

201 1024



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología

TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO  
DE HABITOS ORALES.

TESIS PROFESIONAL  
que para obtener el título de  
CIRUJANO DENTISTA  
p r e s e n t a

JUAN ANTONIO SUSARREY AÑEL



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## S U M A R I O

## CAPITULO I

- 1) INTRODUCCION
- 2) HISTORIA

## CAPITULO II

### CLASIFICACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS

## CAPITULO III

### HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES NORMALES.

- 1) HABITOS DE SUCCION
  - A.- SUCCION DIGITAL. TRATAMIENTO
  - B.- SUCCION LABIAL. TRATAMIENTO
  - C.- SUCCION DE LOS CARRILLOS. TRATAMIENTO.
- 2) HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION. TRATAMIENTO
- 3) HABITOS ANORMALES DE FONACION. TRATAMIENTO
- 4) HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION. TRATAMIENTO

## CAPITULO IV

### HABITOS NOSIVOS A LOS TEJIDOS BLANDOS

- 1) HABITO DE LA LENGUA. TRATAMIENTO
- 2) HABITO DE MORDERSE LOS LABIOS
- 3) HABITOS ASOCIADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS

## CAPITULO V

### HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS

- 1) BRUXISMO. TRATAMIENTO
- 2) HABITO DE ROERSE LAS UÑAS. TRATAMIENTO

## CAPITULO VI

### HABITOS DE POSTURA. TRATAMIENTO

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFIA

C A P I T U L O I

INTRODUCCION E HISTORIA

## INTRODUCCION

El proposito de esta serie de temas que expongo a continuación se ha elaborado con el fin de que el Cirujano Dentista haga conciencia por la gran cantidad de hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral, además, de esto que tenga la inquietud por establecer su etiología y su adecuado tratamiento.

De aquí nuestra necesidad por divulgar estos temas, no solo hacia nosotros como Cirujanos Dentistas sino también hacia el público en general.

Es importante hacer del conocimiento de los demás que si estos hábitos se presentan en edades tempranas pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente, y que si estos no son debidamente atendidos, se pueden presentar en la adolescencia o en la edad adulta algunos de ellos pueden tener repercusiones psicológicas, además con esto se hace importante el conocimiento de las bases fisiológicas de los mismos, así como, la presencia de ciertas conductas.

Aun cuando existe una gran polémica en cuanto al tratamiento adecuado para la erradicación de estos hábitos orales, se ha llegado a la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlos.



Muchas veces aun cuando se hace el tratamiento adecuado, si no hay colaboración por parte del paciente y por parte también de los padres, esto es, cuando el paciente es de corta edad (entre 3 y 5 años), esta es una época en que los niños no le toman importancia y además no aceptan los aparatos que se les colocan para el tratamiento. Por estas circunstancias y algunas otras más, muchas veces aunque el tratamiento es adecuado, éste llega a fracasar.

En pacientes ya mayores lo único que se hace es tratar de darles entrenamiento para que den el uso adecuado a los aparatos, y con esto también tengan una buena higiene.

## HISTORIA

La Ortodoncia, es la rama de la Odontología que se ocupa del estudio del crecimiento del complejo craneofacial, el desarrollo de la oclusión y el tratamiento de las anomalías dentofaciales.

La palabra Ortodoncia proviene de dos vocablos griegos -- "Orthos" que significa enderezar o corregir y "dons" que significa diente.

La Ortodoncia como especialidad data de principios del Siglo. El año 1900 es el año en que comenzó la especialidad más antigua de la odontología. Sin embargo, las irregularidades dentales siempre han existido, ejemplo de esto -- es, en las dentaduras del hombre de Neanderthal (50,000 a 60,000 años de antigüedad) se presentan algunas irregularidades dentarias.

Ahora en cuanto a tratamientos ortodonciales el informe más antiguo que se tiene acerca de esto data de la Literatura Clásica. Celso (25 A.C. a 50 A.C.), afirma 25 años antes de Cristo, que los dientes podían moverse por presión digital, esto era con el fin de guiarlos durante la erupción a su posición correcta; también se encuentran datos dejados por Aristóteles, Hipócrates y Plinio. Se

C A P I T U L O    I I

CLASIFICACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS

piensa que la Ortodoncia como la conocemos ahora probablemente tiene sus raíces en Francia, en el Siglo XVIII. Por ser los franceses Le Foulon y Pierre Fauchard los primeros en utilizar el termino Ortodoncia. Además a Pierre -- Fauchard se le considera como el padre de la Ortodoncia - moderna. Mientras que en Norteamérica, en el año 1900 el Dr. Edward H. Angle, fundó la primera escuela de ortodoncia en Saint Louis, el trabajo en esta escuela hasta el año de 1928, la Sociedad Americana de Ortodoncia fue fundada en 1901 con aprobación del Dr. Angle, además de esto él se dedico a escribir varios libros, haciendo también - la clasificación de las maloclusiones y perfeccionó muchos aparatos, entre los que se encuentran, el aparato de pivote y tubo, y el arco plano y de "edgewise", que en la -- actualidad se utiliza mas que cualquier otro aparato fijo.

Estos son unos de los principales personajes precursores - de la Ortodoncia aunque existen algunos otros que a conti -- nuación mencionaremos como son:

El Dr. Noman William Kingle, el cual publicó varios artículos acerca de la rehabilitación del paladar hendido.

El Dr. Calvin S. Case, el cual fue profesor de prótesis - y ortodoncia, en el Colegio de Cirugía Dental en Chicago.

Además, hizo contribuciones importantes como la cefalometría, darle importancia al movimiento radicular, usar elásticos de goma en el tratamiento, utilizar alambre ligero de pequeño calibre para la alineación de los dientes.

## CLASIFICACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS DEFORMANTES

I. - HABITOS CORRESPONDIENTES A PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES NORMALES.

- 1) HABITOS DE SUCCION: a. SUCCION DIGITAL  
b. SUCCION LABIAL  
c. SUCCION DE CARRILIOS

2) HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION

3) HABITOS ANORMALES DE LA FONACION

4) HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION

II. - HABITOS NOSIVOS A LOS TEJIDOS BLANDOS:

DE LA LENGUA, MORDERSE LOS LABIOS, INTRODUCIR CUERPOS EXTRAÑOS EN LA CAVIDAD ORAL.

III. - HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS.

RESPUESTA DEL INFANTE BAJO STRESS: BRUXISMO, ROERSE LAS UÑAS.

IV. - HABITOS DE POSTURA:

PRESIONES ANORMALES, MALOS HABITOS AL DORMIR O ESTUDIAR.

C A P I T U L O    I I I

HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE  
LOS PROCESOS FUNCIONALES NORMALES

## HABITO DE SUCCION

Engled afirmaba que la observación directa de los niños - en primeros años de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión.

Incluso antes de nacer se han observado fluoroscópicamente según Bolaffio y Artom en experimentos realizados en - fetos desde el tercer mes de vida intrauterina, la succión es teóricamente posible, es decir, que el reflejo de funciones neuromusculares necesarias para producir esta acción están ya constituidas, pero es hasta el sexto mes en que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de la succión. Notaron también estos investigadores que en los fetos de mayor edad, con la - simple estimulación de los labios se producían los movimientos de la succión.

Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a - una necesidad. Esto es la de agarrarse. No resulta tan -- obvia, sin embargo, aunque estos reflejos influyen en el niño, y en sus situaciones iniciales de aprendizaje y con



tribuyen a su desarrollo psicológico, el calor de la leche que llega a su cuerpo, y a la sensación de alivio -- del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

El lactante toma en los primeros 5 ó 6 minutos la parte principal de la leche, mientras que los siguientes 15 minutos junto al pecho, estimulado por pocas gotas de leche, le puede satisfacer su instinto de succión.

Dado a que la madre percibe la succión, aunque no la secreción de la leche ella prolonga el amamantar todo el tiempo que succione el lactante, es decir hasta que este rechace el alimento.

Como elementos para la succión los niños emplean, según la edad, dedos, dorso de la mano, chupetes, punta de la sábana y pañuelos. Pueden observarse las diversas variedades de succión de las que damos algunos ejemplos.

Se ven claramente las costumbres, se observa también la diversidad de la mecánica de la succión, con prevailecimiento, unas veces, de actitud de morder y otras de chupar.

Si bien hay acuerdo en principio acerca de la correlación entre el hábito de succión y las formas maxilares anorma-

les.

Esto sin duda es debido a la manera como se examina, y que se entiende por succión. Este factor, sin embargo, dificulta un cuadro de la importancia de este hábito como causa de las deformaciones.

Es importante la duración de la succión diaria. No presentará los mismos problemas dentarios o de malformaciones el niño que se complace en la succión inmediatamente antes de quedar dormido, que el que succiona toda la noche o incluso durante el día.

También hay que tomar en consideración la influencia de los músculos asociados. El niño de 4 a 6 meses de edad, que es un succionador persistente puede deformar la zona premaxilar hasta el punto de crear una protusión anterior. Los labios pueden volverse ineficaces, con el labio inferior colocado por debajo de los bordes incisales de los dientes incisivos superiores, lo cual produce una fuerza adicional hasta adelante. Por otra parte, el medio físico creado (mordida abierta) es propicio al desarrollo de un patrón de deglución con proyección lingual, pero aún cuando a veces se supera el hábito de succión de los dedos, continúa esta función anormal de labios y lengua.

La succión intensa exige la contracción del músculo buccinador que puede causar la estrechez del arco dentario y un crecimiento inadecuado del hueso alveolar.

En sentido transversal, hay apilamiento en los dientes anteriores e incluso llegan a inclinarse lingualmente.

La valoración de todos estos factores es esencial, para poder apreciar el daño causado a los dientes y tejidos adyacentes. Cuando mayor sea la intensidad de estas fuerzas, las deformaciones que se producirán serán más graves. Si analizamos estas grandes fuerzas musculares vemos que (cuando estas se presentan después de la erupción dentaria), sobre las superficies labiales de los incisivos y caninos y las superficies bucales de los molares permanentes. Al acercarnos a los molares disminuye la intensidad. La mayor cantidad de presión lingual durante este acto se realiza sobre caninos, primeros molares temprales o primeros premolares.

Estas piezas junto con los incisivos, no están protegidos contra el exceso de la presión lingual, por lo que la lengua es llevada hacia el fondo de la boca y sus lados se desarrollan lateralmente.

Con todo lo anterior se puede decir que es cierto que -

muchos de los hábitos de succión no presentarán una malformación aparente, pero en sí se puede producir, en la mayoría de los casos, una maloclusión sumamente grave. Debido a que la succión es dentro de los hábitos perniciosos infantiles uno de los más comunes y más extensos, tanto dentistas como pediatras y psicólogos lo han tratado de dividir para que de esta manera se pueda estudiar cada una de sus manifestaciones por separado. Comunmente cuando la succión es mal hábito puede presentarse en una o varias formas por estas razones se a continuado con la investigación acerca de este problema, y así se puede conocer perfectamente sus causas y tener buenas bases para poder hacer un correcto tratamiento.

## SUCCION DIGITAL

La succión de los dedos es un hábito común y mucho más - la del pulgar. Los trastornos que produce la succión afectan tanto a la estética, como a la función. El grado de severidad es variable, desde desplazamientos insignificantes hasta mordidas, abiertas serias.

Son varias y contradictorias las teorías que existen para poder dar una explicación a la etiología de la succión - del pulgar, y por otro lado son iguales las contraindicaciones recomendadas y que han sido publicadas para la corrección del hábito.

La succión del pulgar en el bebé es un problema que preocupa al pediatra y a los padres, pues a veces un problema de alimentación puede ser la causa de la iniciación - del hábito. La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido o con demasiada tensión presente durante el acto de lactancia.

Hotz refiere que el tipo de succión puede ser deducido - por la clase de maloclusión presente. Hay generalmente - una mordida abierta anterior y una protusión pronunciada

de los incisivos inferiores.

Existe un aspecto en el cual los que pretendemos corregir el problema no le damos la suficiente atención: El origen del hábito.

A continuación se expondrán algunas teorías y algunos pensamientos que parecen interesantes los cuales tratan de explicar la razón de la succión del pulgar. En los Estados Unidos Levy y Hohnson, y en Nueva Zelanda por Bliss, llegaron a una conclusión bastante aproximada, que establece que el hábito de chuparse los dedos como etiología de maloclusiones, existe en un 17% de los casos, y además ellos dicen que la época en que este hábito se inicia es generalmente después del nacimiento.

Salzmann cree que puede iniciarse en la vida intrauterina, cuando el feto muestra una actividad muscular aumentada y el dedo llega a encontrar la boca.

Indudablemente que no hay que confundir con el acto normal de llevarse el pulgar a la boca, que se observa en un período preciso comprendido entre los 6 y 12 meses, y el cual el niño trata de examinar los objetos que llegan a sus manos y llevarlos a la boca.

Freud ha sugerido que este hábito puede ser de origen sexual. Pero en cualquiera de estos casos es un hábito que el niño gusta, que le produce placer. Otros autores dicen que la dieta insuficiente sería la causa principal - habiendo encontrado suficiente evidencia de que madres de chicos con este hábito se encontraban en estado de salud pobre cuando amamantaban a sus hijos, Levy por otra parte sustenta que se deba a un período prolongado entre alimentación y alimentación notándose menor incidencia del hábito en aquéllos chicos que se amamantaban a base de régimen sin horario fijo.

Otras sugerencias por parte de psiquiatras, indican una falta de armonía o desequilibrio entre el ambiente y el niño. En un trabajo efectuado en la Universidad de Toronto (1955) Shanks estableció que en niños de cociente de inteligencia inferior o reducida, las incidencias del hábito de succión del pulgar era más elevada que en los otros de cociente normal.

Hay una teoría psicoanalítica de Freud, la cual es descrita por Gale, Ayer y Von Derleher. La teoría expone el punto de vista del psiquiatra austriaco acerca de la succión; este autor dice que es un síntoma neurótico de

una perturbación emocional, resultante de una fijación - del estudio psicosexual oral. La misma teoría dice que - si hay una frustración o sobre indulgencia de necesidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño sufrirá algún deterioro.

#### EFECTOS SOBRE LA DENTICION

la división siguiente es hecha por Swinehart, y él la - describe, las fuerzas que intervienen en el hábito de chuparse el dedo de la siguiente manera.

- 1) La fuerza pasiva del pulgar contra el arco dental
- 2) La contracción anormal de los carrillos contra el lado del arco por la acción de la succión.
- 3) La presión anormal del pulgar contra el paladar.

Los huesos faciales no están calcificados densamente en la primera infancia y ceden fácilmente a las presiones constantes, de manera que los hábitos anormales de succión - con algún objeto entre los dientes son presiones desde el interior, y desde el exterior de la boca que crean fuerzas anormales y producen la maloclusión en diversos grados y de diversas clasificaciones.



Analizamos los efectos de los hábitos de succión sobre las estructuras de la boca Strang dice: "Si la succión se realiza como un acto más o menos continuo, y si existen tejidos o un cuerpo extraño entre los incisivos, se pueden esperar los siguientes resultados que pueden ser nocivos y que se manifiestan en los arcos dentales, en crecimiento.

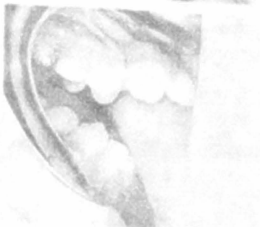
"Habrá un estrechamiento de los arcos tanto maxilar como mandibular en la región del canino y del molar o del premolar y algunos estrechamientos en el área molar del maxilar. En muchos casos se observará una interrupción en la continuidad del arco, en las regiones del canino y el incisivo lateral, y las coronas de los caninos, de los molares y premolares y de los molares de cada lado se inclinarán en sentido mesial con respecto a lo normal, esto puede suceder algunas veces solamente en el arco maxilar, y otras veces sucederá en los dos arcos, los dientes incisivos se pueden encontrar mal colocados o superpuestos y en su inclinación axio-labial correcta o, tal vez, con algunas perversiones axiales en el sentido mesial y lingual.

La mordida se cerrará como resultado de la presión de

los labios sobre los dientes incisivos de la mandíbula - que los hacen inclinarse lingualmente y también los lleva a tomar posiciones de supraoclusión.

"Si se encuentra un tejido o un cuerpo extraño entre los dientes incisivos, puede ocurrir una intraoclusión en esta área que, algunas veces estará asociada con una supraoclusión de los molares. En otros casos semejantes se -- observará perversión axio-labial de los incisivos maxilares y perversión axiolingual de los dientes anteriores de la mandíbula. También suele observarse una exagerada curva de spee en la dentadura mandibular, y en este caso suelen observarse los incisivos inferiores chocando con la membrana mucosa del paladar duro.

"El hábito de succión no solo deforma los arcos dentales por presión, sino que también estorba la estabilidad del hueso alveolar porque hace que los planos inclinados de los dientes queden fuera de contacto funcional. Los maxilares se encuentran tan separados durante tanto tiempo, cuando se practica este hábito, que se pierde gran parte de estímulo funcional producido por los esfuerzos oclusales sobre el hueso.



Infección viral provocada por el hábito de chuparse el dedo (arriba) calle formado como resultado del hábito de chuparse el dedo (abajo).

## APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA SUCCION DIGITAL

La prescripción de la ortodoncia para la reeducación de los hábitos orales adopta diversas formas. Una de las formas más eficaces es la fabricación en este caso de una criba fija.

### FABRICACION DEL APARATO

Se toma una impresión del alginato, la cual se vacfa en yeso, de aquí obtendremos un modelo el cual nos servirá para poder diseñar y fabricar el aparato. Como éste debe ser fijo tendremos, que usar coronas de metal o en su defecto bandas de ortodoncia, para ésto debemos tener unas buenas piezas pilares en las cuales debemos colocar las coronas las cuales deben soportar el aparato. Una de las mejores piezas para estos casos son los segundos molares superiores desiguos.

El aparato palatino se fabrica de alambre de acero inoxidable de calibre 0.040.

El alambre base lo vamos adaptar en forma de U pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar desiduo hasta el nicho entre el primer molar desiduo y canino primario, en este punto haremos un dobléz agudo --

para poder llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho del lado contrario entre el primer molar desiduo y el canino, manteniéndolo al mismo nivel gingival. Una vez que se encuentra en esta parte hacemos un último doble hacia atrás hasta la corona del segundo molar desiduo.

El alambre base debe ajustar pasivamente al colocarlo en el modelo.

El aparato en la parte central consta de Espolones y una asa de alambre del mismo calibre 0.040. Esta asa se extenderá hacia atrás y arriba a un ángulo aproximadamente de  $45^{\circ}$  respecto al plano oclusal, además deberá proyectarse hacia distal, más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares desiduos.

Las dos patas de asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar. Cerca de la cara palatina de los incisivos.

Con soldadura se une el asa y la barra principal y también dos proyecciones anteriores del asa central, a continuación se solda el aparato a las coronas de metal.

Por último se limpia y se pule el aparato para que pueda ser colocado.

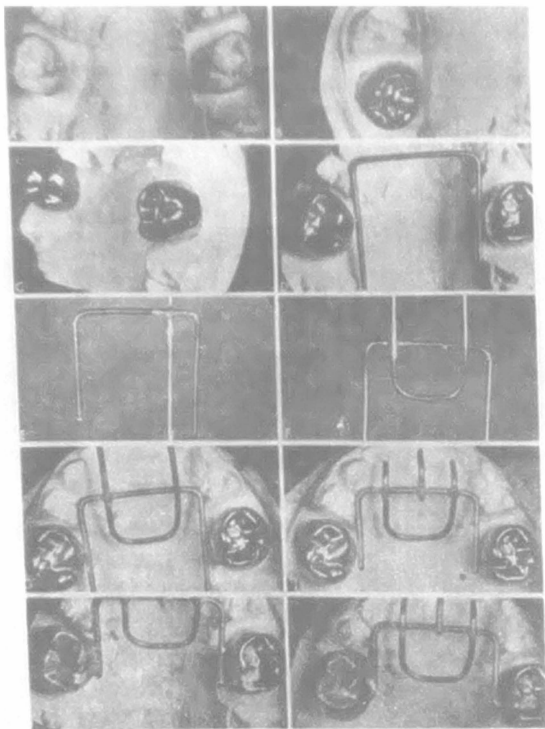


Fig. 25 para la fabricación del aparato para el hábito de chuparse el dedo.

- A) recorte en el modelo para las coronas
- B, C) Adaptación de coronas de acero inoxidable
- D) Construcción de la barra central
- E, F) Construcción de asa y espaldones
- G) Soldado de asa y los espaldones
- H) Doblado del asa y los espaldones hacia el paladar
- I) Soldado de la criba a las coronas
- J) El aparato pulido

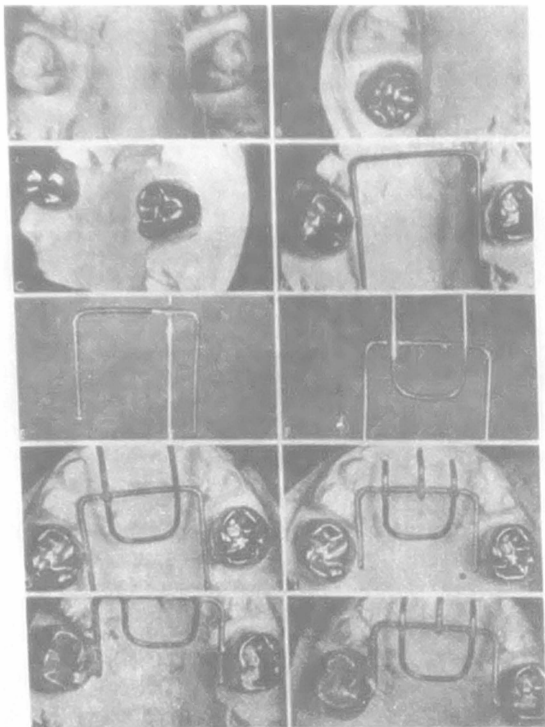


Fig. 23. Etapas para la fabricación del aparato para el hábito de chuparse el dedo.

- A. Corte en el modelo para las coronas  
 B. C) Adaptación de coronas de acero inoxidable  
 D. Construcción de la barra central  
 E, F) Construcción de asa y espolones  
 G. Soldado de asa y los espolones  
 H. Doblado del asa y los espolones hacia el paladar  
 I) Soldado de la criba a las coronas  
 J) El aparato pulido

## SUCCION LABIAL

Muchos autores piensan que la aparición de este hábito es una continuación de lo que es el hábito de la succión digital, el cual se puede presentar como una mordida al labio, o una succión labial con mayor fuerza.

Cuando un niño presenta una succión digital prolongada sufrirá una serie de malformaciones bucales las cuales, provocaran la aparición de actividades musculares compensatorias y que a su vez incrementaran las deformaciones.

Si existe una sobre mordida horizontal, el niño tendrá serias dificultades para lograr un cierre normal de sus labios para poder efectuar la deglución y por esta razón tiende a colocar su labio inferior pegado a la cara palatina de los dientes incisivos superiores ejerciendo así una presión negativa sobre los dientes anteriores al cerrar la boca.

En muchos de los casos varios de los niños que presentan una succión digital llegan a darse cuenta que haciendo la succión del labio inferior o simplemente mordiéndolo obtienen la misma satisfacción que les da el succionar el dedo y así poco a poco, van dejando un hábito para empezar con uno nuevo que les puede parecer mas cómodo y

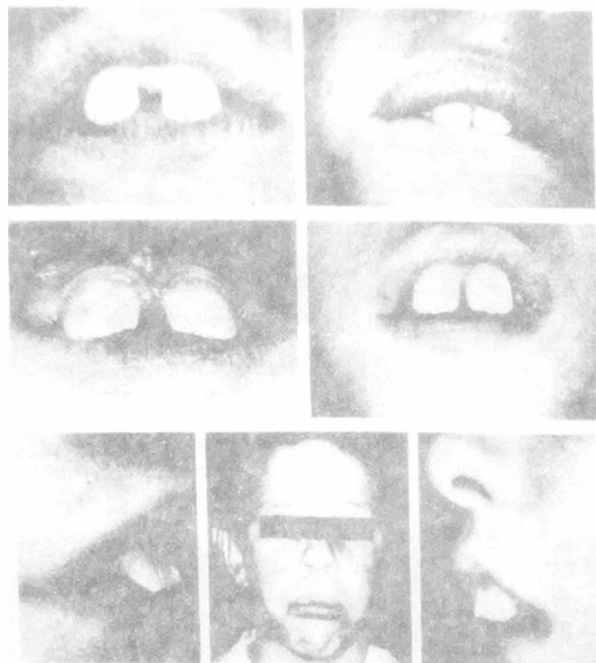


conveniente.

Este hábito de la succión labial causa una sobre mordida horizontal amplia, también es cierto que cuando existe una sobre mordida ésta va a ser una de las causas para que aparezca la succión labial, pero cuando hay un aumento en la succión ésta va a provocar igualmente una sobre mordida mayor y así se efectuará un círculo vicioso.

Cuando el niño coloca el labio inferior sobre la cara palatina de los incisivos superiores y efectúa la deglución con una actividad anormal de los músculos, lo que va a ocasionar es que se ejerza una sobrepresión, sobre estos dientes labializándolos y los incisivos inferiores por la misma sobrepresión van a tender a lingualizarse.

Ahora se presenta otro problema, ya que el labio superior no va hacer contacto con el inferior como debería ocurrir en la deglución normal, y con esto tiende a volverse -- hipertrófico, y además que deja de funcionar se retrae o se vuelve corto. A su vez el labio inferior en casos severos muestra por sí solo los efectos del hábito, ya que ese borde lo encontramos abultado e hipertrófico.



Troncosos dentales que provoca la succión labial.

## APARATO UTILIZADO PARA EL HABITO DE LA SUCCION LABIAL

Este hábito se observa frecuentemente con una sobre mor  
dida horizontal exagerada. No debe intentarse la correc  
ción hasta que los incisivos han empezado a moverse a -  
mejores posiciones a menos que haya una relación molar-  
clase I y que la mala relación de los incisivos pueda -  
tratarse con una placa bucal.

Esta placa bucal es un aparato que se acomoda en el ves  
tibulo de la boca, entre los labios y los dientes, con-  
el propósito de conservar la función de los labios. Es-  
te aparato bloquea eficazmente la entrada el aire por -  
la boca y dirige las contracciones de los labios contra  
cualquier diente en labioversión.

## LA FABRICACION DEL APARATO

Existen diversos procedimientos para la construcción --  
uno de éstos es el que mencionaremos a continuación:

Se toman impresiones de alginato tanto superiores como  
inferiores, y se corren en yeso, para poder ser utiliza  
dos correctamente estos modelos que obtendremos se de-  
ben colocar en un articulador.

Una vez colocados se procedera a diseñar el aparato. Se deben adaptar coronas de metal o bandas de ortodoncia en los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares desduos inferiores, después se adaptará un alambre de acero inoxidable 0.040, -- que correrá en sentido anterior desde el diente soporte pasando los molares desiduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar desiduo, o el canino y el incisivo lateral.

Una vez cruzado el espacio interproximal, el alambre base se dobla pasando a nivel de margen incisio-labial de los dientes anteriores inferiores y después de esto se hace otro dobléz para poder cruzar por el espacio interproximal del lado contrario y llegar de esta manera al nicho de aquí el alambre es llevado hacia atras hasta el aditamento del diente soporte. -- (Debemos checar que la porción anterior del alambre no haga contacto con la superficie lingual de los -- dientes anteriores superiores).

El alambre ademas deberá tener un espacio entre la superficie labial de los incisivos inferiores, este debe ser de 2 a 3 mm.

Después colocaremos un segundo alambre de 0.036 a 0.040 el cual va soldado un extremo en donde el alambre base-cruza. Ahí se dobla hacia la encía y se lleva uno 6 u 8 mm., gingivalmente, después se hace otro dobléz y se -- corre este paralelamente a la barra principal, hasta -- terminar en el otro lado y aquí es donde se soldara el -- otro extremo.

Por último, se soldara el aparato a las coronas metálicas o a las bandas, se limpia, pule y se cementa.

NOTA: La porción labial puede ser modificada agregando acrílico.

Una vez colocados se procederá a diseñar el aparato. Se deben adaptar coronas de metal o bandas de ortodoncia en los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares desdudos inferiores, después se adaptará un alambre de acero inoxidable 0.040, que correrá en sentido anterior desde el diente soporte pasando los molares desdudos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar desdudo, o el canino y el incisivo lateral.

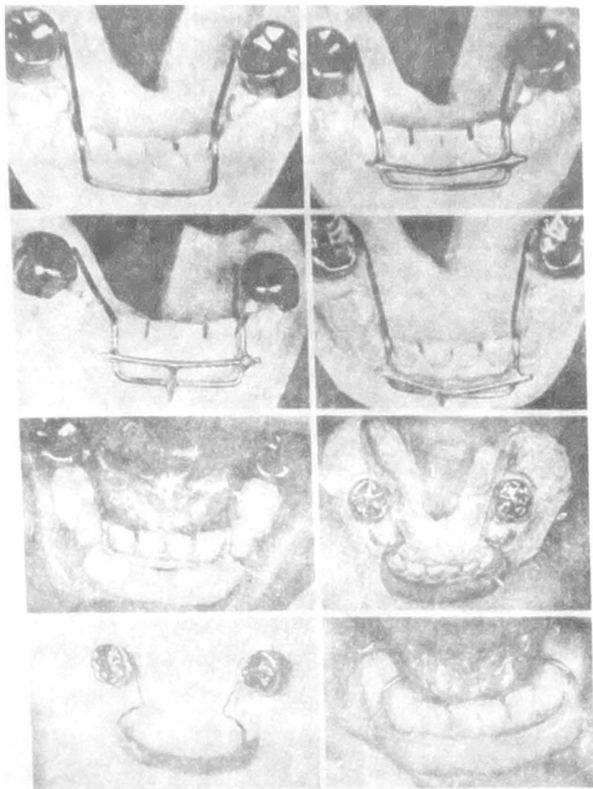
Una vez cruzado el espacio interproximal, el alambre base se dobla pasando a nivel de margen incisio-labial de los dientes anteriores inferiores y después de esto se hace otro dobléz para poder cruzar por el espacio interproximal del lado contrario y llegar de esta manera al nicho de aquí el alambre es llevado hacia atrás hasta el aditamento del diente soporte. -- (Debemos checar que la porción anterior del alambre no haga contacto con la superficie lingual de los dientes anteriores superiores).

El alambre además deberá tener un espacio entre la superficie labial de los incisivos inferiores, este debe ser de 2 a 3 mm.

Después colocaremos un segundo alambre de 0.036 a 0.040 el cual va soldado un extremo en donde el alambre base-cruza. Ahí se dobla hacia la encía y se lleva uno 6 u 8 mm., gingivalmente, después se hace otro dobléz y se -- corre este paralelamente a la barra principal, hasta -- terminar en el otro lado y aquí es donde se soldara el -- otro extremo.

Por último, se soldara el aparato a las coronas metálicas o a las bandas, se limpia, pule y se cementa.

NOTA: La porción labial puede ser modificada agregando acrílico.



Vista de la forma en que debe fabricarse el aparato para el hábito de succión de labio.



## SUCCION DE CARRILLOS

Es un poco difícil saber con exactitud cuáles son las causas por las que se presenta este hábito. Algunos autores por sus investigaciones y estudios realizados acerca de la succión de carrillos han opinado que este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital es decir que se deben a un impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia la cual no fue debidamente satisfecha.

Se ha pensado también que una de las principales causas que pueden producir la succión de carrillos es sin duda una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito, pero esto no quiere decir que forzadamente este hábito se presente por estas circunstancias como en (La mordida abierta posterior), ya que en muchas ocasiones es la succión del carrillo la que produce la mordida abierta y hace que con esto se produzca un círculo visioso, el cual mientras mas dure y se incrementa este hábito mayor será la deformidad y mientras mayor sea la mordida abierta aumentará mas el hábito.

## TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE SUCCION DE CARRILLO

Como tratamiento podemos colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta. Este tipo de aparato tiene el inconveniente de que puede ser utilizado únicamente durante la noche. El aparato mas adecuado para la corrección de este hábito es el que esta formado por un alambre el cual va hacer adaptado tanto por la cara bucal y lingual de los dientes en los cuales se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de los molares y premolares. En la parte bucal lleva una porción de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que éstos continuen su erupción para poder de esta manera cerrar la mordida abierta.

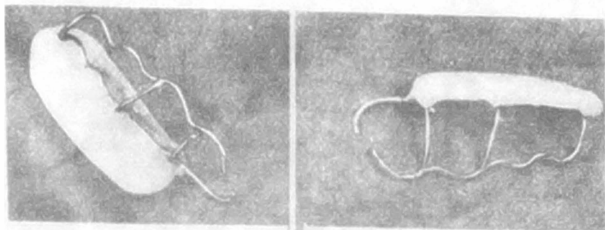
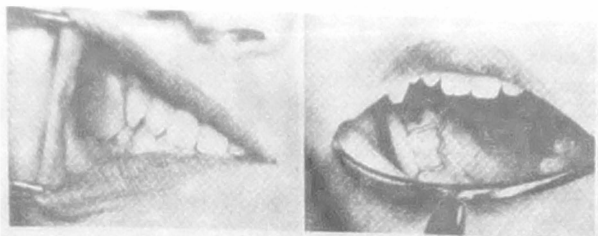
### FABRICACION DEL APARATO

Se toman las impresiones en alginato tanto superiores como inferiores, se corren en yeso se obtienen los modelos y se articulan, inmediatamente procedemos a diseñar dicho aparato con alambre de acero inoxidable del 0.036

procedemos a adaptarlo al contorno de las piezas donde está relacionado dicho hábito; la zona donde se localiza la succión generalmente va de los premolares a los molares.

Una vez que hemos obtenido la estructura en alambre -- del aparato colocaremos acrílico en la parte bucal de dichas piezas.

Por último, se limpia, pule y se coloca en su lugar.



Vista en boca y fuera de ella del aparato utilizado para el hábito de succión de carrillo.

## HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION

En los hábitos anormales de la respiración encontramos el hábito de la respiración bucal. Este hábito es causado por desviaciones de procesos funcionales normales, los casos más frecuentes de la respiración son:

- a) Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides.
- b) Defectos intranasales, como el septum desviado y espolones óseos del septum.

Las cavidades oral y nasal se abren a la faringe en espacios que están bien protegidos por el tejido linfoides formado particularmente en estroma de tejido conjuntivo en cuyas mallas se encuentran grupos de células linfáticas. Este tejido puede agruparse y encapsularse en masas foliulares como las amígdalas de las fauces faríngeas y las glándulas linfáticas, o pueden distribuirse como una masa menos diferenciada en la amígdala lingual. El tejido linfoides reacciona a la irritación crónica con una proliferación celular que aumenta mucho su volumen. A veces sufre degeneración patológica haciendo un foco de infección sistémica que afecta gravemente la salud del niño.

La cavidad oral puede cerrarse en la parte anterior por la aproximación de los labios y posteriormente por el contacto del dorso de la lengua con el paladar blando.

La respiración bucal se caracteriza por que hay una falta de cierre de ambos extremos en la cavidad bucal. Así a fin de que se establezca la respiración bucal, es necesario que el niño presente su boca abierta con los labios separados y que la lengua asuma una posición baja y hacia adelante con respecto a los dientes y maxilares. Esto, naturalmente es el resultado de una malformación de los arcos dentarios.

La simple apariencia de un niño con la boca abierta no debe ser tomada como indicativo de respiración bucal, y si no se comprueba la falta de cierre de la parte posterior de la cavidad oral, no debe hacerse un diagnóstico en este sentido.

Hay que recordar que este hábito puede estar confinado a las horas del sueño.

La respiración bucal es causada por una obstrucción en las vías respiratorias.

Los niños que padecen de una obstrucción nasal presentan una ventilación entorpecida esta obstrucción puede ser par

cial o total, pero definitivamente va a ser una de las causas que dificultará la inspiración y expiración, provocando con esto que el niño tenga que respirar por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que mas frecuentemente presentan los niños que pueden dar origen a la respiración bucal tenemos las amígdalas, presencia de tejido adenoides, o membranas mucosas congestivas que acompañan a un catarro crónico o al asma, o la fiebre de heno. La hipertrofia de los cornetes o un tabique nasal desviado, sinusitis crónica rinitis medicamentosa, la cual es causada por ciertas drogas las cuales congestionan la mucosa nasal obstruyendo a su vez los conductos nasales, esto desaparecerá una vez que se retire el medicamento.

Un niño que respira por la boca, presenta falta de tono en los músculos orales y el resultado de mantener la boca habitualmente abierta es la pérdida de la influencia que dicha musculatura tiene sobre los incisivos superiores. Estos pueden asumir una posición de protrucción debido en parte al afecto de la componente anterior de fuerza ya descrita y en parte a la actividad de la punta de la lengua, que no se encuentra contra balanceada por la musculatura de los labios. La protusión de los incisivos superiores -

es también favorecida por el estrechamiento del arco superior. Esta posición baja de la lengua explica por qué a veces se observa esa característica de que el arco superior sea más estrecho que el inferior.

Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal deben eliminarse previamente las causas que la originan antes de emprender la corrección de la maloclusión.

Ciertas malposiciones dentarias, tales como incisivos superiores labializados o mordida abierta anterior, impiden que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones es el mismo labio que al encontrarse corto no logra realizar el "sellado bucal", favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

En algunas ocasiones cuando la causa aparente de la respiración bucal ha sido eliminada, ya sea nasal o bucal, y el niño sigue respirando por la boca, presente éste una respiración bucal por hábito o costumbre.

Un aspecto típico que casi por lo general presentan los llamados respiradores bucales es la que se conoce con el nombre de "Facies adenoideas", la cual una de sus características es la distancia interpupilar, la boca se encuen-



tra entre abierta, los dientes superiores anteriores se localizan labializados. además existe un apiñamiento de los dientes anteriores inferiores; frecuentemente también hay una sobremordida y un desarrollo pobre del piso de la nariz con falta de crecimiento de la mandíbula.

Algunos estudios que se han realizado por otorrinolaringólogos, comprobaron que las personas que presentan respiración bucal son las que acusan con una mayor frecuencia -- problemas y molestias en el aparato respiratorio.

En un examen clínico realizado a un paciente con respiración bucal. Se puede observar abundancia de cálculos dentales, además la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que se provoca con una respiración anormal. En cuanto a las encías, éstas se encuentran hipertrofiadas en la zona labial de los incisivos superiores, si el labio superior cubre parte de la mucosa gingival, es posible que podamos notar una clara diferencia entre el tejido que se encuentra protegido y el que se encuentra al descubierto.

La intensidad de la irritación va a varias según la porción que se encuentra expuesta al aire, así como el grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente. Por-

lo general, la parte más afectada en estos casos es la zona anterior del maxilar superior, ya que la porción posterior del maxilar superior y toda la mandíbula se encuentra más protegida del aire por los carrillos y la lengua, pero en algunos casos la afección puede extenderse a toda la boca, y con esto se puede provocar una inflamación crónica, y una degeneración la cual va hacer progresiva en los tejidos gingivales.

La respiración bucal la podemos encontrar íntimamente relacionada con el habla, por eso los pacientes que presentan esta anormalidad y además malformaciones resultantes de este padecimiento tendrán problemas y alteraciones en el habla.

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

## TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Una de las formas mas evidentes de restablecer la respiración nasal normal, es sin duda alguna tratar de impedir que el paciente infiltre el aire entre la cavidad bucal.

La forma de conseguir esto y tratar de corregir al mismo tiempo esta anomalia es utilizando una membrana la cual esta fabricada con acrílico y se denomina pantalla bucal.

Esta se adapta a las superficies labiales de los dientes superiores e inferiores y puede ir de canino a canino o segun el caso puede extenderse hacia las partes posteriores.

Una nota importante es que antes de colocar el aparato debemos cerciorarnos de que no exista ninguna obstrucción nasal.

### FABRICACION DEL APARATO

Se toman las impresiones en alginato tanto superior como inferior, una de las características que se deben obtener en estas impresiones es que deben reproducir el -

surco labial en toda su profundidad.

Se corren las impresiones en yeso, y de esta manera obtendremos los modelos.

Después comenzaremos a diseñar y construir el aparato.

Adosamos una placa de cera que vamos a colocar por la parte labial de los incisivos la posición es vertical y debe llegar un poco antes del surco gingival, dejando libres los frenillos tanto labiales como vestibulares. El fin de esta porción de cera es dejar un espacio entre la pantalla bucal y los dientes y tejidos alveolares principalmente en la región lateral.

Ahora se toma otra lámina de cera y se coloca sobre todas las superficies previstas anteriormente de los modelos de trabajo, debemos checar que los bordes de la placa de cera previamente adaptados sean llevados un poco dentro de los límites del vestíbulo bucal, salvando nuevamente, los frenillos bucales y labiales. La cera de la pantalla puede ser engrosada si se considera necesario.

Por último, la pantalla es enfrascada y se le coloca acrílico transparente, una vez procesada se limpia, pulle y estará lista para ser colocada.

## HABITOS ANORMALES DE LA FONACION

### TRASTORNOS PATOLOGICOS DEL LENGUAJE

Después de los seis años de edad, la imperfección del lenguaje puede ser clasificada como patológica. Los niños que hablan tan rápidamente que las palabras se vuelven deformadas e incorrectamente articuladas. Tales efectos son dirigidos son llamados "verborrea" o "legorrea". La causa es un innato lenguaje rápido, que obliga al sujeto a cortar, omitir y repetir palabras, generalmente se encuentra en los niños pequeños antes de la pubertad (parafrasia precoz). Esto no es la tartamudez verdadera, ni tampoco debe confundirse con la forma balbuceante de hablar de algunas personas que, quieren pensar aprisa, o hallar tiempo para reflexionar. En la legorrea el niño no sabe que su lenguaje es raro y, por lo tanto, hay ausencia de la ansiedad que caracteriza al tartamudo. Tales niños se benefician de los ejercicios de lectura en los cuales se dirigen los esfuerzos hacia un lenguaje más lento y una dicción más clara.

## VOZ NASAL

La rinolalia es una forma de perturbación del lenguaje en la cual pasa demasiado aire (aperta) o muy poco (clausa) a través de la nariz. La última da por resultado un tono o lenguaje nasal, a veces funcional, pero mas a menudo orgánico, y es debido a algunas obstrucciones dentro o detrás de las cavidades nasales. La rinolalia abierta puede seguir a una cerrada a causa de que el velo del paladar puede estar atrofiado, hacerse mas corto o perder su tono y por lo tanto no se acerca adecuadamente a la pared faríngea posterior, ordinariamente la extirpación de las lesiones obstructivas y la restauración de la luz nasal corregirá una rinolalia cerrada.

Si el velo del paladar no puede cerrar la nasofaringe, el resultado es la rinolalia abierta. El llamado lenguaje, "petulante" o "aristocrático" es una forma de rinolalia abierta. Las causas mas comunes de la abierta son paladar hendido o uranosquisis, más a menudo es congénito que adquirido. En algunos de estos enfermos, es posible que exista una rinolalia cerrada, aparentemente como un intento, por hiperplasia compensadora de las adenoides o de los extremos posteriores de los cornetes inferiores.

## TARTAMUDEZ

Esta condición también referida como balbuceo, es el más común de los trastornos del lenguaje. Es una psiconeurosis y debe ser tratada como un problema emocional. La tartamudez es primeramente una enfermedad de la infancia. Los síntomas característicos son:

- 1) Clono, a causa de la repetición de las consonantes (1-1 lámpara).
- 2) Tono, a causa de que el paciente continúa con una consonante largo tiempo (1-lámpara).
- 3) Tono clono, cuando cada repetición es reforzada con un efecto como de espasmo (1-lámpara).

La dificultad puede presentarse con algunas letras y por lo tanto algunas personas pueden dar la impresión de balbuceo cuando realmente estas son ignorantes de lo último a causa de su incapacidad. Las perturbaciones pueden afectar cualquier parte del mecanismo del lenguaje tales como los labios, la lengua, los maxilares, la laringe. Estos pacientes también tienen espasmos en otras partes del cuerpo, desarrollando varios tics como espasmos.

## HABITO DE CECEO

Que correctamente es llamado sigmatismo, es un defecto en la articulación del fonema "S". En inglés se le conoce como lip, en alemán lispelu.

Los sigmaticos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación, etc.

Muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio. Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Para un estudio más completo de los sigmatismos, estos se han dividido según sus causas, y así tenemos:

- 1) Sigmatismo Linguolabial.- En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.
- 2) Sigmatismo Labiodental.- Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "F".



- 3) Sigmatismo Interdental. - Este es uno de los más frecuentes, y debido a una protrusión lingual entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.
- 4) Sigmatismo Dental. - En este tipo la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debería sino - contra los superiores, debido a anomalías dentarias como apilamiento inferior, giroversiones, linguoversiones.
- 5) Sigmatismo Palatal. - Este defecto se presenta al retroceder la punta de la lengua y producir el sonido entre esta y el paladar. Este hábito puede ser debido a prognatismo o por una mordida abierta anterior, en la que la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El ceceo puede provocar graves lesiones a los tejidos bucales debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protruida puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y una mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse hacia los lados, o bien un paladar ojival al hacer una presión sobre de este.

## TRATAMIENTO HABITOS ANORMALES DE FONACION

### VOZ NASAL

La terapéutica de la rinolalia abierta consiste en:

- 1.- Masaje del velo del paladar con la mano o por corriente farádica.
- 2.- Combinando la articulación de las vocales con ejercicios gimnásticos y respiratorios.
- 3.- Usando un obturador o placa para cubrir el defecto en el paladar.
- 4.- Reconstrucción plástica del paladar siempre que sea posible y práctico, seguida por ejercicios para el entrenamiento correctivo del lenguaje.

### TARTAMUDEZ:

En la terapéutica de la tartamudez, los métodos consisten esencialmente en distraer la atención del sujeto de su incapacidad, asistido por el ejercicio de respiración articulación, lectura y conversación. El medio ambiente debe ser investigado para evitar que otros chicos le hagan burla, o que los padres regañen o castiguen al niño a causa de su incapacidad. La posibilidad de imitación, debe ser considerada, y el niño debe ser alejado de todos, menos de las mejores relaciones.

En el tratamiento activo del tartamudo, es necesario apartar su mente de su defecto. La personalidad debe ser considerada como un todo en el tratamiento. Una forma combinada de terapéutica tanto local como general, se compone de medida médica, psiquiátricas, orientación social, entrenamiento de la voz y medidas locales. El estímulo del paciente y el desarrollo de carácter y el respeto asimismo son altamente importantes en el manejo del tartamudo.

#### TRASTORNOS DE LA VOZ:

La terapéutica consiste en aliviar la tensión de las cuerdas vocales ejerciendo presión sobre la prominencia del cartílago tiroides. Los ejercicios de presión son combinados con ejercicios de respiración después con palabras y sílabas; en seguida, cantando tonos guiándose por el movimiento de la mano. Este entrenamiento establece vías de asociación para la fonación correcta.

Para combatirles el Ortodoncista necesita cooperación de un maestro de elocución o foniatra, que enseñará al paciente a vencer los defectos fonéticos, eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas, cuyo origen es generalmente la lengua.

## HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION

El hombre desde su nacimiento tiene que luchar para subsistir.

En épocas remotas ha vivido succionando y mamando el pecho materno en tanto que en la actualidad, hemos sustituido en ocasiones esta función con mamilas.

Fisiológicamente los dos problemas más importantes son:

- 1) El físico-biológico, mediante el cual el niño lucha por alimentarse, los pequeños músculos tienen que hacer una fuerza extraordinaria para poder lograrlo, con esto realiza así un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales.
- 2) El Psicosomático: El niño en los brazos de la madre adquiere seguridad, alegría y protección.

Mucho se ha escrito acerca del efecto perjudicial que tiene sobre los arcos dentarios, el comportamiento anormal de los músculos que componen la lengua, los labios y mejillas, lo cual ha llamado mucho la atención sobre la evolución que presentan los patrones de comportamiento muscular con especial referencia de los músculos orofaciales. Se

resenta una transición la cual es gradual en un niño de evolución normal, desde que vemos el patrón infantil de comportamiento muscular junto a un patrón más maduro.

Un acto muy frecuente y singular realizado por los músculos que están asociados con el aparato masticatorio es el de la deglución.

Este acto se realiza cientos de veces durante el día y la alteración que resulta en el equilibrio de las fuerzas musculares tendrá su efecto sobre los arcos dentales en evolución.

Normalmente un niño pequeño traga en una forma diferente a un niño mayor. El primer tipo de deglución está asociado con la succión y la atención se encuentra concentrada en una posible persistencia del patrón infantil de deglución en épocas posteriores, con un efecto consiguiente en el desarrollo de los arcos dentales, en los cuales van hacer producidos por la falta de equilibrio muscular. Se ha sugerido que este hábito de tragar, falseado se debe a una alteración la cual se puede encontrar en el equilibrio del mecanismo del control nervioso y el cual es comunmente observado en niños con problemas nerviosos de tensión y que además se encuentran al borde de un estado general

de incordinación y alteraciones musculares.

Guyne Evans es de la opinión de que los niños que persisten en seguir un patrón de deglución infantil es porque han fracasado en la maduración de su patrón neuromuscular, mientras que Bellard sostiene que los trabajos de Stockard y Gesell, sugieren que los patrones de comportamiento muscular serían determinados genéticamente.

Como hemos visto previamente, los arcos dentales se encuentran bajo la constante influencia de las fuerzas musculares durante el periodo de desarrollo y además durante toda la vida.

Si se llega a producir una alteración en el equilibrio de estas fuerzas es inevitable que se produzca un efecto indeseable sobre los arcos dentales.

El acto de la deglución se realiza con mucha frecuencia y no está solamente en funcionamiento nada más en las ocasiones en las que come, así su efecto sobre los arcos dentales puede ser fácilmente visualizados.

El patrón de tragar anormal o infantilmente lo ha descrito admirablemente Rix, se inicia por acción de succión en el cual se puede observar que hay una hiperactividad de -

los músculos del grupo de orbicular de los labios y la de los tejidos vecinos los cuales se encuentran tensos y contraídos, y al mismo tiempo la mandíbula se baja y los músculos buccinadores son succionados en la boca entre las superficies de los dientes posteriores, superiores e inferiores.

Strang nos comenta que si la presión lingual cuando los labios se encuentran tensos, actual contra la presión hacia adelante del músculo buccinador (el cual se encuentra entre la rama ascendente de la mandíbula y el último molar) puede llegar a causar una interrupción en la continuidad de la forma de la arcada a nivel de la región canina. El deduce que cuando se rompe el contacto proximal que existe entre el canino y el incisivo lateral esto puede provocar un movimiento hacia adelante de los segmentos buccales del arco dentario, que se debe a que en parte el músculo buccinador es succionado entre la rama ascendente y el último molar y por otro lado a que el efecto de estas circunstancias aumenta la influencia de los componentes mencionados anteriormente y de la fuerza que está siempre presente durante el crecimiento.

El efecto de este movimiento de los segmentos bucales del

arco sobre los incisivos superiores se hace cada vez más acentuado por la acción que ejerce la lengua, la cual al final del acto anormal de tragar o deglutir es colocada entre los incisivos superiores e inferiores, algunas -- otras veces se puede encontrar haciendo presión entre las superficies oclusales de los premolares causando así un retardo en la obtención correcta de la altura eruptiva completa y con esto se crea una mordida abierta localizada. La lengua también puede buscar o se llega a colocar en cualquier espacio dejado por una pérdida prematura de los dientes primarios.

Estos hábitos de colocación de la lengua no necesariamente pueden estar siempre asociados con una deglución anormal

La acción que dá la lengua en el tipo de deglución "Infantil" a lo que puede conducir o llega a provocar es a efectos indeseables como lo son las malas posiciones dentarias o a las deformaciones en los arcos. Además frecuentemente encontramos una inclinación axio-labial de los insicivos superiores (aumento del resalte), la cual se combina con cierto grado de falta sobre pase incisal.

Con esto también se puede provocar cierto grado de mordi-



da abierta en incisal. Los premolares pueden no llegar a tener su dimensión vertical normal a su desarrollo.

Strang además ha comentado que puede provocarse una sobreerupción de los molares permanentes en un esfuerzo para restaurar el equilibrio de fuerzas para el establecimiento de contacto oclusal.

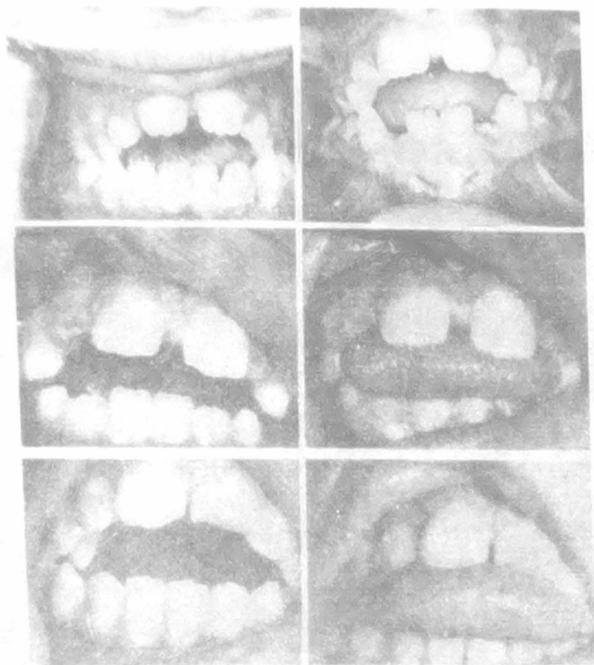
Ahora bien si la colocación de la lengua entre los dientes no es muy marcada, el movimiento que experimentan los segmentos bucales de los arcos dará lugar a un apiñamiento de los incisivos inferiores el cual estará combinado con un excesivo resalte en el cual se colocará el labio inferior, lo que hará que esa condición quede ahí.

Rix encontró y describió otro tipo de mecanismo de la deglución que también es anormal. En el momento de la deglución los dientes no se aproximan, sino que se provoca un sobre pase incisal grande y la lengua no protruye contra el labio inferior. Ahora aunque Rix no la mencione en esta descripción, algunos otros autores han observado que al menos en otros casos la lengua se arquea entre los dientes posteriores, superiores e inferiores. Esto es resistido, durante la deglución por el músculo buccinador cuya unión anterior se encuentra estabilizada por la contrac-

ción que efectúa este músculo ejerce una presión anormal sobre los incisivos superiores e inferiores, los cuales están expuestos al efecto completo del músculo porque los dientes no se aproximan y con esto hace que éstos se inclinen hacia lingual porque no existe una presión de parte de la lengua que contra balancea la otra. Este es el tipo de deglución anormal, es el que puede observarse en muchos de los casos de Clase II de Angle, División 2.

La oclusión prevertida se origina por una presión entre los dientes en todos los actos de la deglución, por el vicio que se denomina perversión muscular y es de resultados desastrosos, ya que produce una mordida abierta como es bien sabido, la posición normal de la lengua en reposo es descansando en el piso de la boca una de sus funciones esenciales es formar con el alimento y la saliva el llamado bolo alimenticio que guiado a la faringe constituye el primer acto de la deglución. En cambio los que tienen la deglución perversa, en la forma que señalamos sacan la lengua entre los dientes en cada ocasión que pasan saliva o alimento. La enseñanza del método correcto de deglución requiere gran paciencia, pero es necesaria antes de la corrección de la maloclusión para que pueda hacerse efecti-

va. Es en este aspecto que la cooperacion del foneatra puede ser de mucho beneficio para poder corregir este hábito.



Problemas dentales ocasionados por una deglución anormal.

## TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE LA DEGLUCION

La deglución anormal, los mecanismos infantiles retenidos, proyección de lengua, chuparse los dedos y otras actividades musculares penbucales anormales. Son causas de muchos problemas en la cavidad bucal.

Uno de los servicios ortodonticos interceptivos mas valiosos que puede prestar el dentista, es eliminar los hábitos perniciosos de chuparse el dedo, la lengua o el labio antes de que estos puedan causar problemas a la dentición en desarrollo, por la manera en que el lactante efectua la deglución. Si esto lo pudiera evitar el dentista con algún aparato sería lo ideal pero lamentablemente no existe aparato alguno para poder corregir este hábito. Aquí la única solución que se presenta es la de educar al paciente y esto se hace por medio de los padres a los cuales se les orienta para este tipo de tratamiento el cual ellos deben cuidar para que con esto eviten problemas ortodonticos futuros.

C A P I T U L O    I V

HABITOS NOSIVOS A LOS TEJIDOS BLANDOS

## HABITOS DE LA LENGUA

La lengua es para los ortodoncistas causa de muchos males. Es el órgano susceptible a colocarse en la posición más imprevista con mas frecuencia que ningún otro. Compuesta de una masa muscular cuyo único objetivo es responder, - por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación, está bien adaptada a sus funciones pero también - puede con facilidad, responder a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación muscular que le lleva a contorsiones gimnásticas que le causan placer y los desesperan.

La lengua protractil se observa frecuentemente en los niños que presentan una mordida abierta anterior y una protusión de los incisivos superiores.

El hábito de tener la lengua entre los dientes, es el más grave ya que la posición viciosa de la lengua puede producir por su presión constante (día y noche) trastornos muy serios, tanto funcionales como estéticos. Ahora bien, si consideramos además, la exagerada fuerza que tiene la lengua, formada por numerosos músculos, fácil es comprender el

daño y la deformación que puede producir modificaciones en la posición de las piezas dentarias.

La Etiología según varios autores entre ellos Anderson, Graber y Moyers, estos afirman que el hábito de una lengua protractil es el resultado de un hábito de succión digital ya que después de que esta ha creado una mordida abierta e incisivos superiores en protusión ha sido observado en niños con interposición de la lengua, sin embargo, no ha sido probada en forma concluyente, si la interposición produce la mordida abierta, o si la mordida abierta permite al niño interponer la lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

En el estudio realizado por Anderson, notó que el 54.2% de los sujetos observados con hábito de lengua protractil habían presentado succión digital, y que los sujetos que no presentaban lengua protractil, únicamente es el 25% habiendo tenido succión digital.

Cuando existen amígdalas hipertróficas o hipersensitivas, provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de esta se desplace hacia adelante creando así el hábito de lengua protractil.

Otra de las causas que pueden dar origen a este mal hábito lingual es el haber alimentado al niño con mamilas por demasiado tiempo y haber tardado en sustituirla por alimentos más sólidos.

Anderson, en el estudio mencionado con anterioridad, observó que un mayor número de niños con lengua protractil había recibido una alimentación con botella. En su estudio el 83% de los sujetos en observación fueron alimentados con botella, mientras que con pecho únicamente 17% pero el 83% de los alimentados con botella presentaba lengua protractil, y de los alimentados con pecho únicamente el 9%. La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan lengua protractil. Al no poder mantener el niño dentro de su boca la lengua por ser demasiado grande comenzará a protruirse, y si esto no es corregido dará origen a este hábito lingual.

El acto de proyectar la lengua hacia adelante se realiza principalmente durante la deglución y se provoca así un acto de deglución anormal.

Durante la deglución normal los músculos de la masticación actúan para poner en oclusión los dientes y mantenerlos así durante todo el acto, la punta de la lengua hace con-



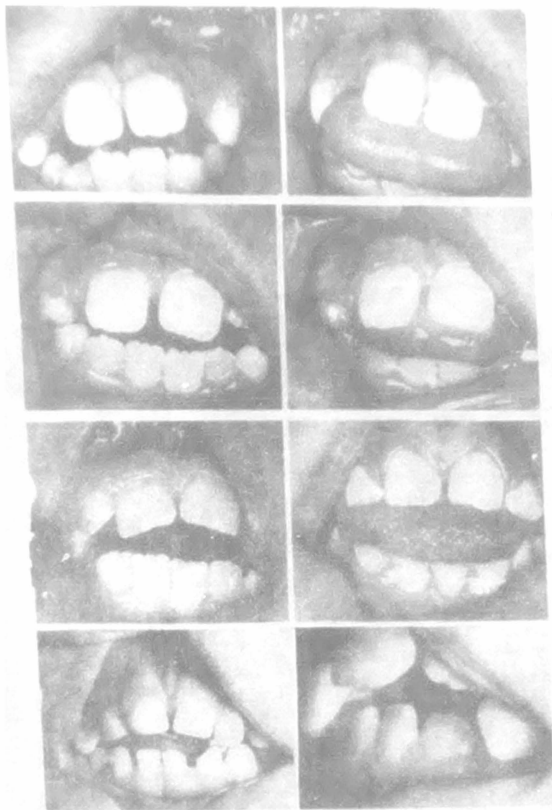
tacto con la papila incisal del maxilar y con las caras -  
linguales se acercan al paladar haciendo presión sobre es-  
te y los labios se encuentran cerrados suavemente.

En la deglución anormal los músculos de la masticación no  
trabajan para ocluir los dientes y realizar así el "Sella-  
do bucal", sino que la lengua es protruida por entre los  
dientes superiores e inferiores realizando de esta manera  
la deglución, además en la deglución infantil el niño deglu-  
te con sus rebordes gingivales separados, los cuales aún  
se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos  
primarios forman estos una separación o barrera entre los  
labios y la lengua, y entrando en función los músculos de  
la masticación pero en ocasiones no sucede así y la deglu-  
ción visceral persiste.

El hábito de lengua protractil, como ya se dijo puede ser  
causado en algunos casos por una mordida abierta anterior  
pero casi siempre el hábito es la causa y no el resultado.  
Los distintos efectos, ya sean causados por el tamaño, la  
postura o la forma de la lengua, o del acto de deglutir,  
van a repercutir grandemente en la estructura y constitu-  
ción de los tejidos bucales.

La macroglosia es una de las causas que mayormente afectan a los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta tanto anterior como posterior, diastemas y en casos serios, incrementar el crecimiento de la mandíbula.

Durante la deglución la lengua, ejerce una presión desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta presión es conservadora, por la fuerza que ejercen los labios y los carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, y ya que es protruida en cada deglución y como deglutimos por lo menos 1000 veces al día, esto dará como resultado la labialización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobre mordida horizontal, mordida abierta anterior y por lo consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito por demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario y problemas del lenguaje.



## APARATO UTILIZADO PARA EL HABITO DE PROYECCION LINGUAL

Este tipo de aparatos son generalmente aquellos que --  
tienden a desplazar la lengua hacia la parte de arriba  
y hacia atras durante la deglución y evitar al mismo -  
tiempo que la lengua toque los dientes durante la mis-  
ma.

Asi un aparato que se use para evitar la proyección --  
lingual debiera:

- 1) Eliminar la proyección anterior enérgica y dar efec-  
to a manera de embolo durante la deglución.
- 2) Modificar la postura lingual de tal forma que el --  
dorso de la misma se aproxime a la boveda palatina-  
y la punta haga contacto con las arrugas palatinas-  
durante la deglución y no se introduzca a traves -  
del espacio incisal.

Al desplazar la lengua dentro de los límites de la de-  
tención se expande esta hacia los lados, con las por-  
ciones periféricas encima de las superficies oclusales  
de los dientes posteriores. Este conserva la distancia  
interoclusal o la aumenta cuando es deficiente, de es-  
ta manera evita la sobre erupción y el estrechamiento-

de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución madura es estimulado por este aparato mientras que la lengua se adapta a su nueva posición y función. La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y los diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requiera de los servicios de aparatos ortodóncicos completos.

El aparato utilizado en este caso es el denominado "Trampa lingual".

#### FABRICACION DEL APARATO

Se toman impresiones de alginato tanto de arcada superior como inferior, se corren en yeso y se obtienen los modelos, los cuales articulamos posteriormente.

A continuación adaptaremos en los primeros molares permanentes superiores o bien en los segundos molares deciduos coronas de metal tanto de un lado como de otro.

Después fabricaremos la barra lingual en forma de U la cual va a ser de alambre de acero inoxidable de 0.040, se adapta comenzando en un extremo del modelo llevando lo este hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival; la barra deberá hacer con---

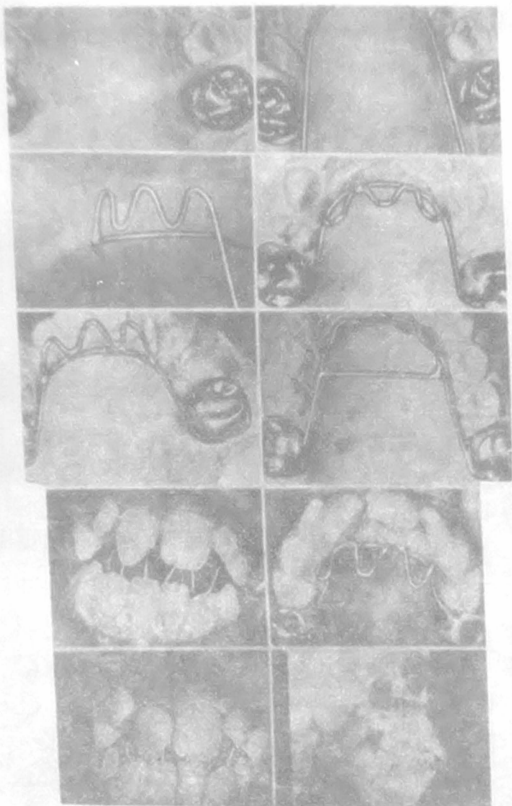
tacto con las superficies linguales prominentes de los segundos y primeros molares deciduos.

El alambre base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, después se dobla la barra, hacia atrás a lo largo del margen gingival hasta hacer contacto con las coronas metálicas.

Se comienzan la construcción de la criba o rejilla para esta se utiliza el mismo alambre 0.040. La forma de hacer la rejilla es haciendo 3 o 4 proyecciones en forma de U, 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 contactos, los cuales pueden interferir con la oclusión.

Una vez fabricada la rejilla se soldarán los extremos a la barra y después esta se soldará a las coronas metálicas.

Por último, se limpia y se pule, y estará listo para ser cementado.



Pasos que se siguen para la fabricación del aparato utilizado para el hábito de la proyección lingual.

## HABITO DE MORDERSE LOS LABIOS

Este hábito puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo, por lo general es el labio inferior, pero puede observarse también en el superior.

Johnson describe el mecanismo de la siguiente forma:

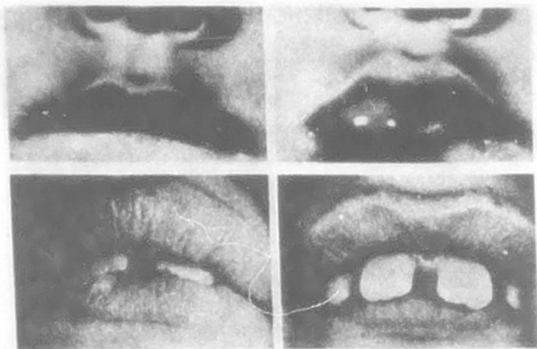
- 1) Se humedece el labio con la punta de la lengua.
- 2) El labio inferior se dobla hacia atrás.
- 3) La lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante.
- 4) El labio inferior se apriciona entre los incisivos de ambas arcadas, y se ejerce una presión, mientras el labio recobra lentamente su posición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

Esta fuerza que produce el labio al deslizarse sobre la superficie de los dientes produce la movilización de los incisivos superiores. La repetición constante de este acto produce: Labioversión de los incisivos superiores, linguoversión de los inferiores y mordida abierta.

Al mismo tiempo el labio más activo, muestra traumatismo ya sea del chupeteo, o de los mismos dientes, estámas enrojecido, húmedo, observandose (cuando el labio-



es inferior), áreas de hipertrofia por la mordida de los incisivos superiores, y si el hábito es muy arraigado la superficie labial de la mucosa alveolar inferior muestra áreas localizadas de enrojecimiento y congestión debido al traumatismo que aunque mínimo, es constante contra el hueso alveolar.



Diferentes problemas que puede ocasionar el hábito de morderse los labios.

## HÁBITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS.

Estos hábitos son diversos ya que la mayoría de los individuos tienen la tendencia a realizarlos, están relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos, los más comunes son aquéllos en que la atención y ocupación del niño favorece a practicarlos. Se considera que este tipo de hábitos son un modo de escape de una tensión emocional el cual puede presentarse desde un niño hasta un adulto. Según varios autores es la continuación de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupetes, la onicofagia y otros.

El niño puede meterse cualquier objeto y mantenerlo en la boca mordiendo así verenos niños de edad escolar que morderán lápices o plumas, o a niños que abren pasadores para el pelo con la boca, etc.

Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y estos son aquéllos que muerden un pedazo de tela, como una esquina de la almohada o la sábana.

En pacientes de edad adulta podemos citar a los zapateros los cuales se colocan clavos en la boca durante su traba-

jo, estos presentan dientes con muescas o dientes con gran abración, también acerca de esto encontramos a las peina--  
doras de los salones de belleza las cuales abren las orquí--  
llas con los dientes, y a las costureras las cuales cortan  
el hilo con los dientes y se colocan los alfileres en la -  
boca.

Existe una variedad inmensa y sobre todo es tan individual  
el hábito de cuerpos extraños, que al hacer la historia --  
clínica del paciente, cuidaremos de no pasar por alto la -  
posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso rela--  
cionado con un cuerpo extraño llevado a la boca, esto ade--  
más va a repercutir muchísimo en las malformaciones que -  
produzcan, es importante saber también el tiempo de dura--  
ción y la intensidad con que se practica dicho hábito.

C A P I T U L O V

HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS

## EL BRUXISMO

El bruxismo, que suele considerarse un hábito bucal en los niños, el cual es un desgaste, frotamiento o rechina miento de los dientes, de carácter no funcional. Reding y colaboradores informaron que un 15% de los niños y adultos jóvenes de su grupo de estudio, practicaban algún grado de bruxismo. El hábito se práctica con mayor frecuencia de noche y si se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión tanto de los dientes temporales como los permanentes. Cuando se práctica en la edad adulta, el resultado puede ser enfermedad y hasta trastornos de la articulación temporo-mandibular. Los niños nerviosos pueden desarrollar bruxismo, el cual podrá continuar conciente e inconcientemente por un período indefinido.

El odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa. Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como desencadenante de bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa. por lo tanto el ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias. Sheppard recomienda la construcción de una placa de mordida palatina, la

que permite la erupción continuada de los dientes posteriores. Esta erupción es conveniente si los dientes han sido desgastados por el hábito.

La Etiología de este hábito es un tema que hasta el momento sigue un punto de discusión, sin embargo los estudios mas recientes indican que las principales causas de bruxismo son la sobre carga psíquica o emocional, y las causas locales o bucales en las que sobre salen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado del aumento del tono muscular, dicho aumento es causado por las interferencias oclusales, la tensión nerviosa o emocional por dolor o molestia.

Debemos considerar que cualquier factor irritante al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifestación en el bruxismo o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas, pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, tensiones emocionales, etc

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos:

Las interferencias oclusales, que pueden ser debidas a cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, etc., hiperplasia gingival o cualquier enfermedad parodontal, colgajos gingivales de terceros molares, irregularidades linguales, labiales o en los carrillos, dolor en articulación temporomandibular y músculos masticatorios, y molestias.

Y existen ocasiones en que una tensión nerviosa aguda no es específica como una sobrecarga emocional, o bien una tensión física sumamente pronunciada como es el ejercicio físico o los trabajos difíciles, pueden producir un apretamiento de maxilares y dientes, pero esto no debe ser considerado como bruxismo.

Las perturbaciones gastro-intestinales así como enfermedades del Sistema Nervioso, como son la meningitis, epilepsia, corea parálisis cerebral y deficiencia mental, puede dar origen a la aparición de bruxismo. Durante las horas del sueño las pesadillas pueden también provocar rechinamiento de dientes.

El número y la gravedad de las malformaciones producidas por el bruxismo varían según la intensidad y el tiempo en el que este hábito se ha venido realizando, esto es debido a que la actividad muscular, que se efectúa

durante las horas del sueño es sumamente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada una, pudiendose producir -- hasta 250 contracciones en un tiempo normal de sueño, los daños que con mayor frecuencia son observados a -- causa del bruxismo se encuentran en las coronas de los dientes las que presentan una reducción que va en aumento en su longitud y la cual es debida al desgaste -- causado por el frotamiento de unas contra otras y que no coincide con el desgaste normal, durante la masticación, se pueden presentar también trastornos en las relaciones de contactos interproximales, bordes del esmalte afilados o irritantes, astillamiento de las coronas, o inclusive fracturas de estas y las raices.

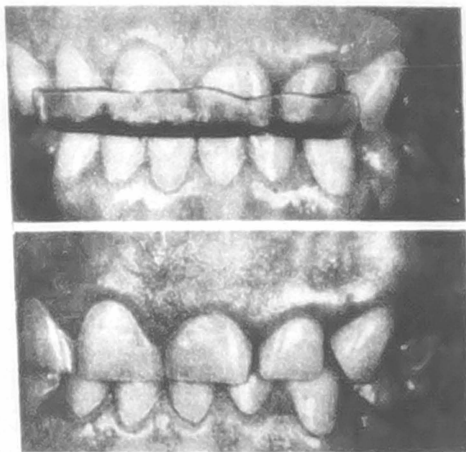
En la pulpa también se presenta alteraciones como son la hiperemia pulpar, hipersensibilidad principalmente en frio y en casos avanzados necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto en la articulación temporomandibular y en -- los musculos masticadores puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefalea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una --



hipertrofia de los musculos masticadores, la cual puede ser unilateral o bilateral. Esta hipertrofia muscular puede tener influencia en el desarrollo de la mandíbula y provocar una asimetría facial, la hipertonicidad muscular puede provocar que el paciente, se muerda la lengua, los carrillos o los labios. Existe frecuentemente un dolor muscular por estas razones es importante hacer un buen diagnóstico así como el adecuado tratamiento.



Hábito de bruxismo, placa oclusal diseñada con un faldón de acrílico labial para proteger a los incisivos superiores.

## TRATAMIENTO PARA EL BRUXISMO

Cuando exista bruxismo, una placa oclusal puede revelar que la sobre mordida excesiva es un factor causal, y su eliminación puede significar el cese del apretamiento y bricomania que haya padecido el paciente durante años. El dentista inteligente ya no puede ignorar la dimensión vertical en la odontología.

Si desea para sus pacientes una oclusión sana, estable y de funcionamiento adecuado.

## FABRICACION DE PLACAS OCLUSALES

Se toman impresiones en alginato tanto superior como inferior después se corren en yeso, obtenemos los modelos y los articulamos.

Diseñamos la placa, se recomienda que en la parte posterior se coloquen ganchos para obtener una mejor retención, éstos pueden ser circunferenciales de tipo Adams o gancho de bola. Si la placa oclusal superior se utiliza durante un tiempo prolongado es recomendable incorporar un alambre labial. El uso prolongado de esta placa sin una fuerza retentiva ejerce una acción de despla

zamiento labial sobre los incisivos, aumentando la sobre mordida horizontal y puede estimular la separación y el desplazamiento anterior de los incisivos, con este fin se utiliza el alambre labial para evitar estos problemas.

Después de que se adaptan los ganchos y el alambre labial, la placa puede ser encerada y curada mediante el enfrascado, para proporcionar la suficiente abertura de la mordida, se construye un plano liso que comienza aproximadamente de 1 mm., del margen incisal y se lleva en sentido posterior hasta 1 cm., por atrás de los incisivos superiores. No deberá uno preocuparse en este momento por la dimensión vertical, ya que esto lo podemos solucionar con la eliminación deacrílico sobre el plano cuando se ajuste el aparato en la boca.

Una vez que ha sido pulida la placa oclusal, se coloca en la boca del paciente y se revisa el ajuste de los ganchos y la adaptación del acrílico. Deberán quitarse todas las proyecciones agudas del acrílico hacia los espacios interdentarios.

El acto de morderse las uñas (Billig) parece sugerir -- una frecuencia de cuatro posturas diferentes:

- 1) La colocación de cualquiera de las manos cerca de la boca. Esta postura continúa por algún tiempo, desde unos cuantos segundos hasta medio minuto.
- 2) El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- 3) Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisal de los dientes.
- 4) El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

Durante el tiempo que dura esta serie de movimientos el rostro adquiere una expresión grave. Si el niño se da cuenta de que lo observan, interrumpe subitamente su actividad con lo que, al parecer, es un sentimiento de culpa. Esto último quizá se debe a que la sociedad condena el acto. A los que tienen el hábito muy arraigado suele serles muy difícil abandonarlo aun, cuando se les ridiculice. En consecuencia, cada vez es más hondo el conflicto con la sociedad que los rodea y se sienten atormentados por un problema que no pueden resolver.

## HABITO DE ROERSE LAS UÑAS

Después del hábito de la succión digital, morderse las uñas es el hábito vicioso que con mas frecuencia se presenta. Se considera que esta transferencia de un hábito frustrado o prohibido de chuparse el dedo, Massler y Wood sugieren que puesto que este hábito es normal para el niño, el hábito de morderse las uñas es de modo semejante, el cual puede ser normal para los niños de edad escolar. Pearson nos informa que mas del 80% de los conscriptos de la Segunda Guerra Mundial los cuales fueron examinados por el mismo tenian o habian tenido el hábito de morderse las uñas.

Se dice que el hábito de chuparse el dedo sirve para satisfacer la necesidad de obtener cierto placer en los labios, y se le considera como un acto normal en el recién nacido durante los primeros meses de vida. Al parecer el hábito de morderse las uñas satisface una necesidad semejante en el niño de mayor edad.

El cigarro sirve para el mismo fin en el adulto. Todos estos hábitos son mecanismos para aliviar la tensión y por lo mismo, revelan la existencia de tensiones internas.

Massler y Malone, ellos hacen un resumen sobre las obser  
vaciones del hábito de morderse las uñas del siguiente -  
modo:

- 1) Que el hábito de morderse las unas tiene su inicia---  
ción entre los cuatro y cinco años de edad.
- 2) La frecuencia del hábito de morderse las uñas aumenta  
rápidamente después de los cinco años y alcanza su má  
ximo en la pubertad (43%). Comienza a declinar rápida  
mente después de los quince años y rara vez se obser  
va a los treinta.
- 3) Los autores que han investigado el origen de este há  
bito estan acordes en afirmar que se origina en un há  
bito reprobado de chuparse el dedo y, por lo mismo, -  
fundamentalmente en acto de transferencia.

Esta hipótesis explica el hecho de que prevalezca tan  
to, así como la época en que se inicia.

- 4) Se ha observado que el hábito de morderse las uñas es  
relativamente común entre los niños de educación pri  
maria y Secundaria (43%). El acto debe ser considera  
do, forzosamente, como normal dentro del intervalo de  
cuatro a diez y seis años de edad. No debe extrañarse  
su existencia en grado moderado en el estudiante de -

tipe medio y por lo mismo, tenemos que considerarlo como normal.

Que el hábito arraigado o persistente deba ser considerado como normal, incluso en la edad escolar, deberá ser determinado por los futuros estudios en los que no solamente habrá que tomar en consideración el porcentaje de personas que muerden las uñas, sino también la intensidad o el grado en que lo hacen.

Probablemente esta distinción arroje nueva luz sobre la normalidad del hábito de morderse las uñas.

- ) El hábito tiende a desaparecer durante la adolescencia y es substituido por otros mas aceptables como morderse los labios, masticar goma y fumar
- ) El hábito de morderse las uñas deberá ser considerado anormal antes de los trece años de edad y después de los treinta, en vista de la poca frecuencia que se observa en esos años.

Después de haber expuesto estos puntos, se puede decir lo siguiente:

Que el paciente nervioso está especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo ante problemas de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o inadaptabilidad

social.

Hay casos en que esto persiste toda la vida, pero con frecuencia por ser una costumbre reprobable, llega a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con mas o menos tentativas.

#### TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE ROERSE LAS UÑAS

Esta es una costumbre reprobable por lo cual los pacientes dejan este hábito por si mismos. En ocasiones es necesario marcar las uñas con amargos y colorantes, -- los cuales algunas veces dan resultado, debiendo emplearse la persuasión o el convencimiento para que abandonen dicho hábito.



C A P I T U L O VI

HABITO DE POSTURA

## HABITO DE POSTURA

Es un hábito que por lo general lo podemos localizar en niños que se han acostumbrado a dormir con las manos o el brazo haciendo una presión sobre el carrillo, además se ha observado que su frecuencia es mayor durante las horas de estudio que cuando se encuentran durmiendo.

La presión es mayor en la posición que adoptan para estudiar porque recargan un lado de la cara sobre su mano y con esto propician una deformación unilateral de los maxilares.

Se puede presentar también una posición defectuosa de la mandíbula sobre todo en aquellas personas que adoptan posturas temporales incorrectas. Ambas de estas cosas pueden ser expresiones de salud precarias, por otro lado la persona en una posición erecta, con la cabeza bien colocada en relación con su columna vertebral mantiene reflejamente su mandíbula hacia adelante en una sola posición.

La postura se presenta pues como la expresión de los reflejos musculares, principalmente de un origen propioceptivo y como tal, un hábito susceptible de cambios y correcciones.

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, ó rechinamiento dentario el que ya ha sido mencionado en un capítulo anterior, el cuál esta caracterizado porque suele ser nocturno o manifestado durante el sueño, aunque también puede observarse en las horas de vigilia.

El rechinamiento puede ser tan fuerte que el sonido producido se puede oír a corta distancia además de esto, el niño provoca una atricción considerable sobre la superficie oclusal y los bordes incisales de los dientes.

Ahora bien, el hábito de postura puede acarrear muchos problemas en los niños, pues es la época en que las estructuras óseas comienzan a tomar sus lugares correctos y por esto mismo los huesos son facilmente de formados y desviados de su lugar por las fuertes presiones que los niños ejercen sobre estas zonas, las cuales no se encuentran todavía completamente consolidadas.

En cuanto a los dientes, sucede lo mismo pues estos se encuentran en una época de acomodamiento buscando sus lugares correctos y el espacio necesario para una buena erupción.

Por esto es muy importante evitar que el niño persista en adoptar malas posturas así como presiones las cuales

modifican los espacios y la posición dental, también --  
provocan malformaciones faciales.

Es bueno saber por esto la dirección, frecuencia e in--  
tensidad de las fuerzas ejercidas así como la duración--  
de éste hábito. Hay que considerar, asimismo, que las --  
malformaciones producidas dependen mucho de la tenden--  
cia a la transformación que los tejidos bucales y facial  
les van presentado.

## TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE POSTURAS DEFECTUOSAS

A veces es mucho más difícil de lo que creían, vencer el hábito de posturas defectuosas al dormir o durante el día. Estas últimas pueden cambiarse si se obtiene la cooperación activa del niño. Si los padres cooperan se simplificará aún más la tarea. Por lo contrario una mala postura durante el sueño es más difícil de corregir y requiere el uso de dispositivos especiales como: Correas en las muñecas y en la cama, quitar la almohada si ésta es el objeto de presión u otros esfuerzos similares, dirigidos a localizar las fuerzas anormales. Si se está seguro de que éste es el factor etiológico de la deformidad que tratamos, se debe vencer el hábito de cualquier manera. A veces se hace necesaria una visita, mientras duerme el paciente para observarlo.

C A P I T U L O   V I I

C O N C L U S I O N E S

## CONCLUSIONES

En los últimos años se ha podido observar el gran avance que se ha obtenido en lo que respecta a la Medicina. Y como tal la Odontología que pertenece a una de sus partes ha comenzado a vivir esta etapa de progreso, de grandes investigaciones y además de esto ha hecho que varias de sus áreas tengan un mejor desarrollo. Una de las cuales es la Ortodóncia, ésta es una especialidad básica principalmente durante la época de la niñez porque es precisamente donde se inician varios de los problemas dentales, como son las malas posiciones dentarias malos hábitos, -- las deformaciones esqueleticofaciales, etc.

Es por esto que hoy en día el odontólogo debe conocer perfectamente los diversos tipos de tratamientos y también de aparatos porque esta materia se basa fundamentalmente en la aparatología, la cual ha sido diseñada específicamente para cada caso.

Es importantes que se dé un poco más de conocimientos al Cirujano Dentista acerca de los nuevos materiales y las nuevas técnicas que existen, para que con esto él mismo pueda en un determinado caso prevenir o interseptar adecuadamente algún problema o hábito pernicioso.

Ahora bien debemos hacer participe y conciente al público en general de los daños degenerativos que ocasiona los malos hábitos dentro de la cavidad oral y principalmente a la dentadura.

La idea principal de todo esto es tratar de que el individuo cree una mejor imagen de estos problemas y pience de esta manera en la rehabilitación inmediata, tanto de él - como de sus familiares, para que obtengan una buena función y una posición dentaria adecuada.



C A P I T U L O   V I I I

BIBLIOGRAFIA

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

- 1.- ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA  
GRABER T.M.  
1974, 4a. EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 2.- ATLAS Y TRATADO DE ORTODONCIA  
HERBEST EMILIO  
MADRID-ACADEMIA  
1912.
- 3.- DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS REMOVIBLES  
ADAMS, PHILIP C.  
EDITORIAL MUNDI  
BUENOS AIRES  
3a. EDICION INGLESA.
- 4.- LAS CORRECCIONES ORTODONCICAS CON PLACAS  
SCHWARZ, A. MARTIN  
BARCELONA, 1944  
EDITORIAL LABOR
- 5.- MANUAL DE ORTODONCIA  
MOYERS, ROBERT E.  
EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F.
- 6.- MINOR TOOTH MOVEMENT IN THE GROWING CHILD  
COHEN MEYER MICHAEL  
PHILADELPHIA SAUNDERS,  
1977.

- 7.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
FINN, SIDNEY B.  
4a. EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 8.- ORTHODONTIA IN DAILY PRACTICE  
SALMAN, J.A.  
PHILADELPHIA, LIPPINCOTT, 1974.
- 9.- ORTHODONTIA IN DENTAL PRACTICE  
SASSONNI, VIKEN  
SAINT LOUIS, MOSBY, 1971
- 10.- ORTODONCIA PRACTICA  
ANDERSON, G.M.  
COL. P.A. DEEMS.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 11.- ORTODONCIA, PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA  
MAYORAL JOSE Y MAYORAL GUILLERMO  
3a. EDICION  
EDITORIAL LABOR, S. A.  
1977
- 12.- PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN ORTODONCIA GRAL.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA  
EDITORIAL MUNDI, 1969.
- 13.- ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA  
HOTZ RUDOLF  
2a. EDICION, MEXICO, CIENTIFICO-MEDICA  
1977.

- 14.- TRATADO DE ORTODONCIA  
CHATEAU, J.M.  
MADRID.
- 15.- PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO.  
COHEN MICHEL  
(1979) 1er. EDICION  
EDITORIAL PANAMERICANA