

14
835



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES EN NIÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA DE LOURDES RIVERA LOPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

HABITOS ORALES EN NIÑOS

	PAG.
I INTRODUCCION	1
II HISTORIA CLINICA:	3
a) Historial Médico y Odontológico del Niño	
b) Finalidad de la Historia Clínica	
III CRONOLOGIA DE LA DENTICION:	12
1. - Desarrollo y Crecimiento de los Dientes Primarios	
a) Iniciación	
b) Proliferación	
c) Diferenciación Histológica	
d) Diferenciación Morfológica	
e) Aposición	
IV HABITOS BUCALES	19
a) Succión del Pulgar	
b) Hábitos Bucales No Compulsivos	
c) Hábitos Bucales Compulsivos	
d) Succión Labial	
e) Bruxismo	
f) Abertura de Pasadores de Pelo	
g) Empuje Lingual	

	PAG.
h) Mordedura de Uñas	
i) Empuje del Frenillo	
j) Hábitos Masoquistas	
k) Respiración Bucal	
V METODOS DE RESTRICCION PARA LA ELIMINACION DE LOS HABITOS.	42
a) Métodos Psicológicos	
b) Uso de Instrumentos Intraorales	
c) Métodos de Adiestramiento Extrabucales	
VI TRATAMIENTO DE LOS HABITOS	47
a) Trampa de Rastrillo	
b) Trampa con Punzón	
c) Protector Bucal	
VII PRECAUCIONES CON RELACION AL TRATAMIENTO	56
VIII CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFIA	65

CAPITULO I

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Ante el Cirujano Dentista el problema de un niño con hábito oral se presenta con cierta frecuencia, siendo este de gran importancia por las deformaciones bucodentales que ocasiona la presencia y persistencia del mismo.

En el presente trabajo de tesis menciono los tipos de hábitos, las posibles causas que lo ocasionan, la importancia de atenderlos y precauciones al corregir las deformaciones que causa el hábito en la cavidad bucal.

De acuerdo a la necesidad del caso que se nos presenta, se debe estar consiente que el tratamiento dental no es suficiente. se requiere de la ayuda del Pediatra, el Psiquiatra, el Psicólogo, el Patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño.

He tratado de salirme en cierta medida del campo rutinario de los tratamientos dentales, ya que el tratamiento de los hábitos lo considero un servicio quizás olvidado entre los servicios que presenta el Cirujano Dentista.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La importancia de un examen bucal completo y la creación de un plan de tratamiento previo a iniciarse en un programa de atención dental de un niño merece el mayor énfasis.

El examen minucioso es el requisito previo para un plan de tratamiento. Ningún Odontólogo deberá estar forzado por una actividad demasiado intensa ni por las exigencias de los padres como para proporcionar odontología fragmentaria y aliviar solo los síntomas agudos sin brindar una atención completa y adecuada.

A cada niño paciente se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. El Odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres aceptarán o podrán afrontar. Si los padres rechazan una parte, o todo un plan de tratamiento, el odontólogo por lo menos habrá cumplido su obligación si se tomó el tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los procedimientos que fueren previstos, si se les explica de que la salud futura del niño y hasta su salud general está relacionada con la corrección de los defectos dentales.

Como primera parte del examen han de revisarse los tejidos blandos incluyendo: encía, tejidos vestibulares, piso de la

boca, lengua y paladar después hay que examinar críticamente la oclusión y consignar la irregularidad de carácter dental y óseo. -- Los dientes habrán de ser cuidadosamente examinados en busca de las lesiones de caries, complemento de todos estos pasos de exámenes es la radiografía.

HISTORIAL MEDICO Y ODONTOLÓGICO DEL NIÑO

Es importante que el odontólogo esté familiarizado con la historia médica y la atención dental pasada del niño. La asistencia dental puede obtener información preliminar suficiente para proporcionar al odontólogo un conocimiento de la salud general del niño y alentar al profesional sobre la necesidad de requerir información adicional no aún de buscar la consulta con el médico del niño.

Si hubiere alguna indicación de enfermedad o anomalía aguda o crónica, será prudente que el odontólogo consulte al médico del niño para informarse del estado actual de la afección, del pronóstico a lo largo del plazo y de la terapéutica medicamentosa actual.

Los problemas de conducta en el consultorio odontológico están a menudo relacionados con la capacidad o incapacidad del ni-

ño de comunicarse con el odontólogo y de seguir las instrucciones y su incapacidad puede estar relacionada con una baja capacidad mental. Hay que anotar si el niño estuvo hospitalizado previamente para procedimientos anestésicos y quirúrgicos generales.

HISTORIAL DEL NIÑO

Estadísticas vitales.

Fecha _____

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Telefono _____

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial _____

Salud general del niño: Si No

¿Tiene el niño problema de salud? _____

¿Está el niño bajo tratamiento médico? _____

¿Ha tenido el niño alguna de estas afecciones? _____

_____ Afección del corazón	_____ Nerviosismo
_____ Asma	_____ Diabetes
_____ Anemia	_____ Tuberculosis
_____ Alergias	_____ Fiebre reumática
_____ Lesión del riñón o hígado	_____ Problemas de coagulación.

	SI	No
¿Es la primera visita de su hijo al dentista?	_____	_____
Dar la fecha del último exámen dental _____.		
¿Tiene su hijo ahora dolor de muelas?	_____	_____
¿Tiene su hijo con frecuencia aftas o marcas de fiebre?	_____	_____
Observaciones (para cada una de las respuestas afirmativas)		

Alimentación Infantil

Pecho _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Cuando se lo pasó a la mamadera? _____

¿Cuando se lo pasó a la taza? _____

Hábitos de sueño:

Siestas, regularidad, duración, etc. _____

De noche, cantidad de horas, frecuencia de la interrupción, normalidad, etc. _____

Temores desusados _____

Hábitos y adiestramiento de esfinteres _____

Hábitos alimenticios _____

Respuesta bajo Stress _____

¿A que edad se inició el hábito? _____

¿Ha sido interrumpido desde entonces? _____

¿es diario o nocturno? _____

¿mientras ve televisión? _____

¿frecuencia, persistencia, intensidad? _____

¿Qué métodos han sido utilizados para romper el hábito? _____

¿Ha sido el niño retado por el hábito, por la familia o por extra---

ños? _____

Actitud hacia la terapéutica:

¿Quiere el niño interrumpir la terapéutica? _____

¿Quieren los padres que se le haga un aparato? _____

¿Conoce el niño el propósito de la visita? _____

Comentarios adicionales:

Fecha de terminación _____

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

Se considera como elemento indispensable en la práctica --
corriente.

Hay cuatro razones principales por las cuales el Dentista -
toma dicha historia:

1. - Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
2. - Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad ge-
neral compromete el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
3. - Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tra-
tamiento especial.
4. - Para conservar un documento gráfico que puede resul--
tar útil en el caso.

Después de completar el tratamiento, el dentista debe pre-
parar una "HOJA DE LOS PADRES" en la cual se exponen en lengua-
je corriente las necesidades dentales del niño y el plan de trata-
miento que se propone.

Las ventajas de la exposición escrita destinada a los padres
son muchas, proporciona una visión global de la salud dental del -

niño, especifica tanto tratamiento inmediato que se requiere como las futuras necesidades dentales que son prever e informar a los padres sobre la necesidad del tratamiento dental preventivo. El -- dentista debe disponer de los resultados del exámen oral, de la -- Historia Clínica, las radiografías y otros medios diagnósticos auxiliares antes de trazar el plan de tratamiento y llenar la Hoja de -- los Padres.

La historia de los Padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. Está diseñada también para in formar al dentista sobre el valor que los padres conceden a sus -- propios dientes puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el miedo del niño y en los deseos de los -- padres, con relación a los servicios dentales.

CAPITULO III

CRONOLOGIA DE LA DENTICION

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Este capítulo trata del desarrollo del diente, que ayudará a una mejor comprensión de los factores etiológicos relacionados con las diversas anomalías hereditarias y de desarrollo.

Todos los dientes, primarios y permanentes, al llegar a la madurez morfológica y funcional, evolucionan en un ciclo de vida característico y bien definido compuesto de varias etapas.

Las etapas de crecimiento se dividen:

- a) Iniciación
- b) Proliferación
- c) Diferenciación histológica
- d) Diferenciación morfológica
- e) Aposición

Iniciación: En la sexta semana de la vida embrionaria se pueden apreciar evidencias del desarrollo de los dientes humanos.

El brote del diente empieza con la proliferación de las células en la capa basal del epitelio bucal, desde lo que será el arco dental, que se extiende a lo largo de todo el borde libre de los ma-

xilares. Las células continúan proliferando y por crecimiento diferencial se extienden hacia abajo en el mesénquima, adquiriendo aspecto envainado con los dobleces dirigidos en dirección opuesta al epitelio bucal.

Proliferación: Al llegar a la décima semana de vida embrionaria la rápida proliferación ha continuado, como resultado de un crecimiento desigual de las distintas partes del germen, se forma una etapa de copa. Diez brotes en total emergen de la lámina dental de cada arco para convertirse en el futuro en dientes primarios. Las células periféricas de la copa formarán más tarde el epitelio adamantino externo e interno.

En esta etapa, y dentro de los confines de la invaginación en el órgano del esmalte, las células mesenquimatosas están proliferando y condensándose en una concentración visible de células, la papila dental que en el futuro formará la pulpa dental y la dentina.

Diferenciación histológica: A medida que el número de las células aumenta y el órgano crece progresivamente con invaginación en aumento, se diferencian varias capas de células bajas y escamosas entre el retículo estrellado y el epitelio del esmalte in

terior, para formar el extracto intermedio cuya presencia es necesaria para la formación del esmalte. En esta etapa se forman brotes en la lámina dental, lingual al diente primario en desarrollo, para formar el brote del diente permanente.

Diferenciación morfológica: Las células de los dientes en desarrollo se independizan de la lámina dental por la invasión de las células mesenquimatosas en la porción central de este tejido. Es durante esta etapa cuando se produce una diferenciación de las células de la papila dental en odontoblastos, y las células del epitelio adamantino interno en ameloblastos. También se produce morfodiferenciación durante la etapa avanzada de campana y se termina la forma de la futura corona. El contorno de la raíz se designa por la extensión del epitelio de esmalte unido, denominado vaina de Hertwig, dentro del tejido mesenquimatoso que rodea a la papila dental.

Aposición: Esta etapa de crecimiento del esmalte y la dentina está caracterizada por un depósito en capas de matriz extracelular. Esta matriz la depositan las células a lo largo del contorno trazado por las células formativas al término de la morfodiferenciación.

Sin embargo, la deposición de matriz de esmalte no puede ocurrir sin formación de dentina. Los odontoblastos se mueven hacia adentro en dirección opuesta a la unión de esmalte y dentina, dejando extensiones protoplásmáticas, las fibras de Korff, forman un material no calcificado y colagenoso denominado predentina. Este material también se deposita en capas crecientes. La calcificación de los dientes en desarrollo siempre va precedida de una capa de predentina.

Los dientes hacen erupción en la cavidad bucal y están sujetos a fuerzas de desgaste.

Durante las etapas de desarrollo del ciclo de vida de los dientes, ocurren varios defectos y aberraciones.

La exfoliación y resorción de las piezas primarias está en relación con su desarrollo fisiológico, la resorción de la raíz empieza generalmente un año después de su erupción.

Existe una relación de tiempo directo entre la pérdida de una pieza primaria y la erupción de su sucesora permanente. Este intervalo de tiempo puede verse alterado por extracciones previas, que resultan en erupciones prematuras. Existen diferencias en los momentos de erupción según el sexo.

Existe una gran variación en tiempo desde el momento en que un diente atraviesa el tejido gingival hasta que llega a oclusión. El período también varía notablemente en duración entre varios tipos de piezas, parece que los caninos llegan a oclusión con más lentitud que los demás, mientras que los primeros molares llegan a oclusión en el período más corto de tiempo.

Se tiene que recordar que las piezas primarias empiezan a calcificarse entre el cuarto y sexto mes en el útero y hacen erupción entre los 6 y 24 meses de edad. Las raíces completan su formación aproximadamente un año después que hacen erupción los dientes. Los dientes caen entre los 6 y 11 años de edad. La edad de erupción de las piezas sucedáneas es en promedio unos 6 meses después de la edad de exfoliación de las piezas primarias.

La calcificación de las piezas permanentes se realiza entre el nacimiento y los 3 años de edad (omitiendo los terceros molares), aunque se han observado calcificaciones posteriores de los segundos premolares mandibulares.

La erupción ocurre entre los 6 y 12 años, y el esmalte se forma completamente aproximadamente 3 años antes de la erupción. Las raíces están completamente formadas aproximadamente 3 años después de la erupción.

CRONOLOGIA DE LA DENTICION HUMANA
 Logan y Kronfeld (Ligeramente modificada por McCall y Schour)

		Aparición en la cavidad bucal.	Rafz completa	
Detención temporaria, caduca o de leche.	Maxilar	Incisivo central	7 1/2 meses	1 1/2 años
		Incisivo lateral	9 meses	2 años
		Canino	18 meses	3 1/4 años
		Primer molar	14 meses	2 1/2 años
		Segundo molar	24 meses	3 años
	Mandibular	Incisivo central	6 meses	1 1/2 años
		Incisivo lateral	7 meses	1 1/2 años
		Canino	16 meses	3 1/4 años
		Primer molar	5 1/2 meses	2 1/4 años
		Segundo molar	20 meses	3 años
Dentición permanente ó definitiva.	Maxilar	Incisivo central	7o. -8o. año	10o. año
		Incisivo lateral	8o. -9o. año	11o. año
		Canino	11o. -12o. año	13o. -15o. año
		Primer premolar	10o. -11o. año	12o. -13o. año
		Segundo premolar	10o. -12o. año	12o. -14o. año
		Primer molar	6o. -7o. año	9o. -10o. año
		Segundo molar	12o. -13o. año	14o. -16o. año
	Mandibular	Incisivo central	6o. -7o. año	9o. año
		Incisivo lateral	7o. -8o. año	10o. año
		Canino	9o. -10o. año	12o. -14o. año
		Primer molar	10o. -12o. año	12o. -13o. año
		Segundo Premolar	11o. -12o. año	13o. -14o. año
		Primer molar	6o. -7o. año	9o. -10o. año
		Segundo molar	11o. -13o. año	14o. -15o. año
Tercer molar	17o. -21o. año	18o. -25o. año		

CAPITULO IV

HABITOS BUCALES

HABITOS BUCALES

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños.

Los dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Por este problema también se interesan el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular

un diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

El odontólogo rara vez examina a los niños hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos solo examina al niño para actuar como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino para el niño. A causa de esto es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades.

SUCCION DEL PULGAR

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar, y por igual contradictorias son las recomendaciones publicadas para la corrección del hábito.

La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión.

Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite - alimentarse de su madre y agarrarse de ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento. Evidentemente el reflejo de succión en el niño responde a una necesidad. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse de algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de - independencia o separación de la madre.

Aunque se ha dicho con frecuencia que la succión del pulgar es normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños - nunca tuvieron este hábito.

La mayoría de los hábitos de succión digital, comienzan - muy temprano en la vida y son superados hacia los 3 o 4 años de - edad. Desafortunadamente, los odontólogos ven pocos niños antes de esta época, con frecuencia, el pediatra o el médico de la familia que atiende a un niño tan pequeño, no se da cuenta de las posibles complicaciones dentarias que resultan del hábito.

Debe recordarse que muchos niños practican hábito de succión digital sin ninguna deformidad dentofacial evidente, pero --- también es cierto que la presión que ejerce el hábito de succión digital puede ser la causa directa de una maloclusión severa.

Sin embargo, algunos niños no comienzan a chuparse el -- pulgar y otros dedos, hasta que se usa como dispositivo durante -- la erupción difícil de un molar primario. Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar gozando en regresar a un patron -- de conducta infantil.

Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados -- por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados -- con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad o hasta un deseo de llamar la atención.

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de -- teorías para explicar "la succión digital no nutritiva" (como la denominan). La mayoría de las primeras ideas respecto a la succión digital estaban basadas firmemente en la clásica teoría freudiana. Freud sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual no está se-

parada todavía de la toma del alimento.

Así el objeto de una actividad, la succión digital, es el de otra, lactancia. Un desarrollo lógico de esta teoría se relaciona con intentos de detener el hábito de succión del pulgar, porque la creencia Freudiana sostiene que la interferencia abrupta de un mecanismo tan básico, probablemente conducirá a la aparición de tendencias tan antisociales como la tartamudez o la masturbación.

Otra teoría muy interesante sugiere que la succión del pulgar surge de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes - mamíferos, estos reflejos primitivos son máximos durante los primeros 3 meses de vida. La hipótesis que sostiene fue probada cubriendo las manos del infante con mitones las primeras semanas de vida, de manera que el pulgar no estaba accidentalmente implicado en el reflejo de ubicación.

Las diversas teorías respecto a la "succión digital no nutritiva" no son completamente incompatibles una con otra. Más bien sugieren que el hábito de succión del pulgar debe ser considerado como un patrón de conducta de naturaleza multivariada.

Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar -

por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores. La mayoría de los hallazgos comunicados hasta ahora, parecen apoyar mejor la teoría del aprendizaje de la succión digital está asociado con succión nutritiva prolongada y sin restricción.

En estudios realizados por pediatras se han logrado hallazgos interesantes determinando cual es la frecuencia real de succión del pulgar y los otros dedos, en un estudio de este género un promedio mayor había abandonado el hábito al llegar a los 4 años. Existían algunos, que habían continuado el hábito hasta edades tan avanzadas como 12 ó 15 años.

Se llegó a la conclusión, de que si se mantiene el hábito por más de 4 años es un factor causal de una maloclusión, en especial de la clase II.

Sin embargo, en muchos casos se ha observado que, cuando se abandona el hábito la dentadura permanente se normaliza gradualmente.

Generalmente se considera que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de --

las piezas, pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta " de los 6 a los 12 años" pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de las fuerzas, frecuencia y duración de cada período de succión.

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

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

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir que a que mano pertenece el dedo ofensor, esto se puede confirmar generalmente levantando de manera causal la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superior-

res, esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida, y según la acción de la palanca producida puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral; según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobreerupción en las piezas posteriores aumentando por lo tanto la mordida abierta, se puede dudar de que la sección del pulgar produzca un estrechamiento de la sección palatina. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores empleados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a las fracturas accidentales. La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprimiría hacia dentro el labio inferior al deglutir. El labio superior puede dilatarse hacia arriba y sellar al deglutir, en lingual a los anteriores superiores, 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 del músculo mentalis al deglutir, lo que adhiere -- fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores, al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores con algo de fuerza durante la fase final de espagmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas -- por musculatura peribucal puede servir para perpetuar una malocclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succion.

El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de Clase II, primera división y casualmente también succione su pulgar no justifica la conclusión de que succionar el dedo, por sí solo produjo la maloclusión de segunda clase, deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, la observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a este respecto.

HÁBITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede --

abierta y la protusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción del musculo mentalis al deglutir, lo que adhiere -- fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores, al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores con algo de fuerza durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas -- por musculatura peribucal puede servir para perpetuar una malocclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

El hecho de que un niño haya desarrollado una malocclusión de Clase II, primera división y casualmente también succione su pulgar no justifica la conclusión de que succionar el dedo, por si solo produjo la malocclusión de segunda clase, deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, la observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a este respecto.

HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede --

reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazan de castigo -- fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de los padres, de sus compañeros de juegos y de clases. Los hábitos que se adoptan o se abandonan fácilmente en el patron de -- conducta del niño, al madurar este, se denominan "no compulsivos".

De estas situaciones no resultan generalmente reacciones - anormales en las que el niño está siendo entrenado para cambiar - de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patron de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es "compulsivo" cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Literalmente se retrae, hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía. Las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por la falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábi-

to generalmente se presenta en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este.

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección adecuada sobre las piezas anteriores superiores.

BRUXISMO

Es un desgaste, frotamiento o rechinamiento de los dientes, de carácter no funcional. El hábito se practica con mayor frecuencia durante la noche, aunque puede observarse cuando el niño está despierto y si se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión de tanto los dientes temporales como los permanentes, y puede incluso causar molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la obscuridad, tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en los niños nerviosos e irritables, y que pueden presentar

otros hábitos. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como trastornos --- gastrointestinales. El odontólogo debe encarar el problema por la búsqueda de la causa. El ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias. Sheppard recomendó 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 abrasionados por el hábito.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde eficacia satisfactoria.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO

Otro hábito nocivo, que fué común entre las mujeres adolescentes era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parciales

mente privadas de esmalte labial. A esta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

EMPUJE LINGUAL

En hábitos de empuje lingual presentan en los niños mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión. No se ha comprobado definitivamente si la presión lingual produce mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. El empuje afecta solo los musculos linguales, el tono del labio inferior y del musculo mentalis no es afectado sino que es fortalecido.

Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce: protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo. El odontólogo frecuentemente al hacer un diagnóstico de mordida abierta, se preocupa por un hábito de succión del pulgar, sin observar un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

El tratamiento consiste en entrenar al niño para que man--

tenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Esto se logra cuando el niño llega a la edad suficiente para cooperar. Al niño de más edad se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición. Puede construirse una trampa de púas vertical.

MORDEDURA DE UÑAS

Morderse las uñas, es un hábito normal que se desarrolla después de la edad de succión. Frecuentemente el niño pasará de la etapa de succión del pulgar a de morderse las uñas. No es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, ya que las fuerzas aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

EMPUJE DEL FRENILLO

Un hábito observado raras veces es el empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas

y dejarlo en esa posición varias horas, este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplace las piezas ya mantienen separados los incisivos centrales.

HABITOS MASOQUISTAS

Ocasionalmente se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista, un niño examinado por uno de los autores, utilizaba las uñas del dedo para rasgar el tejido gingival marginal sin lacerar, exponiendo el hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

RESPIRACION BUCAL

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

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

Los que respiran por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo nor-

mal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Frecuentemente se --- observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe es--- trechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstru--- cciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos branquicefálicos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada -- por:

1. - Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la mucosa que cubre los conductos nasales, r_i nitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
2. - Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
3. - Adenoides agrandados, como el tejido adenoidal o farfn-

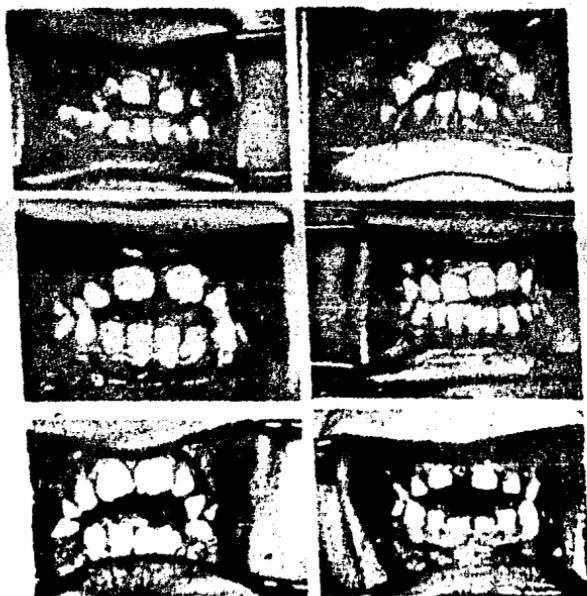
geo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa.

Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoides. La corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre, esto puede ser especialmente cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

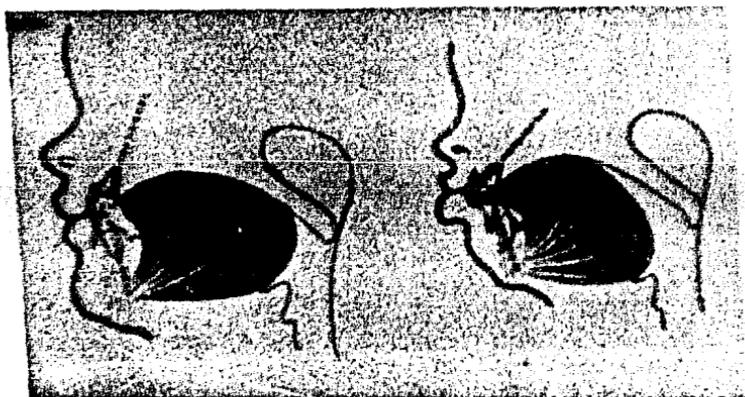
Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz, mediante la colocación de un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.



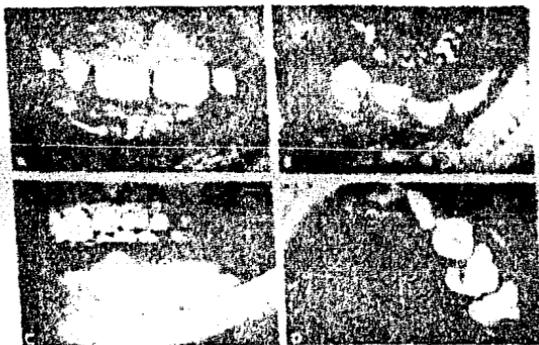
Diferentes posiciones para chuparse el pulgar y los demás -
dedos.



Maloclusiones asociadas con el hábito de chuparse el pulgar y empujar la lengua.



- a) Posición de la lengua en acción normal.
- b) Deglución Retrógrada y Empuje Lingual, donde se produce -
mordida abierta.



- a y b. Sobremordida asociada con el hábito del Bruxismo.
c y d. Desgaste excesivo de las piezas dentarias en una niña de 11 años, producido por el Bruxismo.

CAPITULO V

METODOS DE RESTRICCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE HABITOS

MÉTODOS DE RESTRICCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE HÁBITOS

Métodos Psicológicos: Los problemas de personalidad entran en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra un hábito anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza.

Algunos ortodoncistas afirman que, antes de examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

Se considera que la eliminación de un hábito, podrá hacerlo consistentemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, "únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito".

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión del dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz, frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

El procedimiento completo implica que los padres deben cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

1. - Establecer una meta de corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
2. - No criticar al niño si el hábito continúa.
3. - Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Uso de Instrumentos Intrabucuales: La mayoría de instrumentos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de este, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar, que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando un cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.

En estos casos el costo de la curación es demasiado elevado.

Métodos de Adiestramientos Extrabucales: Algunos de los métodos utilizados por los odontólogos y que no consisten en la a--

plicación de instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito.

Debe advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de suma importancia, si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso, en realidad es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito.

Es importante impresionar profundamente al niño de alguna manera es decir compensándolo durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.

El odontólogo antes de colocar algún instrumento para rom

per hábitos en la boca del niño deberá hacerse las siguientes cinco preguntas:

1. - ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño que le ayuden?

2. - Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo -- que el odontólogo trata de hacer?

3. - Relación amistosa: ¿Se ha establecido una relación a-- amistosa con el niño, de manera que en la mente de este exista una situación de recompensa, en vez de una sensación de castigo?

4. - ¿Se ha elegido una meta definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?

5. - ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades - a corto plazo?

Si las respuestas son afirmativas generalmente el odontólogo puede sentirse seguro al aplicar un instrumento de formación - de nuevos hábitos. La mayoría de las personas que informan de -- éxitos logrados con este tipo de instrumentos concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el trata- miento casi siempre condena a este al fracaso.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el odontólogo, se clasifican en instrumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años en quienes 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 instrumentos removibles; en este grupo entre los 8 y 9 años también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado" mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos en la noche, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo.

La mayor desventaja de los instrumentos removibles en --

que el niño los lleva solo cuando él desea.

TRAMPA DE RASTRILLO

La trampa de rastrillo al igual que las de punzón pueden -- ser aparatos fijos o removibles, sin embargo este aparato en realidad más que recordar al niño lo castiga, se construye de igual -- manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que -- se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina, las púas dificultan no solo la succión -- del pulgar sino también los hábitos de empuje lingual y deglución -- defectuosa.

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de -- hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar -- que el niño se permita continuar con su hábito,

La trampa puede consistir en un alambre engastado en un -- instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley o --- puede ser "defensa" añadida a un arco lingual, superior y utiliza-- da como instrumento fijo.

PROTECTOR BUCAL

Para mayor seguridad puede ser aconsejable el uso de un protector bucal; este tipo de protector se hace con plexiglas de 1.56 mm. y 2.34 mm. de espesor. Se ajusta al vestíbulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios a través del protector a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados mantenidos en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión, al asentarse el yeso se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares, con esto se hace un patron translúcido de papel y se aplica el papel sobre el plexiglas, al calentar el plexiglas se puede con una tijera cortar fácilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar el plexiglas a los modelos, se enrolla una toalla mojada sobre los modelos y se turce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores. El instrumento terminado deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y superior (1.56 mm).

El paciente lleva este protector durante la noche, un requisito es que el paciente no sufra obstrucción nasal, que imperará la respiración normal.

Deberá examinarse al paciente cada tres semanas o mensualmente en visitas posteriores, se ajustan los modelos rebajando algo de yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores, se vuelve a adaptar entonces el protector bucal, a su nueva posición con calor y toalla.

Los movimientos dentales se producen lentamente, porque el paciente solamente lo lleva un tercio del tiempo, este movimiento es de naturaleza puramente fisiológica ya que usa los músculos del paciente.

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

El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración; en algunos casos influye incluso en las piezas maxilares posteriores para que éstas se muevan distalmente lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoclusión incipiente, protector bucal.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre; esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste el odontólogo pue-

de decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz, esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal o escudo bucal que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz -- con el uso de un protector bucal deberá asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal de la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal.

Generalmente se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche para que el niño durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal si se lleva durante la noche evita que los que se muerden los labios empujen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores que los que empujan la lengua forcen ésta, entre las piezas anteriores superiores e inferiores que los ---

que respiran por la boca no lo sigan haciendo y los que succionan - el pulgar se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal, por lo tanto puede servir para múlti--- ples propósitos y debería utilizarse más extensamente.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar y más - generalmente utilizado.



Tipo de Instrumento Removible da recordatorio para desalentar Hábitos de Succión del Pulgar.



Trampa de Rastrillo Renovable fabricada para interceptar un -
hábito de empuje lingual.

CAPITULO VII

PRECAUCIONES CON RELACION AL TRATAMIENTO

PRECAUCIONES CON RELACION AL TRATAMIENTO

Después de haber desarrollado un enfoque, técnica muy hábil con respecto al problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratar los con exceso y demasiado temprano.

La coexistencia del hábito de succión del pulgar o dedos con problemas de conducta o psicológicos evidentemente identificables, señala que se debe ser cauto en cualquier intento de interrumpir ese hábito. Una manera mecánica o insensible de encerrar las cosas por parte del dentista con niños de ese tipo, e incluso con los padres, casi nunca logrará detener el hábito y puede -- exacerbar los problemas emocionales generales.

Es mucho más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención. Como sugiere el Dr. Benjamín Spock, "El momento de prestar atención a la succión del pulgar es cuando el bebé intenta hacerlo por primera vez, no cuando lo hace. Cuando el bebé trata de introducir su pulgar en la boca inmediatamente después de alimentarse, o cuando succiona con insistencia durante los intervalos, se debe pensar en la manera de satisfacer tales deseos". Puede servir de ayuda aumentar el tiempo de ali-

mentación por reducción del tamaño de la perforación del biberón o acortar los intervalos entre comidas, si los niños se alimentan con pecho, se le puede dar biberones suplementarios.

Se considera que el uso moderado del chupete es menos perjudicial que la succión del dedo y que el niño lo abandona más pronto, su empleo para complementar la succión nutritiva, al prevenir la succión del dedo puede interceptar futuras maloclusiones relacionadas con ese hábito.

Además el medio emocional y físico proporcionados -- por la madre y toda la familia son factores importantes que pueden afectar los patrones bucales adoptados por el niño.

Es muy desigual el éxito obtenido por impedimentos mecánicos tales como protectores del pulgar o envolturas del brazo para evitar la succión del pulgar, el niño que se presta a llevar tales dispositivos voluntariamente quizá sea también el tipo que respondería favorablemente a la sugerencia e interrumpiría el hábito espontáneamente.

Por otro lado el succionador el pulgar arraigado quita a menudo él mismo los dispositivos. Ello aumenta la sensación de culpa del niño y la tensión entre él y sus padres, tales reacciones

negativas refuerzan el patrón del hábito y en algunos casos crean grandes dificultades emocionales.

Después de recalcar al niño, que él solo tiene la capacidad de dejar el hábito, se sugiere el uso de un guante de lana, hay que explicar que el guante se coloca simplemente como recordatorio, y que si él realmente desea abandonar el hábito dejará puesto el guante. Si, no obstante, quita el guante, ello indicará que no está tan preparado para ser tan adulto como quisiera ser, para que este método tenga éxito, el niño debe dar su sentimiento con libertad y los padres han de abstenerse de toda interferencia en la relación entre el niño y el dentista.

Se ha comprobado que hay éxito en el uso de otros instrumentos mecánicos, se han empleado pantallas bucales y arcos palatinos con rejillas o espolones agudos. Estos se colocan únicamente para evitar la succión del dedo, o en niños con otros hábitos, tales como mordisqueo de labio o proyección de la lengua.

La pantalla bucal, que es removible, requiere el mismo tipo de paciente cooperador que se describe en el tratamiento con el guante de lana. No obstante, el succionador persistente -- quitará el aparato después de dar las buenas noches a sus padres,

o lo hará mientras está semidormido y proclamará después honestamente que no sabe como cayó.

El arco palatino con espolones agudos puede servir únicamente para cambiar el sitio de aplicación del hábito o para endurecer la piel del pulgar a medida que el hábito continúa.

Se observan algunas reacciones adversas ocasionadas por el uso de rejillas palatinas cuando persiste la succión del dedo. La presión del dedo sobre alambre puede inclinar los molares superiores de anclaje hacia mesial, si los molares se hayan en clase I o neutroclusión, es factible su desplazamiento hacia una relación de clase II o distoclusión.

También puede suceder que el alambre se hunda en la mucosa palatina y produzca delaceraciones profundas.

La necesidad de eliminar el hábito de succión es obvia, y cualquier método discutido es utilizable con ventaja en ciertos casos.

Son consideraciones importantes la edad y la madurez del niño, ya que es necesaria su cooperación. Cuando se trata de denticiones temporarias, o sea de niños de 6 a 7 años, las probabilidades de cooperación son mínimas, se logra mayor éxito en denticio

nes mixtas (de 7 a 10 años).

Klein ofrece un enfoque más precavido con su sugerencia - de diferenciar el hábito de succión "significativo del hábito de succión vacío".

Describe el hábito significativo como aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento acertado para este tipo de hábito es una orientación psicológica.

El hábito de succión de vacío es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar, en estos casos la corrección del hábito - se realiza por medios odontológicos, es decir por la aplicación de un instrumento recordatorio.

Klein afirma que el niño deberá mostrar un sincero deseo - de corregir el hábito, antes de que el odontólogo le aplique el aparato.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales son considerados como una disposición adquirida por actos repetidos como presiones desequilibradas y dañinas, su tratamiento entra en el campo médico familiar, el Psi--quiatra y el Odontopediatra.

Sea cual sea el hábito, el resultado final frecuente es: mordida abierta, maloclusión o patología en los tejidos de soporte.

Quando se han eliminado las causas que pueden haber sido -productoras del hábito, es importante que el Odontólogo formule -un diagnóstico y entre en acción corrigiendo las deformaciones que ocasionó dicho hábito.

En este campo el Odontólogo puede ayudar con la compren--sión del niño, la cooperación de los padres y con una buena rela--ción amistosa en el dentista y el niño.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

FINN, Sidney B. ODONTOLOGIA PEDIATRICA, 4a. Ed.

Editorial Interamericana.

GRABER, T. M. ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA, 3a. Ed.

Editorial Interamericana.

MOYERS, E. Robert. MANUAL DE ORTODONCIA, 3a. Ed.

Buenos Aires, Argentina, Ed. Interamericana.

RALPH, E. Donald M. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL
ADOLECENTE. Dr. Horacio Martínez. 2a. Ed.

Buenos Aires, Argentina, Ed. Mundi.

HIRSCHFELD, Leonar Arnold Geiger. PEQUEÑOS MOVIMIENTOS
DENTARIOS, 2a. Ed.

Buenos Aires, Argentina, Ed. Mundi, 1969.