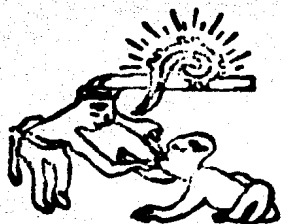


20,709

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

HABITOS BUCALES
INFANTILES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

LAURA ELENA OLLERVIDES AGUIRRE

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E .

DEDICATORIA.

INTRODUCCION.

DEFINICION DE HABITO.- CLASIFICACION DE HABITOS

BUCALES.

I.- HISTORIA CLINICA.

II.- HABITO DE SUCCION DE DEDOS.

III.- HABITO DE SUCCION LABIAL.

IV.- HABITO DE PROYECCION DE LENGUA.

V.- HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

VI.- HABITO DE BRUXISMO.

VII.- HABITOS MASOQUISTAS.

VIII.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

IX.- APARATOLOGIA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N .

El objetivo de este trabajo es dar a conocer, la relación que existe entre los hábitos bucales y los cambios estructurales que a menudo se observan en los niños tales como las presiones ejercidas sobre los bordes alveolares -- inmaduros y sumamente maleables, cambios potenciales en -- el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse anormales si continúan estos hábitos por largo -- tiempo.

A medida que avanza la Odontología, se está dando mayor importancia a la prevención, para mantener una estructura bucal adecuada y es por esto que el Cirujano Dentista debe poder diagnosticar y resolver a tiempo, el problema de los hábitos bucales frecuentes en los niños y así prevenir los cambios en las estructuras y maloclusiones en la cavidad oral, resultado de los hábitos orales perniciosos.

DEFINICION .

HABITO.- Este término se aplica generalmente a las acciones del individuo que se repiten voluntaria o involuntariamente hasta persistir por sí mismas y convertirse así en acciones automáticas. El hábito es una modificación adaptativa que puede ser tanto perjudicial como beneficiosa.

HABITO.- Se denomina hábito a la tendencia de un estímulo determinado a "provocar aquella reacción" en ocasiones subsiguientes. Los hábitos son pautas reforzadas de respuestas-condicionadas; son pautas persistentes de conducta adquiridas mediante refuerzo. Una vez desaparecido el refuerzo de la necesidad, los hábitos pueden inhibirse. Los hábitos son "instaurados en virtud de la ley del refuerzo". Siempre que los hábitos no conducen a la adaptación biológica del organismo y no sirven para la supervivencia, quedan sujetos a la extinción experimental y desaparecen gradualmente.

CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES INFANTILES.

Los hábitos bucales infantiles se pueden clasificar en:

- 1) Hábitos Bucales no Compulsivos.
- 2) Hábitos Bucales Compulsivos.

Los Hábitos Bucales no Compulsivos.- Son aquellos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al verse presionado por sus padres o -- por sus compañeros de juego.

Los Hábitos Bucales Compulsivos.- Son aquellos hábitos que han adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando -- siente que su seguridad se ve amenazada por los acontecimientos ocurridos en el medio ambiente que le rodea.

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA .

Es importante obtener una historia clínica del - paciente lo más completa posible, para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental y para poder determinar la edad psicológica y evolutiva del niño.

Esta información se obtendrá durante la primera visita al consultorio, ya que generalmente el niño va acompañado de sus padres, y es posible que las siguientes visitas las haga el niño solo ó en compañía de otra persona y por lo tanto, no podrá facilitar la información requerida.

La historia clínica incluye los siguientes datos:

Nombre del paciente y su diminutivo _____

Edad _____

Sexo _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Antecedentes cardiovasculares _____

Antecedentes respiratorios _____

Antecedentes diatésicos _____

Antecedentes fñicos _____

Antecedentes neurológicos _____

Antecedentes alérgicos _____

Antecedentes neoplásicos _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones:

Corazón _____

Asma _____

Anemia _____

Alergias _____

Lesiones del riñón ó hígado _____

Epilepsia _____

Diabetes _____

Tuberculosis _____

Fiebre reumática _____

Problemas de coagulación _____

Estuvo el niño hospitalizado alguna vez? Si así fué, de -
la fecha y la razón. _____

Quién es el médico ó pediatra de la familia? Dirección y
Teléfono. _____

ANTECEDENTES PERSONALES.

Condiciones en el hogar

Hermanos: Número _____ Edades _____

El niño vive con: Padre _____ Madre _____ Otros _____

Temperamento del padre: Calmado _____ Enérgico _____ Tenso _____

Temperamento de madre: Calmada _____ Enérgica _____ Tensa _____

Comportamiento social

Personalidad: Introverso _____ Bien adaptado _____ Extroverso

Juegos: Anormal _____ Normal _____

Escuela: Atrasado _____ Mismo _____ Avanzado _____

Salud general actual

Buena _____ Regular _____ Mala _____ Bajo -
tratamiento _____ Enfermedades graves _____

Gripes anuales y otras enfermedades menores: Frecuentes _____

Ocasionales _____ Rara vez _____

Estación del año: Invierno _____ Otoño _____

Primavera _____ Verano _____

Reacción bajo tensión: Antagonista _____ Dócil _____ Defen-

siva _____

Alimentación

Lactancia natural _____ Duración _____ Edad al destete _____

Lactancia biberón _____ Duración _____ Edad al destete _____

Alimentación actual: Buena _____ Regular _____

Hábitos: Buenos _____ Indiferentes _____ Malos _____

Sueño

Día: Regular _____ Irregular _____ Rara vez _____

Noche: Núm. de horas _____ Profundamente _____

Frecuente _____ Interrupción _____

W. C.

Hábitos: Anormales _____ Normales _____

Hábitos bucales

Chupar pulgar; Frecuentemente _____ Ocasionalmente _____

Rara vez _____

Dedos: Frecuentemente _____ Ocasionalmente _____ Rara -
vez _____

Respira por la boca: Rara vez _____ Frecuente _____

Rechina los dientes: Día _____ Noche _____ Ambos _____

Edad comienzo del hábito: _____ Años _____ Meses _____

Edad en que lo abandonó: _____ Años _____ Meses _____

Aún continúa: Día _____ Noche _____ Escuela _____

Mirando la T.V. _____

Hábitos asociados: Hurgarse la nariz _____ Mesarse los
cabellos _____ Tirarse de las orejas _____

Morderse las uñas _____ Acariciar frazadas _____

Otros: _____

Métodos utilizados para controlar el hábito:

Ninguno _____ Dental _____ Otro _____

Conocimiento del hábito por el niño:

Niño conciente _____ Refido por hermanos _____

Refido por la madre _____ Refido por el padre _____

Otro _____

Otros con hábito similar: Ninguno _____ Hermano _____

Padre _____ Madre _____ Otro _____

EXPLORACION FISICA.

Peso _____ Talla _____ Marcha _____
Movs. Anormales _____ Constitución _____
Lenguaje: Normal _____ Tartamudeo _____ Retardo _____
_____ Afasia _____

EXAMEN DE CAVIDAD BUCAL

Labios _____
Mucosa labial y bucal _____
Piso de boca _____
Lengua _____
Paladar _____
Dientes _____
Higiene bucal _____

TRATAMIENTO

Deseo del niño de cesar el hábito:

Si con tratamiento _____ Sin tratamiento _____

No le importa _____ Ningún deseo _____

Actitud de los padres:

Padre: Sin tratamiento _____ Tratamiento _____

Aparato _____ Ningún aparato _____

Madre: Sin tratamiento _____ Tratamiento _____

Aparato _____ Ningún aparato _____

**HABITO DE SUCCION
DE DEDOS**

HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD.- El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de ésta vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de ésta vía de comunicación.

Aunque existan aún muchas preguntas por contestar respecto a la controversia existente entre la lactancia normal, natural y artificial, las investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades cinestésicas neuromusculares poderosas. Al bug

car únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde berme---llón). Falta el calor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno y la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de émbolo de la lengua, y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. El succionar se convierte en chupar; y

con frecuencia, debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos. Para realizar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Un estudio realizado sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, apoya las observaciones de Anderson, de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Balters y sus colaboradores, en Alemania concluyeron que mediaban otros factores, las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de la lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar, con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los mo-

vimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. --
Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumen
ta la cantidad de aire ingerido; el niño, por lo tanto, -
deberá ser "eructado" con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno huma-
no, fue diseñada una tetilla que provoca la misma activi-
dad funcional que la lactancia natural. La tetilla de --
látex diseñada funcionalmente elimina las características
negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.
Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su de-
pendencia de este mecanismo para la euforia, fue perfec-
cionado el "ejercitador" o "pacificador" (chupete). Se -
espera que esta tetilla anatómica, junto con el ejercita-
dor usado correctamente, reduzca considerablemente la ne-
cesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplemen-
tario, volviendo al dedo y al pulgar entre comidas y a la
hora de dormir. El pulgar mantenido en la boca se vuelve
el sustituto de la madre, ahora no disponible con su ali-
mento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la
boca, y también la necesidad de agarrarse de algo, y algu-
nos consideran esto como uno de los primeros síntomas de
desarrollo de independencia o separación de la madre.

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo. Se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y otros medios de gratificación. La madre deberá resolver esta situación, al igual que las muchas relaciones que tiene con sus hijos. Pero si comete un error, es mejor que este error no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades mínimas de la lactancia. La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser propuesto por lo menos -- el primer cumpleaños del niño. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, se cree que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

Gesell e Ilg, del laboratorio de desarrollo -- infantil, de Yale, afirman que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño.

Graber afirma que la mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser consi-

derados como normales durante el primer año de vida, desa
parecerán espontáneamente al final del segundo año si se
presta atención debida a la lactancia. Aconsejar a los -
padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el
tiempo que es normal (el primer año y medio de la vida) -
es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los
niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su -
ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y subli
marán sus actividades buscando otras satisfacciones am---
bientales o formas más maduras de comportamiento. Pero -
muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará de tal
forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho
si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos
mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vi-
gilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la
boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para -
atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consi
gue. Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obs
tante la provocación. Esta observación es aplicable a ni
ños de todas las edades. En los casos más persistentes -
siempre existe una clara demostración de enfado de los pa
dres o intentos de desterrar el hábito. Esto parece ser
una de las explicaciones de la prolongación del hábito en

niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

En los tres primeros años de la vida, se ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de mal oclusión hereditaria típica de clase II, división I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobre mordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

El hábito de chuparse los dedos y el pulgar, se desarrolla en la época cuando el hueso es flexible o plástico y muy susceptible con las presiones leves. Si el hábito cesa precozmente, es decir hacia los tres años y medio o cuatro, el daño no será muy grande; pero si se permite que continúe puede traer como resultado una desfigu-

ración estética.

HABITO ACTIVO DESPUES DE LA EDAD DE CUATRO AÑOS.- La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguraron su -- prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño. El principal infractor es generalmente el padre. Este se encuentra muy trastornado, poco tolerante y es el más indicado para tratar de desterrar el hábito prestándole demasiada atención, mostrando enojo y finalmente recurriendo al castigo.

Cumley dice que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años de edad suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocionalmente y que emplee el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza -- contra los padres. Se cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y escapes mediante el juego. La mayoría de los niños dejarán de succionarse el pulgar a los cinco -- años.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá de la fuerza, frecuencia y duración de cada succión.

Debe recalcar que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- 1) De la posición del dedo en la boca.
- 2) De la acción de palanca que ejerza el niño, contra las otras piezas y el alveólo por la fuerza que genera sí, además de succionar, presiona contra las piezas.

La permanencia de la deformidad de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio, esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar, sino al auxilio de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremor-

dida Horizontal (dientes anteriores superiores vestibularizados y los dientes inferiores lingualizados) que acompañan a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existen pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupaderos confirmados. El acto infantil de deglución, con su actividad a manera de émbolo, persiste, o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, incha o aplana. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento an-

terior inferior. El músculo borbica de la barba es importante durante la posición de descanso y durante la función. Por esto, la deformación prosigue de manera más constante que lo que hubiera sido posible con un hábito de dedo con firmado. El verdadero peligro, por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una mal oclusión franca. Son estas fuerzas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo.

La Duración del hábito de succión de dedos que va más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores. La Frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La Intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes. Si el dedo pulgar es el que se introduce en la boca y el empuje es total sobre la región de los incisivos superiores, estos son emplazados labialmente en una forma agravada sobre los dientes inferiores; y son particularmente vulnerables a fracturas accidentales. Pero si el pulgar íntegro es colocado entre los dientes inferiores y los superiores resulta comúnmente una mordida abierta creando problemas de empujes linguales y dificultad del lenguaje.

La colocación de dos dedos en la boca de una manera invertida, esto es, con la palma del dedo hacia arriba, produce una torsión protrusiva en la región maxilar superior y frecuentemente una mordida cruzada. La colocación del labio inferior entre las superficies linguales de los incisivos superiores y las superficies labiales de los incisivos inferiores puede causar una protrusión y el espaciamiento de los dientes superiores, una Overbite (sobremordida) y una inclinación lingual de los incisivos in

feriores.

El labio superior, debido a la protrusión de los incisivos superiores, comunmente se arrolla hacia atrás y se acorta y, debido a que los labios se separan, hay una posible respiración bucal.

Salzmann dice que el efecto del hábito de succión sobre los maxilares superior e inferior y sobre las arcadas dentales, incluida la oclusión depende de una cantidad de factores como son la frecuencia con que se practique el hábito, la duración, el desarrollo óseo, la dote genética el estado de salud del niño.

La morfología inicial y el patrón dento facial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño posee una maloclusión de Clase II División I (sobremordida horizontal), los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedos persistentes. En casi todos los casos con antecedentes fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que le causa a los padres. -

Algunos niños reconocen que el chuparse el dedo es un mecanismo infantil y en realidad desean abandonar el hábito. Pero al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y adoptar una actitud defensiva o de frustración. - En algunos niños los mecanismos infantiles retenidos funcionan como un arma para atraer la atención. Con frecuencia, notan que el hábito está provocando una anomalía facial y una apariencia desagradable, y estos niños se vuelven exageradamente introvertidos y se comportan socialmente en forma inmadura. Los efectos psicológicos desfavorables tienden a acompañar a los defectos del habla atribuibles a la maloclusión.

Estudios realizados por Traisman y Traisman nos indican cual es la frecuencia real de succión del pulgar y otros dedos. Examinaron a 2650 lactantes y niños de -- más edad desde el nacimiento hasta los 16 años y observaron que el 46 % de ellos succionaban sus pulgares en alguna etapa de este período. De estos, 25 % comenzaron durante su primer año de vida. Como resultado se observó que la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 años. Existían algunos que habían continuado el hábito

hasta edades avanzadas como 12 ó 15 años.

En un estudio conducido por Rakosi, de 693 niños que tenían el hábito de succión, el 60 % había abandonado el hábito después de una duración de menos de 2 años. La mayoría de este grupo presentaban oclusión normal. De los 413 niños de este mismo grupo que presentaban algún tipo de maloclusión, se encontró que el 85 % había continuado su hábito de succión del pulgar u otro dedo por más de 4 años. Esto llevó al investigador a concluir que la succión del pulgar podía ser un factor de maloclusión, en especial de Clase II. En casos aislados, la deformidad parecía corregirse por sí misma en la dentición temporal si se había practicado el hábito por menos de 4 años. En la mayoría de los casos parecía haber una tendencia demostrable en la dentición permanente a superar gradualmente las influencias nocivas del hábito.

El hábito de succión de dedos debemos tratar de corregirlo antes de emprender un tratamiento miofuncional. Se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores para que el niño abandone el hábito. Estos incluyen:

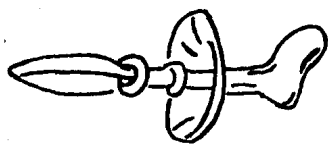
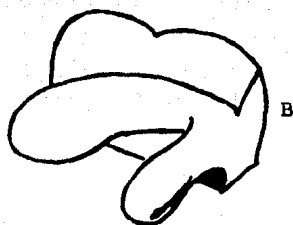
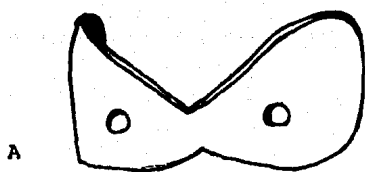
THUM - una medicación de mal gusto pintada sobre el dedo.

Para recordarle al paciente que no debe chupar el dedo.

VENDAJE ELASTICO - se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado. Cuando el niño trata de succionar, - la resistencia ofrecida actúa como un recordatorio.

ELEMENTOS PARA CUBRIR EL DEDO - éstos incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales. Se les debe utilizar sólo como recordadores.

El tratamiento de los hábitos, alude a la corrección, el control o la eliminación de comportamiento orales indeseables como la succión del dedo, la mordedura del labio, el empuje lingual, respiración bucal y patrón atípico de deglución. Esto se hace por lo general mediante el tratamiento miofuncional, enseñándole al paciente un ejercicio o una serie de ejercicios y luego guiándolo o motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios con la frecuencia adecuada. En ocasiones pueden emplearse accesorios mecánicos distintos de los aparatos convencionales. Algunos de estos son las pantallas orales, ejercitadores Nuk Sauger y protectores digitales.



A, pantalla oral utilizada para controlar la --
succión digital. B, miniposicionador que puede usarse pa-
ra controlar la succión digital o el empuje lingual. C, --
ejercitador Nuk Sauger utilizado para desarrollar patro-
nes de deglución adecuados. D, protectores digitales pa-
ra controlar los hábitos de succión.

HABITO DE SUCCION

LABIAL

S U C C I O N L A B I A L .

Los hábitos de succión labial a veces son el -- remanente de un instinto de chupar o la transferencia de un hábito digital anterior. En realidad, muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo y -- espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, pe ro más poderoso hábito del labio. Otras veces el hábito de succión labial es el resultado de labios paspados o -- irritados. Aunque este hábito puede comenzar en el in--- vierno o después de altas fiebres por eventuales paspadu- ras y persistir cuando desaparezca la irritación. En mu- chos casos, el hábito de chuparse los labios es una acti- vidad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en la superficie lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad -- extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil discer- nir la actividad anormal del músculo borla de la barba -- observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deforu

formar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apíñamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volúmen durante el de canso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio.

El hábito de chuparse o morderse los labios - generalmente se presenta en la edad escolar, y puede -- ser detectado por el Dentista al observar el enrojeci-- miento característico y la irritación que se extiende - desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior, - además una área bulbosa pronunciada que presenta el la- bio inferior. Aunque el padre no esté consciente del hábito. Resulta fácil observar el hábito de deglución -- anormal, así como la hiperactividad del músculo borla - de la barba. Aquí también el Dentista deberá interesar se por las condiciones dinámicas del sistema estomatog-

nático. La prueba funcional es tan importante como la relación oclusal habitual.

Una consideración importante, es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar deterrar el hábito del labio. Si existe maloclusión de Clase II, División I, o un problema de Sobremordida Horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal. Generalmente, esto exige la intervención de un especialista en Ortodoncia, así como terapéutica ortodóntica total. La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero, si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, es necesario aplicar un aparato para labio. Generalmente una vez que se ha eliminado la maloclusión, se restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es un Tic neuromuscular, es decir, un acto coordinado que tiene un fin, - provocado en primera instancia por alguna causa externa o por una idea; la repetición hace que se vuelva habitual, y finalmente lleva a su reproducción involuntaria sin causa ni fin, al mismo tiempo que se exageran su forma, intensidad y frecuencia; de esa forma asume el carácter de un movimiento convulsivo, inoportuno y excesivo; su ejecución - con frecuencia está precedida de un impulso irresistible, y su supresión está asociada con malestar. La utilización de un aparato para el hábito del labio puede ser muy eficaz.

Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes. Es agradable observar cómo la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

La terapia miofuncional que se recomienda para - el hábito de succión labial es la práctica de dos ejercicios: el de tirar del labio para darles fuerza y el de la-

bio sobre labio para alargarlos. Los respiradores buca--
les y los empujadores linguales tienden a tener débiles -
los músculos orbiculares de los labios. Estos músculos
necesitan a menudo ser estirados y reforzados, de modo --
que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión du-
rante la respiración nasal y la correcta deglución.

EJERCICIO DE TIRAR DEL LABIO. La fuerza de los músculos
orbiculares de los labios debe probarse primero atando un
botón de unos 6 mm. de diámetro a un hilo dental o a una
cinta de unos 30 cm. de longitud. En el extremo opuesto
de la cinta se hace un pequeño ojal. El botón se coloca
entre los labios del paciente y sus dientes anteriores.
En el ojal que está en el otro extremo de la tira se co-
necta un medidor de presión Dontrix. Se ejerce una trac-
ción hasta que el botón salga de la boca. La fuerza re-
querida para desplazarlo es la medida de la fuerza de los
labios.

El ejercicio consiste en lo siguiente: se uti-
lizan dos botones estériles de aproximadamente 6 mm. de
diámetro. Se ata cada botón a un extremo de un trozo de
cinta dental de 1.20 m. a 1.50 m. de longitud. El pacien-
te con los labios debilitados coloca entonces el botón -

entre sus labios y los dientes. Su padre o la asistente dental, que tienen labios normales, se colocan entonces el otro botón entre sus labios y sus dientes y tratan de sacar el botón de la boca del paciente, acción que éste trata de resistir. Esto desarrollará los músculos orbiculares de sus labios. Cada tracción se considera un ejercicio. Al cabo de varias semanas de práctica se volverá a medir la fuerza de los labios con el dinamómetro Dontrix.

EJERCICIO DE LABIO SOBRE LABIO. Se utiliza para estirar los labios. Para hacerlo con el labio superior, el paciente lo estira hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores. Luego lo sostiene en esa posición con el labio opuesto mientras cuenta hasta 10. Para estirar el labio inferior se utiliza el procedimiento inverso.

HABITO DE PROYECCION
DE LENGUA

PROYECCION DE LA LENGUA .

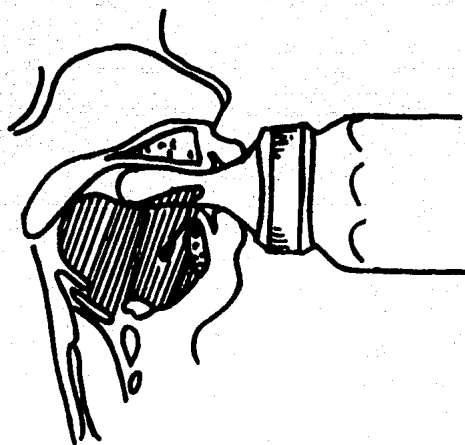
Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de deglución. Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

El hábito de chuparse los dedos adopta un papel secundario. En realidad, muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente

dejan el hábito del dedo y con frecuencia adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona. Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de succionar. Es decir, el empuje lingual se torna en una respuesta aprendida en las primeras comidas si el pezón (materno o de material sintético) permite un flujo tan continuo que la leche casi ahoga al niño. Para controlar y reducir el flujo, el niño tendrá que empujar su lengua hacia adelante. Así, aprende muy temprano a deglutir con su lengua proyectada entre los dientes o rebordes alveolares. Con la persistencia del hábito de dedo a manera de chupete interconstruido el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto. Con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continua proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. Puede existir un período transicional prolongado, según fue demostrado por Baril y Moyers, denominado patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos.

TESIS DONADA POR 38

D. G. B. - UNAM



Un pezón con flujo continuo (materno o de material sintético) puede hacer que el bebé proyecte su lengua para retardarlo y evitar ahogarse.

Anderson corrobora las observaciones de Graber y de Moyers, cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. En un estudio 54.2 % de los niños con hábito de lengua tenían antecedentes de chuparse los dedos. Entre los que solo presentaban el hábito de lengua, solo 25 % poseían antecedentes de chuparse el pulgar o los demás dedos. Con respecto a los niños que tuvieron una lactancia natural comparada con los que la tuvieron en forma artificial, los resultados indican que el grupo alimentado artificialmente, tenían mayor tendencia al hábito de lengual.

El hábito de proyección de la lengua sea cual sea la causa (tamaño, postura o función), provoca maloclusiones. En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La distancia vertical de descanso y la distancia oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contac

to en todo momento. Esta no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o bricomanía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función. El efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se ilustra en dos casos: un paciente con aglosia congénita en el que se observa apiñamiento de los dientes y además la presencia de dientes supernumerarios. Otro paciente con macroglosia, ésta es el aumento de volumen de la parte anterior de la lengua, debido a un tumor benigno, congénito y difuso (linfangioma o tumor mixto angiomuscular); que provoca mordida abierta permanente, biprotrusión de dientes anteriores, diastemas que se observan tanto en dientes anteriores superiores como inferiores y espacios en dientes posteriores de ambas arcadas.

Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides. Como Moyers y Linder-Aronson han -- demostrado, el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior -- de la base de la lengua..

El hábito de proyección de la lengua en forma -- continua nos va a dar como resultado mordida abierta an-- terior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, protrusión de dientes anteriores y también diastemas tan-- to en dientes superiores como inferiores.

El tratamiento para el paciente que presenta ma croglosia es quirúrgico y consiste en la sección de la -- porción hipertrófica.

La proyección simple de la lengua puede ser tra-- tada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios -- notables en la oclusión. Aunque con frecuencia se reco-- miendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debería intentar la terapéutica miofuncional que tiene por objeto cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, interceptar o -- tratar una mal oclusión.

Los ejercicios recomendables en la terapéutica miofuncional son:

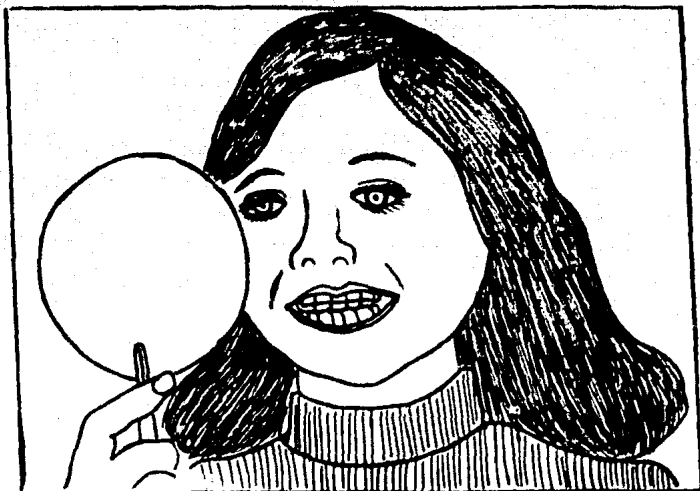
UBICACION DE LA LENGUA. Consiste en enseñarle al niño a colocar la lengua en forma correcta, lo que puede conseguirse con el siguiente ejercicio, conocido como "posicionador de la lengua":

1.- Identifique la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores. Muéstrele esta área al paciente. Tóquela. Deje que él mismo la palpe. Esta zona se llamará "el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores".

2.- Trate de que el paciente, con la boca bien abierta practique tocar con la lengua al punto situado detrás de sus dientes anterosuperiores.

3.- Haga que el paciente, con los labios separados y los dientes cerrados, degluta sosteniendo "la punta de la lengua" sobre "el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores". Como ayuda se puede utilizar agua o una bebida dietética.

4.- Coloque un espejo delante del paciente, el que tendrá los labios separados y los dientes posteriores en contacto. La punta de la lengua se vuelve a ubicar en el lugar antes mencionado. Se le pide enton-



Posición de la lengua. El paciente debe practicar la deglución con sus dientes en contacto y los labios separados. Se mira en un espejo para observar que la lengua no se proyecte hacia adelante.

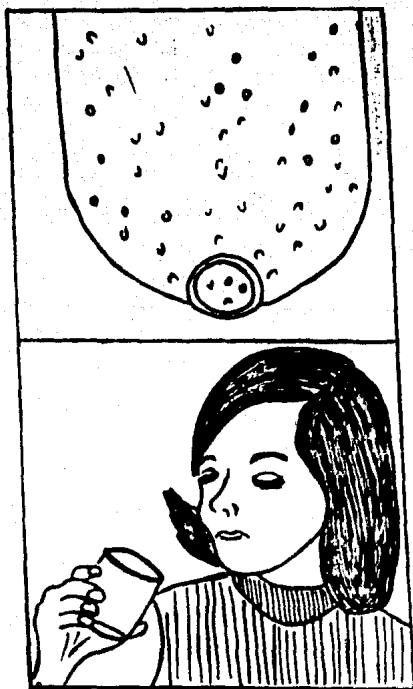
ces que degluta sin proyectar la lengua hacia adelante.

DESARROLLO LINGUAL. Como en el proceso de la deglución - intervienen las distintas partes de la lengua, en algunos pacientes es necesario desarrollar una o más de esas partes. Existen varios ejercicios específicos que ayudan a reforzar los reflejos de cada parte de la lengua para efectuar una deglución correcta.

EJERCICIO CON GOMA UNICA. Se coloca una banda de goma para ortodoncia de 1/4 de pulgada de diámetro en la punta de la lengua del paciente. Ésta la presiona contra el lugar que se le ha indicado, por detrás de los dientes anterosuperiores. Con los dientes posteriores en contacto bebe un sorbo de agua u otro líquido y lo deglute. Si la punta de la lengua no presiona en el punto donde está colocada la gomita se tragará a ésta junto con el sorbo.

Este ejercicio ayudará a desarrollar la función de la punta de la lengua en el patrón de deglución normal.

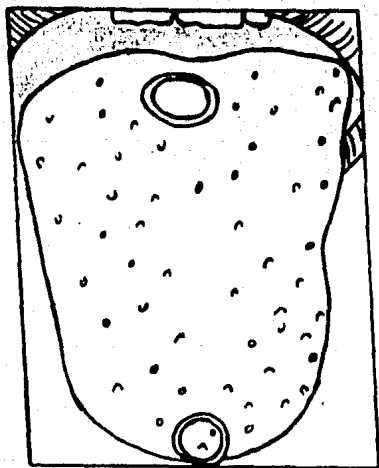
EJERCICIOS DE FONACION. Algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua sobre "el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores". Estos sonidos deben ser claros y, cuando se los --



Ejercicio para entrenar la punta de -
la lengua con una goma para ortodoncia. A,
coloque una goma para ortodoncia sobre la
punta de la lengua. Indique al paciente -
que apriete la banda de goma en el punto -
de unión de los incisivos sup. y el pala--
dar. B, luego con los labios y los dien--
tes en contacto haga que el paciente deglu-
ta un líquido sin tragar la banda.

produce, la lengua no debe proyectarse entre los dientes o los labios durante la función o en reposo. Los sonidos que requieren esa posición de la punta de la lengua son los siguientes: 1) el sonido de la D (diente-dina-da do-dicho-dono); 2) el de la L (largo-lino-lecho-limón-le go), y 3) el de la T (tubo-tfo-tiro-tela-taza). Bajo la supervisión de los padres, el paciente puede practicar estas palabras y observarse en un espejo. Los sonidos deben ser claros y correctos. También pueden utilizarse otras palabras o, con los niños más pequeños, tarjetas con dibujos de objetos cuyos nombres los contengan.

EJERCICIO CON DOS GOMAS DE ORTODONCIA. Para realizar este ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la punta de la lengua y otra en el medio de ella. El paciente practica presionando la primera contra "el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores" y la del medio contra el centro del paladar. Se deglute con los labios separados y los dientes posteriores en contacto, para experimentar la sensación de deglución. El paciente debe mirarse en un espejo y observar que su lengua no se proyecte hacia adelante. Una vez que ha dominado las posiciones, tragará un líquido de a sorbos comprobando después de cada deglución, que las dos bandas de goma están



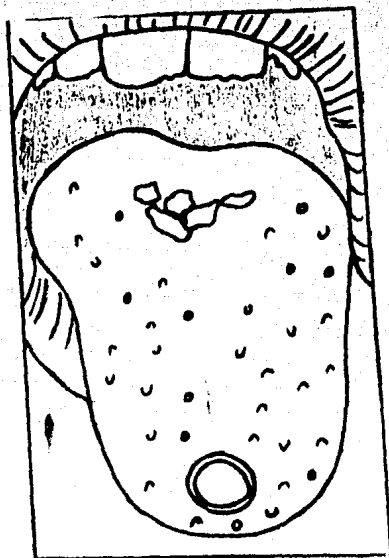
Entrenamiento para la porción media de la lengua realizado con un ejercicio con ligas para ortodoncia. Coloque una de las ligas en la punta de la lengua y otra en la porción media de la misma. - El paciente practica la deglución presionando la punta de la lengua contra el punto de unión entre los incisivos sup. y el paladar y la porción media de la lengua contra el techo de la boca -- sin tragarse ninguna de las ligas.

en sus posiciones correctas. Si la punta y centro de la lengua no presionan adecuadamente las gomas, habrá tendencia a tragarse una de ellas o las dos.

EJERCICIOS DE FONACION. Los sonidos producidos por la porción media de la lengua al presionar contra el paladar duro son: 1) el sonido de la CH, y 2) el de la Y. Algunas palabras que los contienen son: chico, charco, chino, churro, chacra; yute, yuca, yo, ya; hacha, tacha, bache, etc.

CACAHUATES Y GOMITAS. Haga que el paciente mastique un cacahuete sin tragarlo. Este fruto se prefiere por su bajo poder cariogénico. Una vez masticado se coloca el cacahuete en la porción media de la lengua y en la punta de ella se pone una gomita. Se instruye al paciente para que mantenga los labios cerrados y cierre los dientes posteriores. Luego, presionando la gomita contra "el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores", el paciente debe tragar el cacahuete masticado. Para hacerlo tendrá que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua y, sin proyectarla y sin tragar la gomita deglutir el cacahuete.

EJERCICIOS DE FONACION. Los sonidos que se producen con



Entrenamiento para la parte poste
rior de la lengua con un ejercicio --
con cacahuete y bandas de goma. Haga
que el paciente mastique un cacahuete
pero no se lo trague todo. Luego co-
loque una banda de goma en la punta -
de la lengua y el cacahuete en la por
ción media de la misma. El paciente
debe practicar deglutir el cacahuete
pero no la gomita sin proyectar la len
gua hacia adelante.

la parte posterior de la lengua son los siguientes: 1) C dura; 2) G dura, y 3) K. Algunas palabras que los contienen son: caramelo, caña, como, canto, canguro, callo, gas, goma, gasa, garaje, ganga, kenia, kaki, kansas, kayak.

NUMERO Y FRECUENCIA DE REPETICION DE LOS EJERCICIOS.

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y capacidad de atención. Por lo tanto - cuanto más pequeño, menos atento y más inquieto sea el - niño, menor cantidad de repeticiones se prescribirán. - Si la ejecución correcta de un ejercicio insume mucho -- tiempo se indicará que se lo practique menos veces. Cada unidad de practica consistirá en 10 repeticiones. Pa - ra comenzar, será suficiente con una unidad, que se amen - tará gradualmente hasta totalizar diez a medida que el - paciente desarrolla su habilidad. La frecuencia del --- ejercicio también reviste importancia porque cuanto más veces se repita más atención exigirá del paciente duran - te el día y, con suerte, durante la noche. Así, dos uni - dades de práctica 5 veces por día (antes o después de -- las comidas, antes de ir al colegio y a la hora de acos-

tarse), serán más efectivas que 10 unidades una vez al día. De todos modos, esto estará siempre condicionado por las posibilidades del niño para realizarlo y del padre para supervisarlo. Consecuentemente al consultar con el padre, es necesario escribir una prescripción realista y factible.

TIEMPO DE PRACTICA PARA LOS EJERCICIOS.

El tiempo de práctica, que depende del niño, debe desde no menos de 5 minutos por sesión hasta no más de treinta minutos. El tiempo total dedicado durante todo el tratamiento no debe exceder los 60 minutos. Treinta minutos es una cifra realista, de modo que los ejercicios no interfieran en los deberes, el juego o el descanso general. Cinco minutos 5 veces -- por día o 10 minutos 3 veces por día es una excelente distribución de las prácticas. El exceso de éstos puede ser contraproducente y concluir en un fracaso completo.

REGISTROS Y SUPERVISION DEL TIEMPO DE PRACTICA.

El paciente y el padre deben compartir la -- responsabilidad de registrar la frecuencia y la dura--

ción del tiempo de práctica, lo que puede hacerse en fichas apropiadas que ayuden a controlarlas. Estas fichas deben ser firmadas por el paciente y el padre. Si ninguno de ellos es capaz de dedicar por lo menos 30 minutos por día a una práctica dividida en varias sesiones, el tratamiento no tendrá éxito y será necesario considerar su terminación. Si con el transcurso del tiempo no se observan resultados positivos, se controlará la exactitud de los ejercicios y se harán las correcciones adecuadas. Los casos más difíciles pueden requerir un período más prolongado. En tal situación se variará el régimen de los ejercicios para evitar el aburrimiento.

HABITO DE RESPIRACION
BUCAL

RESPIRACION BUCAL.

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: Por obstrucción, por hábito, y por anatomía.

Los niños que respiran por la boca debido a una obstrucción son aquellos que presentan malformaciones congénitas, secuelas traumáticas, neoformaciones, inflamaciones a nivel de la fosa nasal, hipertrofias amigdalares etc. Estas alteraciones van a modificar el calibre de las fosas nasales o su configuración interna y pueden dar lugar a una obstrucción nasal respiratoria; entonces el niño presenta una resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto

no le permite cerrar por completo sin tener que reali--
zar enormes esfuerzos. Debemos poder distinguir a cual
de estas categorías corresponde el niño, también debe -
diferenciarse un niño que es respirador bucal por hábi--
to de un niño que respira por la nariz, pero que, a cau--
sa de un labio superior corto, mantiene constantemente
los labios separados. Para hacer el diagnóstico diferen--
cial entre un respirador nasal y un respirador bucal --
observaremos que, cuando se les pide que cierren sus la--
bios e inspiren profundamente por la nariz, los respira--
dores nasales normalmente demuestran buen control refle--
jo de los músculos alares, los que controlan el tamaño
y la forma de las narinas externas, por lo tanto, las -
dilatan al inspirar y los respiradores bucales, aún ---
cuando sean capaces de respirar por la nariz, no cam---
bian el tamaño o forma de las narinas externas, y oca--
sionalmente en realidad contraen los orificios nasales
mientras inspiran, además sus labios están separados.

Frecuentemente se observa respiración obstru--
tiva por la boca en niños ectomórficos que presentan ca--
ras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estre--
chos. A causa de su tipo genético de cara y nasofarín--
ge estrechas, estos niños presentan mayor propensión a

sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofáringos amplios como se encuentran en los individuos braquicéfalos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: 1) Hipertrofia de los turbonados causadas por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis -- atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2) Tabique nasal desviado con bloqueo de conducto nasal.

3) Amígdalas o adenoides agrandados.

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

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica ó contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición recien-

nada. Si ésta situación continúa, el Odontólogo puede -
intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a
respirar por la nariz. Esto puede lograrse con la cons-
trucción de un protector bucal que bloquee el paso del -
aire por la boca y fuerze al niño a inhalar y exhalar el
aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar -
por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá --
uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está sufi-
cientemente abierto para permitir el intercambio de aire,
incluso en situaciones de respiración forzada en casos de
emoción extremada o ejercicio físico. Massler y Zwemer -
sugieren el uso de una torunda de algodón o un pedazo de
papel delgado aplicado frente a los orificios nasales pa-
ra comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes
de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la
boca para que la respiración sea totalmente natural, no
forzada, como cuando se instruye al niño para que respi-
re deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede --
respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificul--
tad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un Otorrino-
laringólogo para que este formule un diagnóstico y corri-
ja la situación. Si el niño respira sin dificultad al -

pedirselo, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Los Otorrinolaringólogos con frecuencia hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más frecuentes en quienes respiran por la boca. El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde y obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia, mala aireación sinusal de la que se originan sinusitis, atrofia de la mucosa bucal y faríngea; también pueden existir repercusiones sobre el oído a través de la Trompa de Eustaquio, las amígdalas y adenoides se encuentran agrandadas. En los niños suele existir una baja del nivel intelectual escolar y pueden aparecer deformaciones esqueléticas, sobre todo en el perímetro torácico.

El principal síntoma de los niños que respiran por la boca es la dificultad de la respiración nasal, sequedad faríngea, disminución de la agudeza olfativa y algunas alteraciones de la fonación. Estos niños presentan un aspecto típico, boca abierta, cara alargada

da y bóveda palatina ojival; al que se le denomina "facies adenoidea". Aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. En los niños que presentan facies adenoidea, se observa una sobremordida horizontal excesiva, los labios permanecen abiertos y el labio inferior se extiende tras los incisivos superiores. Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada. Esto puede desembocar en una relación de Mordida Cruzada en los primeros molares permanentes, así como una mesio-oclusión de estos dientes.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca. Los factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de Clase II también provocan respiración bucal.

En muchos casos, la eliminación de la sobremor

dida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

El tratamiento en caso de obstrucción nasal - respiratoria en el niño, es además de la terapéutica local médica o quirúrgica, que se aplica a la causa de la insuficiencia respiratoria, es necesario practicar una reeducación funcional. Cuando se ha suprimido la causa, o si la insuficiencia es sólo funcional, la reeducación es la base del tratamiento: gimnasia respiratoria, nasal y torácica asociada a movimientos de los brazos. - También es útil en los niños una cura de altura en estancias termales arsenicales o cloruradas sódicas.

H A B I T O D E B R U X I S M O

B R U X I S M O .

El bruxismo es un hábito lesivo de apretamiento, frotamiento o rechinamiento y desgaste de los dientes de carácter no funcional. Se practica con mayor frecuencia en la noche, durante el sueño, aunque puede observarse cuando el niño está despierto. El grado de bruxismo depende de la intensidad de la fuerza empleada en el apretamiento o frotamiento y del tiempo o frecuencia en que se ejerzan esas fuerzas. El frotamiento de los dientes puede ser tan fuerte que se pueden oír las rozaduras a distancia. Si se mantiene este hábito por un período prolongado, el niño puede provocar la abrasión de tanto los dientes temporales como los permanentes, trauma paradontal y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporo-mandibular.

Las causas exactas del bruxismo se desconocen pero tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades; además son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes

cuando practican el hábito, el cual podrá continuar consciente o inconscientemente por un período definido.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como Corea, Epilepsia, Meningitis y Trastornos Gastrointestinales. La Corea de Sydenham se considera en la actualidad como una encefalitis infecciosa que afecta a la corteza y a los ganglios basales. Se piensa que es el resultado de los mismos factores que producen la fiebre reumática, o de factores similares. Probablemente se trata de una encefalitis reumática, y representa una etapa exudativa de afección cerebral, semejante a los cambios exudativos que pueden observarse en las articulaciones y en el corazón. Parece ser que el estreptococo es el responsable de este proceso. Los movimientos involuntarios y espasmódicos, la incoordinación muscular y la gesticulación son síntomas importantes de la enfermedad. Además de la fácil fatigabilidad mental, a la corea pueden asociarse muchos síntomas psíquicos. Uno de los más notables es la inestabilidad. El niño coreico se vuelve taciturno, hipersensible, irritable, inquieto, pendenciero y rencoroso cuando se le corrige. Pueden aparecer insomnio, terrores nocturnos y sonambulismo. Son frecuentes la negligencia, las altera

ciones en la atención, así como una aparente incapacidad para recordar. La mayoría de estos niños lloran con --- gran facilidad, son malhumorados y molestos. El egotismo y la desobediencia son comunes, y muchos autores piensan que la asociación más o menos frecuente, de trastornos de la conducta con ésta enfermedad es más que una -- coincidencia. Por desgracia la familia no percibe la gravedad y la importancia de la enfermedad, de tal manera -- que regaña y castiga al niño por sus características emocionales y por otros rasgos exasperantes de su conducta. Dicho modo de tratarlo es erróneo, y tiende a agravar -- las reacciones y la conducta emocional. En el mejor de los casos, la enfermedad a menudo conduce hacia reacciones indeseables de defensa, como es el practicar el hábito de brujismo. La Corea se presenta con más frecuencia en las niñas que en niños. ✓

La Epilepsia es una enfermedad que se caracteriza por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la consciencia, los cuales pueden -- asociarse a movimientos convulsivos y trastornos en el -- sentimiento, en la conducta, o en ambos.

Los niños entre los cuatro y los ocho años de

edad que padecen esta enfermedad, a menudo son inadapta-- dos desde el punto de vista social y emocional. Este desajuste parece explicarse en muchos casos por la deficiente relación entre los padres y el niño, lo cual afecta la formación de la personalidad de este; tal relación -- inadecuada aparentemente surge del rechazo consciente o inconsciente de los padres. La falta de seguridad básica que esto produce en el niño, tiende a extenderse y a matizar todas las relaciones. En ocasiones el niño, creyendo que todos los adultos son como sus padres, y que todas las experiencias serán frustantes, desarrolla un patrón de antagonismo y rebeldía que lo lleva a la práctica del hábito de bruxismo. La conducta del niño va de acuerdo a su estado de ánimo, el niño puede encontrarse en un estado de irritabilidad extrema, miedo, depresión, mal humor.

El Odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa. Se ha observado en algunas ocasiones que el bruxismo puede ser una secuela desfavorable de la mordida profunda. Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenante del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa. Por lo tanto el ajuste oclusal debe ser el primer

paso en este problema si existen interferencias.

Es necesario investigar y descubrir la naturaleza exacta del fenómeno de rechinamiento de los dientes para poder resolver adecuadamente el problema, que es -- tan frecuente en niños y adultos de todas las edades en nuestra sociedad.

H A B I T O S M A S O Q U I S T A S

H A B I T O S M A S O Q U I S T A S

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista. El hecho de que la madre muestre atenciones exageradas hacia el niño cuando este sufre una experiencia levemente dolorosa, establece la predisposición del niño, en años posteriores, a obtener satisfacción ante un conflicto, quejándose de algún dolor. Si el niño observa con envidia que se da atención a otro hermano o a otro miembro del hogar, se estimula en él la aparición de fantasías de sufrimiento, que se reprimen hasta que llega el período conflictivo posterior y entonces dichas fantasías surgen como un medio sustituto de aliviar la angustia. Son de gran importancia las experiencias de la niñez que se asocian al dolor, ya que conducen a la aparición de sufrimiento masoquista con el objeto de obtener respuestas afectuosas - satisfactorias. En algunos casos, los padres sufren -- sentimientos de culpa cuando castigan al niño por una travesura; entonces derrochan cariño después del castigo, como un medio de mitigar su propia angustia. Si es éste el medio por el cual el niño, obtuvo satisfacción emocional repetidas veces, se establece un patrón de dolor y sufrimiento masoquista. En estos casos; el tema -

básico es el deseo de obtener cariño y aceptación de uno de los padres o de su sustituto.

Aunque no es frecuente la referencia a la autog mutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. Plessett informó haber observado a una niña de inteligencia normal de 9 años, que -- movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta librarlos de los tejidos de sostén y extraerlos. Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce, -- pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. El Odontólogo debe tener consciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma -- manera como lo hace con la succión del pulgar; es decir, buscar la causa que lleva al niño a practicar este tipo de hábito. Si se descubre que se debe a factores dentales, puede ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional.

Se ha observado que niños de cuatro años se -- traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar. Una de catorce años se provocó el desnudamiento bi

lateral del tejido vestibular en las zonas de los premo-
lares superiores, para lo cual empleó la uña y un alfi-
ler de gancho. Además la cara interna del carrillo y se
produjo grandes zonas de necrosis. Los padres no tenían
noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de
su boca, pues la hija no les había dicho que se las ha-
bía causado por sí sola. La historia clínica reveló --
una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y la es-
cuela. La niña fue remitida a una clínica de orienta-
ción infantil, lo cual condujo a la solución del proble-
ma. Al parecer, la automutilación era una escapatoria
de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden
ocasionar automutilaciones en pacientes pequeños. El Dr.
Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el -
hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adoles-
cente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

T R A T A M I E N T O P S I C O L O G I C O

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO .

El tratamiento psicológico es una de las alternativas, para la eliminación de los hábitos bucales que se observan con frecuencia en los niños. Una vez que se ha formulado y revisado la historia clínica y nos damos cuenta que el niño no presenta ningún padecimiento, que lo lleve a adquirir alguno de los hábitos bucales. Procedemos a formular una serie de preguntas a los padres sobre el comportamiento del niño. Es introvertido? Se lleva bien con sus hermanos? Se siente celoso por el nacimiento de un hermano? Es un buen alumno que se ha adaptado bien? La escuela le provoca tensiones? El problema en la escuela ha provocado tensiones en su casa? Tiene confianza y seguridad en su relación con otros? Existen problemas familiares como divorcio, peleas entre los padres? Vive el niño con su madre? Vive el niño con su padre? Son indiferentes los padres con el niño? Son excesivamente autoritarios?.

En el niño la sensibilidad existe desde el nacimiento y registra desde la primera infancia, en su inconciente, todas las perturbaciones emocionales que se imprimen en forma de cicatrices cuyas consecuencias pue-

den ser graves para la vida afectiva del adulto.

La vida del niño es muy rica en cambios importantes que modifican muchas veces sus costumbres y su seguridad como es el nacimiento de otro hermano, el aprendizaje de la higiene, el destete, la escolaridad, que son trastornos trágicos para la sensibilidad del niño. Los padres deben saber preparar estas etapas en forma realista. Su ayuda comprensiva y su ternura permitirá que el niño pueda adaptarse en forma positiva a estos cambios sin que su sensibilidad quede mutilada.

Es importante darse cuenta de las necesidades del niño como son: la ternura que es una vitamina psicológica que condiciona el crecimiento físico, psíquico y afectivo del niño. La armonía de los padres, que el niño sea aceptado tal como es, que se le permita expresar sus sentimientos negativos (como el odio y los celos). Necesita autonomía y libertad, además tiene necesidad de autoridad y realismo en la presentación de la vida.

Los padres y otras personas aplican técnicas de reforzamiento operante en la crianza de sus hijos, pero con frecuencia producen comportamientos indeseados que son altamente resistentes a la extinción debido a

que no se comprende la importancia de las relaciones de tiempo y de otras relaciones en el control del comportamiento. Así, la madre puede ignorar (no refuerza positivamente) al niño que juega con tranquilidad y puede dar reforzamiento (atención ya sea en forma de reacciones positivas o negativas) solamente cuando el niño se dedica a hacer peticiones excesivas. El empleo inadvertido de reforzamiento parcial por parte de los padres puede hacerse que el comportamiento indeseable sea altamente resistente a la extinción.

No obstante los padres, familiares y amigos pueden ser aliados muy eficaces del terapeuta si reciben, el entrenamiento adecuado.

El Odontólogo puede explicar a los padres, un método psicológico que puede ayudar a que el niño abandone el hábito bucal. El niño necesita que se le refuerce ya sea positiva o negativamente para corregir su conducta. Los refuerzos positivos son aquellos estímulos que tienden a apoyar o a favorecer una conducta en particular. Los refuerzos negativos son aquellos estímulos que tienden a desalentar o inhibir cierto comportamiento específico. -- Entre los refuerzos positivos podemos citar: dejarlo ver

el programa favorito, dinero para gastar en la escuela, ir a la casa de sus amigos a jugar, un juguete, llevarlo a las fiestas de cumpleaños de sus amigos, etc. Los refuerzos negativos consistirán en castigos o sacrificios que se impondrán al niño, para que éste reaccione y abandone el hábito que practica. Los refuerzos para que --- sean efectivos deben ser preparados para cada niño de -- acuerdo con su edad y sus gustos individuales.

En ocasiones una frase o palabra elogiosa que se diga al niño, representa una psicoterapia. Aunque -- los niños pequeños se impresionan más con cosas que pueden ver, sentir, gustar y tocar.

Otra forma como se puede ayudar al niño a modificar su conducta es mediante un programas que se llama - Económica de Fichas en el Hogar, en el cual se han aplicado los principios del reforzamiento y el castigo. El - reforzamiento se aplica mediante una respuesta inmediata del padre, contingente a la ocurrencia de la conducta deseable. Por ejemplo, la presentación de fichas como reforzadores. El castigo ocurre de manera semejante, siguiendo a cada respuesta o clase de respuestas indeseables, y consiste en retirarle al niño las fichas anteriormente - otorgadas. Entre las ventajas que ofrece la Economía en

el hogar, figura el que los padres comienzan a reaccionar de manera más objetiva, más consistente y menos emocional frente al comportamiento de sus hijos. Los regaños en la casa se reducen notablemente y a menudo la Economía desarrolla colateralmente una mayor comunicación entre los miembros de la familia. Este sistema es muy flexible y se puede ajustar a cualquier cambio de estilo en su administración. Requiere muy poco tiempo de entrenamiento formal para que los padres aprendan su manejo. En los casos de niños problema se recomienda la orientación de un Psicólogo para ajustar y verificar el funcionamiento del sistema mediante sesiones semanales de consulta. El contrato para cambiar la conducta funciona debido a que abarca tanto a los padres como a los hijos.

Este programa opera fundamentalmente con los niños que no han alcanzado la adolescencia.

La Economía de Fichas en el Hogar es un sistema -- de motivación para el niño. Mediante él, los padres podrán orientar, dirigir y motivar las acciones de sus niños. Este programa puede ser visto como un juego en el que los padres, establecerán el criterio para que su niño obtenga varios privilegios, y también un medio por el cual él satisfaga lo que considera su deleite.

El sistema comprende el uso de pequeñas fichas de plástico, las cuales se le dan al niño si tiene buen comportamiento y si ha dejado de practicar el hábito bucal, y se le retiran si tiene mal comportamiento y practica el hábito. Los privilegios se pueden obtener mediante las fichas ganadas. El uso de un sistema de puntos es igualmente efectivo. Se llena una hoja de contrato para el niño y se le explica de qué se trata la Economía. Se muestra al niño las metas de conducta que se pretende lograr, es decir, 1) especificar claramente las conductas deseables por las que se otorgará fichas. 2) las conductas indeseables que se multarán y 3) los privilegios que se ofrecerán mediante el canje de fichas. Una vez hecho esto, los padres determinarán las cantidades de fichas que el niño podrá obtener, perder o pagar por cada actividad, colocando a la vista las hojas de contrato. Algunos padres utilizan tachuelas para pegarlas en la pared o puerta de la recámara de los niños.

¡Es muy importante que se coloque la hoja a la vista de todos!

Al principio, es conveniente otorgar y quitar las fichas inmediatamente después de ocurridas las conductas -- que se están premiando o multando. Transcurridos unos días, se puede hacer el canje una sola vez al día, y después de--

varias semanas, una vez semanalmente. Sin embargo, al principio se deben hacer diariamente los balances; el saldo -- del día anterior se debe sumar al total del presente día. -- Los padres deben recordar que las multas deben ser inmediatas y consistentes. Podrán multar o castigar aquellas conductas cuya ocurrencia deseen reducir.

Los privilegios constituyen el centro del sistema. Por lo tanto será útil enlistar tantos privilegios como sea posible. Se debe permitir que el niño elija aquellos artículos que desee obtener, solo que se le asignará un número determinado de fichas por esos artículos.

Los padres deberán incluirse dentro de la Economía de Fichas en el Hogar con el fin de hacer sentir al niño que ellos también tienen obligaciones y derechos. Cuando los padres realicen conductas como: gritarle al niño, pelear y discutir entre padres, burlarse del niño, tendrán que otorgarle algo al niño (el niño multa a sus papas por mal comportamiento) o bien el niño tendrá que otorgarle a sus padres el número de fichas acordado por su buen comportamiento.

A P A R A T O L O G I A .

TERAPIA MECANICA O POR APARATOS

Existen varios tipos de aparatos para romper los hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el Odontólogo. La mejor manera de calificarlos es, en aparatos fijos y removibles.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esa tarea. Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el Odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de aparato, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños menores de 6 años, en quienes sólo están presentes las piezas primarias, los aparatos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los aparatos removibles. En este grupo, entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un aparato fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un aparato removible puede permitirle la libertad de llevar el aparato en períodos críticos, como la noche. Ciertamente, para el Odontólogo, la mayoría de los aparatos removibles para abandono de los hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo.

pero la mayor desventaja de los aparatos removibles es que el niño no los lleva sólo cuando él desea.

VENTAJAS DE UN APARATO REMOVIBLE.

- 1) Es fácil de limpiar.
- 2) Permite la limpieza de las piezas.
- 3) Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- 4) Puede ser llevado parte del tiempo, permitiendo la circulación de la sangre a los tejidos.
- 5) Puede construirse en forma estética.
- 6) Facilita la masticación y el habla.
- 7) Ayuda a mantener la lengua en sus límites.
- 8) Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de caries.
- 9) Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de construir un aparato nuevo.

DESVENTAJAS DE UN APARATO REMOVIBLE

- 1) Puede perderse.
- 2) El niño puede decidir no usar el aparato.
- 3) Puede romperse fácilmente.

4) Puede irritar los tejidos blandos.

VENTAJAS DE UN APARATO FIJO.

- 1) Cuando no se tiene la cooperación del paciente.
- 2) El niño no se lo puede quitar.
- 3) El niño lleva el aparato todo el tiempo.
- 4) No se rompe fácilmente
- 5) En niños propensos a perder los aparatos removibles
- 6) Hay elementos del aparato fijo prefabricados.

DESVENTAJAS DE UN APARATO FIJO.

- 1) Dificulta la limpieza de las piezas.
- 2) No se puede detectar fácilmente la caries.
- 3) El niño puede considerarlo como un castigo.
- 4) Puede causar dolor la inserción y uso.
- 5) En niños con higiene oral deficiente no está indica
do el uso de un aparato fijo.

A P A R A T O S P A R A H A B I T O S

TRAMPA PARA SUCCION DE DEDO. La trampa para succión de dedo consiste en un aparato removible Hawley, cuyo cuerpo recuerda una dentadura parcial de acrílico con dos ganchos posteriores. Los ganchos son de acero inoxidable de distintos diseños y constituyen la retención del aparato. El típico retenedor circunferencial puede utilizarse para tomar una retención vestibular en los molares primarios. Los ganchos Adams toman retenciones mesiovestibulares y distovestibulares de los molares primarios. La retención anterior se obtiene con un arco labial, que caracteriza al aparato de Hawley. Se agrega en la parte palatina anterior del aparato un alambre doblado en Zig-Zag para evitar que el niño adose el dedo al paladar.

TRAMPA CON PUNZON.- Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como aparato fijo.

Las trampas pueden servir para: 1) romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior, 2) distribuir la presión también a las piezas posteriores, 3) recordar al pa--

ciente que está entregándose a su hábito y 4) hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

La trampa con punzón es una placa Hawley con su característico arco labial que se usa para lograr retención, este deberá estar suficientemente avanzado en la encía, pero no deberá tocar las papilas interdentes. El paso del hilo metálico de labial a lingual puede ir en el intersticio oclusal entre lateral y canino, o distal al canino. El hilo metálico que se usará es de níquel cromado de 0.032 ó 0.28 pulgadas (0.8 a 6.8 mm). Si se presenta el problema de interferencias oclusales, se puede usar hilo de 0.26 pulgadas (0.65 mm) de acero inoxidable. Es más difícil de doblar que el de nichrome (hilo de níquel y cromo), por lo que no se deformará tan fácilmente, y podrá usarse en tamaños menores. La trampa de punzón también está constituida por dos ganchos circunferenciales a nivel de los segundos molares temporales y un alambre en forma de punzón colocado en la parte palatina anterior de la placa Hawley.

TRAMPA DE RASTRILLO.- La trampa de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la trampa de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acríli

co hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

PROTECTOR LINGUAL.- El protector lingual es básicamente una criba sin bordes agudos que impide el hábito o, por lo menos lo hace menos gratificante. El protector lingual o criba debe -- construirse de modo que permita que la lengua adopte su posición correcta durante la deglución. La criba también debe estar construida de tal manera que, cuando se cierran las mandíbulas y los dientes posteriores las toquen, pase por debajo y hacia lingual de los bordes incisales de los incisivos inferiores pero no interfiera en los tejidos blandos. Si la criba es demasiado angosta o no pasa hacia apical de los bordes incisales u oclusolinguales, la lengua puede escapar, sea en sentido lateral o por debajo de la criba, con el objeto de continuar con el hábito. Por lo tanto, si este aparato se usa para frenar la lengua debe hacerse de modo que cumpla con su función. Por lo general se emplea alambre de 0.030 pulgadas de diámetro.

Aunque tal aparato no impide que el niño se ponga los dedos en la boca, no puede inducir la succión necesaria con su lengua, por lo que el hábito se torna menos satisfactorio. Además en caso de deglución atípica o respiración bucal, el único modo en que el niño puede provocar un vacío adecuado para deglutir-

es juntando sus labios. Cuando está bien construido y apoyado por el manejo de la conducta, este aparato es capaz de corregir numerosos problemas oclusales.

La criba básica puede estar unida a un aparato Hawley removible, un arco palatino fijo o un botón palatino removible, a coronas de acero-cromo. El aparato básico al que puede estar adherido, depende de la evaluación de las indicaciones y contra indicaciones de aquellos aparatos básicos. La acción del protector lingual es impedir los hábitos nocivos y que estos se vuelvan menos satisfactorios para el paciente. El protector lingual o criba está indicado en hábitos de succión digital, empuje lingual, de deglución atípica y respiración bucal. Las contraindicaciones del aparato son:

- 1) Contraindicaciones generales para los aparatos fijos o removibles.
- 2) Cuando la conducta oral refleja un problema médico o de conducta más serio.

Las ventajas de estos aparatos se comparan con la tercera miofuncional de la siguiente manera:

- 1) Se requiere menos tiempo profesional.
- 2) Costo más bajo.

3) Menos visitas del paciente al consultorio.

4) El Dentista puede utilizar su habilidad actual.

Desventajas.- Si el aparato para corregir el hábito frena al niño pero no le ayuda a desarrollar nuevos patrones de conductas, los hábitos reaparecerán al retirarlo.

Las alternativas para el tratamiento con aparatos en esta situación puede ser la terapia miofuncional intensiva o una combinación de terapia con aparatos y algún ajuste de la conducta

LIP - BUMPER.- El lip - bumper es un aparato que se utiliza para corregir el hábito de succión labial. Este aparato está formado por un arco vestibular de alambre de acero inoxidable de 0.36 pulgadas de diámetro. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación se agrega un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.36 ó 0.40 pulgada, soldando un extremo a nivel del canino inferior. Este alambre se dobla hasta que quede paralelo al alambre base, se vuelve a doblar en la zona del canino opuesto y se solda al alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales. Posteriormente se procede a soldar el alambre base a las bandas o coronas de acero-cromo, colocadas en los primeros molares inferiores. La

porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y el auxiliar. Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior.

APARATO PARA HABITO DE LABIO.- Se solda una barra de alambre de acero inoxidable de 0.040 pulgadas a las coronas de acero-cromo, colocadas sobre los segundos molares deciduos o los primeros molares permanentes. La barra puede cruzar de labial a lingual, ya sea en mesial o distal del canino, dependiendo de la oclusión y de los espacios anteriores, El Dentista deberá asegurarse de que el aparato labial se encuentre 2 o 3 mm. delante del aspecto labial de los incisivos inferiores. Al momento se le coloca papel de estaño antes de adaptar el acrílico endotérmico a la armazón de alambre. El aparato es cementado por un período de tres a seis meses, dependiendo de la gravedad del hábito y de la sobremordida.

PROTECTOR BUCAL.- El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios empujen el labio inferior-

en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos y debería utilizarse más extensamente. El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas. Este tipo de protectores se hace de Plexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada (1.56 mm. y 2.34 mm, respectivamente) de espesor. Se ajusta al vestíbulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector, a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al verter el yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mocobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el Plexiglas, al calentar el Plexiglas, se puede, con unas tijeras, cortar fácilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar el Plexiglas a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores.-- El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxila-

res anteriores, y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y superior, 1/16 pulg. (1.56 mm).

El paciente lleva este protector durante la noche. Un requisito importante es que el paciente no sufra obstrucciones nasales que impedirían la respiración normal. Incluso ciertos niños que respiran por la boca pueden beneficiarse con este instrumento, ya que muchos de ellos pueden respirar por la nariz, pero encuentran más cómodo mantener la boca abierta la mayoría del tiempo. Deberá examinarse al paciente cada tres semanas o mensualmente. En visitas posteriores, se ajustan los modelos rebajando algo de yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores. Se vuelve a adaptar entonces el protector bucal a su nueva posición con calor y toalla. Los movimientos dentales se producen lentamente, porque el paciente sólo lleva el protector un tercio del tiempo. Este movimiento es de naturaleza puramente fisiológica, ya que usa los músculos del paciente.

Si el labio superior es corto, pueden unirse de noche los labios, con una cinta adhesiva, al llevar el protector.

El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración. En algunos casos influye incluso en las piezas maxilares superiores, para que estas se muevan distalmente, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoo-

clusión incipiente.

FERULA DE CAUCHO.- La férula de caucho es utilizada para evitar el hábito de bruxismo. El tratamiento de este hábito entra en el campo del Médico familiar, el Psiquiatra y el Odontopediatra. El Odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de la férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

CONCLUSIONES .

El problema de los hábitos bucales infantiles es un tema de interés no sólo para el Cirujano Dentista, sino también para el Pediatra, el psicólogo y los padres del niño. El Cirujano Dentista se interesa más en los cambios bucales estructurales -- que resultan de la práctica de hábitos prolongados. El Pediatra y el Psicólogo dan mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. Los padres, parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que presenta algún hábito bucal.

Es importante que las madres se den cuenta, de lo que implica el descuidar e ignorar a los niños desde la etapa de lactancia, en la cual el tiempo que deben emplear para alimentar a sus hijos y los mimos, son la clave para que estos no tiendan a chuparse los dedos o el pulgar por un periodo más prolongado de lo normal. Fomentándoles así el hábito de succión de dedos -- para consuelo y compensación, que les ocasionará desplazamiento de las piezas dentarias o la inhibición de su erucción normal provocado por la posición y presión del dedo en la boca.

Las relaciones entre el niño y sus padres son muy importantes, porque el niño refleja los intentos y tribulaciones del medio al que pertenece. Los problemas familiares, sean en--

fermedades, divorcio, peleas entre los padres o excesiva autoridad, se reflejan en el niño. La indiferencia de sus padres generalmente lo lleva a la práctica de algún hábito bucal, con el fin de llamarles la atención o también el de molestarlos y finalmente si ese hábito se practica con mayor frecuencia e intensidad, por periodos largos de tiempo, traerá como consecuencia el desplazamiento de las piezas dentaria y por lo tanto maloclusión:

La práctica ha demostrado que el tratamiento de los hábitos bucales infantiles, por medio de la Aparatología no siempre nos va a dar buenos resultados, ya que en la mayoría de los casos, se necesita combinar el tratamiento Psicológico, Miofuncional y la Aparatología para lograr el éxito y desterrar los hábitos bucales.

Los aparatos utilizados para corregir los hábitos bucales infantiles serán elegidos y colocados por el Odontólogo, tomando en cuenta la edad del niño, su dentadura y el hábito que practica.

B I B L I O G R A F I A .

- ADAMS, C. Philip. Diseño y Construcción de Aparatos Ortodónticos Removibles. - Ed. Mundi. Tercera Edición. -- 1969.
- ANDERSON, G.M. Ortodoncia Práctica. Ed. Mundi. Primera Edición. 1962.
- BARNETT, Eduard M. Terapia Oclusal en Odontopediatría. Ed. Médica Panamericana 1978.
- BEGG, P.R.
P.C. Kesling. Ortodoncia de Begg, Teoría y - Técnica. Ed. Revista de Occidente S.A. Segunda Edición. -- 1973.
- FINN, Sidney B. Odontología Pediátrica. Ed. - Interamericana. Cuarta Edición. 1977.
- GRABER, T.M. Ortodoncia Teoría y Práctica.- Ed. Interamericana. Tercera -- Edición.
- HOVASSE, Colette. Como Educar a los Niños en la Libertad. Ed. Fontañella. Cuarta Edición. 1973.
- KOLB, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna,- Ed. La Presna Médica Mexicana Quinta Edición. 1976.
- LEWIS DAVIS, Law. Atlas de Odontopediatría. Ed. Mundi. S.A.

