

301
209



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

[Handwritten signature]

ETIOLOGIA DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE HABITOS
BUCALES EN NIÑOS

T E S I S

Que para Obtener el Título de:
Cirujano Dentista
Presentan:
Mercado Cerecedo Norma Patricia
Rojas Scott Elizabeth

México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION		Pag.
TEMA I	PSICOLOGIA INFANTIL	4
	a) Enfoques psicológicos en odontología pediátrica	
	b) Psicopatología infantil.	
TEMA II	HISTORIA CLINICA	23
	a) Elaboración.	
TEMA III	REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	32
	a) Reflejo de succión y la lactancia natural y artificial	
	b) Deglución normal y anormal.	
TEMA IV	HABITOS BUCALES INFANTILES	41
	a) Origen y definición	
	b) Hábitos bucales no compulsivos y hábitos bucales compulsivos	
	c) Succión del pulgar y sus efectos a nivel dentario	
	d) Respiración bucal	
	e) Succión labial	
	f) Empuje lingual	

- g) Empuje del frenillo
- h) Abertura de pasadores para el pelo
- i) UNICOFAGIA (mordedura de uñas)
- j) Bruxismo
- k) Automutilación
- l) Hábitos de presión e inclinación
- ll) Hábitos nerviosos auxiliares.

T E M A V

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO

102

- a) Métodos de adiestramiento pasivos " ejercicios correctivos "
- b) Métodos de adiestramiento extrabucales.
 1. Procedimientos psicológicos.
 2. Procedimientos con sustancias y excitantes.
- c) Métodos de adiestramiento intrabucales.
 1. Aparatos para eliminar los hábitos
 2. Construcción del aparato para el tratamiento del hábito de succionarse el pulgar

3. Construcción del aparato para el tratamiento de la proyección lingual.
4. Construcción del aparato para el tratamiento del hábito de chupar y mordere los labios.
5. Aparato removible usado para el tratamiento de la respiración bucal.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

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

En los últimos años la práctica de los hábitos bucales se ha ido aumentando considerablemente y generalmente se cree que estos hábitos son malas costumbres que el niño ha adquirido e incluso los mantiene hasta otras etapas de la vida. Sin pensar que este problema tenga motivos y causas reales.

La realización de este trabajo fue para profundizar y dar un enfoque real y práctico de los motivos que predisponen a un infante para que éste adquiera y practique los hábitos orales.

Estos fenómenos se dan con mayor frecuencia en la etapa infantil; debe considerarse de gran importancia este fenómeno, ya que las generaciones futuras deben crecer y desarrollarse en óptimas condiciones para un buen desarrollo biopsicosocial.

Lo antes expuesto es muy importante, ya que con un adecuado equilibrio natural el niño estará exento de perturbación alguna y en caso contrario si el infante ha caído en un desequilibrio se tendrán las bases necesarias para lograr que este vuelva a su estado normal.

Es de suma importancia el conocer a fondo los orígenes

reales de los hábitos orales; pero desconcertante el darse -- cuenta que las personas que rodean al niño son en muchas oca-- ciones las que provocan el daño y que supuestamente son los -- que brindan el amor, apoyo, consejos y bienestar.

Los hábitos que desarrolla el niño así como las altera-- ciones de conducta son el resultado de un ambiente que se tor-- na adverso para su desarrollo, es su sentir y malestar en con-- tra de lo que le rodea.

El verdadero origen de estos problemas está dado defi-- nitivamente por frustraciones, prisas, conflictos, desacuer-- dos, y principalmente por la falta de atención hacia el niño.

Generalmente los odontólogos estamos acostumbrados a -- tratar los problemas bucales sin que se rebasen los límites -- de la cavidad oral, sin tomar en cuenta la integridad emocio-- nal del niño.

Este es uno de los errores en que incurrimos día con -- día en el consultorio dental, y que tenemos que ir superando -- en beneficio de nuestra profesión.

En este trabajo se analizan toda la serie de hábitos -- que son practicadas por el niño, desde las causas que origi-- nan su aparición y más tarde su establecimiento permanente.

También se sugieren tratamientos pasivos para la corrección de hábitos nocivos, como son entre otros los ejercicios musculares rehabilitadores, los que son a base de sustancias de sabor desagradable, los psicológicos, por medio de aparatos obstructivos y agresivos en ocasiones que se insertan en la mano, por medio de aparatos fijos intraorales y removibles.

T E M A I

PSICOLOGIA INFANTIL

a) ENFOQUE PSICOLOGICO EN LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Si aceptamos que la salud es " un proceso activo del ser humano en virtud del cual éste trata de mantener su armonía -- psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y socio cultural en que cada persona transcurre " y que -- debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño, no solo como " la adecuada evolución de su anatomía y fisiología, " estamos obligados a ver en nuestro paciente niño, algo más que sus dientes.

Se afirma completamente que al centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado, porque además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente, -- en el odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental) y lo que es muy importante, siente sobre lo que le sucede o le puede suceder (aspecto emocional).

Lo importante es cómo solucionar la mayor o menor ansiedad que el niño trae al llegar al consultorio. Entre las causas que generan el miedo al dentista son : miedo al dolor, -- a lo desconocido, a las malas experiencias odontológicas previas, los comentarios negativos en el ambiente familiar o esco

lar, el haber sido testigo presencial durante alguna visita -- odontológica, las amenazas, la influencia de la televisión etc. y que finalmente todas estas causas tienen en común, que es el considerar al odontólogo, como un personaje siniestro; incluyen de también el ambiente del consultorio y la personalidad del -- profesional.

Es muy importante el papel que asume la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos como causa de fondo en el rechazo y la resistencia al odontólogo y sus procedimientos.

No es difícil aceptar esta prioridad y singularidad de la boca, si pensamos que solo por ella el ser humano puede superar la conmoción psicológica del nacimiento. El niño viene dotado de un mecanismo de succión que le permitirá con todas las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y su madre como adulto diferenciado.

Si sus tensiones internas (hambre) son calmadas prontamente la imagen de la madre buena, gratificadora, representante del mundo nuevo, será introyectada junto con el alimento. Si su madre continua brindando desde afuera la comodidad y bienestar -- constante y predecible, ella se convierte en puente constante de resguardo y sus necesidades serán resueltas por su nuevo medio

ambiente. Es precisamente de éste reaseguro que los bebés desgarrollan lo que Erikson llama "confianza básica". Pero si su tensión aumenta porque sus necesidades no son satisfechas, el bebé aceptará eventualmente la leche pero incorporará también la imagen de su madre con la carga de rechazo que él proyectó mientras el llanto expresaba su incomodidad y tensión. Esto es que el niño tiene sentimientos internos de comodidad e incomodidad que se ven en ciclos muy regulares a los que se llega a familiarizar y que son el origen de su actitud primitiva.

La aparición de los dientes plantea una nueva sensación de la madre.

Es interesante y a la vez resulta imposible de saber que, es lo que el infante siente cuando sus dientes perforan desde adentro, en la misma cavidad oral que hasta ese momento constituía fundamentalmente el centro del placer. Además, sería interesante saber qué tipo de dilema masoquista puede originarse por la tensión y el dolor que causan las erupciones dentarias, "saboteadores internos", que sólo se les puede controlar mordiendo lo más fuerte que pueda.

La crisis de estadio oral secundario es difícil de verificar debido a la conciencia en el tiempo de varias circunstancias de desarrollo; la incomodidad que crea la erupción dentaria y otro tipo de cambios en la cavidad oral por una parte, a lo que debe agregarse a su conciencia (la del infante) como persona dife-

rente y el alejamiento gradual de la madre, de manera que el odontólogo está trabajando en una zona de mucha afectividad, con amplias y ondas connotaciones conscientes e inconscientes.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno, tiene que dejar huella muy profunda y no es de extrañarse que la proyección en el odontólogo (justamente el explorador de esa zona) de esos sentimientos constituyen el origen de muchas tensiones y ansiedades "inexplicables en el sillón dental".

Todo lo anteriormente dicho no significa que para atender niños, el odontólogo deje de serlo y convertirse en psicólogo. El odontólogo desde luego no debe de hacer otra cosa que no sea la odontología, y no deberá siquiera invocar a la psicología para fundamentar su actitud frente al niño, ya que la madre no debe exigir que acredite la competencia respectiva, de manera que la psicología viene a reforzar el sentido común y no a reemplazarlo.

Todo este conocimiento sirva para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no superficiales.

La forma más adecuada de tratar al niño, es aparecer frente a él como personas capaces de hacernos cargo de esa ansiedad

y de tolerar las manifestaciones a veces explosivas que se generan en él. Cuando adquirimos la capacidad de comprenderlas y aceptarlas sin sentirnos agredidos, involucrados, sin vivir la actitud del niño o de sus padres como un ataque; sin hacernos en el papel de críticos rígidos, lo que sería muy probable expresión de nuestra propia inseguridad.

Las actitudes que cada uno adopte como profesional en la situación odontológica con el niño y sus padres dependerá su-
ra bien o para mal, de la resolución de los conflictos subya-
centes individuales, que nos poncan frente a ellos como aspi-
tos significativos, respetados y estimados.

LA ANSIEDAD MATERNA. Es cierto que las ansie-
dades maternas se expresan en los niños, Baldwin y Johnson con-
ciuyen que la "ansiedad materna parece ser el factor principal
que afecta la conducta de los niños pequeños en la situación
dental" al margen de la naturaleza del proceso a realizar, --
són en el caso de un examen de rutina.

A la madre se le debe de informar claramente sobre el tri-
tamiento de sus hijos (porqué, cómo, cuándo, con qué) y reti-
rar el contacto antes de cualquier situación traumática inten-
sa. También tenemos que hacernos cargo un poco de la responsa-
bilidad y culpa de esa madre, a quien suele resultar inposi-
ble que su hijo se independice.... ella está y quiere estar.
Entonces hay que hacerla conocida lo desconocido y explicarle

su importante papel para favorecer el tratamiento de su niño. Escuchar y mucho, pero no darle consejos que no tienen que ver con la situación odontológica.

Regularmente el niño no llega al consultorio solo, lo acompañan sus padres, habitualmente la mamá. Cuando la relación madre e hijo es correcta, las cosas suelen ir bien. Si el niño se siente seguro y querido en su hogar, no le será difícil superar las lógicas inquietudes que originen el acercamiento a esta nueva experiencia, recordada por la tranquilidad de su madre y la confianza que muestra el profesional. Pero si los sentimientos de los padres con respecto a la odontología no son positivos, y éste es lo más frecuente; si ellos expresan abiertamente sus temores y ansiedades, o los mal disimulan; los casos no serán tan fáciles de superar.

Todo niño con un problema de conducta, no hace sino reflejar situaciones de su hogar, aunque los padres puedan no ser totalmente responsables. Braner sostiene que ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza, solo puede concluir en un fracaso total.

Además de esto, debe transmitir al paciente y al padre el valor de cuidados dentales adecuados. Debe conversarlos de --

que cuidados dentales adecuados en la niñez son una inversión para la salud futura. La buena odontología no empieza en la silla dental, empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua, y con el establecimiento de programas dentales para los indigentes. De esta manera se puede efectuar una odontología eficaz sin silla dental.

Otro servicio dental que a menudo se descuida es en niños retrasados o con malformaciones, sin embargo, estos niños necesitan cuidados dentales mucho más que los otros, a causa de su problema.

Se debe tener buena armonía para trabajar en el consultorio dental entre la madre, el niño y el odontólogo, ya que el tratamiento del niño dependerá de su gran cooperación y confianza que tengan ambos en el odontólogo. Además la madre no deberá de inquietarse si su hijo llora, ya que el llanto es una forma normal de reaccionar, ante situaciones desconocidas.

Cuando va a ser llevado a visitar al dentista no se le debe de engañar, se le tiene que explicar que visitarán a un amigo, que cuidará de sus dientes, como el médico o el maestro, que son personas que se preocupan por su salud física y mental y por su educación.

Reiteramos que la participación de los padres es un factor decisivo en el éxito del tratamiento odontológico del niño. Debemos trabajar con ellos, no contra o a pesar de ellos, evitando tensiones y dificultades de comunicación que, en última instancia, repercutirán negativamente en el niño.

b) PSICOPATOLOGIA INFANTIL

La comprensión de los problemas psicopatológicos del niño requiere del conocimiento de las situaciones ambientales adevgas a su desarrollo.

Puesto que en la primera época de la vida son los padres quienes más efectivamente ejercen influjos favorables o desfavorables sobre la personalidad, la investigación de cualquier problema del niño y su manejo psicoterapéutico incluye a los padres y a los miembros de su núcleo familiar.

Los síntomas y las alteraciones de la conducta que un niño eventualmente desarrollará, no solo dependerán de las influencias ambientales que interfieren con su desarrollo y la expansión productiva de sus potencialidades, sino también de ciertas propensiones inherentes a su dotación genética. Como resultado de ambos factores un niño reacciona preferentemente con conducta caprichosa y anti social, otro con tendencias autistas y otro más con anorexias o con tartamudez.

La angustia puede en ciertos niños asumir gran intensidad

y persistencia, ya sea experimentada como sentimientos de a --
 crección e inseguridad o bien en las formas de fobia y miedos-
 escabificos. El niño angustiado suele perder el apetito, llo-
 rar frecuentemente, vomitar frecuentemente los alimentos etc.-
 Tiene dificultad para dormirse, en otros caso fobias, su temor
 se circunscribe a ciertas situaciones u objetos y la angustia -
 solo se manifiesta cuando se encuentra en contacto con ciertos
 estímulos.

La fobia a la oscuridad, a la soledad, a la gente extra-
 ña, a ciertos animales, a ser abandonados por sus padre, puede
 ser una manifestación pasajera y discreta inherente a cada ni-
 ño o bien puede alcanzar suficiente intensidad para constitu-
 ir un problema grave, a partir de los cuatro años de edad rara
 vez antes, algunos niños manifiestan tendencias obsesivas.

Estos niños, generalmente poseedores ya de una incipiente perso-
 nalidad rígida y perfeccionista, pueden ser atormentados por -
 escrúpulos religiosos o bien por convulsiones, a contar las --
 baldosas del piso, las ventanas de los edificios o a golpear -
 con el pie los objetos que se encuentran a su paso etc. Hay --
 señalar que algunos de los juegos infantiles más populares ha-
 cen uso de ciertos rituales obsesivos y que cierto grado de -
 obsesividad es común en ciertas épocas de desarrollo.

Otras manifestaciones psicoatológicas frecuentes en los
 niños son los espasmos de la glotis, los berrinches, los temo-

res nocturnos y el sonambulismo. Los primeros consisten en que el niño generalmente de 2 a 5 años de edad, sufren espasmos -- pasajeros de la glotis, que se desencadenan por el llanto e impiden la entrada de aire a los pulmones por media minuto o más el tiempo suficiente para que se produzca cianosis y esencialmente pérdida momentánea de la conciencia. Son niños de temperamento emotivo quienes con más frecuencia presentan este tipo de síntomas, que a menos que sean exageradamente frecuentes debe verse como trastornos benignos y pasajeros.

Los berrinches son expresiones turbulentas de cólera surgidas en el niño cuando sus deseos son contrariados. Cualquier niño normal puede hacer berrinches ocasionalmente, es su frecuencia e intensidad lo que puede convertirlos en un problema serio.

Mediante el berrinche el niño trata de imponer su voluntad y no pocas veces logra su propósito, esta forma de reacción infantil puede persistir después de la adolescencia sin grandes variaciones.

Los temores nocturnos son otra manifestación psicopatológica frecuente de la infancia. Típicamente el niño se incorpora en la cama a la mitad de la noche, manifestándose aterrorizado, con la mirada fija en una dirección; las pupilas dilatadas, la cara cubierta de sudor y gritando aterrorizado. Su apariencia es de alguien que está contemplando una escena

rricilante. Generalmente se requieren algunos esfuerzos para - hacer salir al niño de este estado, ya que por lo común hay - cierta dificultad para despertarlo. Una vez que esto ocurre el niño no guarda ninguna memoria de lo que ha soñado.

El sonambulismo es una modalidad de disociación frecuente de la infancia. Los niños que lo sufren son generalmente emotivos, imaginativos, egoístas. El síntoma se manifiesta ya sea - en forma exclusivamente verbal o por automatismos más complicados.

El sonambulo habla mientras está dormido o bien se levanta y lleva a cabo actos sencillos; tales como deambular por casa y evitando los obstáculos que se encuentran en su camino y regresar a su cama. Al día siguiente no recuerda nada de lo hizo durante su trance, que es considerado como una manifestación precoz de historia y que puede presentarse durante el curso de la vida.

TARTAMUDEZ.

La tartamudez es la más frecuente de los trastornos del lenguaje. Consiste esencialmente en un bloqueo espasmodico - que dificulta la emisión de ciertos sonidos. La dificultad puede limitarse a la articulación de sílabas iniciales de algunas palabras o bien llegar hasta al problema de la total imposibilidad de hablar.

Frecuentemente el problema consiste en la compulsión de repetir la sílaba inicial de una palabra o frase, especialmente de sonidos que requieran un mayor esfuerzo como los que se inician con S O S y T.

Superando el bloqueo momentáneo, el lenguaje se vuelve fluido hasta que el obstáculo reaparece en relación con la misma sílaba o una nueva sílaba. La dificultad para articular se acompaña generalmente de gestos, sacudidas de cabeza y movimientos corporales.

La tartamudez se manifiesta más severamente cuando el sujeto se encuentra en situaciones que le suscitan angustia, humillación o sentimientos de inferioridad. Es más frecuente en los varones y en el 90% de los casos se inicia antes de los 6 años de edad. Hay estudios muy evidentes que demuestran que hay relación de este trastorno con un factor de predisposición constitucional. Los psicoanalistas freudianos interpretan el síntoma como una fijación de instinto a nivel oral y suponen que al tartamudear el niño y el adulto satisfacen una necesidad oral.

Es considerado el tartamudeo como un síntoma resultante de un conflicto entre el miedo de hablar y el deseo de hacerlo. Es importante señalar que la mayor parte de los tartamudos muestran otras alteraciones emocionales como angustiosidad, timidez y miedo a las situaciones sociales.

Es un hecho que cualquier persona puede experimentar bloqueo de pensamiento, sudoración excesiva, temblor e incoordinación motora y tartamudez en situaciones que implican peligro - de humillación, ridículo, fracaso, etc. La diferencia consiste en que para otros, cualquier circunstancia de la vida diaria puede adquirir connotaciones peligrosas.

Puede ocurrir que un niño, que está en proceso de desarrollar las difíciles coordinaciones inherentes al lenguaje, este simultáneamente viviendo situaciones familiares generadoras de miedo e inseguridad. En este caso, el defecto de lenguaje puede ser el resultado final de perturbaciones en la dinámica familiar que actúan en un sujeto constitucionalmente predisuesto.

Aproximadamente un 10% de niños tartamudeos sufren la dificultad espontáneamente. Para el tanto por ciento restante la tartamudez constituye un obstáculo importante para el rendimiento escolar y la participación social, de tal manera que el desarrollo total de la personalidad puede verse afectado.

El tratamiento consiste en la práctica de ejercicios de articulación y fonación para interrumpir el hábito, unido a una psicoterapia encaminada a fortalecer la estructura del ego del paciente y a mejorar su confianza en si mismo.

ONICOFAGIA (HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS)

Se calcula que de cada 4 niños, 1 tiene el hábito de morderse las uñas, el cual alcanza su mayor intensidad durante la adolescencia. El hábito se acentúa en situaciones de preocupación o de tensión y parece servir para descargar energía sobrepante. Coleman y McCalley han reportado que los sujetos que se muerden las uñas tienen la dificultad para exteriorizar su hostilidad y la manejan en forma intrapunitiva. Aparentemente, morderse las uñas puede servir para descargar tensiones relacionadas con conflictos diversos. El síntoma es interpretado como la satisfacción de necesidades infantiles, resultado de una fijación a nivel oral. El tratamiento sintomático por el castigo o limitación física da resultados pobres. Con tolerancia, paciencia, oportunidades para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones, la mayor parte de los sujetos pueden ser considerablemente aliviados y los síntomas tienden a desaparecer espontáneamente.

ENEURESIS

El término se refiere a la emisión involuntaria de orina en forma persistente después de la edad de los tres años de edad. La enuresis es habitualmente nocturna y su ocurrencia varía entre los dos y siete veces por semana.

La enuresis puede presentarse como un síntoma aislado, o

bien asociado con otras manifestaciones psicoatológicas. Desde el punto de vista psicológico, la enuresis ha sido interpretada como una expresión de hostilidad inconsciente, un intento de asegurar atención y ayuda o bien como una manifestación de erotismo infantil. El tratamiento consiste en la corrección de los factores morbógenos presentes en las circunstancias familiares. Medidas tales como acostumar al niño a que se levante a orinar a media noche, prohibirle que ingiera líquidos durante la noche, mantener su cama a mayor temperatura, dan buenos resultados cuando existe cooperación entre el niño y sus padres además hay buena relación entre ambos.

ANOREXIA

La anorexia psicógena en los niños es un problema frecuente y pocas veces de difícil solución. El problema consiste en el rechazamiento de cualquier alimento, el de algunos alimentos importantes en forma específica, o bien en que el niño cesara rápidamente de comer menos de lo necesario. La falta de apetito se acompaña frecuentemente de otros síntomas y trastornos de la conducta que también expresan desajustes emocionales.

Para entender el problema es necesario tener en cuenta que las necesidades nutritivas y la capacidad para experimentar apetito dependen, de factores genéticos en relación con los cuales las diferencias de un niño a otro son notables. Por

esta parte no hay que olvidar que nuestra cultura, el comer es un ritual complicado sujeto a múltiples limitaciones y regulaciones.

En su ya de por sí penoso proceso de socialización el niño ha de aprender cuándo, cómo, dónde, cuánto y qué comer, y este aprendizaje puede verse influido por situaciones familiares y más específicamente por las actitudes de los padres hacia la situación alimenticia. Hay algunas situaciones que se encuentran en relación con los problemas alimenticios de los niños, como lo son: el énfasis exagerado de las madres en la ganancia del niño como índice de salud y de buena atención, actitudes hipocondríacas y remilgosas de los padres, costumbre de corregir a los niños a la hora de las comidas por su mala conducta.

En cuanto a los niños, no es raro encontrar que han aprendido a utilizar el rechazo de la comida como una forma de autoafirmación y rebeldía. Otro factor importante en la anorexia depende del hecho de que una gran variedad de conflictos generan ansiedad la cual sobretodo, cuando es persistente es capaz de inhibir el apetito. En cada caso en particular el médico debe estudiar la situación del niño en su medio familiar y en su medio escolar.

TICS

Los tics son contracciones intermitentes de grupos musculares limitados. El término se aplica a diversos movimientos involuntarios, tales como parados, contracciones de la boca, contracciones faciales, sonidos producidos con la lengua o la nariz. El paciente puede ser consciente o no de sus tics. Este tipo de problema se da más frecuente entre los seis y catorce años de edad, ocasionalmente antes en conexión con , desajustes de la personalidad y otros síntomas. Sin embargo, el tic puede constituir el síntoma único o el más importante. En algunos casos, la base orgánica como factor constitucional o bien como secuela de un proceso encefálico es innegable. Sin embargo, tanto en la iniciación del sintoma como su persistencia lo cológico puede ser lo más importante.

El tic representa fundamentalmente el intento de reducir una tensión interior, de tal modo que muchos individuos normales presentan ocasionalmente tics en situaciones generadoras de tensión exagerada. Lo que ocurre es que en ciertos niños el mecanismo es más accesible y es usado preferentemente, para dar salida a las tensiones relacionadas con sus conflictos internos.

Los tics suelen presentarse en algunos niños angustiados e inseguros, únicamente en aquellas temporadas en que aumentan sus tensiones hostiles o sexuales. Ocasionalmente la hipnosis

afecta curas sintomáticas.

CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA INFANCIA

Algunos niños muestran desde muy pequeños una conducta rebelde, inmanejable. Es frecuente el que peleen, roben y mientan, resultando un gran problema de disciplina tanto en la casa como en la escuela. Se trata de niños egótas, demandantes, desconsiderados cuya hostilidad es fácilmente estimulada por pequeñas frustraciones, es precisamente por todos los motivos anteriores que tienen dificultades para relacionarse con otros niños, ya que siempre intentan ejercer sobre ellos un dominio abusivo.

Es inútil querer corregirlos por la experiencia o por el castigo, y de hecho este último empeora las cosas. No siempre el ambiente familiar exhibe grandes desajustes dinámicos que redunden en falta de amor, falta de autoridad y castigo excesivo para el niño.

En ocasiones el problema no parece estar directamente relacionado con la situación en el hogar. La modificación de estas pautas antisociales requieren cambios radicales en el ambiente y la ayuda y firmeza de una figura parental que compense la falta de afecto y que permita al niño identificarse con él.

La conducta agresiva del niño estimula el rechazo por parte de las personas ofendidas y en esta forma se crea un círculo vicioso que le confirma al sujeto a cada paso que no es querido. El resentimiento en ésto genera o estimula en él la comisión de nuevos actos antisociales. Algunos de estos casos evolucionan -- inexorablemente hacia la personalidad psicopática.

T E M A II

HISTORIA CLINICA

a) ELABORACION.

El examen clínico que se practicará al niño, es de suma importancia, ya que por medio de éste se obtendrá un conocimiento claro del grado de salud o enfermedad que presenta nuestro paciente.

La historia clínica es sí, constituye una relación ordenada y detallada de todos los datos relativos a nuestro paciente. Hay muchos tipos y formas variadas de historias clínicas según el órgano o aparato a examinar. En este caso en concreto, se hace necesario un modelo o forma de historia clínica para hacer referencia específica hacia el problema central.

Para el estudio completo y analítico de los hábitos bucales, se requiere de la recopilación de una serie de datos bien específicos, para así poder hacer un análisis y valoración de las causas y los efectos, para poder posteriormente brindar alguna alternativa en beneficio del paciente.

Desde la primera visita del paciente al consultorio dental se recomienda que la actitud del odontólogo hacia el niño sea la de buscar un acercamiento amistoso, para que este correspon

da con su confianza. Otro aspecto importante será el de tener cuidado y procurar utilizar el mínimo número de instrumentos al estar examinando al niño ya que si sucede lo contrario se alarmará.

Todo lo anteriormente dicho, si se hace correctamente dará como resultado la adaptación del niño hacia el odontólogo lo cual nos facilitará en mucho el tratamiento posterior.

A continuación se mostrará un tipo de historia clínica, la cual puede figurar como modelo para ilustrar más claramente el tipo de datos que deberán obtenerse para poder estudiar el hábito eradicado por el niño.

HISTORIAL DEL NIÑO

FECHA

NOMBRE DEL NIÑO
FECHA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO
EDAD SEXO
LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCION TEL

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION DE ESTE -
HISTORIAL
RELACION : MADRE PADRE OTRO
OCUPACION DEL PADRE
OCUPACION DE LA MADRE

¿ CON QUIEN VIVE EL NIÑO ?
MEDICO ACTUAL DEL NIÑO
¿ CUAL ES EL MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA ?
¿ HA TENIDO EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS SU HIJO ?
¿ CUAL FUE LA ACTITUD DE SU HIJO HACIA EL ODONTÓLOGO ?
FAVORABLE DESFAVORABLE
¿ QUIEN RECOMENDÓ AL NIÑO ?

HISTORIA DENTAL DE LOS PADRES SI NO

¿ LLEVA UD. DENTADURAS POSTIZAS

¿ LLEVA SU CONYUGUE DENTADURAS POSTIZAS ? SI NO
SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE A LAS PREGUNTAS ANTERIORES !

- ¿ A QUE EDAD LE EXTRAJERON SUS DIENTES ?
- ¿ Y LOS DE SU CONYUGUE ?
- ¿ PORQUE LE EXTRAJERON SUS DIENTES ?
- ¿ SE DESGASTAN EXCESIVAMENTE SUS DIENTES ?
- ¿ SE DESGASTAN LOS DE SU CONYUGUE ?
- ¿ TIENE UD. O SU CONYUGUE MIEDO AL DENTISTA ?

HISTORIA PRENATAL SI NO

¿ HA TENIDO UD. ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO ?

EN CASO AFIRMATIVO, DE QUE TIPO Y CUANDO

¿ ESTUVO SUO TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA DURANTE EL EMBARAZO ?

¿ TOMO ANTIBIOTICOS DURANTE EL EMBARAZO ?

¿ CUANTO TIEMPO Y CON QUE FRECUENCIA ?

¿ TUVO ALGUNA DIETA DE ALTO VALOR VITAMINICO ?

¿ LE HA DICHO SU MEDICO QUE ES UD. RH NEGATIVO?

HISTORIA NATAL

SI NO

- | | | |
|---|------|------|
| ¿ FUE PREMATURO SU HIJO ? | .... | .... |
| ¿ TENIA ESCORBUTO AL NACER ? | .... | .... |
| ¿ LE HICIERON TRANSFUSIONES DE SANGRE ? | .... | .... |
| ¿ FUE UN BEBE AZUL ? | .... | .... |
| ¿ NACIO CON OIENTES SU HIJO ? | .... | .... |
| ¿ CUANTOS PRESENTO ? | .... | .... |

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA

- | | | |
|---|------|------|
| ¿ A QUE EDAD LE ERUPCIONARON LOS DIENTES
A SU HIJO ? | | |
| ¿ TUVO CONVULSIONES DURANTE LA LACTANCIA ? | .... | .... |
| ¿ FUE AMAMANTADO ? | | |
| ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO ? | | |
| ¿ SE LE ALIMENTO CON SIBERON ? | .... | .... |
| ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO ? | | |
| ¿ SE LE ADMINISTRARON VITAMINAS EN FORMA
DE GOTAS O JARABE ? | | |
| ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO ? | | |
| ¿ CON QUE FRECUENCIA ? | | |
| ¿ CHUPO CHUPETES DE AZUCAR ? | .... | .... |
| ¿ TUVO SU HIJO ENFERMEDADES INFANTILES ? | .... | .... |
| DURANTE LA LACTANCIA ? | .... | .... |

ENUMERELAS	SI	NO
¿ HA TENIDO AFECCIONES RENALES ?
¿ HA TENIDO AFECCIONES DEL CORAZON ?
¿ HA RECIBIDO ANTIBIOTICOS SU HIJO ?
¿ A QUE EDAD ?		
¿ DURANTE CUANTO TIEMPO ?		
¿ QUE ANTIBIOTICOS SE LE ADMINISTRARON		
¿ HA TENIDO SU HIJO DIFICULTADES PARA - CAMINAR ?
¿ POR QUE RAZON ?		
¿ SE HA ROTO SU HIJO ALGUN HUESO ?
¿ SUFRE ACCIDENTES MUY FRECUENTES ?
¿ CONSIDERA A SU HIJO ENFERMO ?
¿ POR QUE RAZON ?		
¿ NO SUDA SU HIJO CUANDO HACE CALOR ?
¿ TIENE ALGUNA INCAPACIDAD ENFERMIZA - FISICA O MENTAL ?
EXPLIQUE DE QUE TIPO		
¿ TOMA SU HIJO GOLOSINAS ENTRE COMIDAS ?
¿ QUE TIPO DE GOLOSINAS ?		
¿ SUFRE DOLORS FRECUENTES DE DIENTES ?
¿ SANGRAN SUS ENCIAS CON FACILIDAD ?
¿ TIENE SU HIJO CON FRECUENCIA AFTAS O " MARCAS DE FIEBRE " ?

	SI	NO
¿ HA TENIDO HEPATITIS ?
¿ HA TENIDO TUBERCULOSIS ?
¿ TOMA SU HIJO ALGUN MEDICAMENTO ACTUAL - KENTE ?
¿ QUE CLASE DE MEDICAMENTO ?		
¿ SE HA DARRADO ALGUNA VEZ SU HIJO ALGUNO- DE SUS DIENTES ANTERIORES ?
¿ CUAL FUE LA CAUSA ?		
¿ LE SALEN ERUCCIONES FACILMENTE ?
¿ ES ALERGIICO A ALGUN TIPO DE COMIDA, ANESTESICOS, PENICILINA U OTRAS DROGAS ?
¿ SUFRE ASMA ?
¿ TIENE DIFICULTADES PARA DETENER EL SMO - GRADO CUANDO SE CORTA ?
¿ LE SALEN MORETONES FACILMENTE ?
¿ LE HA DICHO ALGUN MEDICO QUE SU HIJO ES HEMOFILICO ?
¿ PRESENTA SU HIJO ALGUN TIPO DE PROBLEMA RELACIONADO CON EL HABLA ?
¿ PRESENTA ALGUNA ALTERACION NASAL SU HIJO ?
¿ HA PRESENTADO ALGUNA ALTERACION DE LOS DIGOS U NIÑO, COMO SORDERA ?
¿ PRESENTA TARTAMUEDO SU NIÑO ?

- | | SI | NO |
|--|------|------|
| ¿ SU HIJO PRESENTA PARALISIS CEREBRAL ? | | |
| ¿ PRESENTO SU HIJO, LABIO FISURADO O PALADAR HENDIDO ? | | |
| ¿ A LOS CUANTOS MESES EMPEZO A EMITIR SONIDOS O PALABRAS SU HIJO ? | | |
| ¿ PRESENTO SU HIJO ALGUN PROBLEMA PARA PRONUNCIAR LAS SIGUIENTES FONEMAS - M, N, P, B, K, G, T, D Y R. ? | | |

HABITOS BUCALES

- | | | |
|--|-----------|------|
| ¿ SE SUCCIONA EL DEDO SU HIJO ? | .... | .... |
| ¿ CON QUE FRECUENCIA ? | | |
| ¿ SE MUERDE LOS LABIOS SU HIJO ? | | |
| ¿ RESPIRA POR LA BOCA SU HIJO ? | .... | .... |
| ¿ PRESENTA PROCTATILIDAD LINGUAL SU HIJO ? | .... | .... |
| ¿ A QUE EDAD COMENZO EL HABITO ? | | |
| ¿ A QUE EDAD LO ABANDONO ? | | |
| ¿ AUN LO CONTINUA ? | | |
| ¿ LO HACE CUANDO MIRA LA TV. ? | .... | .... |
| ¿ LO HACE CUANDO DUERME ? | .... | .... |
| ¿ DUERME SU HIJO DURANTE EL DIA ? | .... | .... |
| ¿ EN QUE FORMA ? | REGULAR | () |
| | IRREGULAR | () |
| | RARA VEZ | () |

	SI	NO
¿ DUEÑE DURANTE LA NOCHE ?
NÚMERO DE HORAS		
PROFUNDAMENTE
PRESENTA INTERRUPCIONES

COMENTARIOS ADICIONALES

.....

.....

En caso de que se requiera un diagnóstico más acertado o más confiable se procederá a hacer un examen radiográfico; para tener una visión más amplia de las estructuras del diente, así como observar el soporte óseo que existe etc. Los modelos de estudio serán también indispensables y de suma importancia.

Y finalmente ya con la reconciliación amplia de todos los datos que nos interesan, se tendrá de hecho la capacidad de dar un diagnóstico y así mismo trazar un plan de tratamiento, no olvidándonos de que es muy importante que los padres estén de acuerdo con lo que se va a hacer y sobre todo el niño mismo tiene que quedar conforme con el tratamiento a realizar.

T E M A III

REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION

a) EL REFLEJO DE SUCCION Y LA LACTANCIA NATURAL Y ARTIFICIAL

Engel afirmaba que, hay en el niño una organización primordialmente bucal y de tacto en su primer año de vida. Cuando el niño nace tiene ya desarrollado un reflejo de funciones neuromusculares " reflejo de succión ", e incluso intrauterinamente se han observado fluoroscópicamente contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Es así como esta temprana estimulación nerviosa le hace alimentarse de su madre y asirse a ella, como lo muestran los reflejos de succión y de asimiento, así como el reflejo de morder que se encuentran presentes al nacimiento.

El patrón de succión corresponde a una necesidad, así como el agarrarse, aunque éstos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones de aprendizaje, contribuyen a su desarrollo psíquico; el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hace que este reflejo sea el más predominante.

Conforme se va desarrollando la vista y el oído del niño éste tratará de alcanzar y llevar a su boca todo aquello que haya visto y oído a distancia haciéndose manifiesto también la

para la coordinación de sus movimientos manuales; pero a pesar de esto no desista hasta haber logrado lamer todos los objetos -- que están a su alcance para finalmente examinarlos por medio de sus sensaciones bucales. Si alguno de éstos objetos fuere o resultara agradable a su paladar podrá tratar de comérselo, si sucede lo contrario es decir, que le proveque una sensación desagradable lo escupirá y mostrará su desagrado volviendo la cabeza en sentido opuesto al objeto.

Estos dos tipos de reacción se les denomina en el caso de llevarse un objeto agradable a la boca "introyección", el rechazo de un objeto desagradable se llamará "proyección".

Es así como los objetos introducidos en la boca que están calientes y blandos, traerán una asociación de alimentos y bienestar pasados; lo que hará que utilizando esta experiencia satisfactoria, se forme el mismo una cierta satisfacción cuando concuerda o similar, para poder aliviar sus angustias de hambre o de otro tipo al introducirse su dedo pulgar en la boca. El adquirir practicando este hábito se hará que el lactante sustituya a su madre con su alimento tibio, por la succión del pulgar.

El hecho de satisfacer su necesidad de tener algo en la boca y el agarrarse a algo, es considerado como un síntoma para empezar el desarrollo de su independencia maternal. Estudios realizados han revelado la existencia del hábito de suc-

cionar desde el nacimiento, hasta la edad promedio de cuatro años en un porcentaje menor se observa la permanencia del hábito hasta la edad de 12 a 15 años. Este factor de abandono o permanencia con el hábito, es el origen primordial de una de las consecuencias del mismo, la mal oclusión; que generalmente es de segundo grado y que tendrá posibilidad de corregirse si se abandona el hábito.

Hay muchas interrogantes con respecto a la controversia existente entre la lactancia natural y artificial, pero es claro que está última no da suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural.

Al producir sólo un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de los 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 encuentran en contacto constante. El maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás cuando el mecanismo del buccinador se contrae y se relaja en forma alternas.

El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino tam --

bién sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca.

La tetilla o chupón artificial común y corriente, sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. Falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo materno, esto es que la fisiología de la lactancia no es limitada. Debido al mal diseño del chupón, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del succinador y todo el mecanismo descrito acerca de la fisiología de la succión natural es muy reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia debido al gran agujero de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar grandes esfuerzos.

Para efectuar 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 de líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia. Está plenamente comprobado que los niños amamantados en forma natural, están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Se ha concluido también que 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 superior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial la leche es -

casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y de los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; El niño por lo tanto deberá ser "ERUPTADO" con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla que provoca la misma actividad funcional -- que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente, elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el "ejercitador" o "pacificador. Con esto se espera que tanto la tetilla anatómica, como el ejercitador usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo o pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo para amamantar al niño, normalmente se recomienda un mínimo de media hora por intervalo.

El destete deberá hacerse hasta el primer año de vida, si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, la-

frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos -- serán reducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales de labio y lengua serán también reducidos considerablemente. Es posible que el berrucismo frecuente en niños y adultos, pueda ser reducido al obtener gratificación y satisfacción consensual durante el acto de la alimentación.

Se recomienda el uso del chupón fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de lactancia.

Es importante el volver a recordar que la mayoría de los hábitos de lengua y succión de dedo, se considerarán como normales como el primer año de vida y desaparecerán espontáneamente al final del segundo año de vida, si se presta atención debida a la lactancia.

b). DEGLUCION NORMAL Y ANORMAL

Straub define como un acto normal de deglución aquél en el cual, los músculos de la masticación se emplean para llevar a un estrecho contacto de los dientes y maxilares y mantenerlos así, durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor, --

cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales, es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios. Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

El hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua esta involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros casos además de la punta, interponen los lados de la lengua; esta posición provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares, así como en la zona anterior.

El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos, en las horas de sueño dependiendo la frecuencia del flujo salival.

Para ver si un paciente utiliza correctamente sus músculos en el acto de deglución, se procede a ponerse frente a él.

y se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae. Si no se ponen los dientes en oclusión como deberían durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

La posición anormal de la lengua está con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción anormal. Straub cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y malas oclusiones de clase tres.

La deglución visceral infantil descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pauta reflejada congénita.

El bebé deglute con los bordes gingivales desdentados separados, al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par craneal, entran en acción.

Una demora en este cambio puede generarse por las siguientes posibilidades: 1) Por el uso prolongado del chupón. 2) Por agujeros demasiado grandes en el chupón, misma que ocasionan mayor flujo de alimento. 3) Por la demora en la incor-

poración de los alimentos sólidos.

Los pacientes que conservan un patrón normal de deglución pueden tener solo los dientes posteriores en oclusión, el pronóstico en estos pacientes aún con corrección ortodóntica de la mordida abierta es pobre.

La mordida anterior localizada con oclusión posterior normal, es típica del tipo simple de hábito de proyección lingual. Esta proyección lingual cuando es simple, puede ser tratada con mucho éxito, obteniéndose resultados notables en la oclusión anterior.

Debe tenerse en cuenta la posibilidad de aplicar una terapia funcional como tratamiento para la proyección lingual. Antes de fabricar y poner algún aparato.

Andrews recomienda el instruir al paciente para que practique la deglución correcta. Tan pronto el paciente haya logrado adiestrar su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante la deglución, se puede proceder a construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una varilla para que el paciente recuerde la posición normal y correcta de la lengua durante la deglución.

T E M A I V

HABITOS BUCALES INFANTILES

a) ORIGEN Y DEFINICION

Durante mucho tiempo el odontólogo ha tenido oportunidad de observar y estudiar todas las alteraciones que a nivel estructural y anatómica, son producidas por toda la serie de hábitos bucales que practica el niño en determinadas edades. Básicamente se observa la presión que ejerce sobre los bordes alveolares, que ante su inmadurez y maleabilidad óseas, serán modificados en su anatomía normal.

Es importante también la serie de cambios en la posición normal de las piezas dentarias y su consiguiente mal oclusión.

Este tipo de problemas de hábitos bucales, intervienen también varios especialistas como lo son el pediatra, psiquiatra, psicólogo y el patólogo (especialista en problemas de frenología). La función del odontólogo y el patólogo será conjunta hacia los cambios estructurales, que resultan de los hábitos prolongados.

El pediatra, psiquiatra y psicólogo darán mayor importancia a los aspectos de los problemas del tipo de conducta, que son los causantes de los hábitos bucales que serán solo un síntoma. El papel de los padres será en el plano social de inadaptabilidad ante el hijo que muestra algún hábito bucal.

Es fundamental el hecho de que el odontólogo, pueda formular un diagnóstico completo sobre los cambios estructurales bucales que resultan de los hábitos. Pero también tienen mucha importancia el hecho de escuchar a otros especialistas que tienen que ver de alguna manera con el problema.

Una de las deficiencias de los odontólogos, es la de diagnosticar o examinar al niño, después del firme y prolongado establecimiento del hábito.

Durante los años de crecimiento y desarrollo del hombre, van a existir numerosas fuerzas de tipo extrínseco e intrínseco que tendrán su efecto sobre él y así de esta manera, se toman una serie de hábitos saludables. No obstante algunos de éstos hábitos tomarán un rumbo equivocado y se tornarán nocivos para el crecimiento y desarrollo óptimos de los maxilares y la faz.

El instinto y el hábito están compuestos por el mismo o los mismos reflejos elementales. En el instinto el orden y modo de las reacciones son heredados, no así en el hábito, el cual se adquiere durante la vida. El hábito se podría definir, como un complejo sistema de reacciones o reflejos que funcionará en un orden adecuado cuando el niño reciba el estímulo apropiado. Otra definición nos plantea el hábito, como la forma metódica en que actúa el cuerpo y la mente, como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos. Algunas propensiones son instintivas es decir, se inician en el naci-

miento o después de él, por ejemplo; el mamar al nacer es un instinto, pero si el niño no lo practica o deja de hacerlo lo perderá parcial o totalmente en poco tiempo, en tanto la inmediata ejecución del mismo servirá para fijarlo.

Cuando el niño presenta hábitos esporádicos, no debe de alarmarnos mucho este hecho, ya que si se produce alguna deficiencia, ésta se corregirá si desaparece el hábito antes de que broten los dientes permanentes. La edad óptima según el psicólogo para tratar este tipo de problemas es entre los cuatro y cinco años. Generalmente también a ésta edad, es cuando los daños causados por los hábitos son muy grandes. En conclusión debe de atenderse este problema lo más antes posible por cualquiera de los especialistas antes mencionados.

Veeder, analiza el problema y resume: Debe de haber una conciencia plena de parte del especialista, con respecto a la importancia del hábito y su tratamiento correcto. Nos dice también que la mayoría de los especialistas consideran el hábito de succión de dedo, como normal durante los dos primeros años de vida y que no debe impedirse, si persiste después de los tres o cuatro años de edad, es probable pensar en él, como resultado de un desajuste emocional.

Desde el momento en que nace el niño, se encontrará la mayoría del tiempo en continuo movimiento de sus miembros (brazos, piernas, manos, pies y ojos). Al paso del tiempo va des-

abriendo que algunos movimientos le producen estímulos agradables y desagradables, estos le pueden provocar dolor o placer. En especial los labios del niño se encuentran muy desarrollados en su sensibilidad al tacto. Las yemas de los dedos son su mamente sensibles, de modo que si éstas se llavan a los labios se producirá una respuesta inmediata en ellos, por lo que se moverán en su intento de succionar los dedos. El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le proporcionará satisfacción así como alimento para obtener energía. En poco tiempo se le fijará este tipo de reacción y si no se le satisface con el pecho, encontrará su sustituto en el dedo de la mano o en el pie, esto es lo que se conoce como reflejo condicionado.

El niño debe de tener algún objeto para satisfacer su instinto, este objeto hace que se inicie el reflejo que da principio al acto de succionar y finalmente el reflejo condicionado se convierte en un hábito fijo. Algunos autores piensan que los hábitos son medios para agotar la energía nerviosa sobrante que se acumula, resultado de la vida sedentaria que llevan.

Estos hábitos inquietan de sobremanera a los padres y son inaceptables desde el punto de vista social. Se requiere de una discusión y comprender que solo él podrá suprimir el hábito. Es importante que los padres lo entiendan así y que no exageren la importancia de un hábito insignificante.

Swinehart llama la atención sobre la estrecha relación - que existe entre los fenómenos anormales nerviosos y psicológicos con el hábito de succión de dedo. Los niños que succionan el dedo suelen ser considerados como difíciles, las historias clínicas demuestran con frecuencia que los fenómenos anormales nerviosos y psíquicos son numerosos y de naturaleza diversa.

Swinehart divide estos casos en dos grupos que son:

1. Tipos musculares o hábitos concomitantes que acompañan a la succión del dedo.
2. Anormalidades generales nerviosas y psicológicas, por ejemplo el retorcerse el pelo, tirarse de la oreja, - rascarse la piel, jugar con las ropas de las camisas y otra serie de manipulaciones del cuerpo o de otros objetos.

Invariablemente se ha encontrado que los síntomas son más numerosos y graves cuando los hábitos habían sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad. Frecuentemente se observa que el sueño es inquieto y que el apetito es pervertido y - es deficiente. Estos casos requieren de la intervención de un psicólogo para lograr que estos pacientes tengan una relación más normal con niños de su edad y para ayudarles a ajustarse a la vida cotidiana normal de juego y de trabajo.

b) ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

En el desarrollo del niño van dándose experiencias nuevas y continuas modificaciones de conducta, que le permitirán ir desechando hábitos indeseables y formar hábitos nuevos que sean aceptables socialmente.

El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se podrán lograr cambios por medio de alabanzas y halagos, así como en otros casos se amenazará con algún tipo de castigo por parte de los padres.

La conducta a seguir por el niño en la madurez irá perfeccionándose por las presiones externas del medio, como son los padres, compañeros de juego y clase. Los hábitos que se adquieren o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se denominan "NO COMPULSIVOS".

De este tipo de actitudes o situaciones, no se da como resultado reacciones anormales, es así como el niño está siendo preparado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un patrón de conducta totalmente nuevo y consiente, con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Se da el nombre de hábito bucal compulsivo cuando éste se adquiere una fijación en el niño, de tal manera que él,.....

acudirá a la práctica del hábito cuando sienta que su seguridad se ve amenazada por los acontecimientos ocurridos en su entorno. Es muy singular el hecho de que la ansiedad y angustia aumenten demasiado, cuando se intenta o se trata de corregir el hábito. Este tipo de hábito compulsivo es el resultado de una necesidad profundamente arraigada. El practicar el hábito es una especie de barrera que se interpone entre él y la sociedad que lo rodea, es una especie de escudo o válvula que le ayuda a liberar la presión emocional tan fuerte que sufre.

El asigner etiología a los hábitos compulsivos es difícil no obstante algunos autores piensan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido muy rápidos, o bien que el niño recibe un poco de alimento en cada toma. Así también pudo haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación por biberón. Se sugiere también como causa probable la inseguridad del niño, la falta de amor y ternura maternas que son de vital importancia en la mayoría de los casos.

c) SUCCION DEL PULGAR Y SUS EFECTOS A NIVEL DENTARIO

Este hábito es uno de los más comunes y se puede adquirir en el nacimiento o más tarde. Es indudable que proporciona algún tipo de placer o satisfacción al niño, que al paso del tiempo, se convertirá en un hábito demasiado arraigado.

Levy dice: que las observaciones previas y los estudios clínicos han demostrado que la causa principal del hábito de succionarse el dedo, es la insuficiencia en el chupar el pezón o el biberón. Lo anteriormente dicho se afirma por el estudio hecho a diferentes sistemas de alimentación, en familias donde los niños tienen el hábito de succionarse el dedo y en familias donde no se lo succionan; lo que lleva a la conclusión de que los primeros tuvieron menor actividad lactante que los segundos. Se ha demostrado también que cuando el hábito se inicia después de las primeras semanas de vida, se debe concretamente a la escasez de tiempo de succión natural.

Freud, reconoció la diferencia entre la necesidad de succión con fines nutritivos y la succión como causa de placer. Tomo de base esta observación para lograr la distinción entre la fase placentera y nutritiva del acto de alimentarse para poder desarrollar su teoría de las zonas erógenas, las cuales son áreas o sitios de tensión del cuerpo dotadas de sensación placentera.

En el acto de succionar el dedo, existe con frecuencia un movimiento accesorio, dicho movimiento puede llegar a formar parte integral del acto de succión, esto es que no puede efectuarse uno sin el otro. Un ejemplo sencillo es el de un niño que al succionarse el dedo, sus movimientos accesorios sería el de aspirar un objeto, cuando se retira ese objeto el dedo succionador sale de la boca. Hay casos también en que basta que--

el observador inicie en el niño los movimientos accesorios para que éstos sean seguidos por la succión del dedo. En general la opinión de los psiquiatras ante este problema es el de no hacerles caso hasta que se compruebe que causa daño. En caso contrario los psiquiatras no saben que proponer.

Otro aspecto importante que contempla este hábito, es cuando se practica con una abstracción lo suficientemente fuerte para que el niño niegue el interés normal respecto a otras actividades y en ocasiones el aprendizaje normal.

En el terreno odontológico producidos por la excesiva succión son a nivel de la deformación de los maxilares, dando como resultado la sobremordida y separación de los incisivos superiores por la presión ejercida del pulgar hacia ellos. Aconsejar a los padres eliminar el hábito de succionarse el dedo durante el tiempo que es normal. (al primer año de vida), es ignorar la fisiología básica de la infancia.

El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito, o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da como arma poderosa a los niños para llamar la atención. "ninguno de los padres debería en este hábito poner tanto su atención, no obstante lo provocarían más", esta observación es aplicable a niños de todas las edades. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de

desterrar el hábito, 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.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior, dado que será temporal siempre y cuando principie con oclusión normal.

La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que pueden causar el succión del dedo. Los daños producidos por este hábito son similares a las características de la mal oclusión hereditarias de clase II, división I.

EFFECTO DENTALES. Existen diferencias entre opiniones y conceptos respecto a la succión de los dedos, pero en general se coincide en que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes, no habrá riesgo de alineamiento, ni de oclusión de los mismos. No así cuando persiste el hábito en el período de la dentición mixta (la de los seis a los doce años), y que causará problemas oclusales, así como deformaciones óseas.

Es importante establecer el hecho de que la gravedad del desplazamiento de las piezas dentarias, tendrá relación directa con la fuerza, frecuencia y duración de cada período de ---

cada período de succión. Hay que reafirmar que el desplazamiento de las piezas dentarias, así como la inhibición de su erupción normal puede ser causada por dos cosas:

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 alveolo por la fuerza que genera, si además de succionar presiona contra las piezas dentarias.

Se puede saber por el contorno de la mordida abierta, cuál de las dos manos es la que está utilizando el niño para succionar el dedo.

Así también se sabe que mano utiliza porque será la más limpia que tenga, o también la mano que en uno de los dedos tenga callosidad hecha por la succión.

El mal alineamiento de los dientes por lo general producen una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores superiores. Esto a su vez aumentará la sobremordida; y según la acción de palanca producida, puede provocar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Speers de los dientes mandibulares anteriores.

Algunos autores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión que pueda estrechar el arco y producir una

mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse una tendencia a producir sobre erupción de los órganos dentarios aumentando por consiguiente la mordida abierta. Hay duda a que el succionamiento del pulgar provoque estrechamiento de la sección palatina.

La prominencia resulta de la sobre erupción de los incisivos permanentes superiores dirigidos labialmente, los vuelve altamente riesgosos a sufrir fracturas accidentales. (el empuje lingual da como resultado la mordida abierta) y por consiguiente dificultades en el habla.

El labio superior queda deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los dientes anteriores superiores no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción de los músculos al deglutir lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de los dientes anteriores inferiores. Al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de los dientes anteriores superiores con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de la deglución.

Esta fuerza desigual generada contra los dientes por la musculatura peribuca, puede servir para perpetuar una mal-

oclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión. Sin embargo debe mantenerse cierta perspectiva - cuando se tratan relaciones de arco y dientes en el niño que exhibe hábitos bucales.

El hecho de que un niño halla desarrollado una mal oclusión de clase dos, división uno y caucimento también succione el pulgar, no justifica la conclusión de que el succionar el dedo por sí sólo, produjo la mal oclusión de clase dos. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, así como la observación minuciosa de las oclusiones de los padres, porque éstos no podran revelar factores importantes a este respecto.

d) RESPIRACION POR LA BOCA

Realmente es poco frecuente el que los niños respiren continuamente por la boca. En los niños que se presenta este hecho, se puede deber a tres causas principalmente:

1. Por obstrucción
2. Por hábito
3. Por anatomía

En el caso de los niños que respiran por la boca por obstrucción son los que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire a través del conducto nasal. Esto es que hay dificultad para inhalar y exhalar

el aire por la nariz, es cuando se ve obligado a respirar por la boca para satisfacer sus requerimientos de oxígeno.

El niño que respira continuamente por la boca, lo hace por costumbre aunque se halla eliminado la causa que lo provoca. El respirador bucal por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior es corto y no le permite cerrar por completo su boca.

Con la clasificación anteriormente mencionada el odontólogo debe ser capaz de identificar en el niño el tipo de categoría que le corresponde. También se debe distinguir del segundo tipo, del de un niño que respira por la nariz, pero que por tener el labio superior corto mantiene los labios separados.

La respiración por la boca de tipo obstructivo se presenta también en los niños anatómicos, que son de cara estrecha y larga, con espacios nasofaríngeos estrechos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por los siguientes efectos:

1. Por la hipertrofia de los turbinados (que tienen la figura de trampo o de cono invertido) de la membrana mucosa que recubre los conductos nasales, provocada por alergias o infecciones crónicas; así como también la rinitis atróficas, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
3. Adenoides agrandadas, esto es que el tejido adenoideal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia; no es raro que los niños de esta edad respiran por la boca debido a esta causa. Este inconveniente se podrá corregir por sí sólo cuando - crezca el niño es decir, cuando el proceso fisiológico normal cause la contracción del tejido adenoideal.

Es un hecho que aunque la causa se elimine, el efecto puede persistir como lo es en el caso de la obstrucción nasofaríngea; y que aunque se intervenga quirúrgicamente para eliminar la obstrucción, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Esta situación se hace evidente cuando el niño está en posición reclinada o durmiendo. Ante esta situación la intervención del odontólogo será para elaborar un aparato que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto se logrará con la construcción de un protector bucal (escudo bucal), su función será de obstruir el paso del aire por la boca y forzar la inhalación y exhalación del aire por los orificios nasales. Antes de probar el protector bucal y forzar la entrada del aire por la nariz, deberá estarse seguro de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto y libre, para permitir el intercambio de aire.

Para poder comprobar lo anteriormente dicho, Massler y -
Zwemer sugieren el uso de un pedaso de algodón aplicado frente
a los orificios nasales. Se le pedira al niño que cierre los
ojos y la boca para que la respiración sea normal y no forzada

Si a pesar de este aparato le resulta imposible el poder
respirar por la nariz y le hace con gran dificultad entonces
deberá canalizarse con un rindólogo para que formule su diagnós-
tico y corrija la situación.

Pero si al contrario el niño respira sin dificultad usando
el protector, hay muchas posibilidades de que se corrija el há-
bito con el uso del mismo. El aspecto típico de las personas
que respiran por la boca es de " FACIES ADENOIDEA ", la cara
estrecha, los dientes anteriores superiores hacen protusión la-
teralmente y los labios permanecen abiertos con el labio infe-
rior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como va a existir falta de estimulación muscular normal en
la lengua y presiones mayores sobre el área de caninos y los
primeros molares por los músculos orbicular de los labios y
buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se ca-
en, dando como resultado un maxilar superior en forma de " V "
y una bóveda palatina elevada.

No se a comprobado realmente que la respiración bucal sea
la causa de la maloclusión, aunque se a observado casos de -

maloclusión en niños con respiración bucal. Se afirma que los mismos factores genéticos que contribuyen a generar maloclusiones de clase dos, también provocan respiración bucal.

e) LA SUCCION LABIAL

Generalmente en los hábitos de succión no sólo se emplea el pulgar o algún otro dedo en la posición común y corriente o no, sino también intervienen otros tejidos como lo son las mejillas, los labios o la lengua; y son estos tejidos los que en un momento substituyen al pulgar o cualquier otro dedo con el fin de seguir practicando el hábito.

Es importante hacer notar que los hábitos bucales más frecuentes son característicos de la clase social económicamente alta.

La succión o mordida del labio, puede llevar al niño a sufrir los mismos desplazamientos dentarios que los de la succión del pulgar.

Este tipo de hábito se presenta en la edad escolar y puede ser abandonado por el niño, si se logra convencerlo y obtener su cooperación.

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara. Si se practica de una manera constante, los dientes anteriores

del maxilar se moverán labialmente, estableciéndose con ello una mordida abierta.

f) EL EMPUJE LINGUAL

En los niños que presentan mordida abierta e incisivos superiores en protusión, es frecuente observar hábitos de empuje lingual. No obstante no ha sido comprobado, si ésta presión lingual sea la que provoque la mordida abierta, o si la mordida abierta es la que provoca que el niño empuje la lengua hacia adelante, entre el espacio que dejan los incisivos suocriales e inferiores. Como este empuje afecta sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior no es afectado.

Así como la succión del pulgar produce protusión, el empuje lingual tiene efectos similares, más la inclinación labial de los incisivos maxilares aunque este tipo de hábito lingual, ~~puede presentarse con una depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta bien pronunciada y ceros.~~

Importante es el hecho de no confundirnos respecto al diagnóstico que se da a los padres del niño, ya que generalmente se asocia la mordida abierta con la succión del pulgar, siendo que en ocasiones un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, puede tener causa directa en la mordida abierta así, como la protusión de las piezas anteriores.

El tratamiento para este tipo de hábito, consiste en ina-

truir al niño para que mantenga la lengua en una posición adecuada durante el acto de deglutir.

g) EMPUJE DEL FRENILLO

Este tipo de hábito es realmente raro al observarlo, si los incisivos permanentes superiores están espaciados entre sí el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esta posición varias horas en un principio este hábito se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede tornarse en un hábito que provoca el desplazamiento de los órganos dentarios.

El efecto sobre los dientes de este tipo de hábito es similar al efecto que produce un frenillo anormal.

h) ABERTURA DE PASADORES PARA EL DEDO

Este se constituye como otro hábito nocivo y es muy frecuente en las mujeres adolescentes, y consiste en abrir los pasadores con los incisivos anteriores para posteriormente ponerlos en la cabeza. En las personas que lo practican, se observan los incisivos serrados y piezas dentarias parcialmente sin esmalte labial.

Realmente por la edad que se practica, realmente hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos que se derivan del mismo.

1) UÑICOFAGIA (MORDEDURA DE UÑAS)

Este hábito se desarrolla generalmente pasada la edad de la succión y es considerado como normal en las personas. Un estudio hecho, revela que el 90% de los individuos que se les hizo esta observación se habían mordido o se mordían las uñas, - este hábito no es considerado pernicioso, así mismo no causa - maloclusión ya que las fuerzas aplicadas al morder las uñas son comparadas con las ejercidas durante la masticación, sin embargo en algunos individuos llega a producirse cierto grado de - atricción en los dientes anteriores inferiores, por su marcada insistencia en quitar impurezas que guardan las uñas. En otros casos, el hecho de morderse la uñas es una forma de aliviar la tensión nerviosa.

Un hábito como cualquier conducta general, no se puede considerar malo, si menos que el practicante perjudique realmente en forma física o moral, así que al niño mismo o a las personas que lo rodean.

Concretamente el hecho de morderse las uñas no es perjudicial, cuando el niño crezca y sea adulto serán otros objetos los que substituyan a los dedos, como el hecho de utilizar goma de mascar, cigarrros, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas y la lengua. Es así como se van mostrando substitutos a diferente edad como tranquilizantes para las tensiones nerviosas.

J) BRUXISMO

Se considera como un hábito bucal en los niños y consiste en el frotamiento de los dientes de características no funcionales dando como resultado el desgaste de los dientes.

Este hábito se practica con más frecuencia por las noches y si la práctica del mismo se prolonga por algún tiempo, se producirá una atrición o desgaste considerable de las piezas temporales como permanentes, e incluso se provocan molestias matutinas de la articulación temporomandibular.

Las causas exactas de este hábito no son claras aún, pero se considera que tenga una base emocional, ya que se presenta en niños nerviosos e irritables que lo practican de manera consciente e inconsciente por un tiempo indefinido. Así mismo, estos niños pueden estar practicando otro tipo de hábito como la succión del pulgar o la mordedura de uñas.

En general estos niños duermen intranquilos y sufren afecciones. El bruxismo se ha observado también en enfermedades orgánicas como la epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

Ranford, menciona como causa probable, el hecho de que exista interferencia oclusal y que la presencia de ésta, desencadena el bruxismo y aún más, la presencia de una tensión nerviosa. En caso de lo anteriormente dicho se presentará, al ti-

no de tratamiento a seguir en el ajuste oclusal para poder así eliminar las interferencias. El tratamiento en general tendrá que ser dado desde el punto de vista del médico familiar, del psiquiatra y del odontopediatra.

La actitud a seguir por el odontólogo para romper el hábito será mediante la construcción de una férula de caucho blando, para ponersela por las noches sobre los dientes. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

K) AUTOMUTILACION

Sobre este tipo de hábito no es muy frecuente el encontrar referencia sobre él, esto no quiere decir que la automutilación no se practique muy frecuentemente, sino que es difícil en cierto modo diagnosticarla, además de que el niño no está dispuesto a reconocer la práctica del hábito, menos a hacer sorprendido haciéndolo.

Este tipo de problema le corresponde también al odontólogo y debe de tener la capacidad suficiente para descubrir la causa. Si se descubre que la causa de la mutilación es por factores dentales locales, se puede corregir en poco tiempo; pero generalmente la presencia de este hábito es por causas de tipo emocional, siendo lo más indicado el canalizar a la familia hacia un servicio más competente.

El hábito en sí consiste en la movilización de las piezas dentarias a falta de soporte óseo y de la encía, esto es que el niño con las uñas empieza a traumatizarse los tejidos gingivales libres y adherentes a tal grado que llega a destruir el hueso alveolar y finalmente, se auto extrae la pieza dentaria al ir eliminando los tejidos básicos de sostén.

Algunas veces para practicar este hábito no sólo se usan las uñas sino que acude a una serie de objetos que logran satisfacer sus necesidades mutilatorias.

Este tipo de problema es causado también en la mayoría de los casos por la no adaptación del niño en su hogar o escuela, así mismo la tensión y conflictos familiares son causa del hábito.

1) HABITOS DE PRESION E INCLINACION

Los hábitos de presión e inclinación que se forman por la costumbre escolar de apoyarse en el mentón, por las posiciones que se adoptan al dormir con el brazo bajo del rostro y por otras posturas peculiares, son factores etiológicos de ciertas formas de maloclusión.

Es evidente que si estos hábitos se interrumpen a una edad temprana, los huesos de la cara y la posición de los dientes tenderán a continuar su desarrollo normal.

Si por el contrario no se interrumpe antes de que el niño llegue a la edad transicional, puede dañarse el hueso de manera permanente e iniciarse un tipo progresivo de maloclusión. En muchos de los casos será necesario acudir a los ejercicios correctivos.

11) HABITOS NERVIOSOS AUXILIARES

Es frecuente observar hábitos nerviosos auxiliares asociados con el hábito de chuparse el dedo. A la vez que el niño practica este hábito, igualmente empezará a tirarse del pelo o incluso arrancarse mechones, otro ejemplo lo es cuando utilizan una manta de lana, una muñeca o un juguete y enrolezcan a acariciarlos mientras se chupan el dedo. Debe de haber una transferencia de la atención a otro objeto o actividad más interesante para interrumpir el hábito.

T E M A V

METODOS DE ADIESTRAMIENTO

e) METODOS DE ADIESTRAMIENTO PASIVOS

Después de analizar los hábitos viciosos, se requiere de ejercicios musculares correctivos como alternativa, para convertir un hábito vicioso en otro útil.

Alfred P. Rogers ha estudiado e investigado mucho acerca del funcionamiento defectuoso de los músculos de la boca y ha sido de esta forma como ha dado a la profesión dental una base para el tratamiento de la maloclusión; así mismo él llama aparatos ortodónticos vivos a los músculos de la boca. A continuación se describirán varios tipos de ejercicios musculares correctivos:

1. LA GUIA DE LINN

La presión externa es una de las causas de las deformaciones dentofaciales y es necesario el corregirlas para el total éxito del tratamiento de la maloclusión. El hábito de dormir apoyando el rostro en la almohada es una de las costumbres difíciles de corregir, pues las posturas que se adoptan durante el sueño resisten al cambio.

Jess A. Linn ideó una guía con la que puede ayudarse al niño, para que aprenda a dormir en otras posturas. La guía de Linn consiste en una cinta ancha de tela para toalla que tiene dos cordones en sus extremos para sujetar los brazos del paciente, estos cordones permiten que el niño se tienda sobre cualquiera de los costados, pero evita que lo haga sobre su vientro.

La guía se hace sobre medida para cada paciente. Cada cordón tiene una unión hacia el centro y otra hacia el exterior de la banda. Las uniones del centro se encuentran entre los omóplatos y evitan que los cordones se corran durante el sueño. Las uniones del exterior se encuentran lo suficientemente espaciadas para permitir que el niño se ponga la guía como si fuera una chaqueta, cuando se tiene en la cama o cuando se va a acostar.

Los extremos de la banda se sujetan a las barras laterales de la cama o debajo del colchón si es necesario, y la banda se extiende sobre la sábana inferior. Si el niño se pone la guía deslizando ambos brazos por las gasas, éstas lo sujetan por debajo de las axilas y por encima de los hombros.

2. EJERCICIOS DEL MUSCULO MASETERO Y TEMPORAL

En muchos niños que respiran por la boca, generalmente los músculos de la masticación son débiles e hipotónicos, flojos y

les falta fuerza y tono. Si el niño puede colocar los dientes en la oclusión correcta, es aconsejable recurrir al siguiente ejercicio:

- a) Poner la punta del dedo índice del paciente sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula para que el paciente pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento.
- b) Ocluir los dientes.
- c) A continuación se debe contraer y aflojar el grupo de los músculos masetero-temporal; se debe asegurar que la mandíbula permanezca inmóvil.
- d) Mantener los músculos contraídos, hasta que el niño cuente hasta diez nuevamente; ensaída se aflojarán los músculos.
- e) Se repetirá cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.
- f) Unos días después, deberá aumentarse gradualmente la cuenta de diez hasta llegar a veinte; el esfuerzo muscular no debe ser excesivo.
- g) Este ejercicio deberá realizarse con regularidad unas tres veces al día. Este ejercicio fortalecerá los músculos de la masticación y estimulará el buen funcionamiento de las es-

estructuras óseas.

3. EJERCICIOS DEL MUSCULO PTERIGOIDEO

Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos, que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula, pueden corrigirse en muchos casos esa condición mediante el ejercicio de rigidez. Puede ser necesario también emplear cierta forma de aparato ortodóntico, y especialmente cuando existen puntos de interferencia que indican que la mandíbula puede ser llevada hacia adelante, a la posición de ventaja mecánica.

a) Se llevará la mandíbula tan adelante como sea posible y después hay que dejarla que se retraiga, hasta que los dientes ~~van a tener su relación normal.~~

b) Se le indicará al paciente que apriete los dientes y que contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal contando hasta diez como se le indicó en el ejercicio anterior.

c) Se dejará descansar la mandíbula por un momento y después se llevará otra vez hacia adelante, repitiendo lo que se dijo en el ejercicio anterior.

d) Este ejercicio deberá continuarse hasta que se haya fijado el hábito fisiológico normal, en relación con la posición de la mandíbula.

4. EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES

En un artículo publicado por Wilson, aconseja un ejercicio que mantendrá en reposo los músculos ya desarrollados y estimulará el desarrollo de los músculos atrofiados total o parcialmente.

Las indicaciones para el paciente serán las siguientes:

a) Primero se le indicará que lleve los molares del maxilar y de la mandíbula a la posición de oclusión y que los mantenga en ella.

b) Deberá contraer todos los músculos de un carrillo, con lo que el ángulo de la boca se contrae en línea recta y hacia atrás.

c) Conservando esta posición, deberá empujar (con la mano si es necesario) todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que se haya contraído.

d) Mientras se conservan tensos estos músculos, se le aplicará que aspire profundamente el aire y que lo deje escapar lentamente.

e) Se repetirán los mismos movimientos en el lado opuesto. Cuando se llega a hacer de diez a cien veces este ejercicio, según las condiciones físicas y capacidad del paciente, fortalece el orbicular de los labios y los músculos asociados.

de la boca y los carrillos.

5. EJERCICIO DE LA LENGUA

Es un tanto difícil el corregir los hábitos viciosos de la lengua y precisamente este tipo de hábito es el causante de las maloclusiones de mordida abierta.

Lloyd S. Laurie ideó el siguiente ejercicio: Se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo, se coloca exactamente detrás de los incisivos superiores, donde es sostenido por la punta de la lengua. Se enseña cuidadosamente ésta posición al paciente, y cuando se realiza cada acto de deglución con la punta de la lengua se mantiene en la posición inicial.

6. EJERCICIO PARA LA SUCCION LABIAL

Este tipo de ejercicio, es muy recomendable para el problema de succión labial. El ejercicio consistirá en la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y sobreponer con fuerza el labio inferior. El tocar instrumentos musicales bucales se da mucha ayuda para lograr enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

7. EJERCICIO PASIVO DE STRAG PARA LA DEGLUCION

Este ejercicio sirve para ejercitar a los músculos que actúan en la deglución, a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones pervertidas; especialmente en lo que se refiere a la contracción exagerada durante la succión y al espasmo de la lengua.

La manera de llevarse a cabo el ejercicio es la siguiente:

- a) Se tendrá a la mano un espejo (de tocador), y un vaso de agua.
- b) Inseguida se procede a tomar un pequeño sorbo de agua la suficiente como para humedecer la boca.
- c) Se observará cuidadosamente la boca en el espejo
- d) Sin dejar de observarse, se juntarán los dientes y se mantendrán en esta posición durante todo el ejercicio.
- e) Inseguida se cierran suavemente los labios y se tratará al agua, recordando tres cosas: Mantener unidos los labios, mantener los labios absolutamente inmóviles y finalmente mantener la lengua en la boca sin que haga presión entre los dientes anteriores.
- f) Se repetirá lentamente la deglución, tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo.
- g) La duración será de dos minutos y cuando menos se -

practicará tres veces al día. Después de pasada una semana, se aumentará la duración del ejercicio a tres minutos.

Este ejercicio según Strag es uno de los más útiles e importantes y si el paciente lo domina y recurre a él en forma rutinaria, eliminará así una de las causas más frecuentes de la maloclusión; así como la causa principal de que en muchos casos reaparezca la anomalía después del tratamiento ortodóntico.

B. EJERCICIO TONICO GENERAL

El propósito de éste ejercicio, es el de promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes, aunque también es valioso para todos los músculos de la cara.

El ejercicio consiste en tomar un sorbo abundante de agua tibia, en la que se haya disuelto bicarbonato de sodio o sal, se mantendrán los dientes firmemente en oclusión y se hará pasar el agua por los espacios interproximales y regresaría al espacio lingual. Se repetirá el ejercicio hasta que los músculos muestran una ligera fatiga. Esta rutina deberá repetirse de cinco a seis veces por la mañana y por la noche.

b) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Es claro que los problemas de personalidad entran en el terreno de trabajo del psicólogo, siendo este especialista el

Único que podrá preparar al niño psicológicamente para hacer consciente su problema y se convenga de querer romper o abandonar el hábito.

Generalmente lo que se hace primero para resolver este tipo de problemas de hábitos es acudir con el odontólogo al percibirse de los resultados primarios que se dan a nivel bucal - como lo son la distorsión del hueso alveolar y la mal posición de las piezas dentarias.

Varios ortodóncistas manifiestan su convicción de que antes de hacer cualquier tipo de intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo postagénica, herencia genética y estado general de salud del niño.

Esta afirmación nos lleva a pensar que es iluso de nuestra parte, el pensar que la iluminación de un hábito como lo es el de succión el dedo o pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, tan solo guiado única y exclusivamente por el odontólogo y los padres del pequeño.

1. PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS

Los niños suelen combinar hábitos bucales primarios, como lo es la succión del pulgar, con hábitos secundarios como tirarse del pelo o hurgarse la nariz, es frecuente el poder romper el hábito primario haciendo imposible la realización del

hábito secundario.

Lo anteriormente dicho se puede demostrar con el caso de una niña de diez años que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo de un solo lado de la cabeza, terminando por dejar sin pelo el lado afectado; se procedió a rascar la cabeza de la niña lográndose con esto que la niña perdiera los deseos de succionarse el pulgar y terminar así con el hábito.

Existen también otro tipo de métodos que son menos drásticos e igualmente efectivos. Se puede estimular al niño alabándolo y haciéndolo sentirse más responsable.

El procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo con cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa, esto es:

- a) Se debe establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
- b) No se debe criticar al niño si el hábito continúa.
- c) Ofrecer una recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin ésta cooperación se verá que es mínima la evolución hacia el adiestramiento del niño.

Cuando el hábito se practica por problemas emocionales, el tratamiento a seguir según los psiquiatras, es dejar pasar el

tiempo y dar oportunidad a que se resuelvan las dificultades emocionales del niño.

Por otra parte se acude a explicar a el niño los problemas que le puede causar el hábito que oráctica, siempre y cuando tenga la edad propicia para entender o comprender lo que se le trata de explicar y así de esta manera estimular su "yo", -- realmente bajo este procedimiento o técnica se tiene la experiencia de pocos éxitos.

Existe también el llamado " método del espejo de Lewis " y que consiste de él. Consiste en apartar al niño de sus juegos dos veces al día y hacer que se succione el dedo frente al espejo en un tiempo de diez minutos, hasta que abandone el hábito.

Se ha observado también que en niños de más de cinco años, el hecho de succionarse el dedo y asociarlo con un hecho vergonzoso, produce en la mente del niño la resolución de abandonar el hábito.

Los regaños y castigos serán inútiles para poder lograr suprimir el hábito. Concretamente se deberá convencer al niño y hacerlo consciente de la necesidad de que lo abandone y sus repercusiones posteriores.

2. PROCEDIMIENTOS CON SUBSTANCIAS Y ADITAMENTOS.

Existen varios métodos por medio de los cuales, se ha obtenido éxito para eliminar el hábito de succión al dedo. Este tipo de método no es precisamente la aplicación de algún aparato dentro de la boca del niño.

Uno de ellos consiste en llenar o recubrir el dedo del niño con ciertas sustancias que están hechas especialmente para este efecto, siendo su característica el tener un sabor desagradable.

Otro método consiste en rodear con tela adhesiva el dedo afectado. Otro método es el adherir un guante a la mano afectada.

Otras de las técnicas que se emplean para este problema, son los dispositivos antiguos que funcionan como impedimento mecánico.

Existen varios aditamentos que son utilizados para tratar este hábito, pero generalmente no dan resultado y son negativos en el sentido de que acentuarán más el problema, se hace mención a ellos sólo como información más no como recomendación.

Hay dedaleras y mitones diferentes de diferente forma. De-

fensa para dedos, mitones de aluminio, protectores de alambre etc. Para los niños de edad pequeña, se emplea una especie de camisa de dormir para que las manos no se puedan llevar a la boca.

El principio de como funcionan estos métodos, es en la base de que el niño aceptará romper el hábito, para llevar el riesgo de que al desaparecer éste, pueda surgir otro nuevo hábito más nocivo.

Es importante mencionar que el papel del odontólogo es fundamental para proporcionar a los padres el conocimiento de los diversos métodos y alternativas que se puedan acudir, así como especificar sus ventajas y desventajas.

c) METODOS DE ADIESTRAMIENTO INTRABUCALES

La mayor parte de los instrumentos o aparatos que elabora el odontólogo para su colocación en la boca del niño, son considerados por los mismos como un elemento de castigo. Así mismo, al tener en este concepto por parte del niño al tratamiento, puede provocar serios trastornos emocionales, que económicamente resultarán más costosos para su tratamiento que el mismo hábito.

Generalmente en los niños que se usa aparatos para suprimir el hábito, se forma una especie de complejo de culpabili-

dad asociado con el hábito mismo; lo que puede dar como resultado la supresión del mismo, pero provocar también un cambio en el carácter del niño.

Lo antes expuesto es muy claro para comprender que no basta el hecho de introducir aparatos en la boca del niño, sin tener en cuenta los riesgos y algunos aspectos importantes que el odontólogo más que nadie, debe saber y ser consciente de los mismos.

1. APARATOS PARA ELIMINAR LOS HABITOS

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato, - no todos los hábitos causan daño. Estos casos deberán observarse periódicamente y no debe intervenir directamente. En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de sucuciarse los dedos y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

Pero en otras ocasiones la discusión y posible comprensión del problema por parte del niño no se puede dar, porque su edad no se lo permite o simplemente no accede a hacerlo. Sin embargo teniendo en cuenta lo poco recomendable que son los aparatos para corregir los hábitos, por sus diversos efectos - tanto emocionales como afectivos en el niño, con frecuencia se

sulte un buen procedimiento interceptivo al colocar un aparato diseñado para reducir y eliminar la actividad deformativa, siempre y cuando tanto los padres y principalmente el niño entiendan la necesidad de hacerlo y esté de acuerdo en usar el tiempo necesario el aparato.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos, es entre la edad de los tres y medio y los cuatro y medio años, preferentemente durante la primavera o el verano, que es cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables; y los deseos de succionar pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

Hay varios tipos de instrumentos para interceptar los hábitos bucales y pueden ser construidos por el odontólogo.

Su clasificación se maneja en instrumentos fijos y removibles. Cuando el niño muestra deseos de ser ayudado, el odontólogo tiene que elegir el tipo más apropiado de instrumento, tomando en cuenta la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. En los niños de menos de seis años de edad, en los cuales solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño.

En la edad de la dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los ing

trumentos removibles. Sin embargo el instrumento fijo puede - causar la sensación en el niño de estar siendo castigado, mientras que un instrumento removible puede permitir la libertad de llevar el instrumento, solo en períodos críticos como en la noche.

Es claro que los instrumentos de tipo removible son más fáciles de elaborarse y ajustarse para el odontólogo que los de tipo fijo. Pero la mayor desventaja de los removibles es que el niño lo usará solo cuando él quiera.

2. CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HABITO DE SUCCIONAR EL PULGAR.

El siguiente aparato que se describirá se prescribe para la succión de los dedos. La prescripción ortodóntica para la reducción de los hábitos adopta diversas formas. Una de las más eficaces es una criba fija, y su elaboración es la siguiente:

te 1

Se toma una impresión en alginato en la primera visita y se vacían modelos de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superiores, constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas (en diversos tamaños) son preferibles a las bandas de ortodoncia tradicionales.

La porción mesial del primer molar permanente si existe y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo un milímetro o dos es más que suficiente.

El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre la superficie vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero cromo inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contorneará si es necesario, se ajustará también a nivel gingival y sobre el labrado en el modelo.

El error más común es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivoclusal. A continuación se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesio bucal o disto bucal y se lleva a su lugar

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040 pulgadas. El alambre de base en forma de "U", se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario oculto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si

se ha de reducir la succión y la satisfacción de la sensación neuromuscular .

En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto, se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo, el alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo.

El aparato central consiste de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba en un ángulo de cuarenta y cinco grados aproximadamente respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos.

Las dos patas de ésta asa central se continúa más allá de la misma barra, y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de fluor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar, se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos.

Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

inserción.

Ya en la segunda visita del paciente, el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular.

Se colocará el aparato sobre los segundos molares deciduos y se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abrirán automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, posteriormente podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Todo el margen de la corona cubrirá de ajustar perfectamente y encontrarse debajo del margen gingival, pero sin que nutile la encía o produzca molestias al paciente.

Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central, si existe contacto éstos espaldones deberán ser recortados y dirigidos hacia el paladar. Los dientes de soporte se liman, se limpian y se secan, el aparato se seca perfectamente bien y se fija con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. Después de limar el cemento sobrante se observará que las coronas abrirán un poco la oclusión y constituirán los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán cruoción en poco tiempo y se pondrán en contacto con los dientes antagonistas in-

Periores.

Como ya se mencionó es sumamente importante el decirle al niño que el aparato solo es para enderezar sus dientes y en ningún momento se mencionará que se intenta desaparecer el hábito. A los padres y hermanos se les informa lo mismo.

Si llegará a existir tendencia a una mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato.

Finalmente se le explicará al niño que tardará unos días en acostumbrarse al aparato, que tendrá un poco de dificultad para limpiar sus dientes, que deberá hablar con cuidado y lentamente debido a la barra que se encuentra en su boca.

Igualmente al padre se le informará que será poca la molestia y que el impedimento del habla residuará sólo al menos una semana.

Ciertamente los problemas del habla podrán persistir durante todo el tratamiento, la dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta deglutir. Después de un periodo de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deberán hacerse visitas para su revisión e intervalos de tres a cuatro semanas.

El aparato para el hábito se lleva o usa de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un período de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo, es un buen seguro en contra de la recidiva.

Después de éste intervalo de tres meses se retirarán primero los espolones, tres semanas después, sino hay problema de recurrencia, se retirará la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

Por último la recomendación final es la de no colocar espigones afilados. La estructura de este aparato está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

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

3. CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROYECCION LINGUAL.

Generalmente este hábito de proyección lingual suele presentarse sin la combinación con el hábito del dedo.

Es impresionante la cantidad de veces diarias que la lengua se proyecta hacia adelante (de 500 a 100 veces), provocando con esto la acentuación de la mordida abierta o la erosión de los incisivos superiores.

Este aparato para la proyección lingual, es una variante del aparato descrito anteriormente y tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo, para que formen una especie de cerca, atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barra más eficaz contra la proyección lingual.

Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva a una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales: un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas cosas:

1.- Eliminar la proyección anterior y que su efecto sea a manera de ámbolo durante la deglución.

2.- Modificar las posturas lingual de tal forma que el dorso de la misma, se aproxime a la bóveda palatina y la punta de la lengua haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás de los límites de la dentición, ésta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobrerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición. Para realizar estos propósitos, cuando el hábito de chuparse el dedo no constituye un factor, es mejor eliminar la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba restrictiva.

Los soportes del aparato, intervienen los segundos molares deciduos. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho erupción, son preferibles. El procedimiento para elaborar este aparato es el siguiente:

Se toman unas buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias (muy aparte de las que se hicieron para los modelos de estudio); y se procede a correrlas en yeso. Se recomienda montar los modelos de trabajo sobre un articulador de bisagra o anatómico. Los molares que harán de soporte (primeros molares permanentes o deciduos), se recortarán en

la forma ya mencionada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo.

Se seleccionarán coronas de metal de un tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los molares de soporte, también se hará el mismo corte en la parte vestibular de la corona.

La barra lingual en forma de "U", de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas se empieza a adaptar comenzando en un extremo del modelo y llenando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con la superficies linguales prominentes, de los segundos y primeros molares deciduos. Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lapiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior, de los márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior.

El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por la parte lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto.

A continuación, se dobla la barra y se lleva atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con la superficie lingual de los primeros molares así como también de los segun-

dos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Cuando el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, la oclusión no nos concierne en ese momento. Posteriormente, al reducirse la mordida abierta, el odontólogo deberá asegurarse de que la procción anterior de la barra base y su criba no interfieran en la insición. Este motivo por el cual se construye la barra base en sentido lingual, respecto al margen incisal inferior.

Una vez que se haya fabricado cuidadosamente la barra base y ésta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba (se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base). Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino, utilizando la alianza número 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de "V", de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores, cuando los modelos se pongan en oclusión, no deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de éstos dientes.

Una vez que cada proyección en forma de "V" haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y

se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata.

El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, está listo el aparato para probarlo en la boca del paciente y establecer así la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte.

Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior puede limpiarse el alambre lingual. El corte vestibular se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Al igual que con el aparato para el hábito de succionarse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimina en una semana, el paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso se proyectado contra el paladar y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las aristas palatinas.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión. No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

Si el odontólogo ha procedido con cuidado en la elección

del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente, con un hábito de proyección de la lengua y no una maloclusión total y basal y - si se coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar.

Con frecuencia es necesario colocar un refuerzo extrabucal. esta situación puede ser solucionada colocando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas. Posteriormente si está indicado, puede emplearse un arco de alambre o un arco labial.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y diez años de edad. Si se colocará después de esta edad es posible, que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

No todos los hábitos de proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores, puede existir mordida abierta posterior.

Aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse provocando intracclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y problemas del habla. Estos hábitos se presentan con mayor frecuencia en las maloclusiones de clase I, división 2; lo que apoya la hipótesis de que la función lingual es un factor en la creación, al menos en la perpetuación, de la falta de erupción observada en

los segmentos posteriores en aquellos pacientes con este tipo de maloclusiones. Puede emplearse una criba para hábito modificada, para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes afectados.

4. CONSTRUCCION DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HABITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS.

Aunque muchos de los casos de proyección de lengua puede deberse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa directa en los hábitos de morderse y chuparse los labios.

En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora, causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Resulta fácil para el niño colocar los labios sobre la cara lingual de los incisivos superiores. Para poder lograr esto se vale del músculo borla de la barba, que se extiende al labio inferior hacia arriba.

Para poder observar la actividad normal del músculo borla de la barba, se observa la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. La práctica de este hábito pueda

también deformar las arcadas dentarias, cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplastamiento marcado, así como aplanamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta hasta una relación protusiva.

En los casos graves, el labio mismo muestra los efectos del hábito. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso, en algunos casos aparece herpes crónico con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados fácilmente por el odontólogo, aunque el padre no está consciente del hábito. También se debe observar el hábito de deglución anormal, así como la hiperactividad del músculo borbic de la barba. Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que la prueba funcional es tan importante como la relación oclusal habitual.

Debe de tenerse mucho cuidado en establecer un diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar 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. El querer cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es ir hacia el fracaso. La

manera de proceder en primera instancia en estos casos, es el establecimiento de la oclusión normal, esto generalmente exige los servicios de un especialista en ortodoncia, porque la simple colocación de un aparato para el labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal.

Cuando la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio. Realmente es poco frecuente que se coloquen aparatos para labio, porque generalmente la actividad labial anormal, casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II división I, problemas de mordida abierta; y la alineación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En el caso en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito del labio puede ser eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo y no es necesario el uso de aparatos para mover los dientes.

Es realmente interesante al observar como la lengua aprieta los incisivos inferiores, mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borbic de la barba de los que se despijarán hacia lingual.

El procedimiento para la fabricación del aparato para el hábito del labio es el siguiente; se toman impresiones de alginate superiores e inferiores y se corren en yeso. Para mayor facilidad en su manejo se pueden montar en un articulador de bisagra o de líneas recta. Se procede a recortar los primeros molares permanentes o los segundos molares deciduos inferiores según la forma ya descrita anteriormente para el aparato del succionador del pulgar.

Debemos de asegurarnos de hacer el corte lo suficientemente profundo en sentido gingival. Si hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Si este aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen mayor posibilidad de resistir los esfuerzos orofuncionales.

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0,040 pulgadas, que corre en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta la porción distal o labial, dependiendo de espacio existente que se determine por el análisis de modelos articulados.

Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual o

lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto, el alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hacia el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

Se debe verificar cuidadosamente que la porción anterior de alambre (labial), no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si esto sucede el alambre base debe ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores dos o tres mm. para permitir que éstos se desolacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza al nicho y llevándolo gingivalmente seis u ocho mm. después de los incisivos inferiores, paralelo al alambre base, se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda el alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a tres mm. de los tejidos gingivales. Posteriormente se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posibles interferencias oclusales o incisales.

Después de limpiarlo y pulirlo, podrá ser cementado sobre los dientes pilares. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar, esto

tiende a reducir la irritación de la mucosa del labio inferior. La duración del tratamiento es de ocho a nueve meses, así mismo deberá retirarse gradualmente, esto es que los alambres auxiliares se retirarán primero y el resto del aparato se retira varias semanas después. Realmente no debe de haber prisa por retirar el aparato, principalmente en los casos en que ha habido apañamiento y retroposición de los incisivos inferiores.

Es muy claro que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. De hecho esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

En algunos casos en que parece haber retrucción mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del hábito, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

3. APARATO REMOVIBLE USADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA RESPIRACION BUCAL.

Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vestibular.

El uso de la pantalla bucal se aconseja para la corrección de la respiración anormal por la boca, esta pantalla es una especie de escudo que se inserta en la boca y va a descansar sobre los pliegues labiales, evitando de esta manera la respiración bucal y favoreciendo así la respiración nasal. El material con que se fabrica esta pantalla es a base de acrílico o con cualquier otro material compatible con los tejidos bucales.

El objetivo principal de la pantalla bucal es evitar la respiración bucal; y también se puede utilizar para controlar el hábito de succión digital y la proyección lingual.

Su uso será exclusivamente por las noches y se le insertará al niño antes de que se acuesta a dormir, para que así durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

Esta pantalla bucal se puede usar también en los casos de problemas de mordedura de labio y en las proyecciones linguales. Es así como esta pantalla bucal puede servir para varios objetivos de carácter correctivo y así mismo se recomienda como un tratamiento que debería ser más frecuentemente usado.

CONCLUSIONES

Dentro de todos los aspectos importantes que se plantean en el presente trabajo se concluye que los más importantes son los siguientes :

1. El compromiso más importante del odontólogo ante este tipo de problemas bucales, es el tener los conocimientos necesarios para poder diferenciar lo normal de lo anormal y así poder brindar el tipo de tratamiento más adecuado según el caso a tratar. En el caso de que no esté a nuestro alcance el proporcionar el tratamiento indicado, deberemos remitir al paciente con el especialista.

Así mismo deberemos saber buscar las evidencias más claras que nos revelen las causas del hábito y esto será posible a través de la elaboración de una buena historia clínica.

2. La succión del pulgar así como la práctica de otros hábitos, no se deben de considerar como hechos aislados, ya que muy frecuentemente estos hábitos están relacionados con problemas de tipo conflictivo, inestabilidad emocional, inseguridad y desadaptación por vivencias pasadas o presentes.

3. La causa generalizada y más real de este tipo de problema son las desadaptaciones sociales del niño y en éste juegan un papel muy importante los padres, ya que son ellos los que de una manera primaria ejercen influencias favorables o

desfavorable sobre la personalidad del niño.

4. Se deberá establecer una confianza mutua entre el niño y el odontólogo, para propiciar que el niño piense que el tratamiento no es algún tipo de castigo, sino de recompensa.

5. El papel que juegan los padres en la superación del hábito es muy importante, ya que se deberá contar con su total cooperación para el tratamiento que se va a efectuar y que entiendan completamente en que consiste. Se le explicará de la forma más adecuada las consecuencias que se derivan si se prolongan por mucho tiempo la práctica de algún hábito.

6. Los hábitos bucales se practican más frecuentemente entre los dos y cuatro años, y será precisamente por esta razón que deberá tratarse con mayor paciencia y cuidado al niño.

7. El empleo de aparatos correctores, debe de llevar de antemano la convicción por parte del niño de la necesidad de usarlo.

8. El aparato no debe causar dolor, así como no deberá interferir en la oclusión y su función estricta será la de funcionar como recordador únicamente.

9. El uso no controlado de aparatos en la corrección del hábito cuando éste es resultado de problemas emocionales, llega a provocar una serie de problemas muy desagradables como lo

son los terranos nocturnos, descontrol esfinteriano, transtor-
nos del habla y rechazo a los alimentos.

BIBLIOGRAFIA

DE LA FUENTE SUÑIZ, RAMON.

" Psicología Médica "

Fondo de Cultura Económica

México, 1971

FINN SIDNEY. S.

" Odontología Pediátrica "

Editorial Interamericana, Cuarta Edición.

México, 1980

CRABER, J. H.

" Ortodoncia Teoría y Práctica "

Editorial Interamericana, Tercera Edición,

México, 1981

LEYT SAMUEL.

" Odontología Pediátrica "

Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1972

DR. DONALD WALSH, F.

" Odontología Para el Niño y el Adolescente "

Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1971

NELSON VAUGHAN MC. KAY.

" Tratado de Pediatría "

Editorial Salvat, Séptima Edición,

México 1961.