS PARA -
SU TRATAMIENTO, CON EL PROPÓSITO DE EVITAR, EN LO POSIBLE,
PROBLEMAS FUTUROS.

ENTRE LOS MÁS COMÚNES SE ENCUENTRAN: EL HÁBITO DE LENGUA,
EL DE CHUPARSE LOS DEDOS, MORDERSE Y CHUPARSE LOS LABIOS Y
MORDERSE EL PULGAR.

PRETENDE SER TAMBIÉN DE UTILIDAD A LOS ESTUDIANTES, PRINCIPALMENTE A NIVEL LICENCIATURA, POR LA SENCILLEZ CON LA QUE FUE REALIZADA.

CAPITULO I

" GENERALIDADES "

1.1 HISTORIA DE LA ORTODONCIA.

LA ORTODONCIA, COMO ESPECIALIDAD, DATA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO. EL AÑO DE 1900 FUE ARBITRARIAMENTE ELEGIDO COMO EL AÑO EN QUE COMENZÓ LA ESPECIALIDAD MÁS ANTIGUA DE LA ODONTOLOGÍA YA QUE ES EN ESE AÑO CUANDO SE FUNDÓ LA ESCUELA DE ORTODONCIA DE ANGLE EN ST. LOUIS Y, POSTERIORMENTE, UN AÑO DESPUÉS, LA SOCIEDAD AMERICANA DE ORTODONCISTAS. EL LIBRO DE TEXTO DE ORTODONCIA DE ANGLE TITULADO "THE ANGLE SYSTEM OF REGULATION AND RETENTION OF THE TEETH AND TREATMENT OF THE FRACTURES OF THE MAXILIA", SE ENCONTRABA MUY SOLICITADO EN SU QUINTA EDICIÓN.

UN GRAN NÚMERO DE HOMBRES QUE POSTERIORMENTE HARÍAN CONTRIBUCIONES SIGNIFICATIVAS AL DESARROLLO DE ESTA CIENCIA, COMENZABAN A LIMITAR SU EJERCICIO PROFESIONAL A ESTA ESPECIALIDAD.

WEINBERGER HACE NOTAR QUE EXISTÍA CONCIENCIA DE LA MALA APARIENCIA DE LOS "DIENTES TORCIDOS" MUCHOS SIGLOS ANTES. ESTO SE MENCIONA EN LOS ESCRITOS DE HIPÓCRATES (460-377 A.C.), -- CELSO Y PLINIO, CONTEMPORÁNEOS DE CRISTO. CELSO AFIRMÓ, 25 AÑOS ANTES DE CRISTO, QUE LOS DIENTES PODÍAN MOVERSE POR PRESIÓN DIGITAL.

EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD "ORTODONCIA" PROVIENE DE LOS VOCABLOS GRIEGOS "ORTHOS" QUE SIGNIFICA "ENDEREZAR O CORREGIR" Y, "DONS" QUE SIGNIFICA "DIENTE". PARECE SER QUE EL TÉRMINO "ORTODONCIA" FUE UTILIZADO PRIMERO POR EL FRANCÉS LEFOULON, EN 1839. A OTRO FRANCÉS, PIERRE FAUCHARD, CON FRECUENCIA --

LLAMADO "EL PADRE DE LA ODONTOLOGÍA MODERNA", SE LE ATRIBUYE LA PRIMERA OBRA SOBRE "REGULACIÓN DE LOS DIENTES". EN SU -- TRATADO SOBRE ODONTOLOGÍA PUBLICADO EN 1728, FAUCHARD MENCIO NA EL "BANDELETTE" LLAMADO AHORA "ARCO DE EXPANSIÓN". DESDE FAUCHARD, MUCHOS HAN ESCRITO ACERCA DE LAS IRREGULARIDADES - DE LOS DIENTES. NOMBRES COMO HURLOCK, HUNTER, FOX, DELABA-- RRE, HARRIS, KINGSLEY, BROWN, MORTIMER, FARRAR Y TALBOT, ES-- TÁN LIGADOS CON EL DESARROLLO DE LA ORTODONCIA EN ESTADOS -- UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, EN EL SIGLO XIX. LA PUBLICACIÓN DE LA PRIMERA EDICIÓN DEL LIBRO DE ANGLE, EN 1887, CULMINÓ ES-- TAS CONTRIBUCIONES. MÁS QUE CUALQUIER OBRA DE ESTA ÉPOCA, - EL TEXTO DE ANGLE SIRVIÓ PARA ORGANIZAR LOS CONOCIMIENTOS -- EXISTENTES ACERCA DE LA ORTODONCIA. DURANTE LOS 30 AÑOS SI-- GUIENTES, EJERCIÓ UNA PROFUNDA INFLUENCIA EN EL DESARROLLO - DE LO QUE HABRÍA DE SER LA PRIMERA ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA RECONOCIDA. CASI TAN IMPORTANTES FUERON CALVIN CASE Y MAR-- TIN DEWEY. LAS CONTÍNUAS BATALLAS ENTRE ANGLE, CASE Y DEWEY EN LITERATURA CONTEMPORÁNEA ASÍ COMO DENTRO Y FUERA DE REU-- NIONES DE SOCIEDADES ODONTOLÓGICAS, SIRVIERON PARA AUMENTAR EL INTERÉS POR LA ORTODONCIA Y AUMENTAR LA DEDICACIÓN Y DEVO-- CIÓN DE SUS DISCÍPULOS. LOS DEBATES DE CASE Y DEWEY HAN SI-- DO PUBLICADOS NUEVAMENTE EN LA REVISTA AMERICANA JOURNAL OF ORTHODONTICS, ILUSTRANDO EL HECHO DE QUE MUCHOS DE LOS PRO-- BLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTARON LOS PRECURSORES DE LA ORTO-- DONCIA AÚN NOS ACOMPAÑAN Y AÚN ENGENDRAN CONSIDERABLE CONTRO-- VERSIA.

1.2 ORTODONCIA.

COMPRENDE EL ESTUDIO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS MA-- XILARES Y DE LA CARA, ESPECIALMENTE, Y DEL CUERPO EN GENERAL COMO INFLUENCIA SOBRE LA POSICIÓN DE LOS DIENTES. EL ESTU-- DIO DE LA ACCIÓN Y REACCIÓN DE LAS FUERZAS INTERNAS Y EXTER-- NAS EN EL DESARROLLO Y LA PREVENCIÓN, ASÍ COMO LA CORRECCIÓN

DEL DESARROLLO DETENIDO Y PERVERTIDO.

PARA NUESTRO PROPÓSITO EL CAMPO GENERAL DE LA ORTODONCIA SE DIVIDE EN TRES CATEGORÍAS: ORTODONCIA PREVENTIVA, ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTODONCIA CORRECTIVA.

- ORTODONCIA PREVENTIVA:

ES LA ACCIÓN EJERCIDA PARA CONSERVAR LA INTEGRIDAD DE LO QUE PARECE SER OCLUSIÓN NORMAL. BAJO EL ENCABEZADO DE ORTODONCIA PREVENTIVA ESTÁN AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE INTENTAN EVITAR LOS ATAQUES INDESEABLES DEL MEDIO AMBIENTE O CUALQUIER COSA QUE PUDIERA CAMBIAR EL CURSO NORMAL DE LOS ACONTECIMIENTOS; ENTRE ELLOS ESTÁN: LA CORRECCIÓN OPORTUNA DE LESIONES CARIOSAS QUE PUDIERAN CAMBIAR LA LONGITUD DE LA ARCADE; RESTAURACIÓN CORRECTA DE LA DIMENSIÓN MESIO-DISTAL DE LOS DIENTES; RECONOCIMIENTO OPORTUNO Y ELIMINACIÓN DE HÁBITOS BUCALES QUE PUDIERAN INTERFERIR EL DESARROLLO NORMAL DE LOS DIENTES Y LOS MAXILARES, ASÍ COMO LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA CONSERVAR LAS POSICIONES CORRECTAS DE LOS DIENTES CONTIGUOS. LA DENTICIÓN ES NORMAL AL PRINCIPIO Y EL FIN PRINCIPAL DEL DENTISTA ES CONSERVARLA IGUAL.

- ORTODONCIA INTERCEPTIVA:

INDICA QUE EXISTE UNA SITUACIÓN ANORMAL. ES AQUELLA FASE DE LA CIENCIA Y ARTE DE LA ORTODONCIA EMPLEADA PARA RECONOCER Y ELIMINAR IRREGULARIDADES EN POTENCIA Y MAL POSICIONES DEL COMPLEJO DENTO-FACIAL.

CUANDO EXISTE UNA FRANCA MALOCLUSIÓN EN DESARROLLO, CAUSADA POR FACTORES HEREDITARIOS INTRÍNSECOS O EXTRÍNSECOS, DEBEREMOS PONER EN MARCHA CIERTOS PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LA SEVERIDAD DE LA MALFORMACIÓN Y, EN ALGUNOS CASOS, ELIMINAR SU CAUSA.

- ORTODONCIA CORRECTIVA:

COMO LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA, RECONOCE LA EXISTENCIA DE UNA MALOCLUSIÓN Y LA NECESIDAD DE EMPLEAR CIERTOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS PARA REDUCIR O ELIMINAR EL PROBLEMA Y SUS SECUELAS, ESTOS PROCEDIMIENTOS SON GENERALMENTE MECÁNICOS Y DE MAYOR ALCANCE QUE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA, ESTE ES EL TIPO DE PROBLEMAS QUE EXIGEN MAYORES CONOCIMIENTOS.

1.3 OCLUSIÓN NORMAL:

SE DEFINE COMO LA RELACIÓN FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL ENTRE UN SISTEMA INTEGRADO POR DIENTES, ESTRUCTURAS DE SOPORTE, ARTICULACIÓN Y COMPONENTES NEUROMUSCULARES,

1.4 MALOCLUSIÓN:

ES TODA DESVIACIÓN DE LA OCLUSIÓN NORMAL CAPAZ DE PRODUCIR O QUE HA PRODUCIDO YA UNA LESIÓN (PARODONTAL).

CLASIFICACIÓN DE ANGLE:

ANGLE DIVIDIÓ LA MALOCLUSIÓN EN TRES CLASES AMPLIAS: CLASE I.- NEUTROCLUSIÓN; CLASE II.- DISTOCLUSIÓN Y CLASE III.- MESIOCLUSIÓN.

- CLASE I:

LA CONSIDERACIÓN MÁS IMPORTANTE AQUÍ ES QUE LA RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR DE LOS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES ES CORRECTA, CON LA CÚSPIDE MESIO-VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR OCLUYENDO EN EL SURCO MESIO-VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR,

LA MALOCLUSIÓN ES BÁSICAMENTE UNA DISPLASIA DENTARIA. DENTRO DE ESTA CLASIFICACIÓN SE AGRUPAN LAS GIROVERSIONES, -- MAL POSICIÓN DE DIENTES INDIVIDUALES, FALTA DE DIENTES Y -- DISCREPANCIA EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES.

GENERALMENTE SUELE EXISTIR FUNCIÓN MUSCULAR NORMAL CON ESTE TIPO DE PROBLEMA.

EN OCASIONES LA RELACIÓN MESIO-DISTAL DE LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, PUEDE SER NORMAL, LA INTERDIGITACIÓN DE LOS SEGMENTOS BUCALES ES CORRECTA, SIN MAL POSICIÓN FRANCA DE LOS DIENTES, PERO TODA LA DENTICIÓN SE ENCUENTRA DESPLAZADA EN SENTIDO ANTERIOR CON RESPECTO AL PERFIL. ESTO SE LLAMA PROTRUSIÓN BIMAXILAR.

PUEDE EXISTIR MALOCLUSIÓN EN PRESENCIA DE FUNCIÓN MUSCULAR PERIBUCAL ANORMAL, CON RELACIÓN MESIO-DISTAL NORMAL DE LOS PRIMEROS MOLARES, PERO CON LOS DIENTES EN POSICIÓN ANTERIOR A LOS PRIMEROS MOLARES COMPLETAMENTE FUERA DE CONTACTO, INCLUSO DURANTE LA OCLUSIÓN HABITUAL. ESTO SE LLAMA "MORDIDA ABIERTA", QUE GENERALMENTE SE OBSERVA EN LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA, PERO PUEDE TAMBIÉN OCURRIR EN LOS SEGMENTOS POSTERIORES.

- CLASE II:

EN ESTE GRUPO, LA ARCADA DENTARIA INFERIOR SE ENCUENTRA EN RELACIÓN DISTAL O POSTERIOR CON RESPECTO A LA ARCADA DENTARIA SUPERIOR, SITUACIÓN QUE ES MANIFESTADA POR LA RELACIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. EL SURCO MESIO-VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR INFERIOR YA NO RECIBE A LA CÚSPIDE MESIO-VESTIBULAR EN EL PRIMER MOLAR SUPERIOR, SINO QUE -- HACE CONTACTO CON LA CÚSPIDE DISTO-VESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR, O PUEDE ENCONTRARSE AÚN MÁS DISTAL.

LA INTERDIGITACIÓN DE LOS DIENTES RESTANTES REFLEJA ESTA RELACIÓN POSTERIOR, DE MANERA QUE ES CORRECTO DECIR QUE LA DENTICIÓN INFERIOR SE ENCUENTRA DISTAL A LA DENTICIÓN SUPERIOR. EXISTEN DOS DIVISIONES DE LA MALOCCLUSIÓN DE CLASE II:

1ª.- EN LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE II DIVISIÓN I, LA RELACIÓN DE LOS MOLARES ES IGUAL A LA DESCRITA ANTERIORMENTE (DISTOCCLUSIÓN); EXISTEN ADEMÁS OTRAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS. LA DENTICIÓN INFERIOR PUEDE SER NORMAL O NO, CON RESPECTO A LA POSICIÓN INDIVIDUAL DE LOS DIENTES Y LA FORMA DE LA ARCADA.

CON FRECUENCIA EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR SUELE EXHIBIR SUPRAVERSIÓN O SOBREERUPCIÓN DE LOS DIENTES INCISIVOS, ASÍ COMO TENDENCIA AL APLANAMIENTO Y ALGUNAS OTRAS IRREGULARIDADES. LA FORMA DE LA ARCADA DE LA DENTICIÓN SUPERIOR POCAS VECES ES NORMAL. EN LUGAR DE LA FORMA HABITUAL DE "U", TOMA UNA FORMA QUE SE ASEMEEJA A LA DE UNA "V"; ESTO SE DEBE A UN ESTRECHAMIENTO DEMOSTRABLE EN LA REGIÓN DE PREMOLARES Y CANINO, JUNTO CON PROTRUSIÓN O LABIOVERSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA AQUÍ, COMPARANDO LA CLASE II DIVISIÓN I, CON LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE I, ES LA FUNCIÓN MUSCULAR ANORMAL ASOCIADA. EN LUGAR DE QUE LA MUSCULATURA SIRVA COMO FÉRULA ESTABILIZADORA, SE CONVIERTE EN UNA FUERZA DEFORMANTE.

CON EL AUMENTO DE LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL (PROTRUSIÓN HORIZONTAL DEL SEGMENTO INCISAL SUPERIOR), EL LABIO INFERIOR AMORTIGÜA EL ASPECTO LINGUAL DE LOS DIENTES. LA POSTURA HABITUAL EN LOS CASOS MÁS SEVEROS ES CON LOS INCISIVOS SUPERIORES DESCANSANDO SOBRE EL LABIO INFERIOR. LA LENGUA YA NO SE APROXIMA AL PALADAR DURANTE EL DESCANSO. DURANTE LA DEGLUCIÓN, LA ACTIVI

DAD MUSCULAR ANORMAL DE LOS MÚSCULOS DEL MENTÓN Y BUCINADOR, JUNTO CON LA FUNCIÓN COMPENSADORA DE LA LENGUA Y CAMBIO EN LA POSICIÓN DE LA MISMA TIENDEN A - - ACENTUAR EL ESTRECHAMIENTO DE LA ARCADA SUPERIOR, LA PROTRUSIÓN, INCLINACIÓN LABIAL Y SEPARACIÓN DE LOS - INCISIVOS SUPERIORES, LA CURVA DE SPEE Y EL APLANAMIENTO DEL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. LOS INCISIVOS INFERIORES PUEDEN O NO REALIZAR UN MOVIMIENTO DE SOBREPUNCIÓN, LO QUE DEPENDE DE LA POSICIÓN Y FUNCIÓN DE LA LENGUA. CON FRECUENCIA SUELEN HACERLO. LA RELACIÓN DISTAL DEL MOLAR INFERIOR Y LA ARCADA INFERIOR PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL.

2ª.- AL IGUAL QUE LA MORFOLOGÍA DE LA CLASE II DIVISIÓN 1, LA CLASE II DIVISIÓN 2, CREA UNA IMAGEN MENTAL DE LAS RELACIONES DE LOS DIENTES Y LA CARA.

COMO LA DIVISIÓN 1, LOS MOLARES INFERIORES Y LA ARCADA INFERIOR SUELEN OCUPAR UNA POSICIÓN POSTERIOR CON RESPECTO AL PRIMER MOLAR PERMANENTE SUPERIOR Y A LA - ARCADA SUPERIOR, PERO AQUÍ CAMBIA LA IMAGEN. EL MISMO ARCO INFERIOR PUEDE O NO MOSTRAR IRREGULARIDADES - INDIVIDUALES, PERO GENERALMENTE PRESENTA UNA CURVA DE SPEE EXAGERADA Y EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR SUELE SER MÁS IRREGULAR, CON SUPRAVERSIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES. CON FRECUENCIA LOS TEJIDOS GINGIVALES LABIALES INFERIORES ESTÁN TRAUMATIZADOS. LA ARCADA SUPERIOR POCAS VECES ES ANGOSTA, SIENDO POR LO GENERAL MÁS AMPLIA QUE LO NORMAL EN LA ZONA INTERCANINA. UNA CARACTERÍSTICA RELATIVAMENTE CONSTANTE ES LA INCLINACIÓN LINGUAL EXCESIVA DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES CON INCLINACIÓN LABIAL EXCESIVA DE LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES. LA SOBRE MORDIDA VERTICAL ES EXCESIVA (MORDIDA CERRADA).

EN ALGUNOS CASOS SE PRESENTAN VARIACIONES EN LA POSICIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, TANTO LOS INCISIVOS CENTRALES COMO LOS LATERALES PUEDEN ESTAR INCLINADOS EN SENTIDO LINGUAL Y LOS CANINOS EN SENTIDO LABIAL. TAL OCLUSIÓN ES TRAUMÁTICA Y PUEDE SER DAÑINA PARA LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL SEGMENTO INCISAL INFERIOR. AL CONTRARIO QUE EN LA CLASE II DIVISIÓN I, LA FUNCIÓN MUSCULAR PERIBUCAL GENERALMENTE SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, TAL COMO EN LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE I. DEBIDO A LA MORDIDA CERRADA Y A LA EXCESIVA DISTANCIA INTEROCCLUSAL, CIERTOS PROBLEMAS FUNCIONALES QUE AFECTAN A LOS MÚSCULOS TEMPORALES, MASETEROS Y PTERIGOIDEOS LATERALES, SON FRECUENTES.

AL IGUAL QUE EN LA DIVISIÓN I, LA RELACIÓN MOLAR DISTAL DE LA ARCADEA INFERIOR PUEDE SER BILATERAL O UNILATERAL.

3ª.- EN ESTA CATEGORÍA, EN OCLUSIÓN HABITUAL, EL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE SE ENCUENTRA EN SENTIDO MESIAL O NORMAL EN SU RELACIÓN CON EL PRIMER MOLAR SUPERIOR. LA INTERDIGITACIÓN DE LOS DIENTES RESTANTES GENERALMENTE REFLEJA ESTA MALA RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR. AL CONTRARIO DE LA CLASE II DIVISIÓN I, EN LA QUE LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL ES EXCESIVA, LOS INCISIVOS INFERIORES SUELEN ENCONTRARSE EN MORDIDA CRUZADA TOTAL, EN SENTIDO LABIAL A LOS INCISIVOS SUPERIORES. EN LA MAYOR PARTE DE LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE III, LOS INCISIVOS INFERIORES SE ENCUENTRAN INCLINADOS EXCESIVAMENTE HACIA EL ASPECTO LINGUAL, A PESAR DE LA MORDIDA CRUZADA. LAS IRREGULARIDADES INDIVIDUALES DE LOS DIENTES SON FRECUENTES.

EL ESPACIO DESTINADO A LA LENGUA PARECE SER MAYOR Y -

ÉSTA SE ENCUENTRA ADOSADA AL PISO DE LA BOCA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO. LA ARCADA SUPERIOR ES ESTRECHA, LA LENGUA NO SE APROXIMA AL PALADAR COMO SUELE HACERLO - NORMALMENTE, LA LONGITUD DE LA ARCADA CON FRECUENCIA ES DEFICIENTE Y LAS IRREGULARIDADES INDIVIDUALES DE - LOS DIENTES SON ABUNDANTES.

ÁL IGUAL QUE LA MALOCCLUSIÓN DE CLASE II, LA RELACIÓN DE LOS MOLARES PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL. LOS INCISIVOS SUPERIORES GENERALMENTE SE ENCUENTRAN MÁS - INCLINADOS EN SENTIDO LINGUAL QUE EN LAS MALOCCLUSIO-- NES DE CLASE I O CLASE II DIVISIÓN I. EN ALGUNOS CA-- SOS, ESTO CONDUCE A LA MALOCCLUSIÓN SEUDO CLASE III, - LO QUE PROVOCA QUE AL CERRAR EL MAXILAR INFERIOR ÉSTE SEA DESPLAZADO EN SENTIDO ANTERIOR, AL DESLIZARSE LOS INCISIVOS SUPERIORES INCLINADOS EN SENTIDO LINGUAL -- POR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS INFE-- RIORES.

1.5 ORTOPEDIA:

RAMA DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA DEL ESTUDIO Y LA CO-- RRECCIÓN DE LA MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES POR MEDIO DE APARA-- TOLOGÍA REMOVIBLE Y PARA LOGRAR SUS FINES APROVECHA LAS FUER-- ZAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

CAPITULO II

" ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES "

2.1 FACTORES GENERALES:2.1.1 HERENCIA.

EN UNA DISCUSIÓN SOBRE ETIOLOGÍA, ES LÓGICO COMENZAR CON LA HERENCIA O EL PATRÓN HEREDITARIO. EN EL CURSO NORMAL DE LOS HECHOS, ES RAZONABLE SUPONER QUE LOS HIJOS HEREDAN ALGUNOS CARACTERES DE SUS PADRES. ÉSTOS FACTORES O ATRIBUTOS, PUEDEN SER MODIFICADOS POR EL AMBIENTE PRENATAL Y POSTNATAL, ENTIDADES FÍSICAS, PRESIONES, HÁBITOS ANORMALES, -- TRASTORNOS NUTRICIONALES Y FENÓMENOS IDIOPÁTICOS, PERO EL PATRÓN BÁSICO PERSISTE JUNTO CON SU TENDENCIA A SEGUIR DETERMINADA DIRECCIÓN.

PODEMOS AFIRMAR QUE EXISTE UN DETERMINANTE GENÉTICO DEFINIDO QUE AFECTA A LA MORFOLOGÍA DENTO-FACIAL. EL PATRÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POSEE UN FUERTE COMPONENTE HEREDITARIO.

EXISTEN CIERTAS CARACTERÍSTICAS RACIALES Y FAMILIARES QUE TIENDEN A RECURRIR. COMO EL HIJO ES PRODUCTO DE PADRES DE HERENCIA DIFERENTE, DEBEMOS RECONOCER LA HERENCIA DE AMBAS FUENTES, PERO ESTO SIGNIFICA QUE EXISTE LA POSIBILIDAD DE RECIBIR UNA CARACTERÍSTICA HEREDITARIA DE CADA PADRE O UNA COMBINACIÓN DE ÉSTAS, DE AMBOS PADRES, PARA PODER PRODUCIR UNA YA COMPLETAMENTE MODIFICADA, EL PRODUCTO FINAL PUEDE O NO SER ARMONIOSO. UN NIÑO PUEDE POSEER CARACTERÍSTICAS FACIALES MUY PARECIDAS A LAS DEL PADRE O LA MADRE; O EL RESULTADO FINAL PUEDE SER UNA COMBINACIÓN DE LOS CARACTERES DE CADA PADRE. PUEDE HEREDAR TAMAÑO Y FORMA DE LOS DIEN-

TES, TAMAÑO DE LOS MAXILARES, FORMA Y RELACIÓN Y CONFIGURACIÓN MUSCULAR DE LOS TEJIDOS BLANDOS DEL PADRE O DE LA MADRE, PERO TAMBIÉN ES POSIBLE QUE HEREDE EL TAMAÑO Y FORMA DE LOS DIENTES DE UN PADRE Y EL TAMAÑO Y FORMA DE LOS MAXILARES DEL OTRO. LOS TEJIDOS BLANDOS PUEDEN O NO PARECERSE A LOS MATEROS O PATERNOS. NO SABEMOS BASTANTE ACERCA DE LAS COMBINACIONES Y RECOMBINACIONES COMPLICADAS DE LOS GENES EN EL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN PARA HACER UNA PREDICCIÓN ACERTADA, PERO SÍ CONOCEMOS LOS INGREDIENTES, AUNQUE DESCONOCEMOS LA RELACIÓN EN QUE SE COMBINAN.

NOS INCUMBE ESTUDIAR CUIDADOSAMENTE A LOS PADRES Y PROYECTAR EL PATRÓN MÁS PLAUSIBLE RESULTANTE DE LA PERPETUACIÓN - DE LA MORFOLOGÍA DENTO-FACIAL DEL PADRE O LA MADRE, O LA MORFOLOGÍA DENTO-FACIAL RESULTANTE DE LA COMBINACIÓN DE ESTOS FACTORES. EL ESTUDIO CUIDADOSO DE LOS PADRES RECOMPENSARÁ AL DENTISTA INTERESADO EN ESTABLECER LA BASE CAUSAL. EL ESTUDIO DE LOS HERMANOS MAYORES TAMBIÉN ES IMPORTANTE, YA QUE PROPORCIONA CLAVES A LAS TENDENCIAS HEREDITARIAS, - TANTO NORMALES COMO ANORMALES.

ES NECESARIO COMPRENDER QUE AL ESTUDIAR EL PAPEL QUE DESEMPEÑA LA HERENCIA EN LA ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN DENTARIA ESTAMOS TRATANDO CON PROBABILIDADES. ÉSTO ES LO ÚNICO QUE PODEMOS HACER EN GENÉTICA O FISIOLÓGIA.

A PARTIR DE LO CONOCIDO, PODEMOS HACER CIERTAS OBSERVACIONES GENERALES RESPECTO AL PAPEL DE LA HERENCIA EN LA ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN.

- INFLUENCIA RACIAL HEREDITARIA.

TANTO LAS CARACTERÍSTICAS DENTALES COMO LAS FACIALES, -- MUESTRAN INFLUENCIA RACIAL. EN LOS GRUPOS RACIALES HOMOGÉNEOS LA FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES ES BAJA. EN ESTAS

POBLACIONES HAY GRUPOS RELATIVAMENTE PUROS GENÉTICAMENTE Y LA OCLUSIÓN DE LOS NATIVOS ES "NORMAL". DONDE HA HABIDO MEZCLA DE RAZAS LA FRECUENCIA DE LAS DISCREPANCIAS EN EL TAMAÑO DE LOS MAXILARES Y LOS TRASTORNOS OCLUSALES -- SON SIGNIFICATIVAMENTE MAYORES. EL CRUCE RACIAL PUEDE DAR POR RESULTADO QUE EXISTA DOMINIO DE LA DEFICIENCIA -- SOBRE EL EXCESO COMO RESULTADO DE ESTAS MEZCLAS RACIALES. POR EJEMPLO, EXISTEN MÁS MALOCLUSIONES DE CLASE II CON POCO DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR QUE MALOCLUSIONES DE CLASE III, DONDE PUEDE EXISTIR UN EXCESO DE CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR. ESTA OBSERVACIÓN DEBE SER MODIFICADA POR UN ANÁLISIS GENERAL DE LA EVOLUCIÓN DEL HOMBRE.

- TIPO FACIAL HEREDITARIO:

EL TIPO FACIAL ES TRIDIMENSIONAL. CON CARAS ANCHAS GENERALMENTE VEMOS HUESOS ANCHOS Y ARCADAS DENTARIAS ANCHAS. CON LAS CARAS LARGAS Y ANGOSTAS GENERALMENTE OBSERVAMOS ESTRUCTURAS ÓSEAS ARMONIOSAS QUE CONTIENEN ARCADAS DENTARIAS ANGOSTAS. ESPECÍFICAMENTE, ESTO NO INDICA AL ORTODONCISTA QUE LA NATURALEZA ARMONIZA LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS SEGÚN EL TIPO FACIAL, PERO EL PREDOMINIO DEL FACTOR MORFOGENÉTICO AFECTA PROFUNDAMENTE A LOS OBJETIVOS -- ORTODÓNTICOS Y RESULTADOS TERAPEÚTICOS.

- INFLUENCIA DE LA HERENCIA EN EL PATRÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

RECONOCIENDO QUE EL PATRÓN MORFOGENÉTICO FINAL POSEE UN FUERTE COMPONENTE HEREDITARIO, ES RAZONABLE PENSAR QUE -- LA CONSECUENCIA DE ESTE PATRÓN SE ENCUENTRA TAMBIÉN PARCIALMENTE BAJO LA INFLUENCIA DE LA HERENCIA. POR EJEMPLO, UN NIÑO ES LENTO EN CAMBIAR SUS DIENTES DECIDUOS, Y LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES ES TAMBIÉN LENTA.

LA MADRE DIRÁ: "SUS HERMANOS Y HERMANAS TAMBIÉN FUERON - MUY LENTOS, Y YO TAMBIÉN LO FUÍ A SU EDAD"; OBIVIAMENTE, EL AMBIENTE INFLUYE EN FORMA IMPORTANTE AQUÍ Y PUEDE MODIFICAR EL PATRÓN HEREDITARIO PREDETERMINADO. JUNTO CON EL PATRÓN DE CRECIMIENTO FACIAL TRANSMITIDO EN FORMA INDIVIDUAL, PUEDE EXISTIR UN GRADIENTE DE MADURACIÓN RACIAL BÁSICO.

EL TIEMPO DE MADURACIÓN ES MÁS VARIABLE EN EL SEXO MASCULINO. POR LO TANTO, PARECE SER QUE AÚN EL LOGRO DE UN PATRÓN ESPECIAL SE ENCUENTRA SUJETO A DIVERSAS INFLUENCIAS.

- CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS HEREDITARIAS Y DENTOFACIALES ESPECÍFICAS:

LA HERENCIA PUEDE SER SIGNIFICATIVA EN LA DETERMINACIÓN DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: TAMAÑO DE LOS DIENTES, ANCHURA Y LONGITUD DE LA ARCADA, ALTURA DEL PALADAR, APIÑAMIENTO Y ESPACIOS ENTRE LOS DIENTES, GRADO DE SOBREMORDIDA SAGITAL, POSICIÓN Y CONFORMACIÓN DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL AL TAMAÑO Y FORMA DE LENGUA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

SI EXISTE LA INFLUENCIA HEREDITARIA Y PUEDE SER DEMOSTRADA EN LAS ÁREAS ENUMERADAS, ES LÓGICO QUE LA HERENCIA DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES: ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ASIMETRÍAS FACIALES, MICROGNATÍA Y MACROGNATÍA, MACRODONCIA Y MICRODONCIA, OLIGODONCIA Y ANODONCIA, VARIACIONES EN LA FORMA DE LOS DIENTES (INCISIVOS LATERALES EN FORMA DE CONO, CÚSPIDES DE CARABELLI, MAMELONES, ETC.), PALADAR Y LABIO HENDIDO, DIASTEMAS PROVOCADOS POR FRENILLOS, SOBREMORDIDA PROFUNDA, APIÑAMIENTO Y GIROVERSIÓN DE LOS DIENTES, RETRUSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR Y PROGNATISMO DEL MAXILAR INFERIOR.

2.1.2 DEFECTOS CONGÉNITOS.

- PALADAR Y LABIO HENDIDOS:

SE SUPONE QUE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS O DESARROLLO GENERALMENTE POSEEN UNA FUERTE RELACIÓN GENÉTICA. ÉSTO ES - MÁS CIERTO EN ALGUNAS AFECCIONES QUE EN OTRAS, VARIOS - ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO QUE DE UNA TERCERA PARTE, LA MITAD DE TODOS LOS NIÑOS CON PALADAR HENDIDO POSEEN ANTECEDENTES FAMILIARES DE ESTA ANOMALÍA. LOS DEFECTOS CONGÉNITOS COMO PALADAR Y LABIO HENDIDOS, JUNTOS O SEPARADOS, SE ENCUENTRAN ENTRE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS MÁS FRECUENTES EN EL HOMBRE. COMPARADA CON EL NÚMERO TOTAL DE NACIMIENTOS, LA FRECUENCIA DE ESTA ANOMALÍA ES BAJA, PERO -- CUANDO SE PRESENTA, LOS PADRES DE ESTOS NIÑOS DESGRACIADOS BUSCAN AFANOSAMENTE ALGUNA FORMA DE EVITAR LA ANGSTIA MENTAL, MISERIA Y DEFORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD; DE FORMACIÓN DE LA CARA, MALOCCLUSIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL ASOCIADA CON LABIO Y PALADAR HENDIDOS. LA INTERFERENCIA QUIRÚRGICA DEMASIADO PREMATURA, PRODUCE ANOMALÍAS EXTRAÑAS PERO EL TIPO DE LA LESIÓN ORIGINAL (HENDIDURA PARCIAL, UNILATERAL COMPLETA O BILATERAL COMPLETA) INFLUYE EN EL DAÑO POTENCIAL. MIENTRAS EXISTA UN PUENTE ÓSEO O ESTE SEA CREADO POR INJERTO ÓSEO, LAS POSIBILIDADES DE CREAR ANOMALÍAS SEVERAS SON PRÁCTICAMENTE NULAS.

LAS BANDAS DE CICATRIZACIÓN PUEDEN RESTRINGIR EL DESARROLLO HORIZONTAL DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR. LAS TÉCNICAS ACTUALES EVITAN LAS PRESIONES CONSTRICTIVAS DEBIDAS AL ACORTAMIENTO DEL MECANISMO DEL BUCINADOR. EL COLAPSO DE LOS SEGMENTOS BUCALES ES REDUCIDO, ESPECIALMENTE SI EXISTE UN PUENTE ÓSEO DE UN LADO O AMBOS, CREADO POR PROCEDIMIENTOS DE INJERTO.

LA CUERDA FLOJA SOBRE LA QUE CAMINA EL CIRUJANO ES TRATAR DE PROPORCIONAR UNA MATRIZ FUNCIONAL QUE RESTAURE LAS PRESIONES NORMALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y EVITE RESTRINGIR INDEBIDAMENTE EL DIENTE CONTIGUO Y EL HUESO. ESTA LECCIÓN ES TAMBIÉN FUNCIONAL PARA EL ORTOPEDISTA PORQUE CREA UNA MATRIZ FUNCIONAL ARTIFICIAL.

PARA NOSOTROS, COMO DENTISTAS, LA MALOCCLUSIÓN OFRECE EL RETO MÁS GRANDE. EN OCASIONES NO LE ES POSIBLE AL DENTISTA COMPENSAR LAS ANOMALÍAS RESIDUALES POSQUIRÚRGICAS. EN UNA HENDIDURA UNILATERAL, LOS DIENTES EN EL LADO DE LA HENDIDURA SE ENCUENTRAN MUCHAS VECES EN MORDIDA CRUZADA LINGUAL CON RELACIÓN A LOS ANTAGONISTAS INFERIORES. MUCHAS VECES, LA PREMAXILA SE ENCUENTRA DESPLAZADA HACIA ADELANTE O, DEBIDO A UN LABIO AJUSTADO, TODA LA ESTRUCTURA PREMAXILAR ES DESPLAZADA EN SENTIDO LINGUAL. LOS INCISIVOS SUPERIORES EN ESTE TIPO DE PROBLEMA CON FRECUENCIA OCUPAN LUGARES INCONVENIENTES, CON INCLINACIONES AXIALES ANORMALES. EN ESTA ZONA DE LA HENDIDURA LOS DIENTES CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN EN DESORDEN; PUEDE FALTAR EL INCISIVO LATERAL SUPERIOR, PRESENTAR FORMA ATÍPICA O POSEER UN "GEMELO". PARA MOVER LOS DIENTES ANTERIORES HACIA ADELANTE HASTA LA POSICIÓN CORRECTA DE SOBREMORDIDA VERTICAL Y HORIZONTAL SE REQUIERE A MENUDO FORZAR LOS DIENTES CONTRA UN LABIO REPARADO RESISTENTE Y PARCIALMENTE CICATRIZADO. TALES PROCEDIMIENTOS NO SON ACONSEJABLES Y PUEDEN AUMENTAR CONSIDERABLEMENTE LA PROBABILIDAD DE PÉRDIDA PREMATURA DE ESTOS DIENTES. SIEMPRE QUE EXISTA UNA LUCHA ENTRE HUESO Y MÚSCULO, CEDE EL HUESO. LOS DIENTES Y EL HUESO ALVEOLAR EN ESTA ZONA NO SON LA EXCEPCIÓN. AL TRATAR DE CORREGIR LA MORDIDA CRUZADA LINGUAL, FRECUENTEMENTE RELACIONADA CON UN PALADAR HENDIDO REPARADO, EL PROBLEMA ES MÁS QUE EL MERO MOVIMIENTO VESTIBULAR DE LOS DIENTES SUPERIORES. POR LO GENERAL, LOS DIENTES SE ENCUENTRAN EN BUENA RELACIÓN CON -

RESPECTO A SU SOPORTE BASAL ÓSEO, PERO TODA LA ESTRUCTURA PALATINA Y ALVEOLODENTARIA SE ENCUENTRA DESPLAZADA -- HACIA LA LÍNEA MEDIA, SALVO QUE EL ORTODONCISTA SE ENCUENTRE DISPUESTO A MOVER SEGMENTOS ÓSEOS Y NO DIENTES, EL FRACASO ES INEVITABLE.

EL TRATAMIENTO DEL PALADAR HENDIDO YA NO SE DEJA A UN SOLO ESPECIALISTA, SEA CIRUJANO, PEDIATRA, PROSTODONTISTA, ORTODONTISTA O FONOTERAPEUTA; TODOS COORDINAN SUS SERVICIOS PARA LOGRAR EL MEJOR RESULTADO GENERAL.

- OTROS DEFECTOS CONGÉNITOS:

AUNQUE EL PALADAR HENDIDO ES EL DEFECTO CONGÉNITO MÁS -- FRECUENTE QUE INTERESA AL DENTISTA POR SU CAPACIDAD DE -- PROVOCAR MALOCCLUSIÓN, PROBLEMAS COMO TUMORES, PARÁLISIS CEREBRAL, TORTÍCOLIS, DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL, HEMANGIOMAS Y SÍFILIS CONGÉNITA, PROVOCAN TAMBIÉN ANOMALÍAS DEMOSTRABLES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ESPECIAL.

- PARÁLISIS CEREBRAL. -

ES FALTA DE COORDINACIÓN MUSCULAR ATRIBUIDA A UNA LESIÓN INTRACRANEAL. SE PIENSA GENERALMENTE QUE ES EL -- RESULTADO DE UNA LESIÓN DEL NACIMIENTO.

EN LO QUE SE REFIERE AL DENTISTA, LOS EFECTOS DE ESTE TRASTORNO NEUROMUSCULAR PUEDEN OBSERVARSE EN LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSIÓN. A DIFERENCIA DEL PALADAR HENDIDO, DONDE EXISTEN ESTRUCTURAS ANORMALES, LOS TEJIDOS SON NORMALES, PERO EL PACIENTE, DEBIDO A SU FALTA DE -- CONTROL MOTOR, NO SABE EMPLEARLOS CORRECTAMENTE. PUEDEN EXISTIR GRADOS DIVERSOS DE FUNCIÓN MUSCULAR ANORMAL AL MASTICAR, DEGLUTIR, RESPIRAR Y HABLAR. LAS ACTIVIDADES NO CONTROLADAS O ABERRANTES TRASTORNAN EL --

EQUILIBRIO MUSCULAR NECESARIO PARA EL ESTABLECIMIENTO O MANTENIMIENTO DE LA OCLUSIÓN NORMAL.

- Tortícolis. -

LOS EFECTOS DE LAS FUERZAS MUSCULARES ANORMALES SON VISIBLES TAMBIÉN EN TORTÍCOLIS O "CUELLO TORCIDO". EL ACORTAMIENTO DEL MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO PUEDE CAUSAR CAMBIOS PROFUNDOS EN LA MORFOLOGÍA ÓSEA DEL CRÁNEO Y LA CARA. SI ESTE PROBLEMA NO ES TRATADO OPORTUNAMENTE, PUEDE PROVOCAR ASIMETRÍAS FACIALES CON MALOCCLUSIÓN DENTARIA INCORREGIBLE.

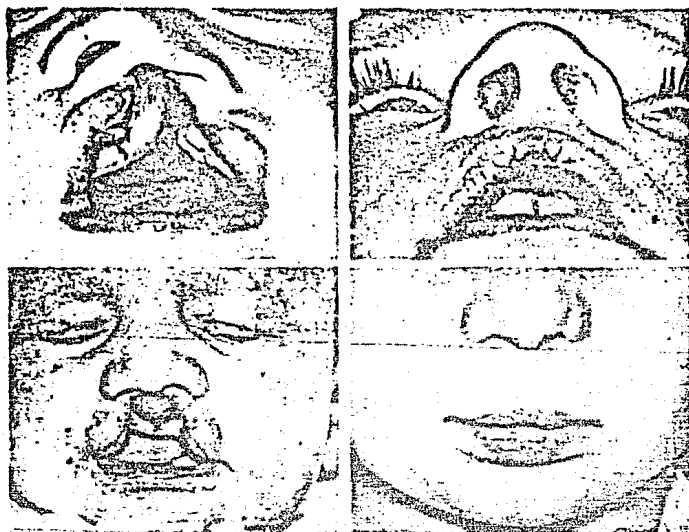
- Disostosis Cleidocraneal. -

ES OTRO DEFECTO CONGÉNITO FRECUENTEMENTE HEREDITARIO QUE PUEDE PROVOCAR MALOCCLUSIÓN DENTARIA; PUEDE HABER FALTA COMPLETA, NO PARCIAL UNILATERAL O BILATERAL DE LA CLAVÍCULA, JUNTO CON CIERRE TARDÍO DE LAS SUTURAS DEL CRÁNEO O RETRUSIÓN DEL MAXILAR INFERIOR. EXISTE ERUPCIÓN TARDÍA DE LOS DIENTES PERMANENTES Y LOS DIENTES DECIDUOS PERMANECEN MUCHAS VECES HASTA LA EDAD MADURA.

LAS RAÍCES DE LOS DIENTES PERMANENTES SON EN OCASIONES CORTAS Y DELGADAS. SON FRECUENTES LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

- SÍFILIS CONGÉNITA. -

AUNQUE LA FRECUENCIA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA HA DISMINUIDO, AÚN SE PRESENTA. SE CONSIDERA QUE LOS DIENTES EN FORMA ANORMAL Y EN MALPOSICIÓN SON CARACTERÍSTICAS DE ESTA ENFERMEDAD.



- ARRIBA, IZQUIERDA, HENDIDURA UNILATERAL COMPLETA EN LABIO Y PALADAR.
- ARRIBA, DERECHA, SE TOMÓ 3 AÑOS DESPUÉS PARA OBSERVAR LA RESTAURACIÓN DEL MAXILAR.
- LAS FOTOGRAFÍAS INFERIORES SON DE ANTES Y DESPUÉS DE TRATAR -- UNA HENDIDURA BILATERAL.

2.1.3 PROBLEMAS DIETÉTICOS.

(DEFICIENCIAS NUTRICIONALES)

TRASTORNOS COMO EL RAQUITISMO, ESCORBUTO Y BERIBERI PUEDEN PROVOCAR MALOCCLUSIONES GRAVES. CON FRECUENCIA EL PROBLEMA PRINCIPAL ES EL TRASTORNO DEL ITINERARIO DE ERUPCIÓN DENTARIA. LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES, RETENCIÓN PROLONGADA, ESTADO DE SALUD INADECUADO DE LOS TEJIDOS Y VÍAS DE ERUPCIÓN ANORMALES, PUEDEN SIGNIFICAR MALOCCLUSIÓN.

LOS TRASTORNOS NUTRICIONALES SE DEBEN PRINCIPALMENTE A LA MALA UTILIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS INGERIDOS, NO A LA INSUFICIENTE INGESTIÓN DE LOS MISMOS.

EL ALCOHOLISMO CRÓNICO EN EL ADULTO PUEDE PRODUCIR UN TIPO DE DESNUTRICIÓN SIMILAR. CUANDO SOSPECHEMOS QUE UN PACIENTE PADECE UN TRASTORNO METABÓLICO QUE IMPIDA LA UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS ESENCIALES DE LA DIETA, DEBEMOS MANDARLO INMEDIATAMENTE CON EL MÉDICO, YA QUE LOS DAÑOS PUEDEN SER IRREPARABLES.

2.1.4 HÁBITOS DE PRESIÓN ANORMALES.

LAS RECIENTES INVESTIGACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS, FIJAN LA ATENCIÓN EN EL PAPEL DINÁMICO DE LA MUSCULATURA. LAS INVESTIGACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS HAN INFUNDIDO NUEVO ESTU--SIASMO A LA INVESTIGACIÓN ORTODÓNTICA SOBRE FACTORES ETIO--LÓGICOS, Y ESTABILIDAD A LOS RESULTADOS OBTENIDOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. LA ELECTROMIOGRAFÍA PROPORCIONA UN MÉTO--DO MÁS OBJETIVO Y DEFINITIVO PARA APRECIAR LA ACTIVIDAD --MUSCULAR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ORTODÓN--TICO. LA ELECTROMIOGRAFÍA ES EL ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD -ELÉCTRICA MUSCULAR. UNA PEQUEÑÍSIMA CANTIDAD DE CORRIENTE ELÉCTRICA ES CREADA CUANDO EL MÚSCULO SE CONTRAE. TEÓRICA--MENTE, QUISIÉRAMOS MEDIR EL POTENCIAL DE ACCIÓN O CORRIEN--TE DE ACCIÓN, DE UNA SOLA UNIDAD MOTORA. EN REALIDAD, ES--TO ES CASI IMPOSIBLE UTILIZANDO ELECTRODOS DE SUPERFICIE,

LOS MEDIOS ACTUALES PARA REGISTRAR LA ACTIVIDAD MUSCULAR -SON LA GRABADORA DE TINTA CRISTOGRÁFICA, EL OSCILOSCOPIO -DE RAYOS CATÓDICOS Y LA GRABADORA DE CINTA MAGNÉTICA. UNA FORMA INTERESANTE DE UTILIZAR LA GRABADORA ES CONVER--TIR LA DESCARGA MUSCULAR EN SONIDOS; ASÍ ES POSIBLE RECO--NOCER LOS MOVIMIENTOS CARACTERÍSTICOS MUSCULARES POR LAS -

VARIACIONES EN EL SONIDO PRODUCIDO POR LA GRABADORA.

MUCHOS HAN ESTUDIADO EL PAPEL DE LA MUSCULATURA DE LA MALOCLUSIÓN. SUS OBSERVACIONES A LA LUZ DE LA INVESTIGACIÓN - MIOGRÁFICA OBJETIVA, FORMAN LA BASE DE NUESTROS CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE EL TEMA. COMO DENTISTAS, TENDEMOS A -- PENSAR EN LOS MÚSCULOS PRIMORDIALMENTE COMO ELEMENTOS DE -- MASTICACIÓN. EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA PRIMERO APRENDE QUE EL MASETERO, TEMPORAL Y PTERIGOIDEO EXTERNO E INTERNO SON MÚSCULOS MASTICADORES; ESTO ES SÓLO UNA PARTE DE LA -- IMAGEN. ESTOS MÚSCULOS, ASÍ COMO LOS DE LA CARA, CON LOS QUE ESTÁN ÍNTIMAMENTE LIGADOS, POSEEN OTRAS FUNCIONES IGUALMENTE IMPORTANTES, O MÁS. LA PERSONA COMÚN COME TRES VECES AL DÍA, PERO DEGLUTE TODO EL DÍA; RESPIRA CONSTANTEMENTE Y HABLA BUENA PARTE DEL TIEMPO. ADEMÁS DE LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN, REPIRACIÓN Y HABLA, EXISTE UN PAPEL AÚN -- MÁS IMPORTANTES: EL DE LA POSTURA. COMO HAN DEMOSTRADO -- LOS ESTUDIOS ELECTROMIOGRÁFICOS Y CINERRADIOGRÁFICOS, AÚN EN LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO, EL MÚSCULO SE ENCUENTRA EN FUNCIÓN ACTIVA, MANTENIENDO UN ESTADO DE EQUILIBRIO ENTRE LOS TEJIDOS BLANDOS Y ELEMENTOS ÓSEOS. EL SONIDO MODULADO CARACTERÍSTICO QUE ES ESCUCHADO EN UNA GRABACIÓN -- MIOGRÁFICA DE INDIVIDUOS CON OCLUSIÓN NORMAL, CONFIRMA QUE EXISTE CIERTO NIVEL DE ACTIVIDAD CONSTANTE, AÚN EN LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO. LAS GRABACIONES REALIZADAS EN PERSONAS CON MALOCLUSIÓN NO GRABAN EL SONIDO PAREJO SINCRONIZADO QUE EMITEN LAS FIBRAS MUSCULARES PERIFÉRICAS ASOCIADAS CON LA OCLUSIÓN NORMAL.

SI EXISTE UNA MALA RELACIÓN ENTRE LOS MAXILARES, DIFICULTANDO LA FUNCIÓN MUSCULAR NORMAL, PUEDE PRESENTARSE UNA -- ADAPTACIÓN DE LOS MÚSCULOS. LA NATURALEZA SIEMPRE TRATA -- DE FUNCIONAR CON LO QUE TIENE, DE TAL MANERA QUE SE ESTABLECE ACTIVIDAD FUNCIONAL MUSCULAR DE COMPENSACIÓN PARA SATISFACER LAS EXIGENCIAS DE LA MASTICACIÓN, RESPIRACIÓN, DEGLUCIÓN Y HABLA.

NORMALMENTE EN LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO EXISTE UNA ESPECIE DE EQUILIBRIO DE LAS FUERZAS MUSCULARES INTRABUCALES Y EXTRABUCALES, CON LA MUSCULATURA BUCAL Y PERIBUCAL - PASIVAMENTE EVITANDO EL DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LOS DIENTES.

EN LAS MALOCLUSIONES DE CLASE II DIVISIÓN I, EN QUE EXISTE UNA SOBREMORDIDA HORIZONTAL EXCESIVA, ES DIFÍCIL CERRAR LOS LABIOS CORRECTAMENTE. LOS LABIOS SUPERIOR E INFERIOR YA NO SOSTIENEN LA DENTICIÓN; EL LABIO INFERIOR SE COLOCA DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES EN DESCANSO Y CADA VEZ QUE SE DEGLUTE, LA CONTRACCIÓN ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA Y LA FUNCIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS OTROS MÚSCULOS PERIBUCALES DESPLAZAN LOS INCISIVOS SUPERIORES EN SENTIDO LABIAL. EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR SE ENCUENTRA APLANADO POR LA ANOMALÍA POSTURAL Y FUNCIONAL DEL LABIO INFERIOR. POR LO TANTO, LA MALOCLUSIÓN ORIGINAL PUEDE SER RESULTADO DE UN PATRÓN HEREDITARIO, PERO HA SIDO AGRAVADA POR LA MALPOSICIÓN DE COMPENSACIÓN Y MAL FUNCIONAMIENTO DE LA MUSCULATURA ASOCIADA. DESGRACIADAMENTE, ESTO SE CONVIERTE EN UN CÍRCULO VICIOSO. A MAYOR SOBREMORDIDA HORIZONTAL, MAYOR INTERPOSICIÓN DEL LABIO INFERIOR ENTRE EL ASPECTO LABIAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES Y EL ASPECTO LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

EN LAS MALOCLUSIONES DE CLASE III, POR EL CONTRARIO, EL LABIO INFERIOR ES REDUNDANTE Y FRECUENTEMENTE HIPOFUNCIONAL. CON UNA PROTRUSIÓN SEVERA DEL MAXILAR INFERIOR O DEFICIENCIA DEL MAXILAR SUPERIOR, SE ESTABLECE UN PATRÓN INTERESANTE DE ACTIVIDAD MUSCULAR EN LA DEGLUCIÓN. LA LENGUA DESCANSA EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA BOCA, PERO LA PUNTA SE LEVANTA Y HACE CONTACTO CON EL BORDE BERMELLÓN DEL LABIO SUPERIOR AL COLOCARSE DETRÁS DE LOS INCISIVOS INFERIORES; ASÍ EL CIERRE DE LA BOCA ES REALIZADO POR LA LENGUA Y EL LABIO SUPERIOR. EL LABIO INFERIOR PUEDE GIRAR LEVEMENTE -

SOBRE SÍ MISMO, AUMENTANDO LA PROFUNDIDAD DEL SURCO MENTO-LABIAL, AÚN EN CASOS MENOS SEVEROS DE DEFICIENCIA DEL MAXILAR SUPERIOR Y PROGNATISMO DEL MAXILAR INFERIOR, LA LENGUA OCUPA UNA POSICIÓN DEMASIADO BAJA DENTRO DE LA BOCA. EXISTE PROTRUSIÓN DE LA LENGUA CUANDO LA PORCIÓN ANTERIOR SE DOBLA SOBRE SÍ MISMA PARA LOGRAR UN CONTACTO LINGUAL -- DENTOALVEOLAR.

EN LA MALOCCLUSIÓN DE CLASE II, DIVISIÓN I, EL LABIO INFE-- RIOR CONTÍNUAMENTE DESPLAZA EL SEGMENTO PREMAXILAR SUPE-- RIOR HACIA ARRIBA Y HACIA AFUERA CONTRA UN LABIO SUPERIOR HIPOTÓNICO, FLÁCIDO Y CON Poca FUNCIÓN. SI EXISTE UNA SOBREMORDIDA NEGATIVA (MORDIDA ABIERTA), LA LENGUA PUEDE -- REALMENTE AYUDAR A CREAR ESTA DEFORMACIÓN. EN LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE III, EL LABIO INFERIOR ES IMPOTENTE, MIEN-- TRAS QUE EL LABIO SUPERIOR ES MUY ACTIVO AL ALARGARSE Y -- PRESIONAR SOBRE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y EL PROCESO AL-- VEOLAR POR LA CONTRACCIÓN DEL MECANISMO DEL BUCCIONADOR. ESTO NO SIGNIFICA QUE LA MUSCULATURA HA CREADO LA PROTRU-- SIÓN DEL MAXILAR INFERIOR Y LA RETRUSIÓN DEL MAXILAR INFE-- RIOR EN LAS MALOCCLUSIONES DE CLASE II, Y LA RETRUSIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR Y LA PROTRUSIÓN DEL INFERIOR, EN LA MALO-- CLUSIÓN DE CLASE III. SE PUEDE HABER ACENTUADO ESTA DEFOR-- MACIÓN EN VIRTUD DE SU ACTIVIDAD FUNCIONAL DE ADAPTACIÓN.

ESTO NOS CONDUCE DIRECTAMENTE A LA DISCUSIÓN SOBRE LOS -- HÁBITOS COMO ELEMENTOS CAUSALES DE LA MALOCCLUSIÓN.

2.2 FACTORES LOCALES.

2.2.1 ANOMALÍAS DE FORMA, TAMAÑO Y NÚMERO:

- ANOMALÍAS EN EL NÚMERO DE LOS DIENTES.-

HAN SIDO ELABORADAS VARIAS TEORÍAS PARA EXPLICAR LOS - -
DIENTES SUPERNUMERARIOS O FALTANTES.

LA HERENCIA DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN MUCHOS CA--
SOS Y AUNQUE AÚN SE DESCONOCE EL MOTIVO, ALGUNOS AUTORES
PIENSAN QUE LA APARICIÓN DE DIENTES ADICIONALES ES SÓLO
UN RESIDUO DE LOS ANTROPOIDES PRIMITIVOS QUE POSEÍAN UNA
DOCENA O MÁS DE DIENTES QUE EL "HOMO SAPIENS". EXISTE -
ALTA FRECUENCIA DE DIENTES ADICIONALES O FALTANTES ASO--
CIADA CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS COMO LABIO Y PALADAR HEN--
DIDOS. LAS PATOSIS CLEIDOCRANEAL Y OTRAS, PUEDEN TAM--
BIÉN AFECTAR AL NÚMERO DE DIENTES EN LAS ARCADAS.

- DIENTES SUPERNUMERARIOS. -

NO EXISTE UN TIEMPO DEFINIDO EN QUE COMIENZAN A DESARRO--
LLARSE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS. PUEDEN FORMARSE AN--
TES DEL NACIMIENTO O HASTA LOS 10-12 AÑOS DE EDAD.

ESTE TIPO DE DIENTES SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA -
EN EL MAXILAR SUPERIOR. AUNQUE PUEDEN APARECER EN CUAL--
QUIER PARTE DE LA BOCA.

UN DIENTE SUPERNUMERARIO VISTO CON FRECUENCIA, ES EL ME--
SIODENS, QUE SE PRESENTA CERCA DE LA LÍNEA MEDIA, EN DI--
RECCIÓN PALATINA A LOS INCISIVOS SUPERIORES. GENERALMEN--
TE ES DE FORMA CÓNICA Y SE PRESENTA SÓLO O EN PARES. EN
OCASIONES ESTÁ PEGADO AL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR DERE--
CHO O IZQUIERDO. AL IGUAL QUE CON TODOS LOS DIENTES SU--
PERNUMERARIOS, EL MESIODENS PUEDE APUNTAR EN CUALQUIER -
DIRECCIÓN.

CON FRECUENCIA UN DIENTE SUPERNUMERARIO PUEDE APARECER -
CERCA DEL PISO DE LAS FOSAS NASALES Y NO EN EL PALADAR.

ALGUNOS AUTORES CREEN QUE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS INCLUIDOS TIENDEN A FORMAR QUISTES SI SON DEJADOS; OTROS - AFIRMAN QUE TALES DIENTES SE ENCUENTRAN TOTALMENTE FUERA DE LA LÍNEA DE OCLUSIÓN Y QUE CARECEN DE EFECTO SOBRE -- LAS ARCADAS DENTARIAS, POR LO QUE NO DEBERÁN TOCARSE, YA QUE ALGUNAS VECES SU EXTRACCIÓN PONE EN PELIGRO LAS RE-- GIONES APICALES DE LOS DIENTES PERMANENTES CONTIGUOS, ES POR LO TANTO, NECESARIO REALIZAR UN EXAMEN RADIOGRÁFI CO MÚLTIPLE Y UN CUIDADOSO DIAGNÓSTICO.

- DIENTES FALTANTES. -

LA FALTA CONGÉNITA DE ALGUNOS DIENTES ES MÁ S FRECUENTE - QUE LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS. LOS DIEN-- TES SUPERNUMERARIOS GENERALMENTE SE ENCUENTRAN EN EL MA-- XILAR SUPERIOR Y LA FALTA DE DIENTES SE VE EN AMBOS MA-- XILARES. LOS DIENTES QUE FALTAN SON:

- 1).- TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES.
- 2).- INCISIVOS LATERALES SUPERIORES.
- 3).- SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR.
- 4).- INCISIVOS INFERIORES.
- 5).- SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES.

EN PACIENTES CON DIENTES FALTANTES CONGÉNITAMENTE, SON - MÁ S FRECUENTES LAS DEFORMACIONES DE TAMAÑO Y FORMA (COMO LATERALES CÓNICOS). ES POSIBLE QUE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS APAREZCAN EN LA MISMA BOCA EN QUE FALTEN DIEN-- TES CONGÉNITAMENTE. LAS FALTAS CONGÉNITAS SON BILATERALES CON MAYOR FRECUENCIA QUE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS. LA ANODONTIA PARCIAL O TOTAL ES MÁ S RARA, PERO DEBEMOS - REVISAR CUIDADOSAMENTE AL PACIENTE POR SI EXISTEN ANTECE-- DENTES DE DIENTES FALTANTES EN LA FAMILIA. LA HERENCIA PARECE DESMPENAR UN PAPEL MÁ S SIGNIFICATIVO EN CASOS DE

DIENTES FALTANTES Y SUPERNUMERARIOS,

LOS DIENTES PUEDEN PERDERSE COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE. SE HAN PERDIDO MUCHOS INCISIVOS MEDIANTE EL CONTACTO CON LA CABEZA DE UN AMIGO DE JUEGOS, UN BEBEDERO O LA ACERA; SI EL DIENTE ANTERIOR PERDIDO ERA DECIDUO, LA CONSERVACIÓN DEL ESPACIO ES INNECESARIO, SALVO QUE EXISTA TENDENCIA AL APIÑAMIENTO O QUE EL ESPACIO SIRVA DE FACTOR INCITANTE PARA UN HÁBITO DE LENGUA. SI SE TRATA DE UN INCISIVO PERMANENTE CENTRAL O LATERAL, LA IMAGEN CAMBIA. AÚN LA MÍNIMA TENDENCIA AL APIÑAMIENTO PROVOCARÁ EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES CONTIGUOS HACIA LA ZONA DESDENTADA.

- ANOMALÍAS EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES. -

EL TAMAÑO DE LOS DIENTES ES DETERMINADO PRINCIPALMENTE POR LA HERENCIA. COMO TODAS LAS OTRAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO, EXISTE GRAN VARIACIÓN, TANTO DE INDIVIDUO A INDIVIDUO, COMO DENTRO DEL MISMO INDIVIDUO. AL IGUAL QUE EL APIÑAMIENTO, ES UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MALOCCLUSIÓN DENTARIA Y ES POSIBLE QUE EXISTA MAYOR TENDENCIA A ESTOS CON DIENTES GRANDES QUE CON DIENTES PEQUEÑOS.

LOS DIÁMETROS MESIODISTALES DE LAS CORONAS DE LOS DIENTES DECIDUOS EXPRESADOS EN FORMA DE PORCENTAJE DE LOS SUCESORES PERMANENTES, LOS INCREMENTOS DE ANCHURA SON MAYORES EN LOS VARONES QUE EN LAS MUJERES, CON LA DIFERENCIA SEXUAL MÁS ACENTUADA EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.

CON FRECUENCIA EXISTE VARIACIÓN EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES DENTRO DEL MISMO INDIVIDUO. MUCHAS VECES, UN INCISIVO LATERAL SUPERIOR SERÁ DE TAMAÑO Y CONFIGURACIÓN NORMALES, MIENTRAS QUE EL OTRO ES PEQUEÑO. LAS ANOMALÍAS DE TAMAÑO SON MÁS FRECUENTES EN LA ZONA DE LOS PREMOLARES INFERIORES.

- ANOMALÍAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES. -

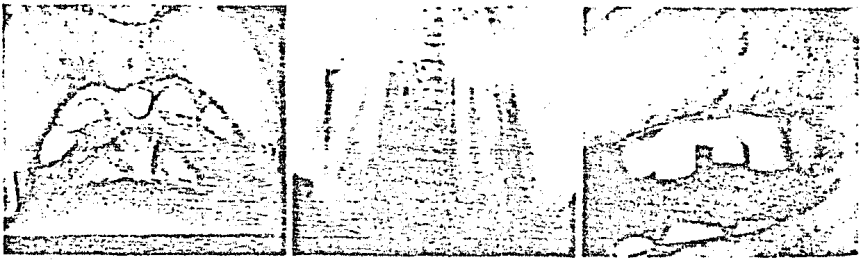
LA FORMA DE LOS DIENTES SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADA CON EL TAMAÑO DE LOS MISMOS.

LA ANOMALÍA MÁS FRECUENTE ES EL LATERAL EN FORMA DE "CLAVO". DEBIDO A SU PEQUEÑO TAMAÑO, SE PRESENTAN ESPACIOS DEMASIADO GRANDES EN EL SEGMENTO ANTERIOR SUPERIOR. LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES VARÍAN MUCHO EN CUANTO A SU FORMA. COMO LOS INCISIVOS LATERALES, PUEDEN HABERSE DEFORMADO DEBIDO A UNA HENDIDURA CONGÉNITA. EN OCASIONES EL CÍNGULO ES MUY PRONUNCIADO. LA PRESENCIA DE UN CÍNGULO EXAGERADO O DE BORDES MARGINALES AMPLIOS PUEDE DESPLAZAR LOS DIENTES HACIA LABIAL E IMPEDIR EL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN NORMAL DE SOBREMORDIDA VERTICAL Y HORIZONTAL. EL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR TAMBIÉN MUESTRA GRAN VARIACIÓN EN TAMAÑO Y FORMA Y PUEDE TENER UNA CÚSPIDE LINGUAL EXTRA, QUE, GENERALMENTE SIRVE PARA AUMENTAR LA DIMENSIÓN MESIODISTAL.

OTRAS ANOMALÍAS DE FORMA SE PRESENTAN POR DEFECTOS DEL DESARROLLO, COMO AMELOGÉNESIS IMPERFECTA, HIPOPLASIA GEMINACIÓN, DENS IN DENTE, ODONTOMAS, FUSIONES Y ABERRACIONES SIFILÍTICAS CONGÉNITAS, COMO INCISIVOS DE HUTCHINSON Y MOLARES EN FORMA DE FRAMBUESA.



DIENTES SUPERNUMERARIOS TIPO "MESIODENS"



FALTA CONGÉNITA DE INCISIVOS PERMANENTES INFERIORES

2.2.2 HÁBITOS PERNICIOSOS.

- HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS:

LOS DIARIOS CON FRECUENCIA SON FUENTES ABUNDANTES DE "NO-
TICIAS DE ÚLTIMA HORA". SEGÚN UNA ENCUESTA POPULAR, LA
SALUD Y LA EDUCACIÓN SON LOS DOS TEMAS QUE PROVOCAN EL -
MAYOR INTERÉS, SIENDO LA SALUD LA QUE OCUPA EL PRIMER SI-
TIO.

CADA DIARIO POSEE UNA COLUMNA QUE TRATA LOS DIVERSOS PRO-
BLEMAS FÍSICOS Y MENTALES DE LOS LECTORES. LOS ARTÍCULO-
S SOBRE EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO PULGAR GENERAL-
MENTE SON FIRMADOS POR MÉDICOS, PEDIATRAS Y PSIQUIATRAS,
PERO CASI NUNCA POR DENTISTAS. CADA "ESPECIALISTA" PO-
SEE SU CÚMULO DE DATOS, CIFRAS Y RECOMENDACIONES OBTENI-
DAS PRIMORDIALMENTE DE FUENTES SECUNDARIAS SELECCIONADAS.

EL AIRE DE INCERTIDUMBRE ACERCA DEL CURSO A SEGUIR CON -
RESPECTO AL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS AFECTA A LA LI-
TERATURA PEDIÁTRICA.

EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO PULGAR Y OTROS DEDOS, ES -
IMPORTANTE POR LA PREOCUPACIÓN QUE CAUSA A LOS PADRES.

CON FRECUENCIA EL PEDIATRA, A QUIEN ACUDEN LOS PADRES -- ALARMADOS, SE ENCUENTRA TAN CONFUNDIDO COMO LOS PADRES - ACERCA DEL SIGNIFICADO DE ESTE HÁBITO Y SE LE DIFICULTA AYUDARLES A CALMAR SUS ANGUSTIAS. HACER ESTO BIEN, RE-- QUIERE CONOCIMIENTO ACERCA DEL SIGNIFICADO DE ESTE HÁBITO EN DIFERENTES EDADES, ASÍ COMO EL DAÑO QUE PUEDE PRO-- VOCAR, SI ES QUE EXISTE, Y QUÉ FACTORES CONDUCCEN AL DESA-- RROLLO DE ESTE HÁBITO, PARA SABER QUÉ MEDIDAS TOMAR Y MA-- NEJAR LA SITUACIÓN EN FORMA ADECUADA.

UN HÁBITO ADQUIRIDO, DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, NO ES MÁS QUE UN NUEVO CAMINO DE DESCARGA FORMADO EN EL CEREBRO, MEDIANTE EL CUAL TRATAN DE ESCAPAR CIERTAS CO-- RRIENTES AFERENTES. LOS HÁBITOS EN RELACIÓN CON LA MALO-- CLUSIÓN DEBERÁN SER CLASIFICADOS COMO: 1).- ÚTILES Y -- 2).- DAÑINOS,

LOS HÁBITOS ÚTILES INCLUYEN LOS DE FUNCIONES NORMALES CO-- MO POSICIÓN CORRECTA DE LA LENGUA, RESPIRACIÓN Y DEGLU-- CIÓN ADECUADA, ASÍ COMO USO NORMAL DE LOS LABIOS PARA -- HABLAR. LOS HÁBITOS DAÑINOS SON TODOS AQUELLOS QUE EJER-- CEN PRESIONES PERVERTIDAS CONTRA LOS DIENTES Y LAS ARCA-- DAS DENTARIAS, ASÍ COMO HÁBITOS DE BOCA ABIERTA, MORDER-- SE LOS LABIOS, CHUPARSE LOS LABIOS Y CHUPARSE LOS PULGA-- RES. EL CHUPARSE EL PULGAR ES UN HÁBITO ADQUIRIDO SENCILLO Y CONTRADICE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA QUE ATRIBUYE - ESTE HÁBITO A UN SÍNTOMA DE TRASTORNO EMOCIONAL MÁS PRO-- FUNDO,

APARTE DEL EFECTO DE CHUPARSE CONTÍNUAMENTE EL PULGAR, - EXISTE OTRO ASPECTO QUE EXIGE CONSIDERACIÓN. EL PULGAR ES UN CUERPO DURO Y SI SE COLOCA CON FRECUENCIA DENTRO - DE LA BOCA, TIENDE A DESPLAZAR HACIA ADELANTE LA PREMAXI-- LA JUNTO CON LOS DIENTES INCISIVOS, DE TAL MANERA QUE -- LOS INCISIVOS SUPERIORES SE PROYECTAN HACIA ADELANTE MÁS ALLÁ DEL LABIO SUPERIOR.

- FRECUENCIA Y DAÑOS:

LOS INFORMES SOBRE LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR VARÍAN DESDE 16% HASTA 45%. EN FORMA SIMILAR, VARÍAN LOS DATOS ACERCA DE LA MALOCCLUSIÓN, DEPENDIENDO DE LA FUENTE, LA OCLUSIÓN ORIGINAL Y EL TIEMPO QUE DURÓ EL HÁBITO.

- HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD:

EL RECIÉN NACIDO POSEE UN MECANISMO BIEN DESARROLLADO PARA CHUPAR Y ESTO CONSTITUYE SU INTERCAMBIO MÁS IMPORTANTE CON EL MUNDO EXTERIOR. DE ÉL OBTIENE NO SÓLO NUTRICIÓN, SINO TAMBIÉN LA SENSACIÓN DE EUFORIA Y BIENESTAR, TAN INDISPENSABLE EN LA PRIMERA PARTE DE LA VIDA. MEDIANTE EL ACTO DE CHUPAR O MAMAR, EL RECIÉN NACIDO SATISFACE AQUELLOS REQUISITOS TAN NECESARIOS COMO TENER SENTIDO DE LA SEGURIDAD, UN SENTIMIENTO DE CALOR POR ASOCIACIÓN Y SENTIRSE NECESITADO. LOS PEDIATRAS Y LOS PSIQUIATRAS HAN RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE ESTA VÍA DE COMUNICACIÓN CON EL MUNDO EXTERIOR. LOS LABIOS DEL LACTANTE SON UN ÓRGANO SENSORIAL Y ES LA VÍA AL CEREBRO QUE SE ENCUENTRA MÁS DESARROLLADA. POSTERIORMENTE, AL DESARROLLAR SINAPSIS Y OTRAS VÍAS, EL LACTANTE NO NECESITA DEPENDER TANTO DE ESTA VÍA DE COMUNICACIÓN.

EN LA LACTANCIA NATURAL, LAS ENCÍAS SE ENCUENTRAN SEPARADAS, LA LENGUA ES LLEVADA HACIA ADELANTE A MANERA DE ÉMBOLO, DE TAL FORMA QUE LA LENGUA Y EL LABIO INFERIOR SE ENCUENTREN EN CONTACTO CONSTANTE, EL MAXILAR INFERIOR SE DESPLAZA RÍTMICAMENTE HACIA ABAJO Y HACIA ARRIBA; HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS, GRACIAS A LA VÍA CONDILAR PLANA, CUANDO EL MECANISMO --

DEL BUCCIONADOR SE CONTRAE Y RELAJA EN FORMA ALTERNADA.

LA TETILLA ARTIFICIAL CORRIENTE SÓLO HACE CONTACTO CON LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS LABIOS (EL BORDE BERME LLÓN).

FALTA EL CALOR POR ASOCIACIÓN DADO POR EL SENO Y EL CUERPO MATERNO Y LA FISIOLÓGIA DE LA LACTANCIA NO ES IMITADA. DEBIDO AL MAL DISEÑO, LA BOCA SE ABRE MÁS Y SE EXIGE DEMASIADO AL MECANISMO DE BUCCIONADOR.

LAS TETILLAS DE GOMA ARTIFICIALES MAL DISEÑADAS ASÍ COMO LAS TÉCNICAS DAÑINAS DE LACTANCIA ARTIFICIAL, CAUSAN MUCHOS PROBLEMAS ORTODÓNTICOS Y PEDIÁTRICOS. LA TETILLA ARTIFICIAL ORDINARIA SÓLO EXIGE QUE EL NIÑO CHUPE. NO TIENE QUE TRABAJAR Y EJERCITAR EL MÁXILAR INFERIOR COMO LO HACE AL MAMAR. CON LA TETILLA ARTIFICIAL ORDINARIA LA LECHE ES CASI ARROJADA HACIA LA GARGANTA, EN LUGAR DE SER LLEVADA HACIA ATRÁS POR LOS MOVIMIENTOS PERISTÁLTICOS DE LA LENGUA Y LOS CARRILLOS.

PARA PROPORCIONAR UNA COPIA FIEL DEL SENO HUMANO, -- FUE DISEÑADA UNA TETILLA QUE PROVOCA LA MISMA ACTIVIDAD FUNCIONAL QUE LA LACTANCIA NATURAL. LA TETILLA DE LÁTEX DISEÑADA FUNCIONALMENTE ELIMINA LAS CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS DE LOS COMPONENTES NO FISIOLÓGICOS ANTERIORES. PARA SATISFACER EL FUERTE DESEO DEL NIÑO DE MAMAR Y SU DEPENDENCIA DE ESTE MECANISMO PARA LA EUFORIA, FUE PERFECCIONADO EL "EJERCITADOR" O "PACIFICADOR" (CHUPETE). SE ESPERA QUE ESTA TETILLA ANATÓMICA, JUNTO CON EL EJERCITADOR, USADO CORRECTAMENTE, REDUZCA CONSIDERABLEMENTE LA NECESIDAD Y EL DESEO DEL NIÑO DE BUSCAR EJERCICIO SUPLEMENTARIO. --

VOLVIENDO AL DEDO Y AL PULGAR ENTRE LAS COMIDAS Y A LA HORA DE DORMIR. LA MAYOR PARTE DE LOS PEDIATRAS PIENSAN QUE LA MADRE TÍPICA NO EMPLEA SUFICIENTE -- TIEMPO AMAMANTANDO A SU HIJO. SE RECOMIENDA UN MÍNIMO DE MEDIA HORA POR INTERVALO. ALGUNOS NIÑOS -- EXIGEN MÁS ATENCIÓN; OTROS MENOS, DEPENDIENDO DE -- SUS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE OTROS MEDIOS DE GRATIFICACIÓN. POR ESTO, NO PUEDE SER ESTABLECIDA UNA NORMA FIRME E INFLEXIBLE. LA MADRE DEBERÁ -- RESOLVER ESTA SITUACIÓN, AL IGUAL QUE LAS MUCHAS RELACIONES QUE TIENE CON SUS HIJOS. PERO SI COMETE -- UN ERROR, ES MEJOR QUE ÉSTE NO SEA EL DE DAR POCÁ -- ATENCIÓN Y DESCUIDAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE LA LACTANCIA. LA BOCA ES UNA DE LAS PRINCIPALES VÍAS DE COMUNICACIÓN Y FUENTE DE GRATIFICACIÓN. EL DES-- TETE DEBERÁ SER POSPUESTO POR LO MENOS HASTA EL PRI-- MER CUMPLEAÑOS. SI LA LACTANCIA SE REALIZA CON LA TETILLA ARTIFICIAL FISIOLÓGICAMENTE DISEÑADA, JUNTO CON EL CONTACTO MATERNO Y LOS MINOS, CREAMOS QUE LA FRECUENCIA DE LOS HÁBITOS PROLONGADOS DE CHUPARSE -- LOS DEDOS SERÁN REDUCIDOS SIGNIFICATIVAMENTE. EL -- DESARROLLO DE LOS HÁBITOS ANORMALES DE LABIO Y LENGUA, QUE SON LA BASE DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE -- LOS ORTODONTISTAS, SERÁN REDUCIDOS CONSIDERABLEMEN-- TE. ES POSIBLE QUE EL BRUXISMO Y LA BRICOMANÍA, -- TAN FRECUENTES EN NIÑOS Y ADULTOS, TAMBIÉN PUEDAN -- SER REDUCIDOS AL OBTENER GRATIFICACIÓN Y SATISFAC-- CIÓN SENSORIAL DURANTE EL ACTO DE LA ALIMENTACIÓN. SE RECOMIENDA EL USO DEL CHUPETE FISIOLÓGICAMENTE -- DISEÑADO PARA TODOS LOS NIÑOS DURANTE LA ÉPOCA DE -- LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES Y EN OTROS MOMENTOS PARA SUPLEMENTAR LOS EJERCICIO DE LA LACTANCIA.

EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO ES NORMAL EN UNA ETA-- PA DEL DESARROLLO DEL NIÑO. LA MAYOR PARTE DE LOS

HÁBITOS DE CHUPARSE LOS DEDOS Y LA LENGUA, SON CONSIDERADOS COMO NORMALES DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, Y DESAPARECERÁN ESPONTÁNEAMENTE AL FINAL DEL SEGUNDO AÑO SI SE PRESTA ATENCIÓN DEBIDA A LA LACTANCIA,

EL FRACASO DE LOS INTENTOS MAL ACONSEJADOS PARA ELIMINAR EL HÁBITO O LA CONTÍNUA VIGILANCIA DEL NIÑO -- POR LOS PADRES PARA SACAR EL DEDO DE LA BOCA, DÁ A LOS NIÑOS UN ARMA PODEROSA, UN MECANISMO PARA ATRAER LA ATENCIÓN DE SUS PADRES, GENERALMENTE LO CONSIGUE. NINGÚN PADRE DEBERÍA FIJARSE EN ESTE HÁBITO, NO OBSTANTE LA PROVOCACIÓN. ÉSTA OBSERVACIÓN ES APLICABLE A NIÑOS DE TODAS LAS EDADES. EN LOS CASOS MÁS PERSISTENTES SIEMPRE EXISTE UNA HISTORIA CLARA DE DEMOSTRACIONES DE ENFADO DE LOS PADRES E INTENTOS DE DESTERRAR EL HÁBITO. ÉSTO PARECE SER UNA DE LAS EXPLICACIONES DE LA PROLONGACIÓN DEL HÁBITO EN NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN MÁS ALLÁ DE LA EDAD EN QUE ESTE HÁBITO NORMALMENTE SERÍA ELIMINADO JUNTO CON OTROS MECANISMOS INFANTILES.

DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA, LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE EL DAÑO A LA OCLUSIÓN SE LIMITA PRINCIPALMENTE AL SEGMENTO ANTERIOR. LA MORFOLOGÍA ORIGINAL ES MUY IMPORTANTE, PORQUE EXISTE MUCHA CONTROVERSIA SOBRE LOS DAÑOS QUE PUEDE PROVOCAR EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS Y EL PULGAR. DEBIDO A QUE ALGUNOS DAÑOS PRODUCIDOS POR ESTE HÁBITO SON SIMILARES A LAS CARACTERÍSTICAS DE MALOCLUSIÓN HEREDITARIA TÍPICA DE CLASE II DIVISIÓN 1, ES FÁCIL PENSAR QUE EL MAXILAR INFERIOR RETROGNÁTICO, SEGMENTO PREAMAXILAR PROGNÁTICO, SOBREMORDIDA PROFUNDA, LABIO SUPERIOR FLÁCCIDO, BÓVEDA PALATINA ALTA Y ARCADAS DENTARIAS ESTRECHAS SON EL RESULTADO DE CHUPARSE LOS DEDOS.

QUIZÁ LA MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES VARÍE POCO EN LA MALOCCLUSIÓN DE CLASE II - DIVISIÓN 1, EXISTA O NO EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. SI EL NIÑO POSEE OCLUSIÓN NORMAL Y DEJA EL HÁBITO AL FINAL DEL TERCER AÑO DE VIDA, NO SUELE HACER MÁS QUE REDUCIR LA SOBREMORDIDA VERTICAL, AUMENTAR LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y CREAR ESPACIOS ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES. TAMBIÉN PUEDE EXISTIR LEVE APIÑAMIENTO O MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

- HÁBITOS ACTIVOS DESPUÉS DE LA EDAD DE CUATRO AÑOS:

COMO YA SE HA MENCIONADO, LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES CON HÁBITOS PROLONGADOS DE CHUPARSE LOS DEDOS PROVIENEN DE HOGARES EN QUE LOS MOLESTOS INTENTOS DE QUE EL NIÑO DEJARA EL HÁBITO ASEGURARON SU PROLONGACIÓN MÁS ALLÁ DEL TIEMPO EN QUE HUBIERA SIDO ELIMINADO POR EL MISMO NIÑO. EL PRINCIPAL INFRACTOR ES GENERALMENTE EL PADRE, YA QUE ÉSTE SE ENCUENTRA MUY TRASTORNADO, MENOS TOLERANTE Y ES EL MÁS INDICADO PARA TRATAR DE DESTERRAR EL HÁBITO PRESTÁNDOLE DEMASIADA ATENCIÓN, MOSTRANDO ENOJO Y FINALMENTE RECURRENDO AL CASTIGO.

LA PERMANENCIA DE LA DEFORMACIÓN DE LA OCLUSIÓN PUEDE AUMENTAR EN LOS NIÑOS QUE PERSISTEN EN EL HÁBITO MÁS ALLÁ DE LOS TRES AÑOS Y MEDIO. COMO SE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE, ESTO NO SE DEBE EN SU TOTALIDAD AL HÁBITO DE DEDOS Y PULGAR, SINO AL AUXILIO IMPORTANTE DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL. EL AUMENTO DE LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL QUE ACOMPAÑA A TANTOS HÁBITOS DE DEDO DIFICULTA EL ACTO NORMAL DE LA DEGLUCIÓN. EN LUGAR DE QUE LOS LABIOS CONTENGAN A LA DENTICIÓN DURANTE LA DEGLUCIÓN, EL LABIO INFERIOR AMORTIGUA EL ASPECTO LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES,

DESPLAZÁNDOLOS AÚN MÁS EN DIRECCIÓN ANTERIOR, LA DEGLUCIÓN EXIGE LA CREACIÓN DE UN VACÍO PARCIAL. COMO DEGLUTIMOS UNA VEZ POR MINUTO DURANTE TODO EL DÍA, - LAS ABERRACIONES MUSCULARES DE LOS LABIOS SON AUXILIADAS POR LA PROYECCIÓN COMPENSADORA DE LA LENGUA - DURANTE EL ACTO DE LA DEGLUCIÓN. EXISTEN BUENAS - - PRUEBAS CLÍNICAS DE QUE LA MADURACIÓN DE LA DEGLUCIÓN SE RETARDA EN CHUPADEDOS CONFIRMADOS. EL ACTO INFANTIL DE DEGLUCIÓN, CON SU ACTIVIDAD A MANERA DE ÉMBOLO, PERSISTE, O SE PROLONGA DEMASIADO EL PERÍODO TRANSICIONAL, CON UNA MEZCLA DE CICLOS DE DEGLUCIÓN INFANTILES Y MADUROS. ESTE PUEDE SER EL MECANISMO DEFORMANTE MÁS SIGNIFICATIVO. EL HÁBITO PUEDE SER RELATIVAMENTE INOCUO EN SU DURACIÓN E INTENSIDAD (QUIZÁ SÓLAMENTE A LA HORA DE DORMIR), PERO EL HÁBITO DE LENGUA CONTINÚA ADAPTÁNDOSE A LA MORFOLOGÍA, POR LO QUE LA LENGUA NO SE RETRAE, HINCHA O APLANA. LA FUNCIÓN NORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA Y LA ACTIVIDAD DEL LABIO INFERIOR APLANAN EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. DE ESPECIAL INTERÉS ES EL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA DURANTE LA POSICIÓN DE DESCANSO Y DURANTE LA FUNCIÓN. POR ESTO, LA DEFORMACIÓN PROSIGUE DE MANERA MÁS CONSTANTE POR LO QUE - - HUBIERA SIDO POSIBLE CON UN HÁBITO DE DEDO CONFIRMADO. EL VERDADERO PELIGRO, POR LO TANTO, ES CAMBIAR LA OCLUSIÓN LO SUFICIENTE PARA PERMITIR LA ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS MUSCULARES POTENTES Y CREAR UNA MALOCLUSIÓN FRANCA. SON ESTAS FUERZAS PERVERTIDAS LAS QUE CREAN MORDIDAS CRUZADAS LATERALES Y BILATERALES ASOCIADAS CON LOS HÁBITOS DE DEDO.

LA DURACIÓN DE ESTE HÁBITO MÁS ALLÁ DE LA PRIMERA INFANCIA, NO ES EL ÚNICO FACTOR DETERMINANTE; IGUALMENTE IMPORTANTES SON OTROS DOS FACTORES. LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DURANTE EL DÍA Y LA NOCHE AFECTA AL RESULTADO FINAL. EL NIÑO QUE CHUPA ESPORÁDICAMENTE

EL DEDO CUANDO VA A DORMIR CAUSARÁ MENOS DAÑOS QUE -
EL QUE TIENE CONTÍNUAMENTE EL DEDO DENTRO DE LA BOCA.
LA INTENSIDAD DEL HÁBITO ES IMPORTANTE.

EN ALGUNOS NIÑOS EL RUIDO PRODUCIDO AL CHUPAR PUEDE
ESCUCHARSE HASTA LA HABITACIÓN PRÓXIMA; EN OTROS, EL
HÁBITO DEL PULGAR NO ES MÁS QUE LA INSERCIÓN PASIVA
DEL DEDO EN LA BOCA SIN ACTIVIDAD VISIBLE DEL BUCCI-
NADOR. SI EL DEDO ÍNDICE ES EL FAVORITO, CAUSARÁ MA
YORES DAÑOS SI LA SUPERFICIE DORSAL DEL DEDO DESCAN-
SA A MANERA DE FULCRO SOBRE LOS INCISIVOS INFERIORES
QUE SI LA SUPERFICIE PALMAR SE ENCUENTRA ENGARZADA -
SOBRE LOS MISMOS DIENTES, CON LA PUNTA DEL DEDO COLO
CADA SOBRE EL PISO DE LA BOCA.

LA DURACIÓN, FRECUENCIA E INTENSIDAD SON UN TRÍO DE
FACTORES QUE DEBERÁN CALIFICAR LAS CONCLUSIONES DEL
PSIQUIATRA, EL PEDIATRA Y EL DENTISTA.

- HÁBITO DE LABIO Y LENGUA:

EN EL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR Y LOS DEDOS, SE -
MENCIONÓ QUE LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL LABIO Y LA LEN
GUA CON FRECUENCIA ESTABA ASOCIADA CON EL HÁBITO DE
DEDO.

DURANTE LA DEGLUCIÓN, LA MUSCULATURA LABIAL ES AUXI-
LIADA POR LA LENGUA. DEPENDIENDO DEL GRADO DE SU --
FORMACIÓN, LA LENGUA SE PROYECTA HACIA ADELANTE PARA
AYUDAR AL LABIO INFERIOR A CERRAR DURANTE EL ACTO DE
LA DEGLUCIÓN. CUANDO EL LABIO SUPERIOR DEJA DE FUN-
CIONAR COMO UNA FUERZA RESTRICTIVA EFICAZ Y CON EL -
LABIO INFERIOR AYUDANDO A LA LENGUA A EJERCER UNA PO
DEROSA FUERZA HACIA ARRIBA Y HACIA ADELANTE CONTRA -
EL SEGMENTO PREMAXILAR, AUMENTA LA SEVERIDAD DE LA -
MALOCLUSIÓN. CON EL AUMENTO DE LA PROTRUSIÓN DE LOS

INCISIVOS SUPERIORES Y LA CREACIÓN DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, LAS EXIGENCIAS PARA LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE COMPENSACIÓN SON MAYORES. ESTE CÍRCULO VICIOSO SE REPITE CON CADA DEGLUCIÓN. ESTO SIGNIFICA QUE SE EJERCE UNA GRAN FUERZA DEFORMANTE SOBRE LAS ARCADAS DENTARIAS CASI MIL VECES DIARIAS. EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS ADOPTA UN PAPEL SECUNDARIO. EN REALIDAD, MUCHOS NIÑOS QUE CHUPAN EL LABIO INFERIOR O LO MUERDEN, RECIBEN LA MISMA SATISFACCIÓN SENSORIAL PREVIAMENTE OBTENIDA DEL DEDO. ESPONTÁNEAMENTE DEJAN EL HÁBITO DE DEDO POR EL NUEVO, MÁS CONVENIENTE, PERO DESGRACIADAMENTE, MÁS PODEROSO.

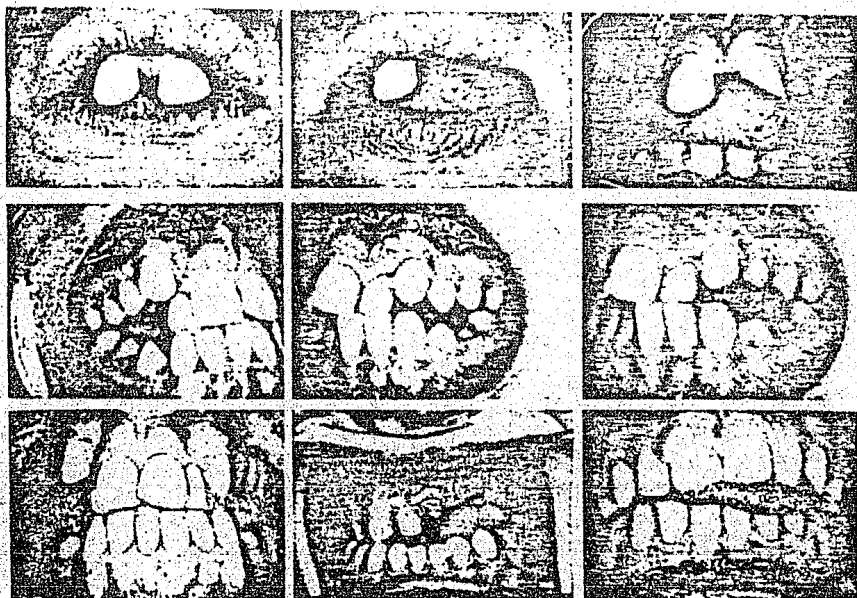
EXISTEN MUCHAS PRUEBAS QUE INDICAN QUE EL HÁBITO DE PROYECTAR LA LENGUA HACIA ADELANTE ES LA RETENCIÓN DEL MECANISMO INFANTIL DE MAMAR. CON LA PERSISTENCIA DE ESTE HÁBITO DE DEDO A MANERA DE CHUPETE INTERCOSNTRUÍDO, EL PATRÓN DE DEGLUCIÓN MADURO NO SE DESARROLLA SEGÚN ESTÁ PREVISTO. CON LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS A LOS CINCO O SEIS MESES DE EDAD, LA LENGUA NO SE RETRAE COMO DEBERÍA HACERLO Y CONTINÚA PROYECTÁNDOSE HACIA ADELANTE. LA POSICIÓN DE LA LENGUA DURANTE EL DESCANSO ES TAMBIÉN ANTERIOR.

EN ALGUNOS CASOS, AL PROYECTARSE LA LENGUA CONTÍNUAMENTE HACIA ADELANTE, AUMENTANDO LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y LA MORDIDA ABIERTA, LAS PORCIONES PERIFÉRICAS YA NO DESCANSAN SOBRE LAS CÚSPIDES LINGUALES DE LOS SEGMENTOS VESTIBULARES. LOS DIENTES POSTERIORES HACEN ERUPCIÓN LENTAMENTE; ELIMINAN EL ESPACIO LIBRE INTEROCCLUSAL. LA DIMENSIÓN VERTICAL DE DESCANSO Y LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSA SE IGUALAN, CON LOS DIENTES POSTERIORES EN CONTACTO EN TODO MOMENTO. ÉSTA NO ES UNA SITUACIÓN SANA PARA LOS DIENTES. UN EFECTO COLATERAL PUEDE SER EL BRUXISMO O LA BRICOMANÍA; OTRO ES ESTRECHAMIENTO BILATERAL DEL MAXILAR SUPERIOR AL DESCENDER LA LENGUA EN LA BOCA, PROPORCIO-

NANDO MENOS SOPORTE PARA LA ARCADA SUPERIOR, CLÍNICA-
 CAMENTE, ESTO PUEDE OBSERVARSE COMO MORDIDA CRUZADA
 BILATERAL, CON UN DESPLAZAMIENTO POR CONVENIENCIA --
 HACIA UN LADO O HACIA EL OTRO, AL DESPLAZARSE EL MA-
 XILAR INFERIOR LATERALMENTE BAJO LA INFLUENCIA DE LOS
 DIENTES. ES IMPORTANTE CONSIDERAR EL TAMAÑO DE LA
 LENGUA, ASÍ COMO SU FUNCIÓN. EL EFECTO DEL TAMAÑO
 DE LA LENGUA SOBRE LA DENTICIÓN SE ILUSTRA EN DOS CA-
 SOS: UN PACIENTE CON AGLOSIA CONGÉNITA Y EL OTRO CON
 MACROGLOSIA.

LO QUE POSIBLEMENTE TAMBIÉN CONTRIBUYE A LA POSICIÓN
 ANORMAL DE LA LENGUA ES LA PRESENCIA DE AMÍGDALAS --
 GRANDES Y ADENOIDES.

SEA CUAL SEA LA CAUSA, EL RESULTADO FINAL FRECUENTE-
 MENTE ES MORDIDA ABIERTA PERMANENTE, MALOCCLUSIÓN O
 PATOLOGÍA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.



HÁBITOS DE LENGUA ATÍPICOS

- ABERRACIONES FUNCIONALES PSICOGÉNICAS O IDIOPÁTICAS:
(BRUXISMO Y BRICOMANÍA)

EL BRUXISMO PUEDE SER UNA SECUELA DESFAVORABLE DE MORDIDA PROFUNDA, PERO TAMBIÉN SABEMOS QUE EXISTE UN COMPONENTE PSICOGÉNICO, CINESTÉSICO Y NEUROMUSCULAR O AMBIENTAL. LA TENSIÓN NERVIOSA ENCUENTRA UN MECANISMO DE GRATIFICACIÓN EN EL RECHINAMIENTO Y BRUXISMO. LOS INDIVIDUOS NERVIOSOS SON MÁS PROPENSOS A DESGASTARSE, RECHINAR Y FRACTURARSE LOS DIENTES SON MOVIMIENTOS DE BRUXISMO. GENERALMENTE, EL BRUXISMO NOCTURNO NO PUEDE SER DUPLICADO DURANTE LAS HORAS DE VIGILIA. LA MAGNITUD DE LA CONTRACCIÓN ES ENORME Y LOS EFECTOS NOCIVOS SOBRE LA OCLUSIÓN SON OBVIOS.

LA BRICOMANÍA NO PUEDE SER ESTUDIADA CLÍNICAMENTE, PERO POSIBLEMENTE SE TRATA DE UNA ACTIVIDAD CONCOMITANTE. LA CORRELACIÓN CON LOS HÁBITOS EROTOGÉNICOS, SI ES QUE LOS HAY, NO HA SIDO ESTABLECIDA.

GENERALMENTE, EXISTE UNA SOBREMORDIDA MÁS PROFUNDA QUE LO NORMAL, UNA RESTAURACIÓN "ALTA", UNA UNIDAD DENTAL MAL PUESTA, ETC. EL PROCESO SE CONVIERTE EN UN CÍRCULO VICIOSO AL AGRAVARSE ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS OCLUSALES BAJO LOS ATAQUES TRAUMÁTICOS DEL BRUXISMO Y EL RECHINAMIENTO.

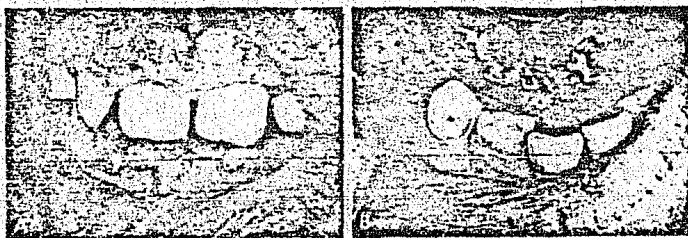
- POSTURA. -

ALGUNOS INVESTIGADORES TRATAN DE PROBAR QUE LAS MALAS CONDICIONES POSTURALES PUEDEN PROVOCAR MALOCCLUSIÓN. SE HA ACUSADO A MUCHOS NIÑOS ENCORVADOS, CON LA CABEZA COLOCADA EN POSICIÓN TAL QUE EL MENTÓN DESCANSA SOBRE EL PECHO, DE CREAR SU PROPIA RETRUSIÓN DEL MAXILAR INFERIOR. LA MAYOR PARTE DE TALES ACUSACIONES SON INFUNDADAS.

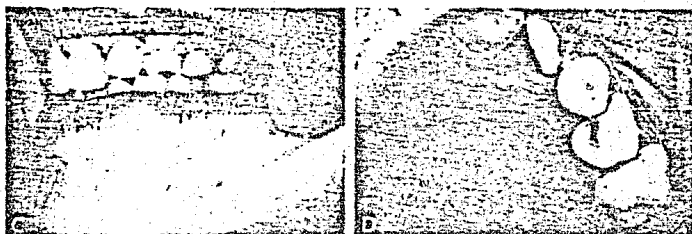
TAMPOCO ES FACTIBLE QUE SE PROVOQUE MALOCLUSIÓN DENTARIA PORQUE EL NIÑO DESCANSA SU CABEZA SOBRE SUS MANOS DURANTE PERÍODOS INDETERMINADOS CADA DÍA, O QUE DUERMA SOBRE SU BRAZO, PUÑO O ALMOHADA CADA NOCHE. LA MALA POSTURA Y LA MALOCLUSIÓN DENTARIA PUEDEN SER RESULTADOS DE UNA CAUSA COMÚN.

- ACCIDENTES Y TRAUMAS.

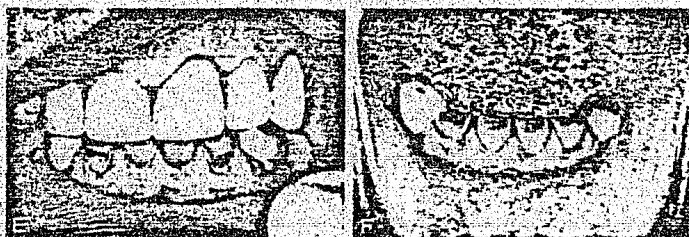
ES POSIBLE QUE LOS ACCIDENTES SEAN UN FACTOR MÁS SIGNIFICATIVO EN LA MALOCLUSIÓN QUE LO QUE GENERALMENTE SE CREE. AL APRENDER EL NIÑO A CAMINAR Y GATEAR, LA CARA Y LAS ÁREAS DE LOS DIENTES RECIBEN MUCHOS GOLPES QUE NO SON REGISTRADOS EN SU HISTORIA CLÍNICA. TALES EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS DESCONOCIDAS PUEDEN EXPLICAR MUCHAS ANOMALÍAS ERUPTIVAS IDIOPÁTICAS.



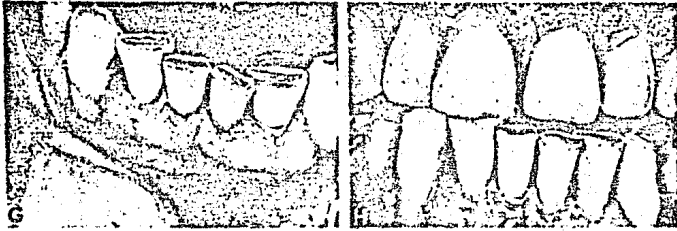
"A" y "B" SOBREMORDIDA PROFUNDA



"C" Y "D" MOVIMIENTO DE BRUXISMO LATERAL



"E" Y "F" MOVIMIENTO DE BRUXISMO PROTRUSIVO



"G" Y "H" MOVIMIENTOS DE BRUXISMO PROTRUSIVOS Y LATERALES

2.2.3 PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS.

LOS DIENTES DECIDUOS NO SÓLAMENTE SIRVEN DE ÓRGANOS DE LA MASTICACIÓN, SINO TAMBIÉN DE "MANTENEDORES DE ESPACIO" PARA LOS DIENTES PERMANENTES. TAMBIÉN AYUDAN A MANTENER LOS DIENTES ANTAGONISTAS EN SU NIVEL OCLUSAL CORRECTO.

CUANDO EXISTE FALTA GENERAL DE ESPACIO EN AMBAS ARCADAS, - LOS CANINOS DECIDUOS FRECUENTEMENTE SON EXFOLIADOS ANTES - DE TIEMPO Y LA NATURALEZA INTENTA PROPORCIONAR MÁS ESPACIO PARA ACOMODAR A LOS INCISIVOS PERMANENTES QUE YA HAN HECHO ERUPCIÓN. ÉSTE TIPO DE PÉRDIDA PREMATURA ES FRECUENTEMENTE UNA CLAVE PARA REALIZAR EXTRACCIONES ADICIONALES DE - - DIENTES DECIDUOS Y QUIZÁ LA EXTRACCIÓN DE LOS PRIMEROS PRE MOLARES, POSTERIORMENTE. LA CONSERVACIÓN DEL ESPACIO EN ESTOS CASOS PUEDE RESULTAR CONTRAPRODUENTE PARA EL PACIENTE. POR EL CONTRARIO, CUANDO EXISTE OCLUSIÓN NORMAL EN UN PRINCIPIO, Y EL EXAMEN RADIOGRÁFICO REVELA QUE NO EXISTE -

DEFICIENCIA EN LA LONGITUD DE LA ARCADA, LA EXTRACCIÓN PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS POSTERIORES DEBIDO A CARIES PUEDE CAUSAR MALOCCLUSIÓN, SALVO QUE SE UTILICEN MANTENEDORES DE ESPACIO. DEBIDO A QUE PUEDEN EXISTIR HASTA 48 DIENTES EN LOS ALVEOLOS AL MISMO TIEMPO, LA LUCHA POR EL ESPACIO EN EL MEDIO ÓSEO EN EXPANSIÓN ES A VECES CRÍTICA. LA PÉRDIDA PREMATURA DE UNA O MÁS UNIDADES DENTARIAS PUEDE DESEQUILIBRAR EL ITINERARIO DELICADO E IMPEDIR QUE LA NATURALEZA ESTABLEZCA UNA OCLUSIÓN NORMAL Y SANA.

EN LAS ZONAS ANTERIORES, SUPERIORES E INFERIORES, POCAS VECES ES NECESARIO MANTENER EL ESPACIO SI EXISTE OCLUSIÓN NORMAL. LOS PROCESOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO IMPIDEN EL DESPLAZAMIENTO MESIAL DE LOS DIENTES CONTIGUOS. CUANDO EXISTE DEFICIENCIA EN LA LONGITUD DE LA ARCADA O PROBLEMA DE SOBREMORDIDA HORIZONTAL (OVER-JET), ESTOS ESPACIOS PUEDEN PERDERSE RÁPIDAMENTE.

LA PÉRDIDA DEL PRIMERO O SEGUNDO MOLAR DECIDUO, SIEMPRE ES MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, AUNQUE LA OCLUSIÓN SEA NORMAL. EN LA ARCADA INFERIOR EL ANCHO COMBINADO DEL CANINO DECIDUO, PRIMER MOLAR DECIDUO Y SEGUNDO MOLAR DECIDUO, ES COMO PROMEDIO 1,7 MM, MAYOR CADA LADO QUE EL ANCHO DE LOS SUCESORES PERMANENTES. EN LA ARCADA SUPERIOR, ESTE "ESPACIO LIBRE" ES DE SÓLAMENTE 0,9 MM, DEBIDO AL MAYOR TAMAÑO DEL CANINO PERMANENTE Y DEL PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLARES. ESTA DIFERENCIA ES NECESARIA PARA PERMITIR EL AJUSTE OCLUSAL Y LA ALINEACIÓN FINAL DE LOS INCISIVOS Y UN AJUSTE GENERAL DE LA OCLUSIÓN AL CORREGIRSE LA RELACIÓN DEL PLANO TERMINAL.

LA EXTRACCIÓN PROMATURA DEL SEGUNDO MOLAR DECIDUO CAUSARÁ, CON TODA SEGURIDAD, EL DESPLAZAMIENTO MESIAL DEL PRIMERO MOLAR PERMANENTE Y ATRAPARÁ LOS SEGUNDOS PREMOLARES EN ERUPCIÓN.

AÚN CUANDO HACE ERUPCIÓN EL PREMOLAR, ES DESVIADO EN SENTI

DO VESTIBULAR O LINGUAL HASTA UNA POSICIÓN DE MALOCCLUSIÓN. AL DESPLAZARSE MESIALMENTE EL MOLAR SUPERIOR, CON FRECUENCIA GIRA, DESPLAZÁNDOSE LA CÚSPIDE MESIO-VESTIBULAR EN SENTIDO LINGUAL, LO QUE HACE QUE EL DIENTE SE INCLINE,

EN LA ARCADA INFERIOR, EL PRIMER MOLAR PERMANENTE PUEDE GIRAR MENOS, PERO CON MAYOR FRECUENCIA SE INCLINA SOBRE EL SEGUNDO PREMOLAR AÚN INCLUIDO. EL DESPLAZAMIENTO MESIAL Y LA INCLINACIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES NO SIEMPRE SUCEDE. SI LA OCLUSIÓN SE ENCUENTRA "CERRADA" Y SI EXISTE ESPACIO ADECUADO PARA LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SU CEDÁNEOS, DISMINUYE LA TENDENCIA A LA PÉRDIDA DEL ESPACIO EN LA REGIÓN DONDE SE HA EXTRAÍDO PREMATURAMENTE EL MOLAR DECIDUO.

CON RESPECTO A LA EXTRACCIÓN PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS, SE ACONSEJA AL DENTISTA RECORDAR QUE BASTA POCO PARA DESEQUILIBRAR EL ITINERARIO DEL DESARROLLO DENTARIO. ÉSTE DEBERÁ REALIZAR TODAS LAS MANIOBRAS NECESARIAS PARA CONSERVAR EL PROGRAMA DE ERUPCIÓN NORMAL, COLOCANDO RESTAURACIONES ANATÓMICAMENTE ADECUADAS EN LOS DIENTES DECIDUOS Y CONSERVANDO LA INTEGRIDAD DE LA ARCADA DENTARIA.

LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES PERMANENTES ES UN FACTOR ETIOLÓGICO DE MALOCCLUSIÓN TAN IMPORTANTE COMO LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES DECIDUOS. DEMASIADOS NIÑOS PIERDEN SUS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES POR CARIES Y NEGLIGENCIA. SI LA PÉRDIDA SUCEDE ANTES DE QUE LA DENTICIÓN ESTÉ COMPLETA, EL TRASTORNO SERÁ MUY MARCADO. EL ACORTAMIENTO DE LA ARCADE RESULTANTE DEL LADO DE LA PÉRDIDA, LA INCLINACIÓN DE LOS DIENTES CONTIGUOS, SOBRE-ERUPCIÓN DE DIENTES ANTAGONISTAS Y LAS IMPLICACIONES PERIODONTALES SUBSECUENTES DISMINUIRÁN LA LONGEVIDAD DEL MECANISMO DENTAL. DADA LA GRAN IMPORTANCIA DE ESTE CONCEPTO DINÁMICO, REPETIMOS NUEVAMENTE QUE LAS FUERZAS MORFOGENÉTICAS, ANATÓMICAS Y FUNCIONALES CONSERVAN UN EQUILIBRIO DINÁMICO EN LA OCLUSIÓN. LA

PÉRDIDA DE UN DIENTE PUEDE ALTERAR ESTE EQUILIBRIO.

2.2.4 ERUPCIÓN TARDÍA DE LOS DIENTES PERMANENTES.

HAY OCASIONES, DURANTE EL CAMBIO DE LOS DIENTES, EN QUE SE PIERDEN LOS DIENTES DECIDUOS, PERO LES PARECE AL PADRE Y AL PACIENTE, QUE LOS SUCESES PERMANENTES NUNCA HARÁN -- ERUPCIÓN. ADÉMÁS DE LA POSIBILIDAD DE UN TRASTORNO ENDO-- CRINO (COMO HIPOTIROIDISMO) LA POSIBILIDAD DE FALTA CONGÉNI-- TA DEL DIENTE PERMANENTE Y LA PRESENCIA DE UN DIENTE SUPER-- NUMERARIO O RAIZ RESIDUA ("OBSTÁCULO EN EL CAMINO"), HAY -- TAMBIÉN LA POSIBILIDAD DE QUE EXISTA UN "BARRERA DE TEJI-- DO", EL TEJIDO DENSO GENERALMENTE SE DETERIORA CUANDO EL DIENTE AVANZA, PERO NO SIEMPRE. SI LA FUERZA DE LA ERUP-- CIÓN NO ES VIGOROSA, EL TEJIDO PUEDE FRENAR LA ERUPCIÓN -- DEL DIENTE DURANTE UN TIEMPO CONSIDERABLE. COMO LA FORMA-- CIÓN RADICULAR Y LA ERUPCIÓN VAN DE LA MANO, ESTE RETRASO REDUCE AÚN MÁS LA FUERZA ERUPTIVA.

LA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE DECIDUO PUEDE REQUERIR -- OBSERVACIÓN CUIDADOSA DE LA ERUPCIÓN DEL SUCESOR PERMANEN-- TE, SE HAYA O NO COLOCADO UN MANTENEDOR DE ESPACIO. CON -- FRECUENCIA, LA PÉRDIDA PRECOZ DEL DIENTE DECIDUO SIGNIFICA LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE, PERO EN OCASIONES SE -- FORMA UNA CRIPTA ÓSEA EN LA LÍNEA DE ERUPCIÓN DEL DIENTE -- PERMANENTE. AL IGUAL QUE CON LA BARRERA DE TEJIDO IMPIDE LA ERUPCIÓN DEL DIENTE.

CAPITULO III

" ORTODONCIA CORRECTIVA LIMITADA"
APARATOS REMOVIBLES Y FIJOS "3.1 PROBLEMAS DE SOBREMORDIDA EXCESIVA.

LA SOBREMORDIDA EXCESIVA PREDISPONE AL PACIENTE A LA ENFERMEDAD, TENSIÓN EXCESIVA, TRAUMA, PROBLEMAS FUNCIONALES, BRUXISMO Y BRICOMANÍA, ASÍ COMO LOS TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CONVIERTEN EL SERVICIO DENTAL GERIÁTRICO EN UNA BATALLA PERDIDA, SALVO QUE PUEDA CORREGIRSE LA SOBREMORDIDA EXCESIVA. LA COSNTRICCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR, EL APIÑAMIENTO PROGRESIVO Y LAS IRREGULARIDADES DE LOS PACIENTES EN ESTA ZONA SON SECUELAS INEVITABLES.

3.2 TRATAMIENTO CON GUARDA OCLUSAL.

LOS DIENTES FUERA DE CONTACTO OCLUSAL CON LA ARCADA OPUESTA CONTINÚAN HACIENDO ERUPCIÓN HASTA CIERTO GRADO. LA RELACIÓN DE DIMENSIONES POSTURAL VERTICAL Y OCLUSAL VERTICAL SON ADECUADAS CUANDO EXISTE UN ESPACIO INTEROCLUSAL LIBRE DE 2 A 4 MM. EN CONDICIONES NORMALES, LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES QUE INVADEN ESTE ESPACIO NO SE MANTIENE, SALVO QUE SE VUELVA A EDUCAR LA MUSCULATURA PERIBUCAL (UNA POSIBILIDAD REMOTA). PERO SI EXISTE UN ESPACIO INTEROCLUSAL EXCESIVO EN EL CUAL LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL NO SE ENCUENTRA EN ARMONÍA CON LA DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL DE DESCANSO, O EN LA QUE EL PACIENTE CIERRA DESDE LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO 3 O 4 MM, Y CONTINÚA CERRANDO, DEBIDO A QUE LOS DIENTES POSTERIORES NO HAN HECHO LA SUFICIENTE ERUPCIÓN, LA GUARDA OCLUSAL PUEDE ESTIMULAR EL TIPO DE ERUPCIÓN QUE SE MANTENGA.

LA EXPERIENCIA CLÍNICA HA DEMOSTRADO QUE LA GUARDA OCLUSAL - SUPERIOR ES EFICAZ PARA PROPICIAR EL DESARROLLO FAVORABLE DE LA ARCADEA INFERIOR EN LOS CASOS DE MORDIDA CERRADA DE CLASE I DECIDUOS Y EN MUCHOS CASOS DECIDUOS DE CLASE II.

LOS CAMBIOS VERTICALES Y HORIZONTALES SON MÁS FRECUENTES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE CUANDO SON AÚN SIGNIFICATIVOS LOS INCREMENTOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. SIN EMBARGO, UN REQUISITO PREVIO IMPORTANTE ES LA UTILIZACIÓN INTENSIVA DEL APARATO, TANTO DE DÍA COMO DE NOCHE.

EN EL ADULTO, SE HA SEÑALADO QUE SE PRESENTA LA ERUPCIÓN PERO MÁS LENTAMENTE. EXISTE UNA FUERTE TENDENCIA A LA RECIDIVA HACIA LA RELACIÓN OCLUSAL VERTICAL ORIGINAL SI SE INTERRUPE EL TRATAMIENTO CON LA GUARDA OCLUSAL. ESTO NO SIGNIFICA QUE SEA MENOS NECESARIA LA GUARDA OCLUSAL. EN REALIDAD UNA GUARDA OCLUSAL PUEDE FUNGIR COMO UNA VALIOSA "MULETA" Y EN OCASIONES TENDRÁ QUE SER UTILIZADA INDEFINIDAMENTE, AL MENOS DURANTE LA NOCHE, PARA EVITAR DETERIORO PERIODONTAL, TRAUMA Y GUÍA DENTARIA ANORMAL DEL MAXILAR INFERIOR DURANTE LA MASTICACIÓN, TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y BRICOMANÍA O BRUXISMO.

ADEMÁS DE LA CORRECCIÓN REAL DE LA SOBREMORDIDA ANORMAL EN LOS PACIENTES MÁS JÓVENES, LA UTILIZACIÓN FRECUENTE, COMO "MULETA" DENTAL Y COMO UN AUXILIAR PARA EL TRATAMIENTO PERIODONTAL, LA GUARDA OCLUSAL TAMBIÉN SIRVE COMO UN INSTRUMENTO O MEDIO DE DIAGNÓSTICO VALIOSO. CUANDO SE UTILIZA COMO FÉRULA, LA GUARDA OCLUSAL AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL ALIVIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

SE HA LOGRADO UN GRAN ÍNDICE DE ÉXITO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR MEDIANTE EL TRATAMIENTO CON LA GUARDA OCLUSAL JUNTO CON CALOR, MASAJE Y RELAJANTES MUSCULARES. DEBIDO A LOS AS-

PECTOS PSICOGÉNICOS Y LA LIBERACIÓN DE TENSIÓN (NEUROMUSCULAR) DE LOS PROBLEMAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, ES NECESARIO TOMAR MEDIDAS PARA ELIMINAR EL EFECTO DISPARADOR DEL CONTACTO OCLUSAL Y DEL SOBRECIERRE. EL CONCEPTO DE "FÉRULAS", "REFUERZOS" O "MULETAS", ES IMITADO EN DIVERSOS PROBLEMAS DE ORTOPEDIA GENERAL COMO AUXILIAR CONSERVADOR DEL TRATAMIENTO. LA EXPERIENCIA CLÍNICA INDICA QUE EXISTE UNA REACCIÓN MÁS FAVORABLE DEL PACIENTE QUE CUANDO SE UTILIZA CORTISONA O INYECCIONES DE AGENTES ESCLEROSANTES O LA EXTIRPACIÓN DEL DISCO ARTICULAR, MEDIDAS EMPLEADAS FRECUENTEMENTE POR EL CIRUJANO ORTOPÉDICO, QUE DESCONOCE EL POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LA GUARDA OCLUSAL.

EN LOS PROBLEMAS DE RECONSTRUCCION BUCAL TOTAL, LA GUARDA OCLUSAL ES MUY VALIOSA PARA ESTABLECER LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL ADECUADA Y MÁS CÓMODA ANTES DE MODIFICAR LOS MISMOS DIENTES CON RESTAURACIONES PERMANENTES Y FIJAS.

CUANDO EXISTA BRUXISMO, UNA GUARDA OCLUSAL PUEDE REVELAR QUE LA SOBREMORDIDA EXCESIVA ES UN FACTOR CAUSAL Y SU ELIMINACIÓN PUEDE SIGNIFICAR EL CESE DEL APRETAMIENTO Y BRICOMANÍA QUE HAYA PADECIDO EL PACIENTE DURANTE AÑOS.

3.3. MANUFACTURA DE GUARDA OCLUSAL.

LA CONSTRUCCIÓN DE GUARDA OCLUSAL SUPERIOR ES FÁCIL. DESPUÉS DE HACER MODELOS DE ESTUDIO Y OBTENER OTROS DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO, SE HACE OTRA IMPRESIÓN SUPERIOR. SE HACE POSTERIORMENTE UN MODELO EN YESO PIEDRA PARA LA FABRICACIÓN DE LA GUARDA OCLUSAL. SE RECOMIENDAN GANCHOS PARA EL ÚLTIMO MOLAR, CON EL FIN DE MEJORAR LA RETENCIÓN. ESTOS PUEDEN SER DE TIPO CIRCUNFERENCIAL HABITUAL, EL GANCHO DE ADAMS O GANCHO DE BOLA. SI LA PLACA OCLUSAL SUPERIOR SE UTILIZA DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO, ES RECOMENDABLE INCORPORAR UN ALAMBRE LABIAL. EL USO PROLONGADO DE LA GUARDA OCLUSAL SIN UNA

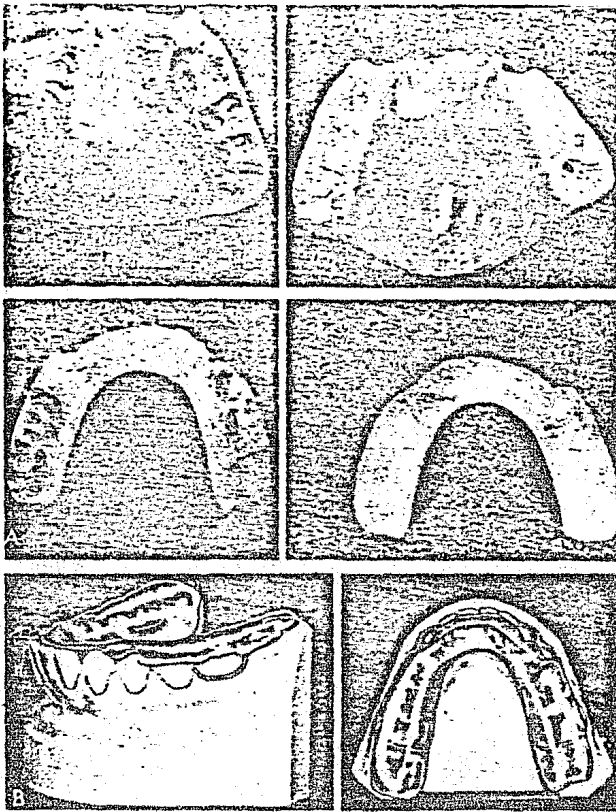
FUERZA RESTRICTIVA EJERCE UNA ACCIÓN DE DESPLAZAMIENTO LABIAL SOBRE LOS INCISIVOS, AUMENTA LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y PUEDE ESTIMULAR LA SEPARACIÓN Y DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LOS INCISIVOS. LA UTILIZACIÓN DE UN ALAMBRE LABIAL EVITA EL DESPLAZAMIENTO LABIAL DE LOS INCISIVOS Y MEJORA LA RETENCIÓN. OTRO MÉTODO ES UTILIZAR GANCHOS INCISALES METÁLICOS O SI EXISTE SUFICIENTE SOBREMORDIDA HORIZONTAL, PUEDE LLEVARSE EL MISMO ACRÍLICO SOBRE EL MARGEN INCISAL HASTA EL ASPECTO LABIAL. LOS GANCHOS INCISALES SON MENOS DESEABLES, YA QUE PUEDEN HACER MUESCAS EN LOS INCISIVOS. A DIFERENCIA DEL ALAMBRE LABIAL, PERMITEN POCO AJUSTE.

DEPUÉS DE ADAPTAR LOS GANCHOS Y EL ALAMBRE LABIAL, LA PORCIÓN PALATINA PUEDE SER ENCERADA Y CURADA MEDIANTE EL ENFRASCADO, EMPACADO Y DEMÁS MANIOBRAS, LO QUE PROPORCIONA UNA REPRODUCCIÓN MÁS EXACTA Y MENOS POROSA. POR EL CONTRARIO, PUEDE UTILIZARSE ACRÍLICO ENDOTÉRMICO Y MEZCLARSE EL POLVO Y EL MONÓMERO DIRECTAMENTE SOBRE EL MODELO DESPUÉS DE HABERLO PINTADO CON ALGÚN MEDIO SEPARADOR. PARA PROPORCIONAR LA SUFICIENTE ABERTURA DE LA MORDIDA, SE CONSTRUYE UN PLANO LISO QUE COMIENZA APROXIMADAMENTE A 1 MM. DEL MARGEN INCISAL Y SE LLEVA EN SENTIDO POSTERIOR HASTA 1 CM. DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. NO DEBERÁ UNO PREOCUPARSE EN ESTE MOMENTO POR LA DIMENSIÓN VERTICAL, YA QUE ESTO PUEDE SOLUCIONARSE MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DEL EXCESO DE ACRÍLICO SOBRE EL PLANO CUANDO SE AJUSTE EL APARATO EN LA BOCA.

UNA VEZ QUE SE HAYA PULIDO LA PLACA OCLUSAL, SE COLOCA EN LA BOCA DEL PACIENTE Y SE REvisa EL AJUSTE DE LOS GANCHOS Y LA ADAPTACIÓN DEL ACRÍLICO HACIA LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. LOS GANCHOS DEBERÁN HACER CONTACTO CON LOS MOLARES LIGERAMENTE, PERO EN FORMA PASIVA. SI SE HA EMPLEADO UN ALAMBRE LABIAL, ÉSTE DEBERÁ HACER CONTACTO CON LOS INCISIVOS APROXIMADAMENTE EN EL TERCIO APICAL. LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO DEL PACIENTE DEBERÁ SER DETERMINADA PRIMERO CON LA PLACA OCLUSAL FUERA DE LA BOCA. A CONTINUACIÓN, SE COLOCA LA PLACA OCLUSAL DENTRO DE LA BOCA, Y CON LA AYUDA DEL PAPEL PARA

ARTICULAR, SE REDUCE HASTA UN NIVEL DE 1 O 2 MM, MENOR QUE LA DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL DE DESCANSO. POR NINGÚN MOTIVO DEBERÁ LA DIMENSIÓN VERTICAL, ESTABLECIDA CON LOS INCISIVOS INFERIORES EN CONTACTO CON LA PLACA OCLUSAL, EXCEDER DE LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO. SI SE UTILIZA LA PLACA OCLUSAL COMO UN AUXILIAR TERAPÉUTICO, DEBERÁ SER LLEVADA EN TODO MOMENTO, SALVO A LA HORA DE COMER. UNA VEZ LOGRADA LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL CORRECTA MEDIANTE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES, DEBERÁ REDUCIRSE EL TIEMPO QUE SE LLEVA LA PLACA OCLUSAL A LA MITAD, PERO SU UTILIZACIÓN COMO UN APARATO RETENEDOR DEBERÁ EXTENDERSE DE SEIS A DOCE MESES O MÁS SI ES POSIBLE, DEPENDIENDO DE LA MAGNITUD DE LA ERUPCIÓN LOGRADA, EDAD DEL PACIENTE, TIPO DE OCLUSIÓN Y TENDENCIA INDIVIDUAL A LA RECIDIVA.

SI LA PLACA OCLUSAL ES EMPLEADA EN FORMA DE "MULETA" DENTAL Y NO EXISTE LA POSIBILIDAD RAZONABLE DE CORRECCIÓN PERMANENTE, DEBERÁ UTILIZARSE INDEFINIDAMENTE. PARA ESTO, EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, ES SUFICIENTE LLEVARLA SÓLAMENTE DE NOCHE. EN CASOS DE BRUXISMO, EN LOS QUE SE EMPLEA PARA EVITAR QUE LOS ESTÍMULOS SENSORIALES OCLUSALES DESENCADENEN EL FENÓMENO DE LA BRICOMANÍA, DEBERÁ SER UTILIZADO INDEFINIDAMENTE. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES APRENDEN A DEPENDER DE LA GUARDA OCLUSAL Y EN OCASIONES NO PUEDEN DORMIR SIN ELLA. SI PARECE QUE EL PACIENTE UTILIZARÁ LA PLACA OCLUSAL DURANTE ALGÚN TIEMPO, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE BRUXISMO O BRICOMANÍA, DEBERÁ REFORZARSE PARA RESISTIR CONSIDERABLE TENSIÓN. DEBERÁ AGREGARSE UN ALAMBRE LABIAL RESTRICTIVO O UNA EXTENSIÓN LABIAL DE ACRÍLICO PARA EVITAR EL DESPLAZAMIENTO LABIAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. LAS GUARDAS OCLUSALES ORDINARIAS PUEDE QUE NO RESISTAN LOS FUERTES ATAQUES DE BRICOMANÍA EN ALGUNOS PACIENTES.



"A" VISTAS PALATINAS Y OCLUSAL DE GUARDA OCLUSAL.

"B" GUARDA OCLUSAL INFERIOR.

3.4 CONTROL DE HÁBITOS ANORMALES. (APARATOS-FIJOS).

UNO DE LOS SERVICIOS ORTODÓNTICOS INTERCEPTIVOS MÁS VALIOSOS QUE PUEDE PRESENTAR EL DENTISTA ES ELIMINAR LOS HÁBITOS PERNICIOSOS DE CHUPARSE EL DEDO, LA LENGUA O EL LABIO ANTES DE QUE PUEDAN CAUSAR DAÑO A LA DENTICIÓN EN DESARROLLO. RESULTA DESAFORTUNADO QUE NO PUEDA VER AL NIÑO CON LA OPORTUNIDAD SUFICIENTE PARA AYUDAR EN LOS PROBLEMAS DE LA DEGLUCIÓN Y LA LACTANCIA. SI PUDIERA, HABRÍA MUCHOS MENOS HÁBITOS DE CHUPARSE EL DEDO, EL LABIO Y LA LENGUA PARA PREOCUPARLO, YA QUE EL DENTISTA PODRÍA INTERCEPTAR ESTE ATAQUE A LA INTEGRIDAD -

DE LA DENTICIÓN NORMAL. AQUÍ LA SOLUCIÓN ES LA EDUCACIÓN -- DEL PACIENTE. LOS PADRES SABEN ENTOCES QUE ESPERAR, PUDIENDO ASÍ EVITAR PROBLEMAS ORTODÓNTICOS FUTUROS MEDIANTE EL MANEJO INTELIGENTE DE LAS EXIGENCIAS FÍSICAS Y EMOCIONALES DEL NIÑO EN CRECIMIENTO.

-- PROBLEMAS DE LA DEGLUCIÓN:

LOS PADRES DEBERÁN ESTAR AL TANTO DE LAS CONSECUENCIAS NOCIVAS DE LA DEGLUCIÓN VISCERAL (INFANTIL) PROLONGADA, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES DE LACTANCIA QUE SE EXTIENDE MÁS -- ALLÁ DEL TIEMPO EN QUE DEBERÁN SER REEMPLAZADAS POR UN COMPORTAMIENTO MÁS MADURO (SOMÁTICO).

LA GRAN NECESIDAD DE RECIBIR SATISFACCIÓN EMOCIONAL, PSICOLÓGICA Y SENSUAL DEL LACTANTE ES MÁS ABSTRACTA, AUNQUE NO MENOS IMPORTANTE, QUE LAS EXIGENCIAS CONCRETAS DE LA NUTRICIÓN. AMBOS APETITOS, EL DE LA PSIQUE Y EL DEL TRACTO INTESTINAL, SON IMPORTANTES. IGNORAR LA NECESIDAD DE CALOR, BIENESTAR Y EUFORIA SIGNIFICA QUE EXISTE MAYOR POSIBILIDAD DE PRESENTARSE LA DEGLUCIÓN INFANTIL PROLONGADA Y DE REACCIONES COMPENSADORAS EN LA FORMA DE SATISFACCIÓN POR SUBSTITUCIÓN. LOS CHUPONES "INTERCONSTRUIDOS" SON LA LENGUA, EL PULGAR Y LOS LABIOS. SI NO ES POSIBLE LLEVAR A CABO LA LACTANCIA NATURAL Y EXISTEN REALMENTE ALGUNOS CASOS EN QUE ESTO NO ES POSIBLE, Y SI LA MADRE NO ESTÁ DISPUESTA A DEDICAR TIEMPO Y ATENCIÓN A ESTE MENESTER PODRÁ UTILIZARSE UN SUBSTITUTIVO FISIOLÓGICO RAZONABLE. DEBERÁ PASAR SUFICIENTE TIEMPO CARGANDO AL LACTANTE EN DESARROLLO, ACARICIÁNDOLO Y MIMÁNDOLO. LOS CHUPONES CORRECTAMENTE DISEÑADOS SON RECOMENDABLES Y CONSTITUYEN UN VERDADERO FACTOR PARA EVITAR LA RETENCIÓN PROLONGADA DE LAS FACETAS DE COMPORTAMIENTO INFANTIL.

- CHUPADO DE LOS DEDOS Y HÁBITOS ASOCIADOS. (LOS CHUPONES - "INTERCONSTRUÍDOS"):

CUANDO SE OBSERVA QUE EL NIÑO TIENE EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS PERSISTENTEMENTE, ASÍ COMO MALOCCLUSIÓN, RESULTA FÁCIL INTERPRETAR ESTA RELACIÓN SIMBIÓTICA Y ASIGNAR ARBITRARIAMENTE LA CAUSA Y EL EFECTO. PUEDE SER CORRECTO AFIRMAR QUE EL CHUPADO DEL DEDO ES UN FACTOR EN LA DEFORMACIÓN DE LOS DIENTES Y LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE; PERO SÓLAMENTE ES UN FACTOR DE UN SÍNDROME FORMADO POR UNA MEZCLA DE DIVERSAS ACTIVIDADES COMO PROYECCIÓN DE LENGUA, DEGLUCIÓN ANORMAL, MORDEDURA DE LABIO, HIPERACTIVIDAD DEL MÚSCULO --BORLA DE LA BARBA, MÚSCULOS DEL LABIO SUPERIOR HIPOACTIVOS Y QUIZÁ HIPERACTIVIDAD DEL MÚSCULO BUCCINADOR. ASIGNAR VALORES ESPECÍFICOS A CUALQUIER ELEMENTO SÓLO EN LA PRODUCCIÓN DE MALOCCLUSIÓN TOTAL SERÍA MUY DIFÍCIL. SIN EMBARGO, CON FRECUENCIA RESULTA UN BUEN PROCEDIMIENTO INTERCEPTIVO COLOCAR UN APARATO DISEÑADO PARA REDUCIR Y ELIMINAR LA ACTIVIDAD DEFORMANTE.

SE HA DESCUBIERTO QUE ES CLÍNICAMENTE PROVECHOSO EXIGIR A LOS PACIENTES REALIZAR LOS EJERCICIOS DE LABIO Y LENGUA; --POR EJEMPLO, PASAR LA LENGUA RÍTMICAMENTE HACIA ATRÁS Y --HACIA ADELANTE SOBRE LOS LABIOS CINCO O DIEZ MINUTOS ANTES DE ACOSTARSE. ESTO CON FRECUENCIA PROPORCIONA SUFICIENTE SATISFACCIÓN Y RELAJAMIENTO, DISMINUYENDO LA NECESIDAD DE CHUPARSE LOS DEDOS EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE. LA LECHE --TIBIA O LA MÚSICA SUAVE AL RETIRARSE TAMBIÉN TIENDEN A REDUCIR EL DESEO DE CHUPARSE LOS DEDOS.

- COLOCACIÓN DE APARATOS PARA ELIMINAR LOS HÁBITOS:

EL TIEMPO ÓPTIMO PARA LA COLOCACIÓN DE LOS APARATOS ES ENTRE LAS EDADES DE TRES Y MEDIO A CUATRO Y MEDIO AÑOS DE --EDAD, PREFERIBLEMENTE DURANTE LA PRIMAVERA O EL VERANO, --CUANDO LA SALUD DEL NIÑO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES INME-

JORABLES Y LOS DESEOS PUEDEN SER SUBLIMADOS POR LOS JUEGOS AL AIRE LIBRE Y LAS ACTIVIDADES SOCIALES. EL APARATO DESEMPEÑA VARIAS FUNCIONES. PRIMERO, HACE QUE EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO PIERDA SU SENTIDO ELIMINANDO LA SUCCIÓN. EL NIÑO, DESDE LUEGO, PODRÁ COLOCARSE EL DEDO EN LA BOCA, PERO NO OBTIENE VERDADERA SATISFACCIÓN AL HACERLO. ASÍ, CHUPARSE LOS DEDOS SE HACE ANÁLOGO AL CAFÉ SIN CAFEÍNA O A LOS CIGARRILLOS SIN NICOTINA. DEBERÁ PROCEDERSE CON SUMO CUIDADO E INFORMAR TANTO AL NIÑO COMO A LOS PADRES QUE EL APARATO NO ES UNA MEDIDA RESTRICTIVA, QUE NO SE UTILIZA PARA EVITAR COSA ALGUNA, SINO PARA ENDEREZAR LOS DIENTES, MEJORAR LA APARIENCIA Y PROPORCIONAR UNA "MÁQUINA PARA MASTICAR" SANA. SEGUNDO, EN VIRTUD DE SU CONSTRUCCIÓN, EL APARATO EVITA QUE LA PRESIÓN DIGITAL DESPLACE LOS INCISIVOS SUPERIORES EN SENTIDO LABIAL Y EVITA LA CREACIÓN DE MORDIDA ABIERTA, ASÍ COMO REACCIONES ADAPTATIVAS Y DEFORMANTES DE LA LENGUA Y DE LOS LABIOS. TERCERO, EL APARATO OBLIGA A LA LENGUA A DESPLAZARSE HACIA ATRÁS, CAMBIANDO SU FORMA DURANTE LA POSICIÓN POSTURAL DE DESCANSO DE UNA MASA ELONGADA A UNA MÁS ANCHA Y NORMAL. COMO RESULTADO, LA LENGUA TIENDE A EJERCER MAYOR PRESIÓN SOBRE LOS SEGMENTOS BUCALES SUPERIORES Y SE INVIERTE EL ESTRECHAMIENTO DE LA ARCADA SUPERIOR POR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ANORMAL; LAS PORCIONES PERIFÉRICAS NUEVAMENTE DESCANSAN SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES POSTERIORES, EVITANDO LA SOBREERUPCIÓN DE LOS MISMOS.

- EDUCACIÓN PARA HÁBITOS FIJOS.

PRESCRIPCIÓN PARA EL CHUPADO DE LOS DEDOS:

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO. LA PRESCRIPCIÓN ORTODÓNTICA PARA LA REEDUCACIÓN DE LOS HÁBITOS ADOPTA DIVERSAS FORMAS. UNA DE LAS MÁS EFICACES ES UNA CRIBA FIJA, SE HACE UNA IMPRESIÓN DE ALGINATO EN LA PRIMERA VISITA Y -

SE VACÍAN MOLDES DE YESO DE LA MISMA. SI LOS CONTACTOS -- PROXIMALES SON ESTRECHOS DE LA ZONA DEL SEGUNDO MOLAR DECIDUO SUPERIOR, SE RECOMIENDA COLOCAR ALAMBRES DE BRONCE SEPARADORES EN ESTA VISITA. A CONTINUACIÓN, SE FABRICA EL APARATO SOBRE EL MOLDE PARA COLOCARLO EN UNA VISITA SUBSECUENTE. EN TÉRMINOS GENERALES, LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS SUPERIORES CONSTITUYEN BUENOS DIENTES DE SOPORTE. LAS CORONAS METÁLICAS COMPLETAS QUE PUEDEN OBTENERSE EN TAMAÑOS DIVERSOS SON PREFERIBLES A LAS BANDAS DE ORTODONCIA ORDINARIAS. LA PORCIÓN MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE SI EXISTE, Y LA PORCIÓN DISTAL DEL PRIMER MOLAR DECIDUO SE RECORTAN SOBRE EL MODELO, IMPIDIENDO EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR DECIDUO. UN MILÍMETRO O DOS ES MÁS QUE SUFICIENTE. EL MARGEN GINGIVAL DEL SEGUNDO MOLAR DECIDUO ES CORTADO, SIGUIENDO EL CONTORNO DE LOS DIENTES HASTA UNA PROXIMIDAD DE DOS O TRES MILÍMETROS SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR, LINGUAL Y PROXIMAL. SE SELECCIONA UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE DE TAMAÑO ADECUADO, LA CUAL SE CONTORNEA SI ES NECESARIO, Y SE CORTA LA PORCIÓN GINGIVAL CON TIJERAS PARA CORONAS Y CUELLOS, PARA AJUSTARSE AL CONTORNO GINGIVAL LABRADO SOBRE EL MODELO. A CONTINUACIÓN SE CORTA UNA RANURA EN LA CORONA A NIVEL DE LA SUPERFICIE MESTIOBUCAL O DISTOBUCAL Y SE LLEVA A SU LUGAR.

EL APARATO PALATINO SE FABRICA CON ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE O DE NÍQUEL Y CROMO DE CALIBRE 0,040. EL ALAMBRE DE BASE EN FORMA DE "U" SE ADAPTA PASÁNDOLO MESTIALMENTE A NIVEL DEL MARGEN GINGIVAL DESDE EL SEGUNDO MOLAR DECIDUO HASTA EL NICHU ENTRE LOS PRIMEROS MOLARES DECIDUOS Y CANINOS PRIMARIOS. EN ESTE PUNTO SE HACE UN DOBLEZ AGUDO PARA LLEVAR EL ALAMBRE EN DIRECCIÓN RECTA HASTA EL NICHU ENTRE EL MOLAR DECIDUO Y EL CANINO PRIMARIO OPUESTOS, MANTENIENDO EL MISMO NIVEL GINGIVAL. ES IMPORTANTE NO SEGUIR EL CONTORNO DEL PALADAR SI SE HA DE REDUCIR LA SUCCIÓN Y LA SATISFACCIÓN CINESTÉSICA NEUROMUSCULAR. DEBERÁ TRATARSE MÁS DE UN SÍNTOMA, Y EL CHUPADO DE LOS DEDOS ES CASI SIEMPRE --

SÓLO UN SÍNTOMA - NO EL ÚNICO FACTOR. EN EL NICHOS DEL PRIMERO MOLAR DECIDUO Y CANINO OPUESTO SE DOBLA EL ALAMBRE - - HACIA ATRÁS A LO LARGO DEL MARGEN HASTA LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR DECIDUO. EL ALAMBRE BASE DEBERÁ AJUSTARSE PASIVAMENTE AL COLOCARSE EN EL MODELO. EL APARATO CENTRAL - CONSTA DE ESPOLONES Y UN ASA DE ALAMBRE DEL MISMO CALIBRE, EL ASA SE EXTIENDE HACIA ATRÁS Y HACIA ARRIBA A UN ÁNGULO DE APROXIMADAMENTE 45 GRADOS RESPECTO AL PLANO OCLUSAL. EL ASA NO DEBERÁ PROYECTARSE HACIA ATRÁS MÁS ALLÁ DE LA LÍNEA TRAZADA QUE UNE LAS SUPERFICIES DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS. LAS DOS PATAS DE ESTA ASA CENTRAL - SE CONTINÚAN MÁS ALLÁ DE LA MISMA BARRA Y SE DOBLAN HACIA EL PALADAR DE TAL FORMA QUE HAGAN CONTACTO CON ÉL LIGERAMENTE. CON PASTA DE SOLDAR A BASE DE FLÚOR Y SOLDADURA DE PLATA, SE SUELDA EL ASA A LA BARRA PRINCIPAL. UNA TERCERA PROYECCIÓN ANTERIOR EN LA MISMA CURVATURA HACIA EL PALADAR SE SUELDA ENTRE LAS DOS PROYECCIONES ANTERIORES DEL ASA -- CENTRAL. LA BARRA PRINCIPAL Y EL APARATO SOLDADO SON A -- CONTINUACIÓN SOLDADOS A LAS CORONAS COLOCADAS A LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS. SE PREFIERE COLOCAR UN EXCESO DE -- SOLDADURA EN ESTAS UNIONES. UNA VEZ LIMPIADO Y PULIDO EL APARATO ESTÁ LISTO PARA LA INSERCIÓN. EN LA SEGUNDA VISITA EL APARATO SE RETIRA DEL MODELO Y SE REDUCE DELIBERADAMENTE LA CIRCUNFERENCIA GINGIVAL, CERRANDO LA CORONA A NIVEL DEL CORTE VESTIBULAR. SI EXISTEN ALAMBRES DE SEPARACIÓN, SE RETIRAN, Y EL APARATO SE COLOCA SOBRE LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS. SE PIDE AL PACIENTE QUE OCLUYA FIRMEMENTE. LAS CORONAS SE ABREN AUTOMÁTICAMENTE HASTA OBTENER LA CIRCUNFERENCIA DESEADA DICTADA POR LOS DIENTES INDIVIDUALES; A CONTINUACIÓN, PODRÁN SER SOLDADAS A LO LARGO - DE LA HENDIDURA VESTIBULAR QUE SE HA HECHO. SI EL TEJIDO GINGIVAL SE BLANQUEA DEMASIADO, O SI EL PACIENTE SE QUEJA DE DOLOR, DEBERÁ RECORTARSE AÚN MÁS LA PORCIÓN GINGIVAL. TODA LA PERIFERIA DEBERÁ ENCONTRARSE BAJO EL MARGEN GINGIVAL. EL APARATO SE VUELVE A COLOCAR DESPUÉS DEL AJUSTE PE

RIFÉRICO Y SE LE PIDE AL NIÑO QUE MUERDA TAN FUERTE COMO -
 LE SEA POSIBLE. ESTO AYUDA A ADAPTAR LOS CONTORNOS OCLUSA
 LES Y PROPORCIONA UN MÉTODO DE VERIFICAR SI EXISTE PRESIÓN
 SOBRE LA ENCÍA. DEBERÁ PROCURARSE QUE LOS INCISIVOS INFE-
 RIORES NO OCLUYAN CONTRA LAS PROYECCIONES ANTERIORES DEL -
 APARATO CENTRAL. SI EXISTE CONTACTO, ESTOS ESPOLONES DEBE-
 RÁN SER RECORTADOS Y DOBLADOS HACIA EL PALADAR. LOS DIEN-
 TES DE SOPORTE SE AISLAN, SE LIMPIAN Y SE SECAN, Y EL APA-
 RATO SE SECA PERFECTAMENTE BIEN Y SE COLOCA CON CEMENTO, -
 PIDIENDO AL NIÑO QUE LLEVE EL APARATO A SU LUGAR CON LA --
 MORDIDA. LA MAYOR PARTE DEL EXCESO DE CEMENTO SE LIMPIA -
 INMEDIATAMENTE Y EL RESTO SE QUITA CINCO O DIEZ MINUTOS --
 DESPUÉS. LAS CORONAS ABREN LA OCLUSIÓN Y CONSTITUYEN LOS
 ÚNICOS CONTACTOS SUPERIORES DE LOS DIENTES INFERIORES,
 ESTO NO DEBERÁ SER MOTIVO DE PREOCUPACIÓN, YA QUE LOS DIEN-
 TES SUPERIORES RESTANTES HARÁN ERUPCIÓN DENTRO DE UNA SEMA-
 NA HASTA PONER EN CONTACTO CON LOS DIENTES INFERIORES ANTA-
 GONISTAS.

AL NIÑO SÓLO SE LE ADVIERTE QUE EL APARATO ES PARA ENDERE-
 ZAR SUS DIENTES. EN NINGÚN MOMENTO SE MENCIONA QUE SE IN-
 TENTA HACER DESAPARECER EL HÁBITO. AL PADRE SE LE PIDE --
 QUE PROPORCIONE LOS MISMOS INFORMES EN CASA. A LOS HERMA-
 NOS SE LES INSTRUYE DE LA MISMA MANERA. SI EXISTE TENDEN-
 CIA A MORDIDA CRUZADA LINGUAL EN LA ZONA DE LOS MOLARES DE
 CIDUOS, PUEDE AGRANDARSE LA BARRA CENTRAL ANTES DE CEMEN-
 TAR EL APARATO Y COLOCARSE EN SU LUGAR SOBRE LOS DIENTES -
 CUANDO SE CEMENTE EL APARATO. EL ALAMBRE TIENDE A RECUPE-
 RRAR SU FORMA ORIGINAL, DESPLAZANDO EL PRIMERO Y SEGUNDO MO-
 LARES DECIDUOS EN SENTIDO VESTIBULAR. SI SE REQUIERE RE--
 TRACCIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES EN ESTE MOMENTO, PUE-
 DEN SOLDARSE TUBOS VERTIBULARES HORIZONTALES SOBRE LAS CO-
 RONAS DE ACERO Y COLOCARSE UN ARCO DE ALAMBRE LABIAL DE --
 ACERO DE 0,040 o 0,045 PULGADAS. PUEDE HACERSE LO NECESA-
 RIO PARA COLOCAR ASAS DE CIERRE VERTICAL Y BRAZOS DE APARA-
 TOS INTRABUCALES.

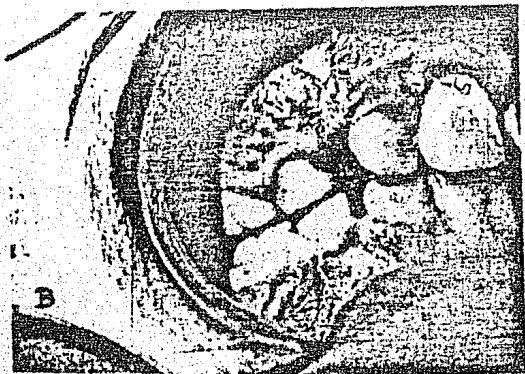
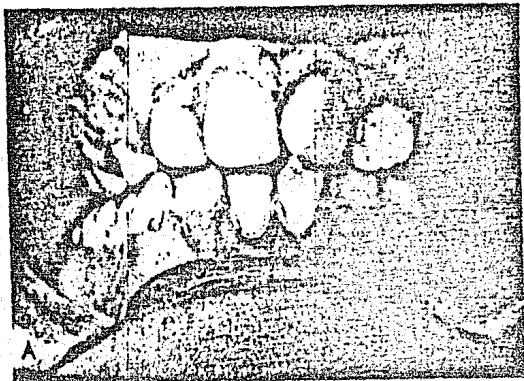
UNA VEZ CEMENTADO EL APARATO SE LE DICE AL NIÑO QUE TARDARÁ VARIOS DÍOS EN ACOSTUMBRARSE AL APARATO, QUE EXPERIMENTARÁ ALGUNA DIFICULTAD PARA LIMPIAR LOS ALIMENTOS QUE SE ALOJEN ABAJO DEL APARATO Y QUE DEBERÁ HABLAR LENTAMENTE Y CON CUIDADO, DEBIDO A LA BARRA QUE SE ENCUENTRA COLOCADA DENTRO DE SU BOCA. AL PADRE SE LE DICE QUE HABRÁ Poca molestia, pero que el impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos sibilantes. Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

DESPUÉS DE UN PERÍODO DE AJUSTE DE DOS O TRES DÍAS, LA MAYOR PARTE DE LOS NIÑOS CASI NO ESTÁN CONSCIENTES DEL APARATO. DEBERÁN HACERSE VISITAS DE REVISIÓN A INTERVALOS DE TRES A SEIS MESES EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS. UN PERÍODO DE TRES MESES EN QUE DESAPARECE COMPLETAMENTE EL HÁBITO DEL DEDO ES UN BUEN SEGURO EN CONTRA DE LA RECIDIVA.

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, EL HÁBITO DESAPARECE DESPUÉS DE LA PRIMERA SEMANA DE UTILIZAR EL APARATO. DESPUÉS DEL INTERVALO DE TRES MESES EN QUE DESAPARECE COMPLETAMENTE EL HÁBITO, SE RETIRAN PRIMERO LOS ESPOLONES. TRES SEMANAS DESPUÉS, SI NO HAY PRUEBAS DE RECURRENCIA, SE RETIRA LA EXTENSIÓN POSTERIOR; TRES SEMANAS DESPUÉS PUEDEN RETIRARSE LA BARRA PALATINA RESTANTE Y LAS CORONAS. SI EXISTE TENDENCIA A LA RECIDIVA, ES CONVENIENTE DEJAR COLOCADO UN APARATO PARCIAL MÁS TIEMPO. SI EXISTE UN HÁBITO COMBINADO DE DEDO Y DE PROYECCIÓN DE LENGUA, EL APARATO SE MODIFICA Y SE DEJA EN LA BOCA MÁS TIEMPO.

NO PODEMOS HACER DEMASIADO ÉNFASIS EN QUE EL APARATO NO ES CASTIGO NI UNA EXPERIENCIA DOLOROSA INTENCIONAL. NO DEBERÁN COLOCARSE ESPOLONES AFILADOS. LA ESTRUCTURA ESTÁ DISEÑADA PARA EVITAR LA DEFORMACIÓN DEL SEGMENTO PREMAXILAR.

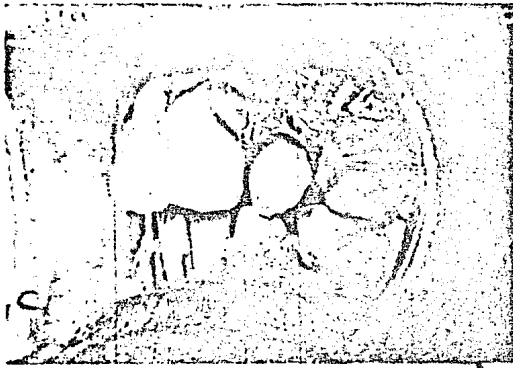
PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO DE LA DEGLUCIÓN VISCERAL Y DE LA POSTURA LINGUAL MADURA Y SU FUNCIONAMIENTO, PARA PERMITIR LA CORRECCIÓN AUTÓNOMA DE LA MALOCCLUSIÓN PRODUCIDA POR EL HÁBITO.



DIFERENTES VISTAS DE LA MALPOSICIÓN DENTARIA CAUSADA POR EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO

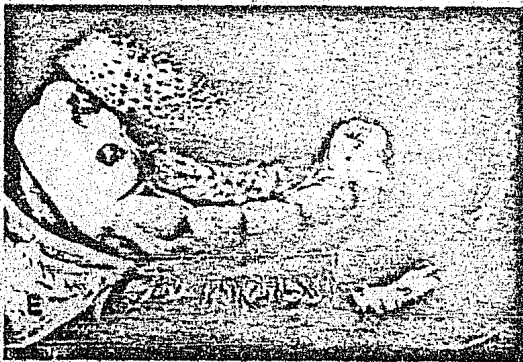
"A" VISTA ANTEROPOSTERIOR.

"B" VISTA LATERAL DERECHA.

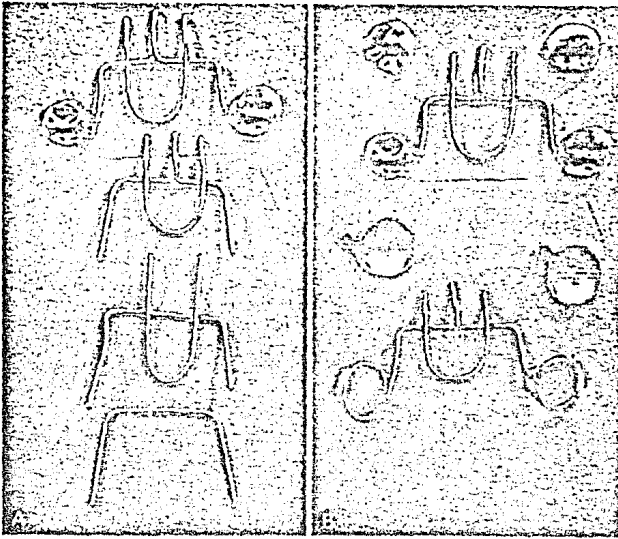


"C" VISTA LATERAL IZQUIERDA,

"D" ARCADA SUPERIOR.

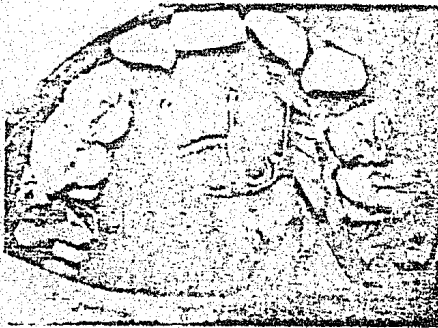


"E" ARCADA INFERIOR.



"A" PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN APARATO PARA HÁBITO DE DEDO.

"B" DOS TIPOS DE APARATO PARA HÁBITO DE DEDO.



VISTA DEL APARATO TERMINADO Y COLOCADO EN EL PACIENTE

- PROYECCIÓN DE LENGUA:

PRESCRIPCIÓN PARA LA PROYECCIÓN LINGUAL. APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO. EL APARATO PARA EL HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL, 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 EFICAZ CONTRA LA PROYECCIÓN LINGUAL. COMO EL ANÁLISIS DEL HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL REVELA QUE LA LENGUA HABITUALMENTE SE LLEVA EN UNA POSICIÓN BAJA Y NO TIENDE A APROXIMARSE AL PALADAR, COMO LO HARÍA EN CONDICIONES NORMALES, UN APARATO PARA EL HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL DEBERÁ INTENTAR HACER AMBAS COSAS: 1).- ELIMINAR LA PROYECCIÓN ANTERIOR ENÉRGICA Y EFECTO A MANERA DE ÉMBOLO DURANTE LA DEGLUCIÓN Y 2).- MODIFICAR LA POSTURA LINGUAL DE TAL FORMA QUE EL DORSO DE LA MISMA SE APROXIME A LA BÓVEDA PALATINA Y LA PUNTA HAGA CONTACTO CON LAS ARRUGAS PALATINAS DURANTE LA DEGLUCIÓN Y NO SE INTRODUZCA A TRAVÉS DEL ESPACIO INCISAL. AL DESPLAZAR LA LENGUA HACIA ATRÁS DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA DENTICIÓN, ÉSTA SE EXPANDE HACIA LOS LADOS, CON LAS PORCIONES PERIFÉRICAS ENCIMA DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES POSTERIORES. ESTO CONSERVA LA DISTANCIA INTORCLUSAL O LA AUMENTA CUANDO ES DEFICIENTE; DE ESTA MANERA, SE EVITA LA SOBREENRUPCIÓN Y EL ESTRECHAMIENTO DE LOS SEGMENTOS BUCALES SUPERIORES. EL ACTO DE DEGLUCIÓN MADURO ES ESTIMULADO POR ESTE TIPO DE APARATO, MIENTRAS QUE LA LENGUA SE ADAPTA A SU NUEVA FUNCIÓN Y POSICIÓN. PARA REALIZAR ESTOS PROPÓSITOS, CUANDO EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO NO CONSTITUYE UN FACTOR, ES MEJOR ELIMINAR LA BARRA PALATINA CRUZADA Y LA EXTENSIÓN POSTERIOR A MANERA DE ASA DEL APARATO LINGUAL Y MODIFICAR EL DISEÑO DE LA CRIBA RESTRICTIVA. LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS ACTÚAN COMO SOPORTES SATISFACTORIOS. SI

EXISTEN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES Y HAN HECHO SUFICIENTE ERUPCIÓN SON PREFERIBLES SE HACEN BUENAS IMPRESIONES DE ALGINATO DE AMBAS ARCADAS DENTARIAS Y SE CORREN CON YESO. LOS DIENTES DE SOPORTE DE YESO SE RECORTAN EN LA FORMA SEÑALADA PARA EL APARATO INTERCEPTIVO DEL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO DESCRITO ANTERIORMENTE SE SELECCIONAN CORONAS DE METAL DE TAMAÑO ADECUADO Y SE CONTORNEA LA PORCIÓN GINGIVAL PARA AJUSTARSE A LA PERIFERIA DESGASTADA DE LOS DIENTES SOBRE LOS MODELOS. SE HACE UN CORTE VESTIBULAR EN LA FORMA SEÑALADA PARA EL APARATO PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS LA BARRA LINGUAL EN FORMA DE "U", DE ALEACIÓN DE NÍQUEL Y CROMO O DE ACERO INOXIDABLE, DE 0,040 PULGADAS, SE ADAPTA COMENZANDO EN UN EXTREMO DEL MODELO Y LLEVANDO EL ALAMBRE HACIA ADELANTE HASTA EL ÁREA DE LOS CANINOS A NIVEL DEL MARGEN GINGIVAL. LA BARRA DEBERÁ HACER CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES PROMINENTES DE SEGUNDOS Y PRIMEROS MOLARES DECIDUOS. DESPUÉS, SE COLOCAN EN OCLUSIÓN LOS MODELOS Y SE TRAZA UNA LÍNEA CONTAPIZ SOBRE EL MODELO SUPERIOR HASTA EL CANINO OPUESTO, ÉSTA LÍNEA SE APROXIMA A LA RELACIÓN ANTEROPOSTERIOR DE LOS MÁRGENES INCISALES SUPERIORES RESPECTO A LA DENTICIÓN SUPERIOR. EL ALAMBRE DE BASE SE ADAPTA PARA AJUSTARSE AL CONTORNO DEL PALADAR, JUSTAMENTE POR EL ASPECTO LINGUAL DE ESTA LÍNEA Y SE LLEVA HASTA EL CANINO DEL LADO OPUESTO. A CONTINUACIÓN SE DOBLA LA BARRA Y SE LLEVA HASTA ATRÁS A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL, HACIENDO CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS Y DE LA CORONA METÁLICA COLOCADA SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

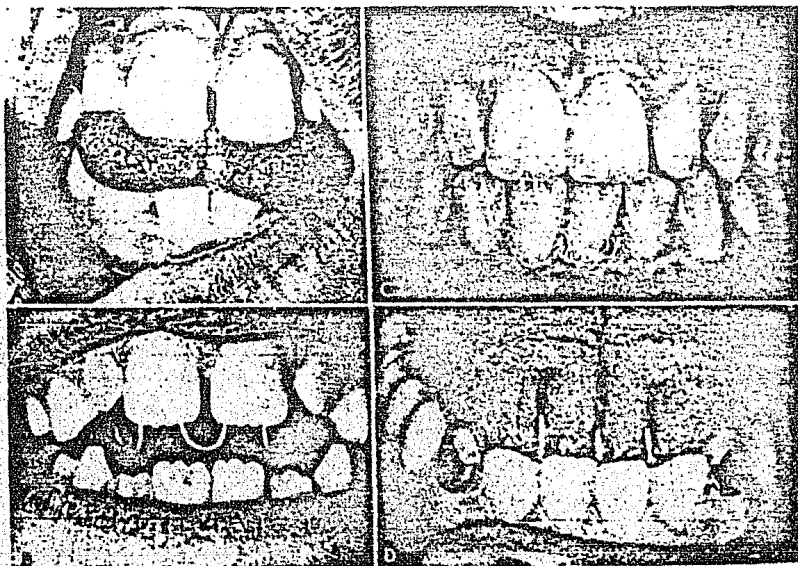
COMO EL APARATO ESTÁ SIENDO COLOCADO PARA CORREGIR UNA MORDIDA ABIERTA, LA OCLUSIÓN NO NOS CONCIERNE EN ESTE MOMENTO. POSTERIORMENTE AL REDUCIRSE LA MORDIDA ABIERTA, EL DENTISTA DEBERÁ ASEGURARSE DE QUE LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA BARRA BASE Y SU CRIBA NO INTERFIERAN EN LA INCISIÓN. ESTE ES EL MOTIVO POR EL QUE SE CONSTRUYE LA BARRA BASE EN SEN-

TIDO LINGUAL RESPECTO AL MARGEN INCISAL INFERIOR. UNA VEZ QUE SE HAYA FABRICADO CUIDADOSAMENTE LA BARRA BASE Y ÉSTA HAYA ASUMIDO LA POSICIÓN PASIVA DESEADA SOBRE EL MODELO SUPERIOR, PUEDE FORMARSE LA CRIBA. SE UTILIZA EL MISMO CALIBRE DE ALAMBRE QUE PARA LA BARRA BASE.

UN EXTREMO SERÁ SOLDADO A LA BARRA BASE EN LA ZONA DEL CANNINO. SE HACEN TRES O CUATRO PROYECCIONES EN FORMA DE "V" DE TAL MANERA QUE SE EXTIENDAN HACIA ABAJO HASTA UN PUNTO JUSTAMENTE ATRÁS DE LOS CÍNGULOS DE LOS INCISIVOS INFERIORES CUANDO LOS MODELOS SE PONGAN EN OCLUSIÓN. NO DEBERÁ HABER CONTACTO QUE PUDIERA INTERFERIR EN LA ERUPCIÓN DE ESTOS DIENTES. UNA VEZ QUE CADA PROYECCIÓN EN FORMA DE "V" HAYA SIDO CUIDADOSAMENTE FORMADA, DE TAL MANERA QUE LOS BRAZOS DE LAS PROYECCIONES SE ENCUENTREN APROXIMADAMENTE A NIVEL DEL ALAMBRE BASE, SE LES COLOCA BASTANTE PASTA PARA SOLDAR A BASE FLÚOR Y SE SUELDAN AL ALAMBRE BASE CON SUFICIENTE SOLDADURA DE PLATA. EL ALAMBRE BASE SE COLOCA CUIDADOSAMENTE SOBRE EL MODELO Y SE SUELDA A LAS CORONAS METÁLICAS. DESPUÉS DE LIMPIAR Y PULIR, ESTAMOS LISTOS PARA PROBAR EL APARATO DENTRO DE 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 SUELDA Y EL APARATO SE ENCUENTRA LISTO PARA SER CEMENTADO.

AL IGUAL QUE CON EL APARATO PARA EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO, LA MORDIDA ABIERTA AUMENTA POR LA INTERPOSICIÓN DE LAS CORONAS EN LA ZONA DEL PRIMER MOLAR. ESTE PROBLEMA LOCALIZADO SE ELIMINA EN UNA SEMANA. EL PACIENTE YA NO PODRÁ PROYECTAR LA LENGUA A TRAVÉS DEL ESPACIO INCISAL. EL DORSO ES PROYECTADO CONTRA EL PALADAR Y LA PUNTA DE LA LENGUA PRONTO DESCUBRE QUE LA POSICIÓN MÁS CÓMODA DURANTE LA DEGLUCIÓN ES CONTRA LAS ARRUGAS PALATINAS. DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA DE MORDIDA ABIERTA PUEDEN SER NECES

SARIOS DE CUATRO A NUEVE MESES PARA LA CORRECCIÓN AUTÓNOMA DE LA MALOCLUSIÓN, NO TODOS LOS APARATOS TIENEN ÉXITO POR SÍ SOLOS, Y EN MUCHOS CASOS ES INDISPENSABLE EMPLEAR PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS TOTALES. SI EL DENTISTA HA OBRADO CON CUIDADO EN LA ELECCIÓN DEL CASO Y HA ESTUDIADO EL PROBLEMA CONCIENZUDAMENTE, PARA ASEGURARSE DE QUE ESTÁ TRATANDO PRIMORDIALMENTE CON UN HÁBITO DE PROYECCIÓN DE LENGUA Y NO UNA MALOCLUSIÓN TOTAL Y BASAL, Y SI COLOCA EL APARATO OPORTUNAMENTE PARA QUE LOS DIENTES HAGAN ERUPCIÓN Y SE DEPOSITE HUESO ELVEOLAR, SUS ESFUERZOS SERÁN RECOMPENSADOS SISTEMÁTICAMENTE. CON FRECUENCIA, ES NECESARIO COLOCAR UN REFUERZO EXTRABUCAL. ESTA SITUACIÓN PUEDE SER SOLUCIONADA COLOCANDO TUBOS VESTIBULARES HORIZONTALES SOBRE LAS CORONAS. POSTERIORMENTE SI ESTÁ INDICADO, PUEDE EMPLEARSE UN ARCO DE ALAMBRE O UN ARCO LABIAL. LA MEJOR EDAD PARA LA COLOCACIÓN DE ESTE TIPO DE APARATO ES ENTRE 5-10 AÑOS DE EDAD.



"A" HÁBITO DE PROYECCIÓN DE LENGUA.

"B" Y "C" APARATO COLOCADO EN BOCA.

"D" APARATO INFERIOR PARA EVITAR LA PROYECCIÓN LINGUAL.

- HÁBITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS:

AUNQUE MUCHOS CASOS DE PROYECCIÓN DE LENGUA PUEDEN ATRIBUIRSE A LA RETENCIÓN DEL INSTINTO DE CHUPAR Y DEGLUTIR DE MANERA INFANTIL, ESTO NO ES LA CAUSA EN LOS HÁBITOS DE MORDERSE LOS LABIOS. EN MUCHOS CASOS, EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS LABIOS ES UNA ACTIVIDAD COMPENSADORA CAUSADA POR LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL EXCESIVA Y LA DIFICULTAD QUE SE PRESENTA PARA CERRAR LOS LABIOS CORRECTAMENTE DURANTE LA DEGLUCIÓN. ES MÁS FÁCIL PARA EL NIÑO COLOCAR LOS LABIOS EN EL ASPECTO LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. PARA LOGRAR ESTA POSICIÓN, SE VALE DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA, QUE EN REALIDAD EXTIENDE EL LABIO INFERIOR HACIA ARRIBA. ES FÁCIL DESCERNIR LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA OBSERVANDO LA CONTRACCIÓN Y EL ENDURECIMIENTO DEL MENTÓN DURANTE LA DEGLUCIÓN. AL IGUAL QUE LA LENGUA PUEDE DEFORMAR LAS ARCADAS DENTARIAS, TAMBIÉN LO PUEDE HACER UN HÁBITO ANORMAL DE LABIO. CUANDO EL HÁBITO SE HACE PERNICIOSO, SE PRESENTA UN APLANAMIENTO MARCADO, ASÍ COMO APIÑAMIENTO, EN EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. LOS INCISIVOS SUPERIORES SON DESPLAZADOS HACIA ARRIBA Y ADELANTE HASTA UNA RELACIÓN PROTUSIVA. EN CASOS GRAVES EL LABIO MISMO MUESTRA LOS EFECTOS DEL HÁBITO ANORMAL. EL BORDE BERMELLÓN SE HIPERTROFIA Y AUMENTA DE VOLUMEN DURANTE EL DESCANSO. SE ACENTÚA EL SURCO MENTOLABIAL O LA HENDIDURA SUPRASINFISIAL. EN ALGUNOS CASOS APARECE HERPES CRÓNICO, CON ZONAS DE IRRITACIÓN Y AGRIETAMIENTO DEL LABIO. EN OCA SIONES, EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS SE CONVIERTE EN ACTIVIDAD CUMPULSIVA DE SATISFACCIÓN, ESPECIALMENTE DURANTE EL SUEÑO. EL ENROJECIMIENTO CARACTERÍSTICO Y LA IRRITACIÓN QUE SE EXTIENDE DESDE LA MUCOSA HASTA LA PIEL BAJO EL LABIO INFERIOR PUEDEN SER NOTADOS POR UN DENTISTA OBSERVADOR, AUNQUE EL PADRE NO ESTÉ CONSCIENTE DEL HÁBITO.

- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

UNA CONSIDERACIÓN IMPORTANTE AQUÍ ES LA NECESIDAD DE HACER UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTES DE INTENTAR DESTERRAR EL HÁBITO DE LABIO. SI EXISTE UN PROBLEMA DE SOBREMORDIDA -- HORIZONTAL EXCESIVA, LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL LABIO PUEDE SER PURAMENTE COMPENSADORA O ADAPTATIVA A LA MORFOLOGÍA -- DENTOALVEOLAR. INTENTAR CAMBIAR LA FUNCIÓN LABIAL SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DENTARIA ES BUSCAR EL FRACASO. EL PRIMER SERVICIO QUE DEBERÁ SER PRESTADO EN ESTOS CASOS ES EL ESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSIÓN NORMAL.

LA SIMPLE COLOCACIÓN DE UN APARATO PARA LABIO SERÍA TRATAR UN SÍNTOMA ÚNICAMENTE Y AYUDARÍA POCO A CORREGIR EL PROBLEMA PRINCIPAL, PERO SI LA OCLUSIÓN POSTERIOR ES NORMAL O HA SIDO CORREGIDA POR TRATAMIENTO ORTODÓNTICO PREVIO Y AÚN -- PERSISTE UNA TENDENCIA A CHUPARSE EL LABIO, PUEDE SER NECESARIO APLICAR UN APARATO PARA LABIO. EL NÚMERO DE CASOS -- EN QUE ES NECESARIO COLOCAR UN APARATO PARA LABIO ES PEQUEÑO.

EN LOS CASOS EN QUE EL HÁBITO ES PRIMORDIALMENTE UN "TIC" -- NEUROMUSCULAR O, COMO DICE LA MADRE "UN HÁBITO NERVIOSO", EL APARATO PARA EL HÁBITO DEL LABIO PUEDE SER MUY EFICAZ. LAS MALAS RELACIONES MENORES DE LOS DIENTES INCISIVOS PUEDEN ELIMINARSE POR EL AJUSTE AUTÓNOMO, Y NO SUELEN SER NECESARIOS APARATOS PARA MOVER LOS DIENTES. ES MUY AGRADABLE OBSERVAR CÓMO LA LENGUA ALÍNEA A LOS INCISIVOS INFERIORES MIENTRAS QUE EL APARATO PARA EL LABIO EVITA QUE LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA LOS DESPLACE HACIA LINGUAL.

- FABRICACIÓN DE APARATOS:

EXISTEN VARIOS PROCEDIMIENTOS DE CONSTRUCCIÓN DEL APARATO PARA EL HÁBITO DE LABIO. SE HACEN IMPRESIONES DE ALGINATO

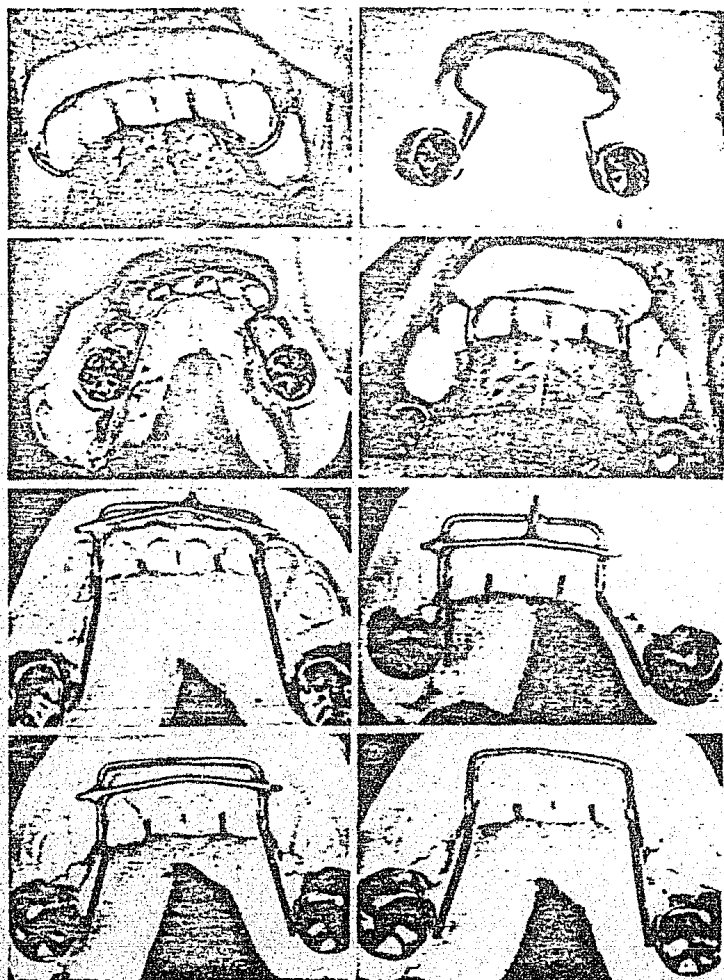
SUPERIORES E INFERIORES Y SE CORREN CON YESO. PARA FACILITAR EL MANEJO, LOS MOLDES PUEDEN SER MONTADOS EN UN ARTICULADOR DE BISAGRA. SE RECORTAN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES INFERIORES O SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS SEGÚN LA FORMA DESCRITA PARA EL MANTENEDOR DE ESPACIO FUNCIONAL FIJO Y EL APARATO PARA EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. EL DENTISTA DEBERÁ ASEGURARSE DE HACER EL CORTE SUFICIENTEMENTE PROFUNDO EN SENTIDO GINGIVAL. SE HACEN CORONAS METÁLICAS COMPLETAS O SE COLOCAN BANDAS DE ORTODONCIA ADECUADAS SOBRE LOS DIENTES PILARES. SI ESTE APARATO VA A PERMANECER EN SU LUGAR UN TIEMPO CONSIDERABLE, LAS CORONAS COMPLETAS DE METAL TIENEN MAYOR POSIBILIDAD DE RESISTIR LOS ESFUERZOS OCLUSALES. SE ADAPTA A CONTINUACIÓN UN ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE O DE NÍQUEL Y CROMO DE 0,040 PULGADAS, QUE CORRA EN SENTIDO ANTERIOR DESDE EL DIENTE DE SOPORTE, PASANDO LOS MOLARES DECIDUOS, HASTA EL NICHOS ENTRE EL CANINO Y EL PRIMER MOLAR DECIDUO, O EL CANINO Y EL INCISIVO LATERAL. CUALQUIER ÁREA INTERPROXIMAL PUEDE SER SELECCIONADA PARA CRUZAR EL ALAMBRE DE BASE HASTA EL ASPECTO LABIAL, DEPENDIENDO DEL ESPACIO EXISTENTE, QUE SE DETERMINA POR EL ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ARTICULADOS.

DESPUÉS DE CRUZAR EL ESPACIO INTERPROXIMAL, EL ALAMBRE BASE SE DOBLA HASTA EL NIVEL DEL MARGEN INCISAL LABIOLINGUAL QUE LLEVA HASTA EL NICHOS CORRESPONDIENTE DEL LADO OPUESTO. EL ALAMBRE ENTONCES ES LLEVADO A TRAVÉS DEL NICHOS Y HACIA ATRÁS, HASTA EL ADITAMENTO SOBRE EL DIENTE DE SOPORTE, HACIENDO CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS PREMOLARES. DEBEMOS VERIFICAR CUIDADOSAMENTE QUE LA PORCIÓN ANTERIOR DEL ALAMBRE NO HAGA CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES AL PONER EL MODELO SUPERIOR EN OCLUSIÓN. SI SUCEDE ÉSTO, EL ALAMBRE BASE DEBERÁ SER DOBLADO PARA TOMAR UNA POSICIÓN MÁS GINGIVAL. EL ALAMBRE DEBERÁ ESTAR ALEJADO DE LAS SUPERFICIES LABIALES DE LOS INCISIVOS INFERIORES 2 O 3 MM, PARA PERMITIR QUE ÉSTOS SE DESPLACEN HACIA ADELANTE. A CONTINUACIÓN, PUEDE -

AGREGARSE UN ALAMBRE DE NÍQUEL O CROMO O DE ACERO INOXIDABLE DE 0.036 o 0.040 PULGADA, SOLDANDO UN EXTREMO EN EL PUNTO EN EL QUE EL ALAMBRE CRUZA EL NICHU Y LLEVÁNDOLO GINGIVALMENTE 6 o 8 MM. POSTERIORMENTE, ESTE ALAMBRE SE DOBLA Y SE LLEVA, CRUZANDO LA ENCÍA DE LOS INCISIVOS INFERIORES, PARALELO AL ALAMBRE DE BASE; SE VUELVE A DOBLAR EN LA ZONA DEL NICHU OPUESTO Y SE SUELDA AL ALAMBRE BASE. LA PORCIÓN PARALELA DEL ALAMBRE DEBERÁ ESTAR APROXIMADAMENTE A 3 MM. DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. A CONTINUACIÓN, SE SUELDA EL ALAMBRE BASE A LA CORONA O A LAS BANDAS Y SE REVISAS TODO EL APARATO DE ALAMBRE BUSCANDO POSIBLE INTERFERENCIA OCLUSAL O INCISAL. DESPUÉS DE LIMPIARLO Y PULIRLO, EL APARATO PODRÁ SER CEMENTADO SOBRE LOS DIENTES. SI SE HAN UTILIZADO CORONAS METÁLICAS, ES CONVENIENTE HACER UNA HENDIDURA VESTIBULAR PARA PERMITIR ESTABLECER LA CIRCUNFERENCIA GINGIVAL CORRECTA DE LA CORONA Y POSTERIORMENTE SE SUELDA EN VARIOS PUNTOS SEGÚN SE HA DESCRITO PARA EL APARATO PARA CORREGIR EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. LA PORCIÓN LABIAL PUEDE SER MODIFICADA AGREGANDO ACRÍLICO ENTRE LOS ALAMBRES DE BASE Y AUXILIAR. ESTO TIENDE A REDUCIR LA IRRITACIÓN DE LAS MUCOSAS DEL LABIO INFERIOR. LA MAYOR PARTE DE LOS APARATOS SE LLEVAN APROXIMADAMENTE EL MISMO TIEMPO QUE EL APARATO PARA EL HÁBITO DE PROYECCIÓN DE LENGUA. AL IGUAL QUE CON EL APARATO PARA CHUPARSE LOS DEDOS, EL APARATO PARA LABIO SE REDUCE GRADUALMENTE ANTES DE RETIRARSE. LOS ALAMBRES AUXILIARES SE RETIRAN PRIMERO Y EL RESTO DEL APARATO VARIAS SEMANAS DESPUÉS. NO HAY PRISA PARA RETIRAR EL APARATO, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS EN QUE HA HABIDO APIÑAMIENTO Y RETROPOSICIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

UN PERÍODO DE OCHO A NUEVE MESES DE USO ES ACEPTABLE. NO HAY DUDA DE QUE EL APARATO PARA LABIO PERMITE QUE LA LENGUA MUEVA LOS INCISIVOS INFERIORES EN SENTIDO LABIAL. ESTO NO SÓLO MEJORA SU INCLINACIÓN AXIAL, SINO QUE CON FRECUENCIA REDUCE LA SOBREMORDIDA. EN ALGUNOS CASOS EN QUE

PARECE RETRUSIÓN MANDIBULAR FUNCIONAL, COMO RESULTADO DE ACTIVIDAD MUSCULAR ASOCIADA CON LA ACTIVIDAD ABERRANTE DEL LABIO, LA COLOCACIÓN DE UN APARATO PARA LABIO PERMITE QUE LOS INCISIVOS SE DESPLACEN HACIA ADELANTE Y EL MAXILAR INFERIOR PODRÁ HACER LO MISMO.



APARATO PARA HÁBITO DE LABIO
DESDE SU MANUFACTURA HASTA SU COLOCACIÓN EN EL PACIENTE

3.5 APARATOS REMOVIBLES PARA HÁBITOS ANORMALES.

- PARA MORDEDURA DE CARRILLO:

CUANDO EXISTE UN HÁBITO PERSISTENTE DE MORDERSE EL CARRILLO, PUEDE UTILIZARSE UNA CRIBA REMOVIBLE PARA ELIMINAR EL HÁBITO O TAMBIÉN PUEDE UTILIZARSE UNA PANTALLA VESTIBULAR O BUCAL.

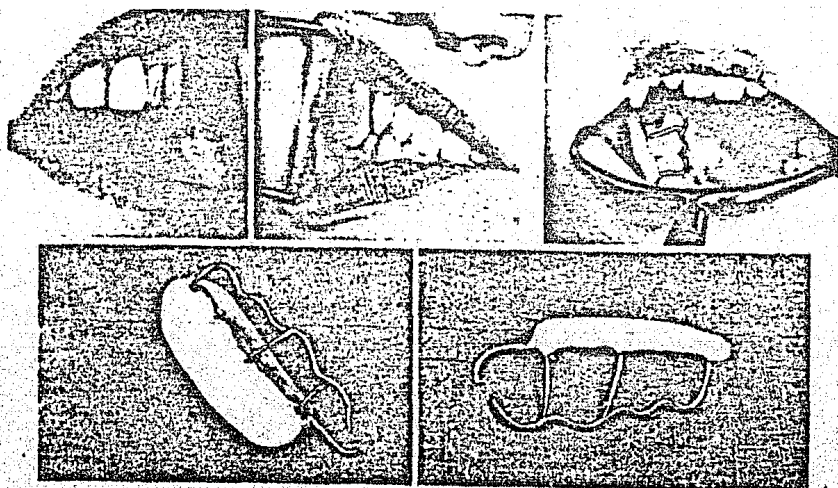
- PARA HÁBITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA:

UN MÉTODO EFICAZ PARA CONTROLAR LOS HÁBITOS MUSCULARES ANORMALES Y AL MISMO TIEMPO UTILIZAR LA MUSCULATURA PARA LOGRAR LA CORRECCIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN EN EL DESARROLLO ES LA PANTALLA BUCAL O VESTIBULAR, O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS. ÉSTOS APARATOS REMOVIBLES HAN SIDO PERFECCIONADOS HASTA LOGRAR UN ALTO GRADO DE EFICACIA. LA SIMPLE PANTALLA VESTIBULAR ES UN AUXILIAR PARA RESTAURAR LA FUNCIÓN LABIAL NORMAL Y PARA LA RETRACCIÓN DE LOS INCISIVOS. TAMBIÉN PUEDE UTILIZARSE PARA INTERCEPTAR HÁBITOS DE CHUPARSE LOS DEDOS; AUNQUE TIENE LA DESVENTAJA DE QUE PUEDE SER RETIRADO FÁCILMENTE POR EL PACIENTE SI LO DESEA,

LA COMPLETA COOPERACIÓN DEL PACIENTE ES ABSOLUTAMENTE INDISPENSABLE.

LA PANTALLA BUCAL ES UN PALADAR DE ACRÍLICO MODIFICADO, SIMILAR AL ACTIVADOR POR SU ASPECTO, PERO MENOS VOLUMINOSO, PUEDE CONSTRUIRSE UNA BARRERA DE ACRÍLICO O DE ALAMBRE PARA EVITAR LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA Y EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. PUEDEN AGREGARSE GANCHOS SOBRE LOS MOLARES SI SE NECESITA RETENCIÓN ADICIONAL. PUEDE FABRICARSE UNA PANTALLA BUCAL Y VESTIBULAR COMBINADA PARA CONTROLAR LAS FUERZAS MUSCULARES, TANTO FUERA COMO DENTRO DE LAS ARCADAS DENTARIAS. SI ES UTILIZADA ACIDUAMENTE Y CONSTRUÍDA CORRECTAMENTE, LAS FUERZAS MUSCULARES ANORMALES PUEDEN SER

INTERCEPTADAS Y CANALIZADAS HACIA ACTIVIDADES POSITIVAS, -
REDUCIENDO LA MALOCCLUSIÓN EN DESARROLLO. UTILIZADOS SÓLOS
ESTOS APARATOS, SON DE ALCANCE LIMITADO PARA LA CORRECCIÓN
Y ÚNICAMENTE DEBERÁN SER EMPLEADOS COMO AUXILIARES INTER--
CEPTIVOS PARA PERVERSIONES MUSCULARES FRANCAS. DEBERÁ - -
HACERSE UN CUIDADOSO DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA ANTES DE IN-
TENTAR LA CORRECCIÓN CON LA PANTALLA VESTIBULAR O BUCAL.
SI NO CONTAMOS CON LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE, ESTÁN INDI-
CADOS LOS APARATOS FIJOS.



HÁBITO DE MORDERSE EL CARRILLO

" CONCLUSIONES "

UNA DE LAS VERDADERAS ESPECIALIDADES DE LA ODONTOLOGÍA ES - LA "ORTODONCIA". DENTRO DE ÉSTA, SE ENCUENTRA LA PREVENTIVA, INTERCEPTIVA Y LA CORRECTIVA.

EN LA ORTODONCIA PREVENTIVA, EL OBJETIVO PRIMORDIAL ES EL - DE CONSERVAR LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSIÓN NORMAL; MIENTRAS QUE EN LA ORTODONCIA CORRECTIVA, COMO SU NOMBRE LO INDICA, TRATA DE CORREGIR LA MALPOSICIÓN DENTARIA A CAUSA DE LOS -- HÁBITOS PERNICIOSOS, TALES COMO: EL DE LENGUA, EL DE CHUPAR SE LOS DEDOS; MORDERSE Y CHUPARSE LOS LABIOS Y EL DE MORDER SE EL PULGAR.

PARA CUMPLIR CON SU OBJETIVO, ES NECESARIO UTILIZAR APARATO LOGÍA REMOVIBLE O FIJA, SEGÚN LO AMERITE EL CASO, PARA EVI-- TAR UN PROBLEMA MAYOR Y UN TRATAMIENTO MÁS COMPLEJO Y POR - LO TANTO, MÁS COSTOSO.

BIBLIOGRAFIA

T.M. GRABER,
ORTODONCIA TEORIA Y PRÁCTICA
INTERAMERICANA 3a. EDICION
MEXICO, D.F. 1985.

G.M. ANDERSON,
ORTODONCIA PRACTICA,
EDITORIAL MUNDI 1a. EDICION

P.R. BEGG,
ORTODONCIA TEORIA Y TECNICA,
REVISTA DE OCCIDENTE 2a. EDICION,
MADRID, 1973.

DR. SIGURD P. RAMFJORD,
DR. MAJOR M. ASH JR.,
OCLUSION
EDITORIAL INTERAMERICANA 2a.EDICION,
1972

P.R. BEGG,
LA FUERZA DIFERENCIAL EN EL TRATAMIENTO ORTODONTICO,
EDITORIAL VALENCIA, 1961.

FINN B. SIDNEY,
ODONTOLOGIA PEDIATRICA,
EDITORIAL INTERAMERICANA 1a. EDICION,
MEXICO, 1975.

HOTZ RUDOLF,
ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA, SUS POSIBILIDADES Y LIMITES,
EDITORIAL MEDICO
MEXICO, 1974.

MC. DONALD RALPH,
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLECENTE,
EDITORIAL MUNDI 2a. EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1975

NOYES H.J.,
CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA,
EL PAPEL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA ORTODONCIA INTER-
CEPTIVA,
EDITORIAL INTERAMERICANA
VOLUMEN 8 ,
MEXICO, 1962.

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA,
ODONTOPEDIATRIA,
VOLUMEN I Y II,
FACULTAD DE ODONTOLOGIA,
UNAM, 1a. EDICION 1980.