

24 644

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES NOCIVOS
EN LOS NIÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

VIRGINIA MONTES VELASCO
EDUARDO URIBE JAIMES

MEXICO, D. F.

JULIO DE 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1	
Definición.....	3
Factores que influyen en la iniciación de los	
Hábitos.....	4
Capítulo 2	
Clasificación.....	6
Hábitos Bucales NO Compulsivos.....	7
HÁBITOS Bucales Compulsivos.....	7
Hábitos de Postura.....	7
Hábitos Masoquistas.....	9
Hábitos de Deglución.....	9
Hábitos de Fonación.....	18
Hábitos de Carrillos.....	23
Hábitos de Cuerpos Extraños.....	24
Hábitos Nerviosos Espasmodicos.....	24
Hábitos al Dormir.....	25
Hábitos de Mímica.....	26
Hábito: Efectos Dentales de Succión a Largo Pla zo del Dedo Pulgar y Otros Dedos.....	26

Capítulo 3

Reflejo de Succión..... 45

Capítulo 4

Empuje Lingual..... 52

Capítulo 5

Succión Labial..... 60

Capítulo 6

Respiración por la Boca..... 66

Capítulo 7

Automutilación..... 79

Capítulo 8

Empuje de Frenillo..... 82

Capítulo 9

Mordedura de Uñas..... 83

Capítulo 10

Abertura de Pasadores de Pelo..... 86

Bruxismo..... 87

Capítulo 11

Succión de Chupetes y Mamilas..... 92

Capítulo 12

Efectos..... 99

Conclusiones..... 101

Bibliografía..... 103

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objeto, exponer la importancia que reviste la prevención de los Hábitos Orales Nocivos en los niños, ya que no solo afectan bucodentalmente sino psicológica y socialmente.

El que nazca un niño con dientes normales o anormales no es por pura fatalidad, ya que la salud de la boca como la del cuerpo empiezan en el hogar y depende en forma importante de lo que se haga o deje de hacerse en las etapas de la infancia y la juventud.

Antes del nacimiento de un niño varios factores influyen en la buena o mala salud bucal.

Cuando un diente de la primera dentición o temporal presenta caries es raro que se lleve al niño con el Cirujano Dentista, y cuando se exfolia antes de tiempo les parece una cosa tan natural que no se preocupan si convendría llenar el espacio hasta que erupcione el diente definitivo. Esto puede ocasionar que los dientes permanentes erupcionen en mala posición, ya sea apiñados o con giroversiones.

Los factores hereditarios, influencias prenatales (como la alimentación de la madre, la ingestión de farmacos durante este periodo), y postnatales (como el mal hábito de chuparse el dedo pulgar), pueden ocasionar infecciones y defectos en

la oclusión como también en la formación de los dientes.

Hay métodos preventivos muy eficaces, que si los llevamos a cabo cuando es preciso, no sería remoto que los hábitos perniciosos desaparecieran como un grave factor de deterioro de la dentadura.

Por lo tanto, si le damos la importancia necesaria al tratamiento y prevención de los hábitos orales contribuiremos a evitarle problemas futuros severos.

CAPITULO

1

DEFINICION

Y

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
INICIACION DE LOS HABITOS

Un hábito es una costumbre estable producida por la
continua repetición de un acto en estado conciente-
y si este acto se sigue realizando constantemente -
puede llegar a hacerse en forma inconciente.

Nada deja en la niñez un sello mas patente que la salud de la dentadura y en nada serán mas eficaces el consejo y el ejemplo de los padres, que en la adopción de costumbres inteligentes de higiene bucal.

La historia Odontologica, del niño en realidad empieza - antes del nacimiento y está determinada en esta etapa inicial no solo por factores hereditarios, sino por actos voluntarios de la madre, un ejemplo es el regimen de la alimentación.

En las condiciones necesarias de un embarazo normal y - tranquilo, hay un factor traumatico principal, por el cual to dos los niños pasan y es : el nacimiento.

Una de las principales necesidades despúes del nacimiento y las mas urgente es la alimentación por lo cual este en contacto con la madre otra vez a la hora de amamantarlo.

La succión que efectúa en este acto se debe tomar en - cuenta para la explicación de un mal hábito oral.

La experiencia afectiva, suele ser nula en la lactancia artificial, por lo que la actitud de la madre al alimentarlo debe ser con afecto y cariño ya que si lo hace friamente es preferible darle su alimentación en un biberón.

En la iniciación de un hábito oral, es importante la a-

CAPITULO

2

CLASIFICACION

tención que presta la madre en la alimentación del niño.

El destete, es una etapa en que el niño cree perdida la seguridad y tranquilidad que lo unía a la madre. Es necesario que se realice el destete con gran delicadeza, para que el niño, no se sienta inseguro y no se refugie en un mal hábito oral, que pudiera ser temporal o permanente.

Es común la succión del dedo pulgar u otros dedos, por la falta de estabilidad en el hogar, esta falta de estabilidad puede ser provocada por la llegada de otro hermanito, ya que con esto le restarán atención a él. La edad y el sexo influyen en la formación de los malos hábitos ya que hay niños que llegan a la adolescencia teniendo todavía hábitos que provoquen alteraciones dentarias mas severas.

El grado de afección que un hábito produce o llega a producir, se determina por la dirección de las presiones.

Ejemplo : Si la lengua se mantiene entre los dientes anteriores durante la deglución esto provocará ; protrusión o mordida abierta, lo mismo que la succión del labio inferior puede acarrearle protrusión en los dientes inferiores.

- a) Hábitos Bucales NO Compulsivos
- b) Hábitos Bucales Compulsivos
- c) Hábitos de Postura
- d) Hábitos Masoquistas
- e) Hábitos de Deglución
- f) Hábitos de Fonación
- g) Hábitos de Carrillos
- h) Hábitos de Cuerpos Extraños
- i) Hábitos Nerviosos Espasmodicos
- j) Hábitos al Dormir
- k) Hábitos de Mímica

a) Hábitos Bucales NO Compulsivos :

Son aquellos que no se impulsan emocionalmente y no son perjudiciales para el individuo.

son utiles como un escape a preocupaciones, incomprensio nes y ansiedades, que de otro modo se acumularian produciendo trastornos psicologicos, y de esta manera podrian afectar al niño.

b) Hábitos Bucales Compulsivos :

Son los que desarrollan o efectúa el niño por impulsos e mocionales, ya sea de frustración o del tipo de hábito, confor me a esto estudiaremos cual es el tratamiento mas adecuado pa ra no modificar o lesionar la personalidad del niño.

c) Hábito de Postura :

Este hábito se observa en niños, que duermen con las ma nos o el brazo sobre el carrillo, o aquellos que al estar es tudiando apoyan la mano sobre la cara provocando maloclusión y deformaciones unilaterales de las arcadas dentarias. La postura se considera como la acción de los reflejos muscula res, que son principalmente de origen propioceptivo, por lo cual en este hábito puede haber cambios y correcciones.

Las deformaciones como el aplanamiento del craneo y asimetría facial, suelen detenerse durante el primer año de vida ya que el niño suele ponerse en posición de cubito supino con la cabeza hacia la izquierda o derecha.

Influye también durante el sueño, la presión que se haga en la cara, o en la posición que adopten en la escuela para escribir o escuchar. Se puede crear desplazamiento de los dientes superiores hacia palatino, por la permanencia de esta postura durante mucho tiempo y de un mismo lado.

Es difícil observar maloclusiones causadas por este hábito, ya que los niños generalmente cambian rápidamente de una posición a otra. Hay la posibilidad de una maloclusión por este hábito cuando el factor etiológico no este a la vista.

TRATAMIENTO :

Es muy difícil vencer el hábito de postura al dormir o durante el día, esta última puede mejorar si logramos la cooperación del niño y si los padres también nos ayudan, se amplifica aún más.

La mala postura durante el sueño es más difícil de corregir ya que requerimos de aditamentos como: correas para las muñecas, o que duerman sin almohada, si está es la causa de la presión tendremos que hacer algunas visitas a nuestro paci

ente cuando este dormido para poder observarlo.

d) Hábitos Masoquistas :

El hábito masoquista es raro y ocasionalmente fué observado en un niño. El infante utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

Este hábito masoquista privó completamente al órgano dentario del tejido gingival, marginal sin llegar, exponiendo al hueso alveolar. Posteriormente se siguió un tratamiento psicológico ayudado por un tratamiento que consiste en envolver con tela adhesiva el dedo problema, para evitar que siguiera dañando el tejido gingival.

e) Hábitos de Deglución :

El hábito de deglución anormal es muy difícil de corregir, por esto veremos que es deglución y oclusión normal.

Después de masticar los alimentos es preciso deglutirlos el mecanismo de la masticación se encuentra parcialmente bajo control de la voluntad, pero la deglución una vez iniciada se hace en forma involuntaria.

Bosma ha dividido el proceso de la deglución en:

- 1.- La posición del bolo preparatorio para la deglución - dentro de la boca.
- 2.- El paso desde la boca a la faringe.
- 3.- El paso a través de la faringe.
- 4.- El paso a través del esfínter hipofaríngeo.

ACTITUD MUSCULAR DE LA DEGLUCIÓN :

La deglución infantil o visceral se encuentra basada en un sistema reflejo incondicionado en el cual los músculos faciales y peribucales inician la deglución, y la lengua es colocada contra el maxilar inferior separándose las encías por la lengua.

Al erupcionar los dientes posteriores, el niño logra una deglución con los dientes en contacto que ha sido llamada deglución Adulta o Somática. Algunas personas evitan juntar los dientes al efectuar la deglución debido a que colocan la lengua entre ellos, para fijar la mandíbula durante el acto de deglución.

La deglución de líquidos se efectúa con frecuencia con los dientes separados y cualquier persona puede fijar su mandíbula con la lengua y los labios de manera que no tenga que unir los dientes durante la deglución. Las fuerzas aplicadas están relacionadas con el tono muscular individual el cu-

al a su vez esta relacionado con la tensión nerviosa y las interferencias de la oclusión.

En la deglución voluntaria o en la deglución con un pequeño bolo alimenticio, el maxilar no siempre retrocede a una relación centrada, sino que el contacto oclusal inicial puede hacerse en cualquier sitio entre la relación centrada y la oclusión centrada, se encuentren en armonía con los músculos y la articulación temporomandibular.

Por esta razón se hace necesaria una libertad de movimiento en centrada o una centrada prolongada. Si existe interferencia entre la relación centrada seguirá inmediatamente una segunda deglución con el maxilar colocado en oclusión centrada. En pacientes con trastornos disfuncionales de la articulación temporomandibular en que existe cierta discrepancia entre la relación centrada y oclusión centrada, se efectúa un deslizamiento lateral que modifica los patrones musculares durante la deglución, impidiendo que las contracciones musculares sean balanceadas.

Resulta claro que las interferencias oclusales en el trayecto de la relación centrada en la oclusión centrada resultan más importantes durante la deglución. Estas interferencias son importantes como causa de desarmonías neuromusculares.

y pueden ser tambien de importancia en el desarrollo de la oclusión traumatica.

DEGLUCION ANORMAL :

La lengua es un organo movil musculoso, aplanado situado en el piso de la boca. En el recién nacido debido a la carencia de crecimiento alveolar, los maxilares son poco desarrollados, el paladar es casi plano llenandose el espacio entre los maxilares y la mandibula por la lengua, debido a que la mandibula no a crecido lo suficiente hacia abajo y adelante para alejarla del paladar.

Los procesos alveolares no se encuentran totalmente unidos durante las contracciones de los musculos del piso de la boca, carrillos y lengua, que hacen pasar el alimento y la saliva hacia la faringe. Esta deglución la efectua el niño con la boca ligeramente abierta, y las contracciones musculares corresponden en su mayoria a los orbiculares de los labios, mientras que la mandibula es estabilizada por musculos masticadores.

La alimentación del niño recién nacido debe ser exclusivamente materna, enfrentandose fisiologicamente a dos problemas importantes :

a) El físico biologico; El niño lucha por su alimentación

sus pequeños músculos tienen que realizar mucha fuerza para lograrlo, llevando un estímulo para el desarrollo de las estructuras maxilofaciales.

b) El Psicosomático; Esto se explica por la seguridad, alegría y protección que el niño adquiere en la lactancia.

Al aparecer los dientes se establece un cambio dietético en el régimen alimenticio del niño, va aprendiendo diversas formas de utilizar la lengua, los labios, carrillos empleando de una manera más efectiva los sentidos táctiles y propioceptivos de la boca. La lengua ya separada por los dientes de los labios y carrillos se va volviendo más ágil, quita el alimento de las superficies oclusales y lo lleva en movimientos hacia la faringe.

La función de embolo de la lengua observada en los recién nacidos solo es utilizado después, para los alimentos líquidos, observándose a partir de esto un nuevo mecanismo de deglución. Al tragar normalmente el niño mantiene los dientes en contacto, cierra los labios y la lengua se mantiene contra el paladar en la parte posterior de los dientes anteriores.

En la función normal de la lengua el extremo de la misma se coloca sobre las rugas palatinas, los labios se cierran pa

ra sellar la cavidad bucal y los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para la contracción de los músculos de la deglución. En la función anormal la lengua es empujada hacia adelante entre los dientes posteriores, el labio inferior se contrae con intensidad para sellar la cavidad bucal contra la punta de la lengua.

Los patrones anormales de la deglución ejercen fuerza intermitente contra los dientes y por lo tanto provoca un rompimiento de equilibrio muscular que obliga a los dientes a cambiar de posición, con el fin de adaptarse a las nuevas fuerzas ejercidas sobre ellos. También este hábito puede ser a consecuencia de la eliminación de otros ; como la succión del pulgar.

La causa mas común es la presencia de amigdalitis frecuentes o hipertroficas que obstruyen el paso normal de los alimentos ya que es un tejido doloroso. Al protruir el paciente la lengua, el paso de los alimentos se hace menos molesto, el aumentar el espacio de la región amigdalina. Lo anterior explica la aparición del hábito como producto de un fenomeno doloroso. La protrusión de los incisivos superiores se hace visible por la presión ejercida con la lengua.

El maxilar superior se estrecha por la fuerza de la con-

tracción exagerada de los musculos que intervienen en la deglución por esto podemos observar que si los incisivos laterales superiores no han erupcionado tendran dificultad para hacerlo en su posición correcta.

La mordida abierta anterior es el sintoma clasico de un hábito de deglución anormal. El paso continuo de la lengua entre los dientes impide el contacto de los mismos, en el maxilar inferior los incisivos se encuentran apiñados sin embargo debido a la estructura muscular de la lengua que le permite adoptar posiciones diversas, el niño por hábito puede descargar su nerviosismo acomodandola de diversas formas.

Son hábitos bastante dificiles de descubrir ocasionan maloclusiones severas y trastornos en la fonación, las funciones innatas de los labios y carrillos ayudan a mantener el alimento en la boca y los movimientos de masticación son gobernados por los grupos musculares correspondientes. Los que presentan la deglución anormal sacan la lengua entre los dientes cada vez que pasan saliva o el alimento, Whiteman la denomina perversión muscular y el resultado es la mordida abierta esta alteración funcional se ha observado con mas frecuencia, cuando el niño se ha alimentado con biberon, porque no existe el esfuerzo normal del amamantamiento que es un reflejo innato, aspirandose la leche por contracciones musculares de lento

gua, carrillo y piso de la boca, produciendose esto mientras existe el estimulo fisiologico del pecho materno. Algunos niños no solo introducen la punta de la lengua entre los dientes anteriores, sino tambien los bordes en la región de los dientes posteriores provocando infraoclusión de los molares.

El exagerado movimiento de los labios y el mentón en el momento de la deglución, nos da la evidencia clinica del hábito para poder controlar este hábito, solicitaremos la colaboración de un Otorrinolaringologo que de ser necesario efectuará la amigdalectomia. Hecho esto colocaremos una trampa lingual que indicará al paciente la posición correcta de la lengua, si el paciente es poco cooperativo el aparato que se colocará tendrá que ser fijo.

Para ayudar al niño en el control del hábito le indicaremos un ejercicio muy sencillo :

- 1.- Tomar un poco de agua
- 2.- Ocluir con todos los dientes
- 3.- Efectuar la deglución sin despegar los dientes.

Este ejercicio se hace frente a un espejo con el objeto de que el niño observe que al deglutir no mueva los labios ni el mentón. La trampa lingual será usada generalmente mas de seis meses por la gran dificultad que presenta la eliminación

de este hábito.

TECNICA PARA LA CONSTRUCCION DEL RECORDATORIO LINGUAL ;

Primer paso, es tomar las impresiones con alginato del maxilar superior e inferior y se corren con yeso.

Segundo paso, se montan los modelos en un articulador de visagra.

Tercer paso, con alambre del número 0.9 se adaptan unos ganchos en el primer o segundo molar.

Cuarto paso, sobre el modelo de yeso superior se coloca un separador de yeso-acrilico.

Quinto paso, los ganchos de alambre se fijan al modelo con cera pegajosa.

Sexto paso, con alambre del número 0.9 contorneamos tres proyecciones que en su posición basal tendrán retenciones para el acrilico y en su posición libre deberá llegar hasta el cingulo de los dientes inferiores.

Septimo paso, aplicamos el acrilico de autopolimerización ya sea pincelado o goteado, al paladar, teniendo cuidado de cubrir los ganchos. Al principiar el proceso de polimerización colocamos las proyecciones linguales que servirán de barrera para la interposición de la lengua, estas se colocarán aproximadamente en la parte anterior de las rugas palatinas, se verificará con el modelo inferior que los espolones -

no interfieran con la oclusión y lleguen hasta los cíngulos de los dientes inferiores.

Octavo paso, se pule y se coloca en la boca.

f) Hábito de Fonación :

A un niño que tiene mas de seis años y a su lenguaje no se le entiende, podemos decir que tiene una patología. Hay niños que hablan muy rapido y que articulan incorrectamente las palabras, la falla puede ser en el equilibrio de la habilidad para articular las palabras y el deceso de hablar. Son llamados tales efectos mal dirigidos como " Vervorrea " o "Le gorrea".

La causa es un innato lenguaje rapido que obliga al sujeto a acortar, omitir y repetir palabras. Casi siempre se presenta en los niños pequeños antes de la adolescencia, esta no es la tartamudez verdadera, ni debe confundirse con la forma balbuceante de hablar de algunas personas que quieren pensar aprisa, o mayor tiempo para reflexionar. En la Legorrea el niño no sabe que su lenguaje es raro y por lo tanto hay ausencia de la ansiedad que caracteriza al tartamudo.

Estos niños se benefician con ejercicios de lectura, en estos ejercicios se dirigen los esfuerzos hacia un lenguaje mas lento y una dicción mas clara. La disartria o articula-

ción defectuosa de algunos sonidos consonantes puede ser parte del "Lenguaje Infantil". Si en el adulto continúa la disartría va a tener problemas con el desarrollo lingüístico.

El sigmatismo o dificultad con el sonido de la "S" es llamada "Siseo", es el trastorno más común del lenguaje. La corrección tiene por objeto descubrir la posición defectuosa de la lengua, y ponerla en su posición correcta con una espátula o un abatidor de lengua y los ejercicios fonéticos adecuados.

VOZ NASAL :

El lenguaje, en el cual pasa demasiado aire (aperta) - o muy poco (clausa) a través de la nariz se le da el nombre de "Rinolalia" y es debido a una obstrucción dentro o detrás de las cavidades nasales. Las extirpaciones de las lesiones obstructivas y la restauración de la luz nasal corregirá una Rinolalia cerrada.

La rinolalia abierta puede seguir a una rinolalia cerrada, a causa de que el velo del paladar puede estar atrofiado, hacerse más corto, o perder su tono y por lo tanto, no se acerca adecuadamente a la pared faríngea-posterior. La rinolalia abierta es cuando el velo del paladar no puede cerrar la nasofaringe, la causa más común es el paladar hendido.

En este tipo de enfermos es posible que exista una rinolalia cerrada, por hiperplasia compensadora de las adenoides o de los extremos posteriores de los cornetes inferiores para llenar el espacio retronasal.

TRATAMIENTO : EN LA RINOLALIA ABIERTA.

Combinar la articulación de las vocales con ejercicios gimnásticos y respiratorios. Usar un obturador o placas para cubrir el defecto del paladar. Masaje del velo del paladar con la mano o con corriente. Reconstrucción plástica del paladar siempre que sea posible y practica, seguido por ejercicios para el entrenamiento correctivo del lenguaje.

TARTAMUDEZ :

Es referida como balbuceo, es el mas común de los trastornos del lenguaje. Debe ser tratada como un problema emocional ya que es una psiconeurosis.

La tartamudez es una enfermedad de la infancia; síntomas característicos:

- 1.- Repetición de las consonantes
- 2.- El paciente continua con una consonante largo tiempo
- 3.- Cada repetición es reforzada con un efecto como de espasmos.

Esta dificultad puede presentarse unicamente con algunas

letras, algunas personas pueden dar la impresión de balbuceo cuando la persona es realmente ignorante.

Las perturbaciones pueden afectar cualquier parte del mecanismo del lenguaje tales como : los maxilares, la laringe , los labios, la lengua o los músculos respiratorios. Estos pacientes también tienen espasmos en otras partes del cuerpo, los siguientes síntomas son al principio conocidos accidentalmente.

Si la persona trata de hablar y encuentre que no puede , se ayuda por otros medios, pronto advierte que no es normal y agrava la situación en el intento para vencer su dificultad.

Embolalia, que consiste en una interposición de palabras superfluas no relacionadas con el resto del pensamiento.

TRATAMIENTO :

En la tartamudez los métodos consisten en distraer la atención del sujeto de su incapacidad, asistiendo por ejercicios de respiración, articulación, lectura y conversación, el medio ambiente debe ser investigado para evitar que otros niños le hagan burla o que los padres regañen o castiguen al niño a causa de su incapacidad.

El niño debe ser alejado de todos, menos de las mejores relaciones, y la posibilidad de imitación debe ser considera

da; de medidas medicas, se compone la forma combinada de terapeutica, tanto local como general psiquiatricas, orientación social entrenamiento de la voz y medidas locales. El estímulo del paciente y el desarrollo del caracter y el respeto a si mismo son muy importantes en el manejo del tratamiento del tartamudo.

TRASTORNOS DE LA VOZ :

La Fonastenia, es un trastorno común de la voz, una debilidad funcional de la voz o ronquera de la que no se le encuentra ninguna base al practicar la laringoscopia. Se desarrolla generalmente en ministros, maestros o cantantes, estos pacientes son diagnosticados y tratados como un paciente de laringitis aguda, el sujeto tiene que limpiar la garganta a menudo.

Es esencial prescribir ejercicios vocales en los cuales no debe haber demasiada actividad laríngea, es necesario el entrenamiento correcto de la voz hablada, así como del canto.

Los cambios vocales en la pubertad que empezaron moldeándose en el desarrollo de las características del adulto no llegan a su punto usual de culminación.

Los cambios vocales del adolescente son algunas veces bajos y algunas veces altos hasta que se llega al equilibrio.

Durante la etapa del cambio de voz, el crecimiento de la laringe, también trae el desarrollo de las cuerdas vocales, por consiguiente ya no son competentes para proporcionar los grados finos de tensión que corresponden a las diversas demandas del tono. Algunos niños que hablan sin claridad lo hacen por la extremidad de su lengua que tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria. Este hábito produce desviación de los incisivos labialmente infraoclusión de los mismos.

TRATAMIENTO :

Aliviar la tensión de las cuerdas vocales ejerciendo presión sobre la prominencia del cartilago tiroides. Los ejercicios de respiración son combinados con los de presión, después con las palabras y sílabas, en seguida cantando tonos - guiándose por el movimiento.

El Ortodoncista necesita la cooperación de un maestro de locución o foniatría, que enseñará al paciente a vencer los problemas fonéticos eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo origen generalmente es la lengua.

g) Hábito de Carrillos :

Este hábito causa maloclusiones ya que ocasiona estrecha

niento de las arcadas, también falta de contacto con sus antagonistas y posiciones axiales que se producen. Es frecuente que el niño huse los carrillos en la práctica de un hábito oral. Este hábito es difícil de descubrir y corregir.

h) Hábitos de Cuerpos Extraños :

La mayoría de las veces es difícil de descubrir, porque puede estar relacionado con infinidad de objetos.

Por ejemplo : En las escuelas se observa que los niños muerden lápices, plumas, gomas, reglas etc. siendo los anteriores objetos los más comunes en este hábito. Lo hacen por placer o comodidad, otros hábitos de cuerpos extraños los adquieren en la primera infancia, unos son practicados antes de dormir como son : morder la punta de la almohada o de la pija ma o de algún juguete de tela o de peluche con que se duerman.

i) Hábitos Nerviosos Espasmodicos :

Comienzan como actos que están completamente bajo el control de la voluntad. En sus primeras etapas podemos creer que pueden ser controlados y dominados, si contamos con una decidida ayuda y cooperación del paciente.

Estos hábitos están relacionados en su mayoría con los músculos de la expresión y varían tanto en cada individuo que sería inútil tratar de describirlos. Los encontramos en ni-

Los físicamente deficientes, anémicos, con sistemas nerviosos inestables. Comienzan a aparecer estas malas coordinaciones musculares, si estos niños deben de soportar la disciplina escolar, alimentación defectuosa o falta de ejercicios al aire libre. El efecto sobre la posición dentaria puede ser mas o menos grande y debe analizarse en cada caso en particular.

Su origen algunas veces es por la imitación de otros hábitos parecidos, que los hagan sus padres o compañeros de juego, haciendose despues automaticos y frecuentes.

j) Hábitos al Dormir ;

Son los causantes de deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias, en niños que acostumbran dormir con las manos o el brazo sobre el carrillo, tambien quienes al estudiar apoyan una mano sobre la cara.

La forma en que se acuestan, es la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal, un hábito susceptible a cambios y correcciones.

La persona que se mantiene erecta con la cabeza bien colocada sobre la columna vertebral, mántendra casi reflejamente la mandíbula hacia adelante en una sola posición.

Se presenta una posición mandibular defectuosa en aque -

llas personas que adoptan posturas corporales inadecuadas ambas pueden ser expresiones de salud precaria.

K) Hábito de Mímica :

En estos hábitos, los niños por su corta edad imitan todo lo que observan por las personas que los rodean, por ejemplo: si la madre del niño sufre de deformación protrusiva de la mandíbula el niño tratará de imitar esta posición.

L) Hábito ; Efectos Dentales de Succión a Largo Plazo del Dedo Pulgar y Otros Dedos :

Hay gran variedad de teorías sobre la etiología de este hábito, un grupo son explicadas en base de frustraciones desarrolladas por el lactante debido a la falta de atención y cariño. Algunos autores lo consideran como un reflejo liberado que no debe de tener repercusiones psicológicas en el niño Salzman y otros creen que pueden iniciarse en la vida intrauterina, cuando el efecto muestra una actitud muscular aumentada y el dedo llega a encontrar la boca, pudiendo aparecer este hábito desde el día de su nacimiento o cuando se a desamantado, pudiendo aparecer sin embargo al comienzo de la erupción de las piezas dentarias.

No hay que confundir este hábito, que puede considerarse normal entre los seis y doce meses, en el cual el niño trata

de examinar los objetos que llegan a sus manos llevandoselos a la boca, existe en esta época un peligro latente de que esta acción pasiva se convierta en activa. Comumente este hábito declina a los dos o tres años de edad, sin embargo en algunos casos puede aún acentuarse por las reprimendas y castigos que los padres manifestaron en una edad, en que el hábito era normal.

Si se trata de un hábito no compulsivo, este llega a desaparecer por si solo y por el poco tiempo que la fuerza y presión ejercida sobre los dientes y tejidos estuvo presente, por lo tanto no causará ninguna anomalía. Los padres no deben de molestar al niño si es que solo succiona su dedo por pequeños ratos o antes de dormir, y que cuando al quedar dormido el solo retira el dedo de su boca.

Si se efectua en forma persistente y prefiriendolo a cualquier otra actividad aún durante el sueño, se tratará seguramente de un hábito compulsivo, motivado por un problema psiquico que lo afecta en su equilibrio emocional.

Cuando el hábito es compulsivo, es frecuente encontrar oclusiones en que los cuatro incisivos superiores, se encuentran con un gran desplazamiento hacia adelante o sea hacia la labial, y los inferiores hacia lingual, lo cual es debido a las

fuerzas ocasionadas por la posición clásica del dedo, durante la succión y pudiendo ocasionar una mordida abierta.

Las maloclusiones causadas por la succión digital, se presentan en relación a los siguientes factores: duración, intensidad, frecuencia del hábito, posición y número de dedos que se succiona.

Así encontramos que si el pulgar, es el dedo que se succiona apoyándolo sobre la parte anterior del paladar, entorpecerá el desarrollo normal del maxilar, y los incisivos se encontrarán protruidos, si además de colocarse el dedo en esta posición el resto de la mano se apoya sobre la nariz, se dificultará la respiración nasal causando elevación del paladar.

Estas posiciones de los dedos provocará una disto-oclusión, al obstaculizar los movimientos de la mandíbula y evitar su normal desarrollo. Hay casos de niños que suelen succionar dos dedos, el anular y el medio, con la palma de la mano hacia arriba ejerciendo presión sobre la mandíbula, provocando protrusiones bastante fuertes.

Cuando el dedo succionado es mantenido solamente en la boca, sin ejercer presión sobre los maxilares o la nariz, encontramos mal posiciones leves con una mordida abierta ligera las maloclusiones pueden verse agravadas si encontramos unido

el hábito, la presencia de una actividad anormal de los músculos periorales como: la hiperactividad del músculo buccinatorius de la barba, que es muy frecuente en los niños con succión digital; muy común es encontrar en niños con este hábito, el labio superior corto e hipotónico, que favorece la protrusión de los incisivos.

En forma general podemos observar que las maloclusiones que se presentan en niños con succión digital pertenecen a la clase II subdivisión I de la clasificación de Angle, con sus características correspondientes.

Además del daño que causa el hábito de la succión digital, sobre la oclusión, causa deformidades faciales, también debemos de hacer mención de ciertas micosis, las cuales surgen a consecuencia de la constante humedad.





El Paladar Ojival : Es otra de las deformaciones producidas por las fuerzas que aplicadas sobre el paladar duro de una manera constante, dejando un marcado hundimiento.

La retracción de la mandíbula se presenta, si el peso de la mano o del brazo lo obligan a mantenerse en posición retráctiva. La deformación del maxilar superior es tan notable en la mayoría de los casos, que el sellado de los labios es deficiente lo que conduce al hábito de tener la boca abierta cuando no chupa el dedo, propiciando la respiración bucal durante el sueño.

Las deformidades faciales, la " facies adanciada ", que bien podría llamarse " facies digital ", se presenta cuando el hábito de chupar el dedo es adquirido durante los primeros 4-

son de vida, estando directamente relacionado con los individuos longilíneos.

Un caso típico de respirador bucal con antecedentes de hábito de chupar el dedo, pero que presenta facies adenoides los músculos que activamente trabajan en el hábito de succión producen contracciones del arco maxilar, estas alteraciones a menudo impiden que el piso nasal baje a su posición normal, y si mismo las numerosas contracciones de estos músculos llegan a producir un hipertoniismo marcado y al mismo tiempo se hipertrofian.

Clinicamente y en síntesis las alteraciones frecuentes de un paciente con hábito de succión y principalmente del pulgar son :

Incisivos superiores en protrusión, arcos maxilares y mandibulares contraídos, mordida abierta anterior o mordida profunda dependiendo, si existe o no problemas de deglución, incisivos inferiores en: linguoversión o deprimidos, labio superior corto o anatómico, labio inferior grueso y enrollado, las narinas pequeñas y subdesarrolladas, el maxilar angosto, con la bóveda palatina en forma de "V" invertida y el dedo o dedos que succiona con callosidades o pequeñas mitosis.

Las anomalías que se presenten dependerán de la forma en

que se ejecute el hábito y la edad en que se establezca.

Strang divide los aspectos clínicos, en tres fases del desarrollo :

Fase Uno : Que es, el chupeteo normal de significación clínica, que va de los tres meses a los cuatro años de edad, en este período gran número de niños se chupan el pulgar y otros dedos especialmente al dejarlo de amamantar, y desaparece generalmente al terminar esta fase.

Si el niño muestra chupeteo específico vigoroso o cualquier tendencia a él, se tomará una actitud profiláctica definida por el posible trastorno oclusal.

Es menos perjudicial al término de la fase I, la administración del chupete de diseño anatómico, que la succión vigorosa del dedo.

Fase Dos : Chupeteo de significación Clínica;

Se lleva a cabo esta fase de los dos a cuatro años, aquí es importante una mayor atención por las siguientes causas :

- a) Indica a veces ansiedad de significación clínica.
- b) Al final de esta fase, está la época en -

que el hábito tiene efectos sobre la dentición.

Face Tres: Chupateo Intratable del Pulgar :

Persistente despues de los cuatro años, necesitamos una terapeutica dental y psicologica completa.

Este hábito puede acompañarse de otros hábitos accesorios típicos como: estirarse el pelo, acariciarse la nariz con el dedo indice etc., muchos niños demuestran dificultad para dormirse, a menos que se chupen el pulgar, tambien pueden ser otros dedos los que se succionen antes de dormirse.

TRATAMIENTO :

Hay varias opciones que el Cirujano Dentista puede seguir para controlar adecuadamente el hábito de succión digital

- 1.- Consiste en explicarle al niño por medios audiovisuales las consecuencias que este hábito puede causar , se le explica tambien los diferente medios de control del hábito, se le informa que solamente se usarán los diferentes medios de contención en el caso de que el paciente persista en hacerlo.
- 2.- Se le indica detalladamente al niño los daños que se ha causado, o que se esta causando por chuparse el dedo, para que tenga plena conciencia de ello.

3.- Por medios audiovisuales le hacemos ver las causas - y consecuencias del hábito de succión digital, le mostraremos todos los métodos para que él elija el que considere mas adecuado.

MEDIOS DE CONTENCION :

Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona

Protector de hule rígido en el dedo pulgar

Placa removible de acrílico tipo Howley

Arco palatino con ventanas

Arco palatino con picos.

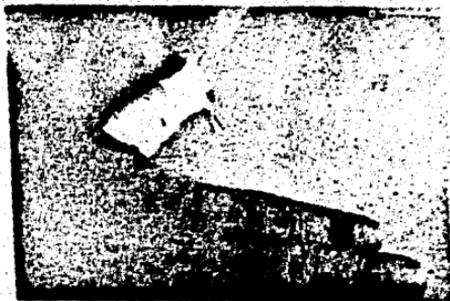
Con algunos niños hay que usar mas de un medio de contención para tener éxito, con otros el solo hecho de hacerlos concientes del hábito es suficiente para que lo eliminen. Es absolutamente necesario que el paciente tome este tipo de tratamiento, como una ayuda que el Cirujano Dentista le ofrece, para resolver el problema dental, y nunca como un castigo a "un acto indebido". A los medios de contención les llamaremos recordatorios.

Primer Recordatorio : Tela Adhesiva

Generalmente lo iniciamos poniendo tela adhesiva al dedo que el niño acostumbra succionar al igual que al dedo vecino uniendolos antes de que el niño vaya a acostarse. Si por la

noche se quita la tela adhesiva es forma consciente o incon -
ciente, es signo indicativo de que debemos cambiar por otros
aparatos de tipo fijo.

Si tenemos éxito con la tela adhesiva recomendaremos a -
la madre de que también durante el día la debe usar el niño,
exclusivamente en el dedo que acostumbra succionar. No debg
mos hacer presión excesiva con la tela adhesiva en los dedos -
en que la coloquemos, ya que podemos ocasionarle problemas de
circulación.



Segundo Recordatorio : Protector de Mule Rígido

Principal objeto : Control del hábito en el niño menor de cinco años. Su construcción es bastante defectuosa y con bastante frecuencia los bordes del aparato lastiman los dedos del niño, lo que nos indica la necesidad de cambiar el tipo de aparato, es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda.

Este aparato nos sirve únicamente para controlar un solo dedo y en ocasiones impide la actividad de la mano que tiene el aparato.

Tercer Recordatorio : Placa de Acrílico Howley

Este recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarlo, la medida del éxito la da el uso, que podemos apreciar cuando el niño viene a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con que pierde el aparato. Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato, menor es el uso que se le está dando.



Cuarto Recordatorio : Arco palatino con Ventana

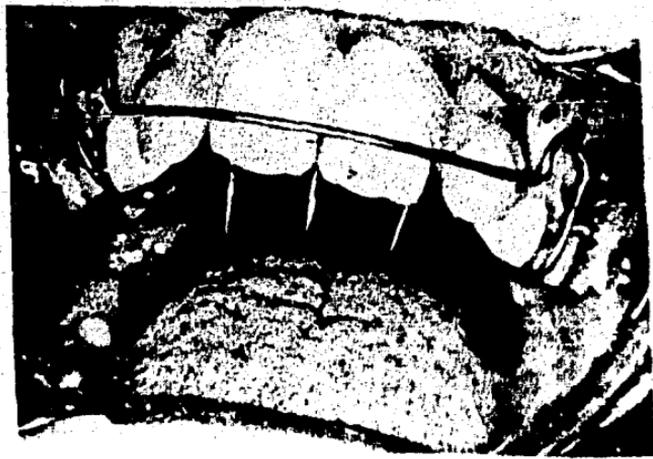
Este recordatorio consiste en colocar dos bandas en los segundos molares temporales superiores, y soldado a estas bandas un arco palatino en el cual en la región intercanina tiene a su vez soldada una ventana o reja que es dirigida en sentido lingual, esta reja lingual no deberá interferir con la oclusión ni con la masticación. Este recordatorio es altamente eficiente, sirve para controlar los hábitos de lengua que comunmente se asocian a los hábitos de succión digital.

El inconveniente, es que interfiere con la correcta dicción durante un periodo cercano a las dos semanas, tambien interfiere temporalmente con la correcta masticación de los alimentos.



Quinto Recordatorio ; Arco Palatino con Picos

Es generalmente el arco palatino con picos el que elimina la costumbre totalmente, ya que los cuatro medios de contención descritos anteriormente, el niño puede acomodar su reflejo de succión requiriendo un recordatorio activo del hábito. Este aparato consta de un arco palatino el cual está soldado a las bandas colocadas en los segundos molares superiores. Los picos se ponen en la zona intercanina del arco palatino y deben dirigirse hacia abajo en dirección lingual, deben de ser cortos y no interferir con la oclusión ni con los movimientos masticatorios. Este aparato tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante un periodo aproximado de dos semanas. La duración del tratamiento depende directamente del tipo de recordatorio que se use para controlar el hábito. Mientras mas drástico sea el tipo de recordatorio menos será el tiempo de tratamiento.



TESIS DONADA POR 39

METODO DE GRABER : **D. G. B. - UNAN**

Este aparato consiste en una rejilla con espolones adaptada a un arco lingual, unido este a dos bandas o coronas de acero cromo.

Forma de Elaboración :

- 1.- Toma de impresiones y elaboración de los modelos de estudio.
- 2.- Separación de puntos de contacto donde se colocarán las bandas.
- 3.- Se fabrican las bandas en los segundos molares superiores primarios, también se pueden adaptar coronas de acero cromo en los mismos dientes, se toma impresión con alginato y las bandas o coronas se colocan en sus respectivos lugares, para hacer el modelo de trabajo en yeso.
- 4.- Se fabrica un arco lingual sin que toque ningún diente.
- 5.- También se fabrican anzas y espolones.
- 6.- Se solda el anza en la parte inferior del arco hacia posterior, la base de la anza tocará suavemente con el paladar y sus terminaciones quedarán adelante como espolones, sin tocar ningún diente o interferir en la oclusión, tampoco serán perjudiciales para el paciente.

Cuando el aparato queda terminado, se coloca cementándolo en la boca, para ser colocado el aparato es preferible que el paciente se encuentre ocupado, esto significa que sea durante la época de clases, ya que de otro modo el aparato le causará cierto nerviosismo al paciente.

Tiempo promedio de tratamiento en meses, de los medios de contención :

Tela Adhesiva.....	Dos meses
Protector de Hule.....	Tres a cuatro meses
Placa Howley.....	Seis meses
Arcos palatinos.....	Ocho a diez meses
Placa Graber.....	Un mes

Una vez controlado el hábito se procede inmediatamente a corregir las secuelas del mismo. Mordida abierta o mordida cruzada unilateral o bilateral. En múltiples ocasiones se encuentra la mordida abierta y la mordida cruzada unilateral o bilateral juntas.

La herencia mas importante del hábito de succión digital es el hábito de lengua.

Es aconsejable que el niño se le recompense por su esfuerzo, una vez que ha vencido el hábito.

El Cirujano Dentista puede hacerle un regalo especial in

dependientemente del de sus padres y sus familiares.

Método Psicológico :

El criterio actual aprueba que se usen métodos psicológicos o bien estimulativos, ejemplo : en la primera cita se le indica al niño que en una hoja anote la semana, nombre, edad y fecha, debajo de los días de la semana deberá dejar un espacio lo suficientemente grande para que él pegue sus estrellitas de papel, los días que no chupe el dedo, con la idea de que le sirva de guía en el progreso.

Es conveniente mostrarle al paciente hojas de control con estrellitas y dibujos traídas por otros niños que tuvieron el mismo problema, sirviendo esto de referencia únicamente, ya que se le indica que su hoja deberá ser hecha a su gusto. Se le incita a que tome conciencia que si otros pudieron hacerlo él también podrá.

Se le indica que si no quiere mostrarle el progreso a sus padres, sino esperar hasta la semana siguiente que tenga cita, lo cual puede hacer con toda tranquilidad. Esto será dicho enfrente de los padres para darle al niño su individualidad desde el principio, ya que uno de los factores que predisponen a los hábitos perniciosos de chupar el dedo y comerse las uñas es debido precisamente por privarlos de su indivi

Sualidad.

Después se le muestra al paciente el problema que el niño se le ha causado por su mal hábito. Se les hace saber a los padres que normalmente se necesitan tres visitas aunque hay casos que requieren más, las cuales generalmente son cada semana y al cobrar honorarios los padres ponen toda su atención y están pendientes del niño, dando por resultado que el tratamiento sea efectivo y breve.

En la segunda cita se recibe al paciente, para que nos muestre sus estrellitas, ya sea que estén completas o que falten algunas, nuestra actitud debe ser optimista y se le interrogará a que causa se debe que falten estrellitas, así lo orientamos y aconsejamos.

A continuación le damos un espejo facial para que observe en él, todos los detalles que le vamos a mostrar como:

facies, mordida abierta, dientes superiores en protrusión, dientes inferiores lingualizados, callosidades de los dedos, uñeros, uñas largas y sucias.

Una vez captada su atención y la tensión disminuida, se le pregunta sobre sus relaciones escolares y familiares, procurando averiguar que es lo que le molesta.

Si es necesario despues de la cita se les llama a los padres dando nuestras impresiones, indicando la forma en que pueden cooperar con nosotros y con el niño para facilitar la labor emprendida, pues hay casos que requieren la ayuda de un psiquiatra.

Se le toman modelos de estudio y si lo desea fotografias para ver que tipo de deformaciones ha tenido, se le despide sin mas insistencia sobre el asunto, dandole a él la tarjeta de visita y recordandole hacer una nueva hoja de control, ya que nos quedaremos con la que nos trajo esta vez.

En la tercera visita o sea dos semanas despues del primer encuentro, el paciente generalmente viene con la hoja ligada y una amplia sonrisa.

Lo que primero quiere ver es el modelo de sus dientes, - tomado la semana anterior, el cual debe estar listo, le mostraremos los modelos mismos que le obsequiamos para que en su casa los pueda examinar agusto. Muchos niños que practican el hábito de chupar el dedo frecuentemente presentan problemas en la deglución, particularmente aquellos que tienen mordida abierta. A estos se les da instrucciones sobre la manera correcta de deglutir.

El niño que llegue a la ultima cita con todas las estre-

llitas y que mirándonos a los ojos, muestre y conteste con firmeza que han sido ganadas honradamente, le preguntamos que si ya cree, que le podemos decir a sus padres a los cuales llamamos si la respuesta es positiva, cerciorándonos de esta manera de que todo esté en orden, sobre todo para participarse las buenas noticias y para indicarles que ya pueden premiar a su hijo por el gran esfuerzo realizado.

Es notable la manera en que progresan de una semana a otra, cuando se les da la oportunidad de ser alguien, dándoles responsabilidad e individualidad y con un pequeño estímulo que premie el esfuerzo, sin embargo creemos que es mas grande la satisfacción que sienten por haberse conquistado ellos mismos, que la idea de un premio.

CAPITULO

3

REFLEJO DE SUCCION

La succión es una de las primeras manifestaciones fisiológicas del niño, no es raro encontrar que el hábito de succionar sea uno de los más frecuente y de los que mayor número de maloclusiones puede causar.

Según Kantorowicks el lactante al alimentarse esta guiado por dos instintos :

Instinto alimentario

Instinto de chupar

Para satisfacerlos hay dos reflejos hereditarios que se extienden a varios grupos musculares coordinados:

El reflejo de deglución

El reflejo de succión

El amamantar con pecho satisface los dos instintos, el lactante toma de los cinco a seis minutos la parte principal de la leche, y en los siguientes quince minutos donde hay pocas gotas de leche, es aquí donde satisface su instinto de succión.

En la usual alimentación con biberón satisface el instinto de alimentarse, pero no el de la succión. Generalmente se retira el biberón cuando esta vacío variando de acuerdo al orificio del chupete y la energía empleada por el bebé, y si todavía el niño no esta satisfecho en su necesidad de chupar, el lactante intenta enseguida seguir succionando su pulgar.

Así podemos llegar a la conclusión, que el hábito de chupar por razones de fuentes, la reducción del tiempo de amamantamiento debido a la alimentación con intervalos fijos, en contraste con la alimentación. En los pueblos no civilizados, no significando que el hábito de la succión sea un atributo exclusivo de los pueblos no civilizados.

El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar, para lo cual requiere la presencia del pezón, entre ambas encías causando esto un efecto sedante.

Para comprender el efecto producido por el abuso de este acto se expondrán las actividades musculares de la succión normal y posteriormente el esfuerzo desarrollado por el mismo distribuidos entre las partes componentes del órgano masticatorio.

ACTIVIDADES MUSCULARES Y CAMBIOS TISULARES

- 1.- La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos pterigoideos externos, esto agranda el espacio intraoral permitiendo el desarrollo de una presión negativa.
- 2.- Se contraen los músculos de los labios para impedir que el aire se precipite en la boca destruyendo el vacío creado por el movimiento descendente de la man

bula; los músculos labiales en acción son: el orbicular de los labios, el triangular, canino y mentoniano, que se estrechan o estrechan la abertura bucal y redondean los labios como para silvar.

3.- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre la superficie oclusal de los molares, premolares y caninos por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas, esto produce una fuerte presión lingual sobre las posiciones posteriores de las arcadas dentarias.

4.- La lengua pierde contacto sobre la superficie lingual de los incisivos, caninos, premolares y con la membrana del paladar duro por la presión de la mandíbula, también cambia de forma la parte central, se deprime por los genioglosos, condroglosos, mientras que la arrollan hacia arriba, el longitudinal superior y el estilogloso.

Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua, la base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahioideos, estilogloso y palatogloso.

5.- Los músculos del paladar blando que son: el tensor y el elevador del velo del paladar, se relajan y per

miten el descenso de este órgano que se encuentra -
con la base elevada de la lengua, cerrando así la fa-
ringe y permitiendo que se le forme el vacío.

La succión puede ser continua o consistir en una serie -
de acciones rítmicas de succión con depresión y relajación de
los músculos.

Esta fuerza muscular es recibida sobre la superficie to-
tal del labio del incisivo y canino, y la superficie bucal de
molares temporales y premolares y molares permanentes, al ha-
cerarnos a los molares disminuye la intensidad.

La mayor cantidad de presión lingual, se localiza sobre
caninos y primeros molares temporales, que juntos con los in-
cisivos están protegidos contra esta presión lingual por lo -
que la lengua es llevada al fondo de la boca arrollándose sus
lados lateralmente, en esta posición la lengua soporta bien -
los molares inferiores, pero no los superiores.

Cuando se hace huzo de un objetivo entre los incisivos,-
los molares temporales y permanentes también los premolares,-
no hay contacto oclusal llegandose a una supraoclusión mien -
tras que en los incisivos habrá infraoclusión.

Si se emplea el pulgar y otros dedos, los incisivos su -
fren alteraciones por el tironamiento digital y la tracción -

del brazo. El dolor y la incomodidad especialmente los provenientes de trastornos nutricionales, pueden producir cualquiera de los hábitos de succión, siendo de mayor interés aquellos que llevan la mandíbula hacia adelante.

TRATAMIENTO:

En lactantes y hasta los tres años de vida no se deben usar medios mecánicos, violentos o pérdida de la libertad de acción de los miembros que actúan en el hábito.

Se deberá hacer una revisión de la alimentación para descubrir si hay deficiencias buscando que esta alimentación este balanceada desde tres puntos de vista : NUTRITIVO, FUNCIONAL Y EMOCIONAL.

Pueden disponerse de medios que le llamen la atención como ejemplo : la sonaja, una rueda de hule, galletas o bien el uso de un chupete tranquilizador de diseño anatómico, (fabricado actualmente por la May Ware) llevandolo a cabo en forma de juego y con gran delicadeza.

Se debe poner atención en la transición de succionar y masticar sobre todo estimulandole la masticación para reemplazar a la succión y ejercitar los musculos y maxilares.

Es de mucha importancia la atención materna, para que el

niso se ensimisma y recurra a la succión digital. Ocasionamente se recomienda envolver al niño con todo y sus manitas sin que esto llegue a ser muy agresivo.

A los tres años de edad, el hábito se encuentra tan bien cimentado que se dificulta la corrección, con la particularidad de ir volviéndose selectivo, son determinados dedos de determinada mano en determinada forma.

A esta edad constituye ya un verdadero problema psicológico con la desventaja de que en esta época el niño es muy difícil de tratar, debido a que no es lo suficientemente grande para razonar y pensar sobre las instrucciones que se le dan por lo tanto la cooperación que se puede esperar de él, es muy poca o nula.

Los niños pueden recurrir a los hábitos cuando :

Estan ociosos

Viendo la televisión durante varias horas

Cuando se sienten molestos

Cuando tienen sueño

En los tres primeros casos se ha citado como eficaz remedio el masticar chicle; en el caso del sueño la atención de la madre debe ser el distraerlo con un cuento, dándole alguna fruta etc. esto le distraerá la atención hasta que el sueño

se apodere de él.

Si el hábito persiste después de los cinco años es posible que se trate de un hábito compulsivo, bien cimentado, con tratamiento inadecuado por parte de los padres.

A esta edad lo más acertado es discutir el tema con el niño y demostrarle el deseo de ayudarlo tratando de obtener de él, la más completa y decidida colaboración.

CAPITULO

4

EMPUJE LINGUAL

Empieza por ser normal cuando el niño no presenta dientes, lleva su lengua hacia adelante y hacia arriba para efectuar la deglución, cuando empiezan a erupcionar los dientes y el niño continua deglutiendo de la misma forma, ya es anormal pues acostumbra a meter la lengua entre los dientes y llevarla hacia los tercios posteriores cervicales de las piezas superiores anteriores para hacer posible la deglución.

Esta anomalía nos trae como consecuencia una mordida abierta muy marcada, y a causa de la presión que hacen los carrillos sobre los arcos, estos tienden a estrecharse produciendo, a su vez apilamiento y giroversión de los dientes anteriores.

Este hábito es para el ortodoncista causa de muchas anomalías es el órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas con más frecuencia que en ningún otro órgano.

La lengua esta compuesta de una masa muscular cuyo objeto es responder, por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución succión y masticación.

Puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso, sobre todo se da frecuentemente al cambio de dentición cuando el niño instintivamente juega con el diente móvil, y -

al perderlo sigue introduciendo la lengua en el espacio correspondiente. No solo sucede en niños sino aun en personas adultas quien por algún traumatismo han quedado flojos los dientes anteriores (mas comunmente) y que juegan con ellos en el lapso en que se origino el traumatismo y la regeneración natural del parodonto.

Ya que generalmente el paciente no recurre al Dentista para que siga algún tratamiento, y sufriendo como consecuencia alguna mal posición del diente por la constante intervención de la lengua.

Este hábito de tener la lengua entre los dientes es mas grave, ya que la posición viciosa de la lengua puede producir por su presión constante (día y noche) trastornos de estetica y funcional.

Si consideramos además, la exagerada fuerza que tiene la lengua formada por numerosos musculos, facil es comprender el daño y la deformación que puede producir, modificando la posición de las piezas dentarias. Recordemos el axioma que dice " El músculo domina al hueso".

La etiología a menudo queda como residuo de chupeteo de algún dedo, con diastemas en dientes anteriores que al sonreír lucen antiesteticos, amígdalas hipertroficadas, hipersens-

sitivas. Cuando el niño traga normalmente, sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantig se contra el paladar, en la parte palatina de los dientes anteriores.

Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y por un movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados durante los últimos momentos de la deglución. El dolor de la garganta causa la formación de un nuevo reflejo de la deglución y los dientes se acomodan a la presión adicional que ha sido aplicada.

Otros hábitos de la lengua pueden ser :

Descansar la lengua entre los incisivos creando una mordida abierta anterior o metiendo los bordes de la lengua entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, causando una mordida abierta de los segmentos laterales únicamente. La mordida abierta de incisivos superiores en protrusión se ha observado en niños con interposición de la lengua (no ha sido probado en forma concluyente) .

El Dr. Sydney B. Finn dice: si la interposición produce la mordida abierta o si la mordida abierta permite al niño in

terponer su lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Puesto que esta interposición involucra solo los musculos linguales sin afectar el tono del labio inferior, ni la musculatura mentoniana que aún puede ser aumentada.

Como la succión del pulgar, la interposición de la lengua produce una protrusión e inclinación vestibular de los incisivos superiores aunque además produce una depresión de los incisivos inferiores con pronunciada mordida abierta.

TRATAMIENTO :

Reeducación de la lengua : Cuando se trata del hábito pervertido de la lengua se debe investigar la causa de que se haya adquirido este mal hábito. Por lo general la causa es un hábito perniciosos o el tamaño anormal de ciertas extracturas como : la lengua congenitamente agrandada o la lengua adelantada cuando el niño con amígdalas crecidas, encontramos que así el tragar era menos dificultoso.

El hecho es que si la lengua se mantiene entre los dientes superiores e inferiores, o se adelanta entre ellos al tragar, los dientes pueden no encontrarse nunca en oclusión correcta. Con frecuencia en estos casos, si se descubre la causa y se elimina lo suficientemente temprano el estado pue-

de corregirse solo o mejorará definitivamente. Por otra parte cualquier entidad de tratamiento mecánico, sin esfuerzo para eliminar la causa, estará destinada al fracaso. El tratamiento principal consiste en eliminar la causa, si las amígdalas son hipertroficadas y operables deben ser eliminadas, y si la lengua está considerablemente agrandada puede corregirse quirúrgicamente quitando un trozo adecuado en forma de cuña.

Para vencer estos hábitos debe enseñarse al paciente la correcta posición de la lengua en descanso y durante el acto de tragar. Con la ayuda de un espejo, debe mostrarsele que lo está haciendo incorrectamente y decirle cual es la colocación correcta.

Puede ayudar el operador tocando la superficie de la lengua cerca de la punta con un instrumento y el techo de la boca por palatino de los incisivos superiores con otro instrumento y hacer que traiga estos dos puntos de contacto, o hacer que el paciente contenga un pequeño disco de metal, un fragmento de dulce contra el paladar por la cara palatina de los incisivos superiores, con la cara superior de la punta de la lengua, dicho objeto se debe mantener en dicha posición durante el ejercicio de deglución de la saliva.

Esta practica debe ser repetida hasta que el paciente se

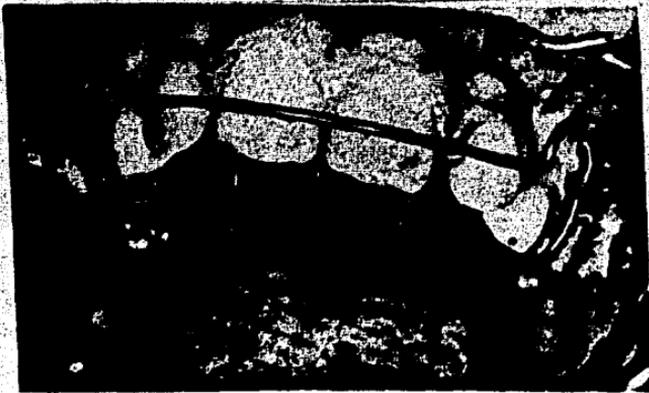
acostumbre a deglutir, sabiendo que puede pasar la saliva u otros líquidos sin empujar la lengua hacia afuera de los dientes, esta reeducación de la lengua requiere considerable esfuerzo por parte del paciente.

Para corregir la lengua adelantada se coloca en la posición descrita, con o sin el disco de metal, los dientes y labios cerrados y se le indica al paciente tragar pero manteniendo la lengua en la posición señalada. En la deglución normal los labios y dientes se cierran y la lengua se lleva contra la bóveda palatina pero no se adelanta. Debe tomarse un traguito de agua cada vez, antes de colocar las partes en posición correcta, de manera que cuando se trage la garganta no se irrite.

El procedimiento se debe de repetir de diez a doce veces en cada periodo de ejercicios, efectuando por lo menos tres de estos periodos al día. El tragar es normalmente un acto inconsciente y la esperanza es que este procedimiento consciente de tragar en forma correcta, reemplaza eventualmente el adelantamiento de la lengua que acompañaba el acto inconsciente incorrecto anterior. Para quienes necesiten ayuda adicional, para controlar la posición de la lengua y su adelantamiento, se recomienda la estructura en forma de cerco adherida a una placa howley removible o a un arco lingual fijo, es-

te hace imposible los hábitos linguales incorrectos, la estructura en forma de cerco puede ser una delgada capa de acrílico en lugar de alambre.

La cooperación del paciente es indispensable y solamente mediante esta cooperación se puede obtener resultados favorables



Los castigos aplicados a niños con este hábito son poco adecuados y no resuelven muchas veces el problema. De ahí debe pensarse que si un niño no recibe un verdadero estímulo para ayudarlo a hacer un gran esfuerzo será dudoso el resultado.

El regaño y el recordatorio constante y delante de la gente que lo rodea, no influirá en él favorablemente sino todo lo contrario, lo hará con mas frecuencia. Por eso creemos

que haciéndole un obsequio o hablándole con palabras carinosas de estímulo, explicándole que se verá mejor su apariencia pueden despertar en él y provocar su cooperación voluntaria.

CAPITULO

5

SUCCION LABIAL

La etiología de este hábito es parecido a la de la succión digital. Algunos niños a los que se les quito el hábito de succionar el dedo encuentran que succionando el labio o simplemente mordiendo obtienen la misma satisfacción lograda antes con el dedo, y substituyendo un hábito por el otro.

La succión pueda ser del labio superior o del inferior - siendo mas frecuente el inferior. Al introducirse el labio inferior detras de los incisivos superiores, se ejerce presión sobre las superficies linguales de los mismos, esto es - debido a la actividad anormal del músculo borla de la barba - al querer cerrar la boca.

El labio superior se vuelve hipotonico al no tener contacto con el inferior. Esta fuerza que produce el labio al deslizarse sobre las superficies de los dientes produce la movilización de los incisivos superiores.

Los efectos producidos por la repetición constante de este acto son:

Protrusión de los incisivos superiores

Supra oclusión y apilamiento de los incisivos inferiores

Sobre entrecruzamiento vertical y horizontal.

Jonson, describe el mecanismo de esta forma :

1.- Se humedece el labio con la punta de la lengua

- 2.- El labio inferior se dobla hacia atras
- 3.- La lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante
- 4.- El labio inferior se aprisiona entre los incisivos de ambas arcadas y se ejerce una presión, mientras el labio recobra lentamente su posición normal.

Al mismo tiempo el labio más activo, muestra traumatismo ya sea del chupeteo o de los mismos dientes, esta más enrojecido, húmedo observandose (cuando el hábito es en el inferior) áreas de hipertrofia por la mordida de los incisivos superiores, y si el hábito es muy arraigado a la superficie labial de la mucosa alveolar inferior, muestra áreas localizadas de enrojecimiento y congestión debido al traumatismo que aunque mínimo es constante contra el hueso alveolar.

TRATAMIENTO :

Se observa frecuentemente sobre mordida horizontal exagerada, no debe intentarse su corrección hasta que los incisivos han empezado a moverse en mejores posiciones, a menos, que haya una relación molar clase I, y que la mala relación de -- los incisivos pueda tratarse con una placa bucal.

Esta placa bucal es un aparato que se coloca en el vestibullo de la boca, entre los labios y los dientes, con el proposito de conservar la función de los labios.

Este aparato bloquea eficazmente la entrada de aire por la boca y dirige la contracción de los labios, corregir las labioversiones simples de los dientes anteriores, superiores para corregir el hábito. Es útil para fortalecer la acción de los labios y corregir la respiración bucal.

No debe de colocarse nunca en la boca de un niño que presente cualquier clase de trastornos respiratorios como por ejemplo: catarro, asma, ni tampoco aplicarse cuando existe obstrucción nasal.

Construcción :

- 1.-Se toman impresiones con alginato de ambas arcadas y las vaciamos en yeso.
- 2.-Se colocan coronas de acero cromo o bandas en los primeros molares permanentes o en los segundos molares temporales.
- 3.-Se adapta un alambre de acero de 1 mm por la parte lingual, que ira desde la banda o corona hasta el espacio entre el primer molar temporal y el canino o entre canino y lateral.
- 4.-Se cruza el alambre por la superficie oclusal y se dobla a nivel del margen labio-gingival de los incisivos y se lleva hasta el espacio interproximal correspondiente del lado opuesto, se vuelve a cruzar el alambre hasta la co-

rono o banda.

- 5.- La parte del alambre localizada en labial no se debe tocar, las caras palatinas de dientes anteriores superiores al ocluir.
- 6.- Se solda en alambre auxiliar igual al anterior a la altura del cruce, llevandolo seis u ocho mm hacia gingival, se dobla y adapta por medio de la encía, paralelo al arco principal doblandolo y soldandolo de ambos lados.
- 7.- Se rebasa con acrilico sin interferir ni en oclusal ni en incisal.
- 8.- Se pule y se limpia, se cementa en la boca.

Este aparato debe usarse el tiempo necesario para que el hábito desaparesca. Los ejercicios para labios ayudarán para la corrección del chupeteo y mordida de labio, pero la mayoría de dichos hábitos se corrigen por sí solos.

Cuando los incisivos están colocados correctamente y -- mantenidos así por cierto tiempo; si los labios no sellan -- debido a la protuberancia de los incisivos, hay que retardar los ejercicios hasta que estos sean retraídos lo suficiente -- para que los labios ejerzan cierto efecto sobre los dientes.

Casi siempre el labio superior es el perezoso o insufi-- cientemente largo; se puede mejorar su función tratando de -- estirarlo hacia abajo sobre el labio inferior en un intento -- de tocar el mentón.

No debe olvidarse la importancia de los instrumentos mu-- sicales cualquier instrumento musical de viento producirá ra-- pidamente un tono labial adecuado.

Se debe prohibir los instrumentos de una sola boquilla -- como el clarinete, en pacientes con hipofunción del labio su-- perior y labio versión de los incisivos superiores.

Si el conjunto nasal está libre y el paciente no tiene -- trastornos nasorespiratorios, se podrá colocar durante la no-- che tela de celulosa sobre los labios, facilitará que perma-- nezcan cerrados. Durante el día el mejor método es hacer -- que el paciente recuerde su postura labial.

El Dr. Strang recomienda un ejercicio muscular cuando el

labio se encuentra hipotonico, que ayuda en este caso a eliminar el hábito y a corregir en parte la protrusión :

- 1.- Posición habitual con los incisivos protruidos
- 2.- Extender el labio superior para aumentar la tonalidad y efectuar una fuerte contracción forzada, mientras el paciente cuenta hasta el número veinte, después se deja descansar el labio.
- 3.- Repetir diez veces la anterior
- 4.- El número de contracciones aumenta cada día hasta llegar a veinte.
- 5.- El ejercicio se efectúa por lo menos tres veces al día, pero puede repetirse cuantas veces como el niño lo desee.

CAPITULO

6

RESPIRACION POR LA
BOCA

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales, cuyas funciones principales son:

- 1.- Calentar el aire por medio de los cornetes y del tabique medio.
- 2.- Humidificación del aire en grado considerable incluso antes de pasar mas allá de la nariz.
- 3.- Filtración del aire, esta es la función mas importante.

Tienen importancia estas funciones desde el punto de vista de las alteraciones que pudieran causarse en los pulmones por falta de estas.

Se presenta la respiración bucal a causa de obstrucción nasal debida a la presencia de hipertrofia del tejido linfoido, faringeo y adenoides, por las membranas mucosas congestivas que acompañan a un catarro crónico, asma o fiebre de Heno por desviaciones y espolones óseos del septum.

Aunque llega a suceder en algunos niños que la respiración bucal se presenta simplemente como un hábito sin que exista ningún defecto intranasal, ha habido controversia acerca de que si la respiración bucal causa la protrusión de los dientes o si los dientes protruidos favorecen la respiración bucal.

El hecho de que un niño permanezca con la boca abierta - no es indicativo de respiración bucal.

La cavidad oral es cerrada en su parte anterior por los labios y por el contacto del dorso de la lengua en el paladar blando en la parte posterior; la falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza la respiración bucal.

La respiración normal es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio atmosférico en las cavidades oral y nasal; la componente anterior de la fuerza y otras fuerzas relacionadas con ella intervienen en el mantenimiento de la posición de los dientes y de la estabilidad del arco.

La protrusión de los incisivos y el estrechamiento del arco superior son otras características de la respiración bucal. La protrusión de los dientes se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es la fuerza equilibrante de -- las fuerzas creadas por los contactos funcionales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los superiores que tienen a desplazar a los dientes hacia labial, el hábito normalmente compensa la mesialización.

El tejido gingival también se altera produciendo una hipertrofia de la encía y gingivorragia.

El problema de la respiración bucal puede considerarse -
dividido en dos partes :

- 1.- Respiración bucal por obstrucción.
- 2.- Respiración bucal por hábito.

RESPIRACION BUCAL POR OBSTRUCCION :

Las cavidades oral y nasal se habren a la faringe en espacios bien protegidos por el tejido linfoideo, formando particularmente un estroma de tejido conectivo en cuyas mallas - hay grupos de células linfáticas y leucositos.

Este tejido puede agruparse y encapsularse en masas foli-
culares como las amígdalas o pueden distribuirse como una ma-
sa menos diferente o diferenciada en la amígdala lingual.

El tejido linfoideo reacciona a la irritación crónica -
con una proliferación patológica, haciendo un foco de infec-
ción sistémica que afecta gravemente a la salud del niño.

Cuando la amígdala faríngea aumenta de tamaño puede ce-
rrar la acción mecánica de los pasajes de la nariz y la farín-
ge, bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por -
la boca.

Este bloqueo es en muchos casos solo nocturno; cuando -
el niño está acostado, esta postura acumula la sangre en los

tejidos irritados aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente.

Este agrandamiento se denomina vegetación adenoideas y su mejor tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica lo antes posible. Las vegetaciones adenoideas se encuentran en los niños de los dos a diez años de edad y desaparecen resorbiéndose después de la adolescencia, dejando tras de sí al persistir, deformaciones orales y faciales, respiración bucal, catarro nasal crónico y un físico poco desarrollado y anémico el septum o tabique nasal desviado tiene al parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas.

Produce respiración bucal por una aproximación de la pared septal al cornete nasal inferior que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura, los espalones óseos del septum actúan del mismo modo.

RESPIRACION BUCAL POR HABITO :

SE presenta en niños que aunque se les haya eliminado la obstrucción respiran en forma constante por la boca; pero también hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y no presentan respiración bucal.

Para confirmar esto, puede tomarse un pedazo de algodón con una pinza de curación y hacercarla a la boca colocando de

bajo de la apertura de las fosas nasales un pedazo de cartón, si el algodón se mueva al efectuarse la respiración, podemos asegurar que el niño tiene respiración bucal.

Casi todos los que tienen respiración bucal, pueden respirar por la nariz, pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no cambia gran cosa, en contraste con el notorio dilatamiento nasal del que tiene una respiración normal.

Es notable también la separación de los labios del respirador bucal en los lapsos de descanso, hecho que permite que pueda respirar.

Las mal posiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, ejemplo: la clase II subdivisión I de Angle.

En la que vemos una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior, estrechamiento de la arcada superior y protrusión de los incisivos superiores.

Se cree que en esta clase no hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que este cambio existe a nivel de los músculos temporales afectando la región de la cavidad

glencidas y modificando la posición ; encontramos también - una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana dando el - característico perfil huido.

En estos casos es cuando las piezas son llevadas a su posición normal se obtienen resultados esteticamente favorables salvo en casos en que esta deformidad no sea muy leve, se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos el labio inferior ocupa un lugar en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores.

Quando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviendose lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares y estos no pueden erupcionar en su altura normal quedando infraocluidos.

Así se origina en la arcada inferior una curva de Spee - exagerada con perdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

La arcada superior y su hueso alveolar son presionados lateralmente por los buccinadores, tensor de la depresión de la mandibula; la presión muscular estará equilibrada normalmente por la lengua, hay perdida de contacto con los dientes

por la depresión mandibular de modo que la arcada superior y su proceso alveolar se estrechan considerablemente.

Por estar la boca abierta pocas veces pueden los labios funcionar normalmente, con el resultado que el superior no crece debidamente, y es tan corto que en lugar de hacer presión sobre las coronas de los incisivos superiores descansa sobre el proceso alveolar a la altura de las raíces.

En esta posición produce presión que lleva a estas raíces hacia lingual, mientras que sus coronas van hacia labial por la depresión del labio inferior, que como dijimos, elige como sitio de preferencia para instalarse la posición lingual con respecto a los incisivos superiores, en el espacio entre estos y los inferiores.

El desplazamiento labial de las coronas de los incisivos superiores tiene lugar gradualmente por la constante protrusión de la lengua cuando el paciente trata de humedecer los labios, anormalmente secos por la respiración bucal.

Generalmente el labio inferior tiene aspecto desagradable, flácido con hipotonismo. Sufre succión a menudo durante la deglución, lo que a su vez desvía labialmente a los incisivos superiores.

Los bordes de los incisivos inferiores pueden estar en contacto con la mucosa del paladar hacia lingual de los incisivos superiores, este entrecruzamiento excesivo se debe en la mayoría de los casos a la falta de crecimiento vertical de la región molar y premolar de la mandíbula y una supraoclusión de los incisivos inferiores.

Esto último como en gran parte, resultado de la presión lingual del labio inferior, contrarestando la tendencia natural de estas piezas a colocarse en la línea de oclusión.

La fuerza natural de crecimiento hacia adelante y arriba unida normalmente a la posición correcta de los incisivos inferiores encuentran resistencia en la fuerza irresistible del labio inferior y se manifiesta elevando a los incisivos por encima de la línea de oclusión.

TRATAMIENTO :

Cuando ya hemos diagnosticado que un niño tiene respiración bucal, haremos lo siguiente :

- 1.- Eliminar la causa con la ayuda del Otorrinolaringólogo.
- 2.- Tratamiento de la maloclusión que haga posible y fácil la aproximación de los labios (pantalla oral).
- 3.- Restauración del tejido labial a su tamaño, tono y

función normales.

- 4.- La primera y principal parte del problema está en la mayoría de los casos a cargo del Otorrinolaringólogo.

Hay dos tipos de pantallas orales :

Pantalla con Plexi-glas

Pantalla de acrílico de autopolimerización.

Pantalla de Acrílico :

- a) Se toman impresiones con alginato del maxilar superior e inferior y se corren en yeso.
- b) Se montan los modelos en un articulador de visagra.
- c) Con los modelos en oclusión se rellenan de yeso los espacios que tengan retención, dejando una superficie continua entre el modelo superior y el inferior.
- d) Se diseña la pantalla oral siguiendo el contorno de la línea mucogingival, llevándolo aproximadamente dos o tres mm antes del fondo de saco, extendiéndose hasta la región de los caninos, o de los primeros o segundos premolares si se desea dar mayor retención a la pantalla.
- e) Se bordea con cera negra el contorno del diseño.
- f) Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera procurando dejar una superfi-

cie tersa.

Pantalla Oral con Plexi-Glas :

Material :

Plexi- Glas en hoja

Papel de estaño

Segueta

Banda de hule

Construcción:

- a) Se toman modelos superior e inferior y se preparan en la misma forma que los empleados para la pantalla de acrilico.
- b) Una vez diseñada la pantalla colocamos el papel de estaño lo adaptamos al modelo y recortamos el sobrante
- c) Recortamos el papel de estaño sobre el plexi-glas y dibujamos con lapiz para celofán el contorno del papel
- d) Con la segueta recortamos el plexi-glas guiandonos por el diseño
- e) Calentamos la pantalla de plexi-glas en una lampara de alcohol procurando no mantenerla mucho tiempo en la flama, unicamente deberá reblandecerse.
- f) Colocamos la pantalla reblandecida sobre el modelo y presionamos con la banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche - hasta eliminar el hábito. Es recomendable ponerle al niño - unas cintas de tela adhesiva transparente en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si el paciente tuviera una ligera protrusión, lo corregiremos ayudándonos de la fuerza del músculo orbicular de los labios, si este es el caso cada 30 días podemos recortar ligeramente los modelos sobre los que se contruyó la pantalla; si la pantalla es de acrílico se le hará un rebase por la parte que va en contacto con los dientes; si es de plexi-glas se recalientará y adaptará con la banda de hule.

Los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios, si se practica rutinariamente con regularidad y perseverancia les devolverán su tamaño y tono normales.

Si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta, se le puede poner el siguiente ejercicio :

- 1.- Poner la punta del dedo índice sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracciones y relajamiento.
- 2.- Juntar los dientes.
- 3.- Contraer y aflojar el grupo de músculos: maseteros, -

temporales, asegurándose que la mandíbula permanezca inmovil.

- 4.- Mantener los músculos contraídos hasta que el niño --
cuenta mentalmente hasta el diez y luego aflojar los --
músculos.
- 5.- Se repite cuando menos diez veces la contracción y el
relajamiento.
- 6.- Se aumentará después a veinte, este ejercicio se hará
con regularidad tres veces al día sin que el esfuerzo
muscular sea exagerado.

Ejercicio de Wilson para los músculos faciales :

- a) Llevar los molares del maxilar y mandíbula, a la posi -
ción de la oclusión y mantenerlos en ella.
- b) Contraer todos los músculos de un carrillo con lo que -
el angulo se contrae en línea recta hacia atras.
- c) Conservando esta posición de empuje, todos los músculos
del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha
contraído.
- d) Conservar tensos estos músculos, aspirar profundamente
el aire y dejarlo escapar con lentitud.
- e) Repetir los mismos movimientos del lado opuesto.

Cuando este ejercicio se hace con frecuencia (de diez a
cincuenta veces al día) fortalece el orbicular de los labios

y los musculos asociados de los labios y carrillos.

CAPITULO

7

AUTOMUTILACION

Las lesiones autofingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente, ya que es probable que se produzca automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues verdaderamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto, a menos que sean observados cuando lo están practicando.

En la mayoría de los niños estará involucrado un problema emocional, y el Cirujano Dentista deberá orientar a la familia hacia un servicio de consulta competente.

Se ha observado que niños de apenas cuatro años de edad se traumatizaban los tejidos gingivales y adherentes con la uña, a veces hasta el punto de destruir el hueso alveolar.

Ficher dice que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar mas facilmente ocultos en un adolescente de quince años que en un niño de quince semanas de nacido.

El caso de una niña de catorce años en el que se provo-co un denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores, lo cual se lo ocasionó con una uña y un alfiler de gancho, también se mordió la cara interna del carrillo por lo cual, había grandes zonas de necrosis.

Los padres de la niña no tenían noción de la existencia

de este hábito en su hija, ni en la causa de las ulceraciones en el carrillo, ya que la hija no les había revelado que se las había causado por sí sola.

La historia clínica reveló que era una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y en la escuela. Se mandó a una clínica de orientación infantil a la niña y a sus padres, lo cual condujo a la solución del hábito.

Aunque la automutilación no es frecuente a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales.

Plessett, observó a una niña de inteligencia aparentemente normal de nueve años de edad que logró movilizar su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sosten y extraerlos.

El Cirujano Dentista debe tener en cuenta la incidencia de esta situación y debe solucionar el problema, como si fuera otro hábito como el de la succión digital.

Se debe hacer un intento por determinar la causa; si se descubre que es a causa de factores mentales locales, puede ser corregida más fácilmente, que si fuera por un factor emocional.

Al parecer la automutilación es una escapatoria de la -

realidad, la tensión y los conflictos en el hogar pueden ocurrir en nuestros pacientes.



CAPITULO

8

EMPUJE DE FRENILLO

A pesar de que se cita como poco frecuente, si los incisivos centrales superiores presentan diastema, es posible que el niño llegue a colocar el frenillo labial y mantenerlo ahí durante varias horas.

Esto puede ejecutarlo muchas veces, como juego o demostración con sus compañeros, o puede convertirse en un hábito pernicioso capaz de mantener la separación de los incisivos centrales con el mismo efecto de un frenillo normal.



CAPITULO

9

MORDEDURA DE UNAS

También llamada Onicofagia o hábito de roerse las uñas, es también frecuente en los niños y se desarrolla después de la edad de la succión.

Se manifiesta generalmente en niños con una tensión bastante alterada, con un desajuste social psicológico sin mayor importancia que el hábito en sí, pues solo constituye un síntoma de un problema fundamental. Esto no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusiones algunas, puesto que las fuerzas o esfuerzos realizados al morderse las, son similares a los aplicados al cortar los alimentos.

Este hábito es más frecuente localizarlo asociado a una maloclusión que como causante de ésta.

Hay muchas personas que se muerden las uñas, además de los trastornos bucodentarios que ocasionan, es pertinente mencionar que el repugnante aspecto que presentan los dedos con las uñas semidestruidas y que originan la pérdida de la belleza en las manos especialmente en la mujer.

Los que frecuentemente se muerden las uñas tienen aparentemente un hábito inocente, pero pueden producir en caso extremo una maloclusión.

Algunos autores clasifican a los roedores de uñas como

enfermos de tipo neurotico, tanto que se toma en cuenta al ser examinados por los psiquiatras, los reclutas de submarinos durante la segunda guerra mundial.

Se consideró como sintoma neurotico bastante serio, pues los hacia malos tripulantes de submarinos y por consiguiente quienes practicaban este hábito no eran admitidos para el servicio de dicha rama naval.

Otros autores explican este hábito como posterior al de chuparse los dedos que mas tarde se trunca por roerse las uñas, mas rara vez de una sola mano.

Al parecer se debe a una tensión emocional contenida, por conflictos psicicos, sentimientos de agresividad, poca atención de los padres o de otra persona.

El paciente nervioso esta especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o inadaptilidad social.

Hay casos en que este persiste durante toda la vida, pero con frecuencia, por ser una costumbre reprobable, llegue a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad. No es raro ver substituido esta hábito por el mordi queo de lapices, de los labios o carrillos.

El comer carambicos y fumar suelen ser recursos para desviar este hábito, el cual por otra parte suele tener recaídas mas o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional por cualquier causa.

TRATAMIENTO :

Es una costumbre reprobable por lo cual los pacientes dejan este hábito por si mismos. Hay necesidad algunas veces de manchar las uñas con colorantes amargos, los cuales a veces dan resultado, debiendo emplear la persuasión y el convencimiento para que el individuo que padece este hábito lo abandone.

El resultado del abandono de este hábito puede producir en el paciente una sensación de superacion en su control personal.

CAPITULO

10

ABERTURA DE PASADORES DE

PELO

Y

BRUXISMO

Es un hábito pernicioso frecuente la abertura de pasadores con los dientes antes de colocarlos en el pelo.

En pacientes con este hábito se ha observado incisivos con muescas y dientes parcialmente desnudados de su esmalte vestibular.

El llamarles la atención sobre los perjuicios que les es ta causando, suele ser suficiente para romper el hábito.

Existe una gran variedad y sobre todo es tan individual el hábito relacionado con cuerpos extraños, que al hacer la historia clínica del paciente, no debemos pasar por alto la posibilidad de un hábito relacionado con un cuerpo extraño llevado a la cavidad oral y que pudiera ser el causante del problema que hayamos diagnosticado.

BRUXISMO :

También llamado *bricomania*, es el hábito de hacer rechinar los dientes o apretarlos.

Aunque frecuentemente los niños hacen rechinar los dientes durante el sueño a causa de trastornos nerviosos o perturbaciones psíquicas, este hábito puede derivar de una oclusión traumática, de una dentición defectuosa o de quistes dentigeros, generalmente es nocturno, es raro que se presente en el día.

Las causas de rechinar de dientes en adultos son ; oclusión traumática, irritabilidad nerviosa y disfunciones en docrinas.

Los problemas originados por este hábito dependerán del tiempo y la fuerza con que el niño lo ejecute, a veces lo hacen tan fuerte que se escucha a distancia ; cuando se manifiesta con intensidad, encontraremos marcadas atricciones en los dientes y dolor frecuente en la región de la articulación temporomandibular, presentándose el dolor principalmente por las mañanas.

Los pacientes con bruxismo presentan a menudo un engrosamiento de la membrana parodontal y aumento de la densidad del

hueso alveolar, lo que presenta una respuesta favorable al aumento de la demanda funcional.

El bruxismo es un constante trauma oclusal, por lo que mencionaremos brevemente los efectos nocivos que produce en el parodonto:

Manifestaciones Clínicas :

Hemorragia, trombosis y necrosis, aumento de la membrana parodontal y aumento de la densidad del hueso alveolar porque la fuerza que recibe es intermitente y actua como estímulo.

Si es excesivo el trauma, las fibras apicales son seriamente afectadas causando necrosis del tejido y reabsorción de hueso alveolar. Puede variar la reabsorción de hueso alveolar en cuanto a extensión y lugar, dependiendo de la intensidad del trauma, la resistencia y grado de separación de los tejidos y la forma y tamaño de la raíz.

Podrán ser reparadas las lesiones ocasionadas por el bruxismo cuando eliminamos las fuerzas excesivas, pero si estas continuan ejerciendo su acción y si la resistencia del tejido es baja, encontraremos movilidad en los dientes.

Este hábito suele encontrarse en niños que ademas de ser muy irritables manifiestan otros hábitos, como succión o la -

Onicofagia.

TRATAMIENTO :

Ya que es un hábito que se presenta generalmente durante la noche, construiremos un aparato que se llama : Guarda Nocturno.

Puede ser de acrílico o de un material flexible, para ser usadas exclusivamente en la noche, van a impedir el contacto de los dientes que se producía durante el rechinar si queremos que nuestro tratamiento sea más afectivo solicitaremos la colaboración de un psiquiatra o un médico, según sea la etiología del hábito.

Construcción del Guarda Nocturno :

- 1.- Tomamos impresión del maxilar superior y se corre en yeso, generalmente se construye para la arcada superior, aunque puede construirse también en el inferior o en ambas arcadas según sea lo grave del caso.
- 2.- Se reblandecen tres hojas de cera rosa en forma de herradura y se coloca entre los dientes del paciente.
- 3.- Se le ayuda al paciente a cerrar en relación centrada hasta uno o dos mm de la oclusión normal.
- 4.- Este registro en cera lo ponemos sobre el modelo, con un instrumento caliente y se recorta el exeso.

- 5.- En las caras labial y palatina se agrega una hoja de cera para la base rectangular con lo que se obtiene un patron en forma de herradura (la cera que llega al surco vestibular y a las zonas de inserción muscular hay que aliviarlas para que no haga intrusión en ellas). La cera del lado palatino será llenada hasta la periferia del proceso alveolar y por distal hasta la base de la tuberosidad.
- 6.- Con la espátula caliente se unen y alisan las porciones, oclusal vestibular y palatina.
- 7.- En la mitad de una mufia se pone el modelo con la cera y se aplica un separador, luego se vacia la otra mitad en yeso piedra.
- 8.- Ya que ha fraguado el yeso, se elimina la cera con agua hirviendo y se separan las dos mitades.
- 9.- Se prepara el acrilico, mezclando el polimero con el monomero, se empaca el material en la camara de moldeo
- 10.- Se cierra la mufia y se prensa.
- 11.- Ya bien prensada la mufia, se separan las dos mitades de la mufia y se recortan los exedentes del material.
- 12.- Se prensa nuevamente y asi se mantiene despues de curada la resina (el tiempo será de dos a dos horas y media).
- 13.- Se deja infriar se separan las dos partes de la mufia

y se retira el guarda.

14.- Se recortan los exedentes y se gule.

Para confeccionar un guarda de tipo flexible existe un material fabricado por la Rocky Mountain, a base de hule espuma facil de manipular.

El material se amolda con los dedos sobre el modelo de yeso piedra, para obtener la ferula con la conformación deseada. Para curar se coloca en un calentador seco a 350 grados F.

Este tipo de guarda es el mas recomendable que el de acrilico, por su consistencia flexible es mas comodo y menos molesto. Si hay una mal posición sencilla esta puede corregirse con el guarda de este tipo, colocando en el modelo de yeso los dientes en la posición deseada y así confeccionamos el guarda, que por su consistencia, elastica permite a los dientes colocarse en su posición correcta.

CAPITULO

11

SUCCION DE CHUPETES

Y

MAMILAS

El chupete debe tener una consistencia dura y su forma y tamaño debe corresponder a la del pecho esto según Hauser.

El chupete "Poupon" de Drey Fuss cumple con estas exigencias. Similar a este son los chupones "Matura y Muttergluck Grassler" ha dotado al chupete ordeñador, para darle mayor resistencia a la compresión, de una parte la tetilla de goma macisa. Solo en el centro queda un conducto angosto por el cual corre la leche. Estas razones Gyorgy-Algyay recomienda aplicar un trozo de esponja de goma de chupete adecuadamente forzado y perforado en su parte anterior.

El chupete de manadera Muk de Balters-Muller, tiene un concepto anatómico y funcional. La tetilla del nuevo chupete imita en su parte superior la forma del paladar y en su cara inferior a la parte superior del maxilar inferior de una lactante, en su forma ideal.

Tiene además una placa superior e inferior o escudo labial que permite el libre movimiento del maxilar inferior para lo cual está más encorvado en su parte inferior que en la superior. La placa no es circular sino acorde con el ancho de la boca gracias a esta nueva forma del chupete hay un alivio de la presión en el centro del paladar y la presión de la lengua dirigida hacia adelante y del maxilar inferior dirigi-

de hacia adelante y del maxilar inferior dirigida hacia arriba durante el proceso de amamantamiento es transformada en una presión lateral biológicamente mas favorable y es estimulado el crecimiento longitudinal de la mandíbula hacia adelante como el chupete ancho llena la cavidad bucal en sentido horizontal, se impide ademas, la nociva succión de la mejilla hacia adentro.

Usadel, experimentó y examinó el chupete Nuk y determino los movimientos de succión, comparó la alimentación, al pecho del mismo lactante resultando con las mismas condiciones de alimentación y tiempo que había amplia concordancia entre el trabajo muscular y la siguiente fatiga del organo masticatorio infantil en ambos casos.

Esto es importante pues no solamente el modo sino tambien la duración del tomar el biberón deben de ser iguales a los del amamantamiento. Tambien Olsen, por experiencia seriada encontró relaciones entre la frecuencia del hábito de succión y los tiempos empleados para cada comida, niños que tomaban muy lentamente se succionaban mucho mas raramente, que los niños que terminaban rapidamente las comidas.

La mayoría de los chupetes tienen aberturas demasiado grandes de modo que el biberón queda vaciado en pocos minutos

a causa del cansancio insuficiente del niño se mantiene el deseo de succión y da lugar al chupeteo del dedo, por lo tanto los chupetes tendrían que permitir solo un flujo reducido de la leche para alargar así la duración de la comida hasta por lo menos quince a veinte minutos.

Kantorowicks, opina que el peligro de adquirir el hábito de succión se limita a la época entre el aprendizaje de movimientos voluntarios de los brazos, es decir desde más o menos la sexta semana, hasta que se acostumbre al niño a las comidas con intervalos fijos y además con una pequeña y corta limitación de los movimientos de los brazos, "en aquellos casos en que existe el peligro de que los niños se acostumbren a succionar cuando no comen".

Si bien debe impedirse la succión de los dedos, se puede en vez de esto recomendar el uso de un chupete, al cual es más fácil desacostumbrarse, sin embargo los chupetes comunes pueden causar las más diversas modificaciones.

El chupete Nuk con escudo labial y anillo en dos modelos uno para boca sin dientes y otro para dentadura temporal; el primero es expresamente profiláctico, el segundo es un modelo de terapéutica precoz formador de boca y maxilares.

Por razones psicoterapéuticas y para el óptimo desarro -

llo de los órganos masticatorios debería empezar con el uso de este chupete en el primer año y antes de la llamada "edad de porfia" es decir a una edad en la que no se pueden emplear los aparatos de regulación usual.

En los niños amamantados con biberón y con tendencia a chupar, se empieza por razones profilácticas ya desde el nacimiento, con el nuevo chupete de chupón anatómico y al mismo tiempo con el tranquilizador.

Las mamilas comunes y corrientes que por lo demás resultan inadecuadas para substituir el amamantamiento normal suelen ser demasiado largas, penetrar excesivamente en el paladar y originar con todo esto, posiciones inapropiadas de la lengua.

Cuando el niño es alimentado con los chupetes convencionales, se producen los estímulos musculares necesarios para el desarrollo de su aparato masticatorio. Al obstaculizarse la ventilación por presión de la mandíbula lo obliga a respirar por la boca tragando aire al mismo tiempo que se alimenta pues obliga a la mandíbula a efectuar los movimientos en una sola dirección y como no le cuesta trabajo extraer el alimento del biberón fácilmente vacía su contenido sin esfuerzo muscular.

En diversas circunstancias la madre puede amamantar a sus hijos por lo que se ven obligadas al huzo de biberones de tipo comercial. La solución mas adecuada a este problema será el huzo de tetillas anatomicas que por su construcción y diseño anatomico, fisiologico favorece el huzo correcto de los musculos masticatorios.

El chupete esta diseñado para funcionar como sigue :

El chupete es succionado dentro de la boca hasta que se encuentra plana y ancha.

El reflejo de la succión y los labios se cierran sobre la parte externa del conducto del chupete.

El respirador nasal empieza, el cierre de la mandibula es estimulado al contacto del chupete contra la superficie palatina. El niño extrae la leche de la parte anterior del chupete por la presión de la lengua hacia arriba y los movimientos de la mandibula.

Si al tratar el bebe de extraer la leche del biberón hace presión de sus labios y mandibula cierra el conducto del biberón, si suspende esta acción de cierre (masticación), la acción de succionar si podra transportar la leche de la parte anterior del chupete a la boca.

Este tipo de chupete ayuda a la succión satisfactoria y

fomenta el ejercicio de los musculos orales preparando así al niño para la transición temprana del amamentamiento infantil y los hábitos de la boca a patrones maduros.

Respecto al empleo del chupón al que tantas madres le tienen aversión y no pocas pediatras prohíben en absoluto, basado sin duda en postulados de higiene muy importantes pero que generalmente son mal interpretados no siempre causa de perjuicios que se les achacan. La mayoría de las veces son una gran ayuda para la madre que quiere tranquilizar a su hijo, ya que siempre es mas facil la eliminación del chupete que la del hábito de la succión.

El igual que las tetillas anatomicas la casa Rocky Mountain tiene chupones construidos especiales para evitar el desarrollo de anomalias provocadas por los chupetes de uso común, el objeto de los ejercitadores es ejercitar los tejidos bucales como en la succión normal que se ejecuta en los primeros años de vida.

Las partes del ejercitador se adaptan a la cavidad oral en la misma forma que el chupete, el proposito de los ejercitadores es incitar y capacitar al niño a cerrar los labios y mandibula durante su uso. Otro proposito es permitir la respiración en virtud de que se incita a cerrar los labios.



Uso de los Ejercitadores :

El primer ejercitador es usado como sustituto del dedo y como estimulante de la actividad muscular durante el primer año de edad.

El segundo ejercitador es usado como sustituto avanzado del dedo y como posible terminador del hábito, es usado después del año o cuando el primer ejercitador pierde su forma.

El niño deberá ser instruido en el uso del ejercitador en casa en las noches o cuando se crea conveniente. A través del uso combinado de los chupetes y ejercitadores de los músculos orales y faciales son hábitos más saludables que favorecen la alimentación y la actividad oral.

CAPITULO

12

EFFECTOS

Desde el punto de vista etiológico, intervienen factores psicológicos, por lo tanto es indispensable tratar las causas y no solo los síntomas, considerando al paciente como un hombre integral.

Puede haber trastornos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, estáticos y determinar en cierto grado la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en si mismo.

Se hace incapis en que se tengan los medios audiovisuales adecuados para poder informar debidamente al paciente de nuestras intenciones y de las metas que estamos persiguiendo y que lograremos mediante el trabajo y la cooperación de ambas partes.

Al poder valorar al niño individualmente haciendole una correcta evaluación del hábito, el Odontólogo tiene una gran ventaja sobre el pediatra y psiquiatra, pudiendo dictaminar cuando se debe y no se debe efectuar un tratamiento interceptivo del hábito, que sin lesionar el aspecto psicológico puede contribuir a un mejor desarrollo de su cara y de su oclusión.

En la edad preescolar es preferible el uso del chupete tranquilizante de diseño anatómico que la succión digital, el Cirujano Dentista podrá interferir exitosamente en el hábito

oral cuando logre hacer conciente al niño del daño que se esta autocausando en sus estructuras faciales.

Se puede motivar por medios psicologicos de convencimiento por medio de aparatos ortodonticos o una combinación de estos elementos, para que abandone el hábito a la mayor brevedad, esta es la oportunidad de prevenir otros malos hábitos orales, ya que frecuentemente se asocian dos hábitos.

CONCLUSIONES

Es una condición indispensable la asistencia odontológica para la prevención de condiciones favorables y de procesos destructivos, así como los tratamientos correctivos o terapéuticos.

La primera visita al Dentista no debe ser cuando se tenga el primer dolor de alguna pieza dentaria, sino para el examen y la limpieza de la dentadura y hasta para una primera lección práctica sobre el uso del cepillo dental, esta visita no debe demorarse más allá de los tres años.

Las visitas deben ser sistemáticas de seis en seis meses o con los intervalos que el Dentista recomiende.

Si los padres siguen este programa pueden estar seguros de que la enfermedad dental de sus hijos se diagnosticará y se tratará a tiempo de que el niño no contraiga un temor irracional a los tratamientos odontológicos, y que pronto se acostumbrará a no descuidar las prácticas de higiene dental.

La influencia más poderosa en los hábitos de higiene dental del niño no es la del Dentista, ni la del maestro ni la de los compañeros de clase o de juego, sino el ejemplo de los padres.

Estas circunstancias hacen recaer sobre los padres una -

enorme responsabilidad pero abre tambien grandes oportunidades de encausar al niño por el camino de una vida sana.

Como dice en una maxima de un antiguo tratado odontológico ;

" Quien conquista un imperio hace menos por sus semejantes que quien lleva de la mano a un niño por el camino de la salud."

BIBLIOGRAFIA

Pina Sidney B.

Odontología Clínica

Editorial Bibliografica

Argentina 1976.

Vol. XXIX No. 2

Revista de la Asociación

Dental Mexicana.

Graber T. M.

Ortodoncia Principios y

Practica, Editorial Mundi

Buenos Aires .

Anderson G.

Ortodoncia Preventiva

Buenos Aires Mundi.

La Deglución Atípica

Editorial Medica Panamericana

1977.

Vol. XXXIII No. 5

Revista de la Asociación

Dental Mexicana.

Chateau

Ortodoncia

Editorial Madrid.

Barnett

Tratado de la Oclusión en

la Odontopediatria.