

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DETECCION Y CONTROL DE HABITOS ORALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
JORGE LUIS NAVARRO SOUZA

MEXICO, D. F.

1986



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

DETECCION Y CONTROL DE
HABITOS ORALES

INTRODUCCION

I.- GENERALIDADES

II.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE CABEZA Y CUELLO

III.- CONCEPTOS GENERALES DE OCLUSION

IV.- ETIOLOGIA

V.- CLASIFICACION DE HABITOS ORALES

VI.- CONTROL Y TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

Al presentar este trabajo pretendo dar a conocer lo que son los hábitos orales, su causa, la forma de detectarlos, y por supuesto sus diversas formas de interceptarlos y eliminarlos.

Se consideran los hábitos orales como serios precursores de maloclusión y es de gran importancia el detectarlos y eliminarlos a tiempo a fin de evitar problemas mayores.

Asimismo es nuestro deber como cirujanos dentistas hacer conocer a los pacientes del problema que un hábito puede ocasionar, e incluir dentro del problema a los padres para ayudar al paciente a sobreponer dicho hábito.

Al mismo tiempo que expongo lo anterior quiero hacer hincapié a manera de orientación, que cuando esté presente algún hábito oral, a la persona que se debe recurrir primeramente es el dentista.

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

En lo referente a nuestra existencia, se han observado diferentes maneras de comportamiento así como varios tipos de hábitos.

Esto se ha visto desde la antigüedad, así Platón observó que los niños imitaban los hábitos de los mayores, Rousseau intuía que los hábitos se debían a un ajuste psicológico del niño por las normas que establecía la sociedad y del conocimiento de lo malo y lo bueno.

Odontológicamente : Un hábito se define como la práctica o costumbre adquirida por las repeticiones de actos de la misma especie.

Thompson describió un hábito como : La práctica fija producida por la constante repetición de un acto.

Walter dedujo, que un hábito resulta de la influencia del medio ambiente sobre un patrón normal básico.

El psicólogo W. James afirmó : Que un hábito adquirido visto psicológicamente es otra forma de descarga formado por el cerebro, a través del cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Los dentistas consideran los 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 emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse anormales, si continúan estos hábitos largo tiempo.

Resumiendo, observamos que existen diferentes opiniones y definiciones sobre lo que es un hábito, sin embargo los autores concuerdan que la acción debe repetirse, haciéndose más inconscientemente y que deriva de una modificación de la conducta o de un esfuerzo compensador provocado por la existencia de un trastorno emotivo, con la finalidad de modificar el equilibrio de la cavidad oral.

Este equilibrio está formado por la correcta relación de las arcadas y los dientes, así como las fuerzas musculares extraorales e intraorales y su relación con el sistema nervioso central.

De esta forma el hombre se rige por hábitos benéficos o dañinos que se realizan inconscientemente, y se realizan frecuentemente, cabe mencionar que los hábitos que no provocan alteraciones psicológicas o físicas no son de importancia, como dormir o caminar. No por el contrario, existen hábitos perniciosos los cuales es necesario detectarlos y contrarrestarlos rápidamente; en la niñez es cuando se adquieren la mayor parte de los hábitos, en esta etapa el niño necesita esfuerzo consciente que por el contrario un adulto lo realiza mediante repetición y de manera inconsciente.

Un aspecto de interés dentro de la realización de un hábito es la edad del paciente, debido a que en ciertas etapas del desarrollo algunos se consideran normales, ejemplificando: en el feto, la succión del pulgar alrededor de las 28 semanas, considerándose este reflejo de interés debido a que al nacer el niño debe succionar para nutrirse y se le considera normal hasta los dos años cuando se suprime la mamila y se realiza la succión del pulgar, y si extralimita este período se puede pensar en un hábito adquirido.

Dentro de nuestra profesión los hábitos por detectar son aquellos que nos podrían modificar la armonía de la cavidad bucal.

Para que un hábito nos produzca daños existe una relación conocida como Tríó de Factores que Modifican al Hábito :

Duración

Frecuencia o

Intensidad

Duración. - Es el tiempo que lleva establecido el hábito como ejemplo: si su duración vá más allá de la primera infancia.

Frecuencia. - Vale decir la cantidad de veces que el hábito se repite en determinada cantidad de tiempo. Como ejemplo citaré: si se efectúa en el día o la noche o en ambas.

Intensidad. - Es la fuerza con que se realiza el hábito. Como ejemplo: Un niño al succionarse el dedo produce demasiado ruido.

Se sabe que todo hábito tiene un origen neuromuscular en forma de actividad refleja como una respuesta a estímulos -- provenientes de un receptor que pasa por fibras sensitivas -- hacia el sistema nervioso central y retorna a la periferia -- por medio de fibras motoras y llegan en forma de respuesta a los músculos.

Esta actividad neuromuscular se manifiesta en forma de -- cuatro reflejos y son :

1.- Reflejos Incondicionados :

Son aquellos que están presentes al nacer y no implican aprendizaje, aparecen como parte normal de maduración prena

tal del sistema neuromuscular, como ejemplo: deglución.

2.- Reflejos que aparecen con el crecimiento y el desarrollo, hasta que el sistema nervioso central y los músculos han logrado la capacidad de aprender, como ejemplo: la masticación.

3.- Reflejos Condicionados: estos reflejos resultan de la asociación de un estímulo neutro que por ejercicio se transforma en un estímulo condicionado. Son aquellos que son aprendidos, ejemplo: el hábito de protrusión lingual.

4.- Esfuerzos Voluntarios: Son los regidos por el centro cortical y es donde se conjuntan las actividades reflejas. Como ejemplo citaré el hecho de que el niño ha relacionado la succión del dedo como sustituto de alimento para aliviar la frustración del hambre al no tener alimento proporcionado por la madre.

Un lactante para alimentarse se rige por 2 instintos :

1.- Instinto Alimentario

2.- Instinto de succión

Para lograrlo se vale de dos reflejos hereditarios que son el de succión y de deglución.

Dichos reflejos están íntimamente relacionados con el desarrollo y evolución de la especie, siendo indispensables para la vida y deben funcionar en el acto después del nacimiento sin que sea necesario que se ejerciten.

Por ejemplo: un bebé que es amamantado en los primeros seis minutos toma la mayor parte de la leche, y en los diez minutos restantes satisface su instinto de succión, así la madre lo continúa amamantando hasta que el niño una vez sa-

tisfecho su instinto de succión lo deja de hacer.

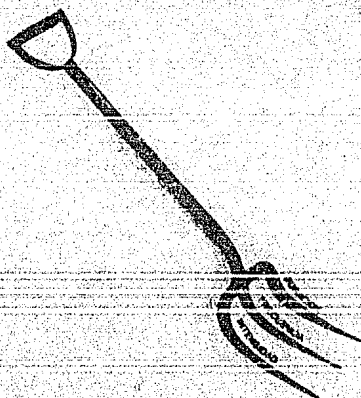
En un niño alimentado por medio de biberón, se le retira este al haberse acabado el alimento, esto ocurre entre 5 y - 10 minutos, sin embargo el niño al no haber complementado su necesidad de succión buscará lo primero a su alcance para poder succionar, siendo generalmente su pulgar.

Dentro de la clasificación de Moyers, divide en tres estadios el patrón de principios de aprendizaje muscular. Citando un ejemplo: Una persona que tiene el problema de deglución anormal, tendrá que asimilar los principios de aprendizaje muscular a fin de que aprenda un nuevo patrón de deglución. Este patrón de deglución seguirá la siguiente trayectoria :

- 1.- El cerebro deberá tener claridad de la tarea a dominar.
- 2.- Se deben marcar nuevos caminos y el reflejo condicionado debe ser reforzado por la práctica repetida de la nueva habilidad.
- 3.- El control de la ejecución de la nueva habilidad debe pasar en gran medida desde los centros más elevados del cerebro medio, el péndulo cerebral y la médula espinal.

Así deducimos que, en la formación de un hábito debe haber predisposición a este, agregando aptitud física y mental. En una persona que se le demuestra esta predisposición, tendrá que dirigirse el esfuerzo, que en el inicio es muy difícil, puesto que los músculos no están entrenados, y que se requiere de un gran esfuerzo, posteriormente con la práctica los músculos responden más rápidamente. Esto es que los impulsos tardan en pasar a lo largo de los nervios aferentes hasta el cerebro, para que regresen por los nervios eferentes hasta -

los músculos. Así con repetición constante se reduce el tiempo en regresar un estímulo, hasta presentarse este en una -- respuesta casi espontánea. De esta forma, si en la génesis de un hábito se necesita gran esfuerzo consciente, el final requerirá nada de esfuerzo.



Trío de Factores que Modifican al Hábito.

C A P I T U L O II

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE CABEZA Y CUELLO

Prenatal : Durante esta etapa, el aumento de estatura es del orden de cinco mil veces, mientras que solo existe un aumento de tres veces durante el período postnatal.

El aumento de peso es de 6500 millones de veces el del óvulo a el nacimiento y solo veinte veces desde el nacimiento hasta la madurez.

El crecimiento es un proceso ordenado, hay épocas en que se intensifica.

La vida prenatal se divide en tres períodos :

- 1.- Período de huevo, que abarca desde el momento de la fecundación, hasta el fin del día catorce.
- 2.- Período embrionario, que va del día 14 al 56.
- 3.- Período fetal, va del día 56 hasta el nacimiento.

Período del Huevo.-

Consiste principalmente en la segmentación del huevo y su inserción a la pared del útero. Al terminar este período inicia la diferenciación celélica.

Período embrionario.-

A los 21 días después de la concepción, la cabeza empieza a formarse, compuesta primordialmente por el prosencéfalo, la parte inferior de este se convertirá en la prominencia o giba frontal, que se localiza por arriba de la hendidura bucal en desarrollo. Los procesos maxilares rudimentarios rodean la hendidura bucal. La cavidad bucal primitiva, los dos procesos maxilares u el arco mandibular conjuntamente son llamados Estomodeo.

Se desarrolla la mayor parte de la cara entre la tercera y la octava semana de vida intrauterina.

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior. Los procesos nasales medios crecen hacia abajo más rápidamente que los procesos nasales laterales, estos últimos no contribuyen a la estructura que posteriormente forman parte del labio superior. La línea de unión de los procesos nasales medios y maxilares está indicada por la presión que se forma en la línea media del labio superior llamado Philum.

Por debajo del estomodeo y los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media para formar parte del maxilar superior, localizamos los cuatro sacos faríngeos que forman los arcos y surcos branquiales. Las paredes laterales de la faringe están divididas en arcos branquiales, solo los primeros arcos reciben nombres y son el maxilar inferior y el hideo. Y se encuentran inervados por núcleos eferentes viscerales del sistema nervioso central, que también activan los músculos viscerales.

El desarrollo embrionario en realidad comienza después de que el primordio de otras estructuras craneales se han desarrollado, aparecen condensaciones de tejido mesenquimatoso entre estas estructuras y alrededor de ellas, tomando una forma que reconoceremos como cráneo. El tejido mesenquimatoso también aparece en la zona de los arcos branquiales.

Los procesos maxilares y el proceso nasal de los maxilares ocurren durante la séptima semana del embrión. Los ojos se mueven hacia la línea media.

El desarrollo del primordio cartilaginosa del cráneo o condocráneo sucede cuando el tejido mesenquimatoso condensado de la base del cráneo y de los arcos branquiales, se convierten en cartílago. La base del cráneo es parte del condo-

cráneo y se une en la cápsula nasal al frente y las cápsulas óticas a los lados. Surgen los primeros centros de osificación endocondral, siendo reemplazado el cartílago por hueso, dejando solo las sicondrosis o centros de crecimiento cartilaginoso.

Igualmente, aparecen las condensaciones de tejido mesenquimatoso del cráneo y de la cara y comienza la formación intramembranosa del hueso.

Al inicio de la octava semana, el tabique nasal se reduce, la nariz es más prominente y empieza la formación del pabellón del oído, al finalizar esta semana el embrión ha aumentado su longitud cuatro veces, las fosetas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad bucal y pueden llamarse narinas, simultáneamente, se forma el tabique cartilaginoso de células mesenquimatosas de la prominencia frontal y del proceso nasal medio existe una demarcación aguda entre los procesos nasales laterales y maxilares, al cerrarse este, se convierte en el conducto nasolagrimal.

Se ha formado el paladar primario y hay comunicación entre las cavidades nasal y bucal, a través de las ceanas primitivas. El paladar primario se desarrolla y forma el premaxilar, el reborde alveolar subyacente y la parte inferior del labio superior. Al final de la octava semana la cabeza es reconocible y toma proporciones humanas.

Período Petal.-

Los cambios dentro de este período son de proporción y tamaño.

El maxilar superior es esencialmente un hueso membranoso, clínicamente es importante la diferencia en la reacción de los huesos membranosos y endocondrales a la presión, en la -

última mitad del período fetal, el maxilar superior aumenta su altura mediante el crecimiento óseo entre las regiones orbitarias y alveolar.

La forma del paladar se estrecha en el primer trimestre de la vida fetal, de amplitud moderada en el segundo trimestre del embarazo y ancha en el último trimestre fetal.

Se pueden agrupar los cambios del maxilar inferior en :

1.- La placa alveolar se alarga más rápidamente que la rama.

2.- La relación entre la longitud de la placa alveolar y la longitud mandibular total es casi constante.

3.- La anchura de la placa alveolar aumenta más que la anchura total.

4.- La relación de la anchura entre el ángulo del maxilar inferior y la amplitud total es casi constante durante la vida fetal.

CreCIMIENTO del Paladar :

La porción del paladar surge de la parte del maxilar que se origina de los procesos maxilares. El proceso nasal medio contribuye también a la formación del paladar, ya que sus aspectos más profundos dan origen a una porción triangular media pequeña del paladar identificada como el segmento premaxilar, los segmentos laterales surgen como proyecciones de los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media por proliferación diferencial.

Al proliferar hacia abajo y hacia atrás el tabique nasal, las proyecciones palatinas aprovechan el crecimiento rápido del maxilar inferior, lo que permite que la lengua caiga en sentido caudal. Debido a que la masa de la lengua no

se encuentra ya interpuesta entre los procesos palatinos, la comunicación buconasal se reduce.

Los procesos palatinos continúan creciendo hasta unirse a la porción anterior con el tabique nasal que prolifera hacia abajo, formando el paladar duro. Esta fusión progresa de adelante hacia atrás y alcanza el paladar blando. La falta de unión entre los procesos palatinos y el tabique nasal da origen a un defecto congénito que es el paladar hendido.

Crecimiento de la Lengua.-

La lengua posee gran importancia en la matriz funcional de las influencias epigenéticas y ambientales sobre el esqueleto óseo, así como su posible papel en la maloclusión dental. La superficie de la lengua y músculos linguales provienen de estructuras embrionarias diferentes y experimentan cambios que exigen que se consideren por separado.

Durante la quinta semana de vida embrionaria, aparecen en el aspecto interno del maxilar inferior protuberancias linguales laterales. Una pequeña proyección media, se alza entre ellas: el tubérculo impar. En dirección caudal a este tubérculo se encuentra la cápsula, que une el segundo y tercer arco branquial para formar una elevación media y central que se extiende hacia atrás: la epiglotis. El tejido del mesodermo del segundo, tercero y cuarto arcos branquiales crece a cada lado de la cúpula y contribuye a la estructura de la lengua. El punto en el que se unen el primero y el segundo arco branquial está marcado por el agujero ciego, por atrás del surco terminal, este sirve de línea divisoria entre la raíz, la porción activa y la base de la lengua.

Una parte de su inervación proviene de la rama mandibular del quinto par craneal. El hendid o segundo arco bran-

cuial contribuye a la inervación de las papilas gustativas o séptimo nervio craneal.

Por debajo de la cubierta ectodérmica se encuentra la masa cinética de fibras musculares especializadas bien desarrolladas, admirablemente separadas, antes del nacimiento, para llevar a cabo múltiples funciones que exigen la lactancia, - la succión y deglución.

Crecimiento del Maxilar Inferior.-

Hay una gran rapidéz de crecimiento del maxilar inferior entre la octava y decimasegunda semana de vida fetal. Al aumentar la longitud del maxilar inferior, el meato auditivo - externo parece moverse en sentido posterior. El cartilago de Meckel, que aparece durante el segundo mes, es precursor del mesénquima que se forma a su alrededor y es causante del crecimiento del maxilar inferior. Cercano al condocráneo, se observa el martillo, yunque y estribo del oído, que se encuentra a los tres meses casi totalmente formado.

El cartilago de Meckel está cubierto en su parte posterior por hueso, y la osificación cesa en el punto que será - la espina de Spix. La parte restante formará el ligamento esfenomaxilar y la apófisis espinosa del esfenoides. El desarrollo y osificación temprana de los huesos del sistema estomatognático es muy evidente en un feto a las catorce semanas. La osificación del cartilago que prolifera hacia abajo no comienza hasta el cuarto o quinto mes de vida. Y hasta el vigésimo año de vida sucede la osificación.

Crecimiento del Cráneo.-

El crecimiento inicial de la base del cráneo se debe a - la proliferación del cartilago que es reemplazado por hueso,

principalmente en la sincondrosis, en la bóveda del cráneo o desmocráneo, el crecimiento se realiza por proliferación del tejido conectivo entre las suturas y es reemplazado por hueso. A pesar de la rápida osificación de la bóveda craneal en las etapas finales de la vida fetal, los huesos del desmocráneo se encuentran separados uno del otro por las frontanclas, al nacer el niño.

Durante los tres primeros meses de vida, ocurren los cambios más importantes. El crecimiento en tamaño y cambio de posición son los que persisten principalmente en la vida intrauterina.

Grecimiento de la Faringe.-

La faringe se desarrolla primero de la pared lateral de tejido ectodérmico y tejido mesenquimatoso subyacente.

Los extremos proximales del primero y segundo arco branquial proporcionan la articulación del maxilar inferior, la articulación temporomandibular puede observarse en un embrión de mes y medio aproximadamente, formándose posteriormente el cóndilo que se encuentra entre el extremo superior del cartílago de Meckel y el hueso malar en desarrollo. Terminando la decimoséptima semana las cavidades de la articulación están formadas. El disco articular y el músculo pterigoideo externo se forman en el segundo trimestre, durante la décima semana aparecen concentraciones cartilagosas en la cabeza del maxilar inferior.

Al ir creciendo el embrión, los sacos y arcos branquiales se diferencian formando diversos órganos. La cavidad timpánica del oído medio y la trompa de Eustaquio provienen del primer saco. La amígdala palatina surge, en parte del segundo saco. El timo y la paratiroides se originan en el tercero

y cuarto sacos. Y en el saco faríngeo se originan la amígdala faríngea y la lingual.

Crecimiento Postnatal del Maxilar y Mandíbula.--

Dicho crecimiento es una continuación de los procesos embrionarios y fetales ya que el crecimiento del cráneo y del esqueleto, principalmente el intramembranoso, prosigue hasta el vigésimo año de vida, por el crecimiento de suturas y del periostio principalmente.

Para Noyes el hecho de que la cara del hombre sea su factor filogenético más reciente puede ser el motivo de que sea tan inestable. Los cambios que se producen no parecen ser uniformes y no ocurre simultáneamente. Los complicados de transformación y translación difieren de un sitio a otro, de tiempo en tiempo.

Crecimiento Óseo.--

El precursor de todo hueso es siempre el tejido conectivo. Los huesos están compuestos de dos sustancias:

Células óseas u osteocitos y sustancia intercelular.

Los osteocitos son de dos tipos:

- 1.- Células formadoras de hueso, u osteoblastos.
- 2.- Células que reabsorben al hueso, u osteoclastos.

Al formarse el hueso endocondral, los condrocitos se diferencian de las células mesenquimatosas originales y forman el modelo rústico, el cual está rodeado de células pericondriales.

La masa cartilaginosa crece por aposición y por incremento intersticial, así aparece el centro de formación de hueso primario. Las células cartilaginosas se hipertrofian y la matriz entre los condrocitos empieza a calcificarse. Al mismo

tiempo, del pericondrio sale una proliferación de vasos sanguíneos hacia la masa cartilaginosa cambiante. Estos vasos - llevan consigo células mesenquimatosas indiferenciadas que - forman osteoblastos.

Los osteoblastos forman hueso medular dentro del molde - anterior del cartílago, el pericondrio se diferencia para -- convertirse en el periostio, el cual en forma intramembrano- sa empieza a formar hueso.

Los osteoblastos recién diferenciados forman la matriz - osteoide; la cual se calcifica para formar hueso. Los osteo- blastos continúan formando matriz osteoide quedando atrapa- dos en su propia matriz y se convierten en osteocitos. La -- vascularización final del hueso depende de la velocidad con que es formado.

Un factor importante de la calcificación es la actividad enzimática de los osteocitos. El factor del crecimiento es - debido a adición o aposición.

Las células del tejido conectivo próximas al hueso ya -- formado se diferencian, se convierten en osteoblastos y depo- sitan nuevo hueso sobre el viejo. Mediante una combinación - complicada de actividades osteoclásticas y osteoblásticas el hueso puede reorganizarse.

Constantemente puede observarse resorción y aposición. - En el período de crecimiento, la aposición supera a la resor- ción. Dichos procesos se encuentran balanceados en el adulto, sin embargo pueden desequilibrarse en la ancianidad.

En el cráneo los huesos crecen uno hacia el otro, la re- gión osteogénica entre ellos es ocupada por tejido conecti- vo. A esta zona se le llama sutura. A medida que el hueso -- reemplaza el tejido conectivo de la sutura, aumenta su tama- ño. Más sin embargo el crecimiento óseo y del periostio cesa.

Los tejidos blandos dominan el crecimiento de los huesos, así el hueso crece en la dirección de menor resistencia.

Crecimiento del Cráneo.-

El producto al nacer tiene 45 elementos óseos en su cráneo, separados por cartilago o tejido conectivo. En los adultos el número se reduce a 22 huesos, después de terminar la osificación. Ocho forman el cráneo y catorce se encuentran en la cara.

Existen tres teorías principales que se refieren al crecimiento del cráneo :

Sicher afirma que todos los tejidos osteogénicos tienen el mismo valor, cartilago, suturas y periostio. Se le conoce como teoría del dominio sutural, con proliferación del tejido conectivo y aposición de hueso en las suturas como principal fenómeno.

Scott dice que los factores intrínsecos que controlan el crecimiento se encuentran presentes en el cartilago y el periostio y las suturas son solo centros secundarios dependientes de la influencia extrasutural. El crecimiento sutural corresponde a la proliferación de la sincondrosis y a los factores ambientales locales.

Para Moss el crecimiento óseo del cráneo es totalmente secundario. Concede importancia al dominio de las estructuras no óseas del complejo craneofacial sobre las porciones óseas, y que el crecimiento de los componentes esqueléticos ya sea intramembranoso o endocondral, depende principalmente del crecimiento de las matrices funcionales.

Dividimos el crecimiento del cráneo en crecimiento de la bóveda del cráneo o cápsula cerebral, que se refiere primordialmente a los huesos que conforman la caja en que se aloja

el cerebro; y el crecimiento de la base del cráneo que divide al esqueleto craneofacial.

Crecimiento de la Base del Cráneo.-

La base del cráneo crece primordialmente por crecimiento cartilaginoso en la sincondrosis esfenocetmoidal, interesfenoidal, esfenoccipital e intraoccipital, siguiendo principalmente la curva de crecimiento general, la actividad de la sincondrosis interesfenoidal desaparece en el momento de nacer, la sincondrosis intraoccipital se cierra en el tercero o quinto año de vida, la sincondrosis esfenoccipital es uno de los centros principales, aquí no cesa sino hasta los 20 años de vida la osificación endocondral.

Crecimiento de la Bóveda del Cráneo.-

El cráneo comienza su crecimiento en el momento en que el cerebro comienza a crecer. El crecimiento se acelera en la infancia. Al final del quinto año de vida, más del 90% del crecimiento de la cápsula cerebral o bóveda del cráneo, ha sido logrado.

Con el crecimiento y engrosamiento de la bóveda del cráneo aumenta la distancia entre las tablas interna y externa en la región supraorbital. Esto se puede observar en la superficie externa como la formación de un reborde.

La bóveda del cráneo crece en altura principalmente por la actividad de las suturas parietales junto con las estructuras óseas contiguas, esfenociales y occipitales temporales.

Maxilar Superior.-

La posición del maxilar superior depende del crecimiento de la sincondrosis esfenoccipital y esfenocetmoidal. El maxilar superior se encuentra unido a la base del cráneo. El cre

cimiento del maxilar superior es intramembranoso, similar al de la bóveda del cráneo. Las proliferaciones de tejido conectivo sutural, osificación, aposición superficial, resorción y translación son los mecanismos para el crecimiento del maxilar superior.

El maxilar superior se encuentra unido al cráneo parcialmente por la sutura frontomaxilar, la sutura cigomáxicamaxilar, y pterigopalatina, estas suturas son todas oblicuas y paralelas entre sí, por lo que el crecimiento de esta zona sirve para desplazar el maxilar superior hacia abajo y adelante. Es posible que el crecimiento endocondral de la base del cráneo y el crecimiento del tabique nasal puedan dominar la reacción de los huesos membranosos y estimular hacia abajo y adelante el complejo maxilar.

Los tejidos blandos y los elementos esqueléticos ligados a una sola función se le llama componente funcional craneal. El origen del crecimiento y el mantenimiento de la unidad esquelética depende casi exclusivamente de su matriz funcional, se hace constar que la unidad básica esquelética maxilar es la triada neurovascular infraorbital.

El hueso basal del maxilar inferior sirve de mecanismo de protección para el nervio trigémino.

Los huesos de la cara son llevados pasivamente hacia afuera, por la expansión primaria de las matrices bucofaciales (orbital, nasal y bucal).

El movimiento pasivo hacia adelante del maxilar superior es compensado continuamente por las aposiciones en la tuberosidad del maxilar y las apófisis palatinas de los huesos maxilar superior y palatino.

Se mencionan tres tipos de crecimiento óseo que suceden

en el maxilar superior :

1.- Cambios producidos por la compensación de los movimientos pasivos del hueso, causados por la expansión primaria de la cápsula bucofacial.

2.- Cambios en la morfología ósea, provocados por alteraciones de volumen absoluto, tamaño, forma y posición especial de las matrices funcionales independientes del maxilar superior, tal como la masa de la órbita.

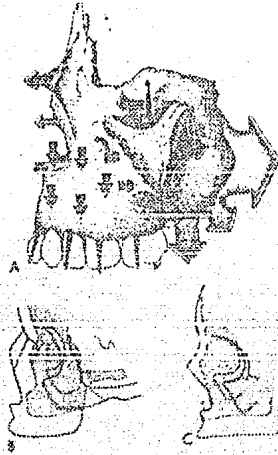
3.- Cambios óseos asociados con la conservación de la forma del hueso mismo.

Un factor principal en el aumento de la altura del complejo maxilar es la aposición continua del hueso alveolar sobre las márgenes libres del reborde alveolar al hacer erupción los dientes. Al descender el maxilar superior, prosigue la aposición ósea sobre el piso nasal y aposición de hueso sobre la superficie palatina inferior.

Quando es necesario expandir los segmentos palatinos, por que existen deficiencias en el crecimiento del maxilar superior, el espacio dejado se reemplaza por tejido conectivo.

El crecimiento del maxilar se realiza no solo a lo largo de las suturas sino también por adición de hueso en su superficie, como es el modelado externo de este hueso, así como el desarrollo del seno maxilar es un ejemplo de desarrollo por absorción ósea.

Se ha comprobado que el mayor aumento es en la altura del maxilar superior, después en profundidad y finalmente en anchura. El crecimiento en anchura se lleva a cabo relativamente temprano sin diferencia en los sexos. Pero el crecimiento hacia abajo y adelante está ligado al sexo en la pubertad, - el crecimiento en los varones se presenta 1 o 3 años después del crecimiento en las niñas.



Desarrollo del Maxilar Superior e Inferior en todas Direcciones



Maxilar Inferior.-

Al nacer las dos ramas del maxilar inferior son muy cortas. El desarrollo de los cóndilos es mínimo y casi no existe eminencia articular en las fosas articulares. Una delgada capa de fibrocartilago y tejido conectivo se encuentra en la porción media de la sínfisis para separar los cuerpos mandibulares derecho e izquierdo. Entre los 4 meses de edad y al final del primer año, el cartilago de la sínfisis es reemplazado por hueso.

El cartilago hialino del cóndilo se encuentra cubierto por una capa densa y gruesa de tejido fibroso conectivo. Por lo tanto el cartilago del cóndilo no solo aumenta por crecimiento intersticial, como los huesos largos del cuerpo, sino que es capaz de aumentar de grosor por crecimiento y por aposición bajo la cubierta del tejido conectivo.

Weinman y Sicher apoyan la idea de que el cóndilo es el principal centro de crecimiento del maxilar inferior y que está dotado de un potencial genético intrínseco. Si dicha teoría es correcta, el cóndilo crece mediante dos mecanismos:

- 1.- Mediante la proliferación intersticial en la placa epifisial del cartilago y su reemplazo por hueso.
- 2.- Y por aposición del cartilago bajo un crecimiento fibroso singular.

El cóndilo realmente no es el factor que controla el desarrollo de la mandíbula, y esto lo indica la reanudación inmediata del crecimiento del maxilar hacia abajo y adelante, así como la translación basal del maxilar y el aumento de la altura vertical.

Existe realmente crecimiento por aposición en todas las superficies; por ejemplo : el crecimiento en el reborde posterior es la mayor contribución en anchura.

Las dos ramas divergen hacia afuera, de abajo hacia arriba de tal forma que el crecimiento por adición en la escotadura sigmoidea, apófisis coronoides y el cóndilo también aumenta entre las ramas la dimensión superior.

Durante el crecimiento continuo del hueso alveolar con la dentición en desarrollo aumenta la altura del cuerpo de la mandíbula.

El hueso alveolar se ha especializado hasta un alto grado de su capacidad para responder a las presiones positivas o negativas que sobre el desarrollo ejerce la membrana periodóntica.

Mecanismos de Crecimiento en la Región del Cóndilo del Maxilar Inferior.-

Han sido propuestos dos tipos básicos de matrices funcionales, y son : La matriz capsular y perióstica. Y es de manera ilustrada como un componente funcional que consta del músculo temporal y la apófisis coronoides. Este proceso surge primero como el primordio del músculo temporal, cuya capacidad contráctil está bien desarrollada en las etapas prenatales. El crecimiento subsecuente también se presenta dentro de esta matriz muscular. La porción fibrosa, no contráctil del músculo temporal está adherida a la apófisis coronoides de varias formas : indirectamente a la capa externa fibrosa del periostio y en parte por su inserción al músculo esquelético mismo, en la etapa postnatal tardía principalmente.

De manera completamente homóloga los vasos sanguíneos y glándulas provovan cambios morfológicos en sus unidades esqueléticas adyacentes.

La actividad integrada de las matrices capsulares y periósticas en el crecimiento de la cara se demuestra en el crecimiento del maxilar inferior.

El crecimiento del maxilar inferior parece ser una combinación de los efectos morfológicos de las matrices, cápsulas y periostio. El crecimiento de la matriz capsular causa una expansión de la cápsula entera. La unidad microesquelética - envuelta es trasladada pasivamente en forma secundaria en el espacio a posiciones sucesivas nuevas. Las matrices periósticas relacionadas con la unidad microesquelética constitutiva también responden a la expansión volumétrica.

Un desarrollo deficiente de la mandíbula nos produce un caso de micromandíbula, y por el contrario un crecimiento exagerado nos produce prognatismo.

El crecimiento y desarrollo faciales conforman un proceso complejo a través del cual toman forma las normas genéticas y asistido por la función, el individuo progresa hacia la madurez. El equilibrio y la armonía de un rostro maduro están condicionados por :

- 1.- La unidad de los tejidos duros y blandos.
- 2.- La velocidad del crecimiento genético y su grado de crecimiento.
- 3.- La magnitud de la interferencia con factores fisiológicos como enfermedad, presión o trauma y el momento en que puede ocurrir.

Las malas relaciones de los huesos, con solo cambiar la posición de los dientes, la actividad muscular puede mejorar, sin embargo la relación basal ósea seguirá siendo la misma.

Desarrollo de la Dentición.-

Con frecuencia se observan ciertas fases normales que se consideran como maloclusiones, durante la etapa de erupción dentaria. Y es debida siempre a la falta de conocimientos básicos en el crecimiento y desarrollo de la dentición.

Los dientes temporales empiezan a erupcionar a los seis meses de edad aprox., los dientes inferiores erupcionan generalmente unos 2 meses antes que los superiores correspondientes, siendo el primero el incisivo central inferior.

Generalmente a los 3 años de edad los dientes entran en oclusión, los que no suelen presentar curva de Spee, además tienen escasa interdigitación cuspídea, poca sobremordida y un mínimo de apiñamiento.

Tabla de Erupción de Dientes Temporales :

Incisivos Centrales	6 a 8 meses
Incisivos Laterales	8 a 10 meses
Primer Molar	12 a 16 meses
Canino	16 a 20 meses
Segundo Molar	20 a 30 meses

De los 3 a los 6 años continúa el desarrollo de los dientes permanentes.

Alrededor de los 6 años de edad los dientes permanentes en desarrollo siguen su movimiento hacia el reborde alveolar y están a punto de erupcionar los primeros molares permanentes.

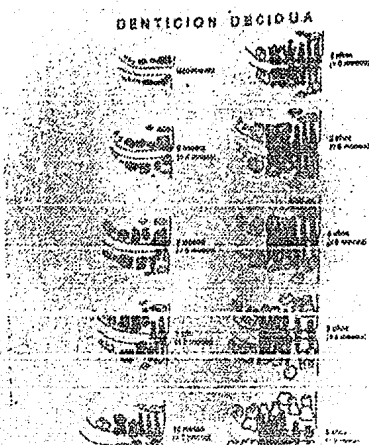
Existen movimientos fisiológicos continuos para mantener el espacio vital necesario que ocuparán los dientes permanentes al erupcionar, la interdigitación complicada de fuerzas hace indispensable que se mantenga la integridad de la arcada dentaria en este momento. Cabe mencionar que los procesos cariogénicos hacen una gran diferencia entre maloclusión y oclusión normal, pues se pierde en cada arcada la longitud.

Entre los siete y ocho años se presenta una etapa crítica.

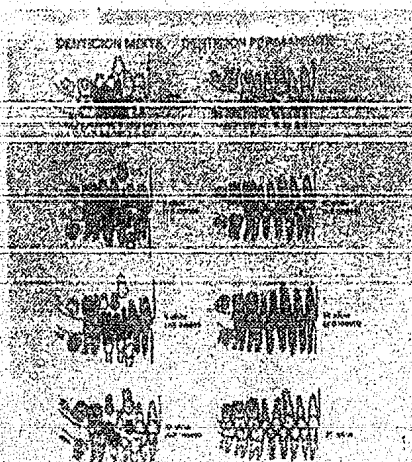
ca para la dentición en desarrollo y es necesario que se le vigile a menudo, mediante un estudio radiográfico se podrá ver si la resorción de los temporales es normal, si existen dientes supernumerarios o hay dientes ausentes, y se podrá checar la posición en que erupcionarán los permanentes.

Tabla de Erupción de Dientes Permanentes :

Primer Molar Inferior	6 años
Primer Molar Superior	6 años
Incisivos Centrales Inferiores	7 a 8 años
Incisivos Centrales Superiores	7 años
Incisivos Laterales Inferiores	7 años
Incisivos Laterales Superiores	6.5 a 7 años
Primeros Premolares Inferiores	9 a 11 años
Primeros Premolares Superiores	9 a 11 años
Caninos Inferiores	9 años
Caninos Superiores	11 a 13 años
Segundos Premolares Inferiores	10 a 11 años
Segundos Premolares Superiores	10 a 11 años
Segundos Molares Inferiores	12 años
Segundos Molares Superiores	12 años
Terceros Molares Inferiores	17 a 21 años
Terceros Molares Superiores	17 a 21 años



Desarrollo de la Dentición Decidua o Temporal



Desarrollo de Dentición Mixta y Dentición Permanente

C A P I T U L O I I I

CONCEPTOS GENERALES DE OCLUSION

La posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de la oclusión son determinados por procesos del desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas durante los períodos de formación, crecimiento y modificación postnatal. así pues la oclusión dentaria varía entre los individuos, según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de la erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial.

Refiriéndonos al estudio de la oclusión no abarca únicamente la descripción morfológica, penetra en la naturaleza de las variaciones de los componentes del sistema masticatorio y considera los efectos de los cambios por edad, modificaciones funcionales y patológicas. La variación en la dentición es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que afectan tanto el desarrollo prenatal como a la modificación postnatal.

Podríamos mencionar que dentro de estos factores se encuentran los hábitos orales, los cuales nos pueden alterar los patrones de una oclusión normal.

Para poder definir una oclusión como normal, caeríamos en una situación polémica, debido a que es sumamente difícil encontrar pacientes que tengan una oclusión ideal. Por ejemplo: Una oclusión atractiva, equilibrada, estable y sana se puede considerar normal aunque existan ligeras giroversiones.

Por lo tanto al querer definir una oclusión normal se de

be evitar que esta sea estática y descriptiva, sino que por el contrario se debe elaborar una definición dinámica.

De esta forma recordemos que no solo los dientes, sino - también los tejidos de revestimiento, musculatura, curva de - Spee, distancia interoclusal y morfología de la articulación temporomandibular, son considerados indispensables para el - concepto moderno de la "oclusión".

Dentro del desarrollo del concepto moderno de oclusión, existen 3 períodos :

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1.- Período Ficticio | Antes de 1900 |
| 2.- Período Hipotético | De 1900 a 1930 |
| 3.- Período de la Verdad | De 1930 ... |

Período Ficticio.-

Durante este período, precursores como Fuller y Clark hablan de antagonismo, unión o deslizamiento de los dientes. Otros se basaban en descripciones anatómicas de la morfología de los dientes como unidades individuales. Faltaba la creación de un estándar normal, relación típica, unabase para -- comparar las descripciones de lo normal.

Talbot atribuía las deformaciones de la cara a las impresiones maternas y esboza con detalle la neurosis de huesos - maxilares, paladar y posición dentaria, asimismo relacionaba a los dientes degenerados con el estado degenerado de la humanidad en general; y que este era separado como hecho histórico, por la misma evolución.

Período Hipotético.-

Fué en este período "Angle" en 1899 quien definió a la oclusión como las relaciones normales entre los planos inclinados oclusales de los dientes, cuando los maxilares están cerrados.

Posteriormente Angle dió una hipótesis acerca de la clave de la oclusión y mencionaba a los primeros molares permanentes como los dientes más importantes y especialmente a los superiores a los cuales nombró : llaves de la Oclusión, esta hipótesis le valió para hacer después su clasificación de maloclusión, la cual describiré más adelante.

Más tarde Angle definió en su libro Old Glory a la línea de oclusión como : La línea con la que los dientes deberán estar en armonía en su forma y posición según su tipo. También para romper el concepto de oclusión estático dictado por Case escribió : La oclusión es el cierre de los dientes, uno sobre otro, las relaciones dentarias normales, oclusión normal y oclusión típica se refieren al estándar anatómico de la oclusión.

En 1908 Case dictó su concepto de Oclusión :

Es incorrecto decir que los dientes se encuentran en oclusión, salvo que cierren en oclusión normal absoluta, y también es incorrecto decir que los dientes se encuentran en oclusión normal, salvo que el perfil, apoyado por los dientes y arcadas alveolares, se encuentren en armonía dentofacial absoluta.

También menciona lo que se quiere llamar oclusión normal, pero que en realidad es una oclusión anatómica ideal.

El primer análisis de un punto de vista dinámico funcio-

nal de la oclusión lo dictó Angle y dijo: La posición normal de descanso del maxilar inferior es con los dientes ligeramente separados, pero con los labios suavemente cerrados.

Simon menciona, nunca se habla de articulación, siempre de oclusión, el tema siempre es una dentadura en descanso - mas no una en acción, por lo tanto este es el punto de partida para un concepto de oclusión dinámica.

Período de la Verdad.-

Se inició con la muerte de Angle en 1930, por primera vez los investigadores fueron capaces de seguir longitudinalmente el desarrollo bucofacial y los problemas de la formación dentaria, erupción y ajuste. El período real se convertiría en el período funcional.

La eficacia del mecanismo masticador y su salud dependían de ciertas consideraciones fundamentales :

Primero deberán ser comprendidos los conceptos de la posición fisiológica de descanso. Esta se encuentra determinada por el tono muscular, y es constante a través de toda la vida. Por el contrario, la posición física u oclusal (dimensión vertical) es variable y puede hacerse más pequeña. Si todos los dientes en oposición se pierden, puede desaparecer completamente.

Cuando la posición oclusal es aún normal y la altura de la mordida es también normal, uno encuentra que durante la posición fisiológica de descanso los dientes que entran en contacto se encuentran ligeramente fuera de oclusión.

En una mordida normal, la diferencia entre la altura de la mordida de las dos posiciones es mínima.

Quando se ha reducido la altura física de la mordida oclusal, los pacientes se quejan de cansancio muscular, esto es debido a que los puntos de inserción de los músculos masticadores se encuentran más cercanos entre sí.

Ahora la oclusión significaba la interdigitación de los dientes, más el estado de la musculatura así como los factores funcionales.

Oclusión Dinámica.-

Actualmente el reconocimiento de las funciones desempeñadas por la fisiología muscular y la articulación temporomandibular han colocado firmemente el concepto dinámico y funcional.

Investigadores como Glickman y Ramfjord demostraron que las trece inserciones musculares que posee el maxilar inferior proporcionan un alto grado de estabilidad de posición, que el equilibrio oclusal y la reconstrucción bucal total no pueden cambiar en forma permanente en la mayoría de los casos.

Los contactos dentarios pueden provocar desplazamientos laterales y relaciones oclusales anormales. Los dientes en malposición, además de provocar problemas en la dimensión vertical, pueden causar protrusiones o retrusiones funcionales, cuando los dientes son juntados en el contacto oclusal habitual. La relación céntrica, determinada por los músculos deberá ser la consideración dominante. El eje bisagra es un punto conveniente para empezar y una maniobra reproducible.

En un estudio realizado por Glickman sobre pacientes con y sin contactos céntricos prematuros, los datos telemétricos

indican que la oclusión céntrica en la posición más retruida se utiliza poco. Aún cuando los puntos prematuros de contacto fueron eliminados, no hubo aumento en el uso del contacto céntrico, ni en la masticación, ni en la deglución. Así el concepto tradicional de oclusión habitual, como una desviación causada por los puntos de contacto oclusales prematuros no se comprueba.

La mayor parte de los contactos dentarios de la masticación fueron toques sencillos, no deslizamientos. Los contactos de lado a lado a lo largo de las cúspides vestibulares y linguales y fosetas centrales de los dientes superiores no son características constantes de la masticación, pero se presentan continuamente en el bruxismo.

Contrariamente a lo que se esperaba, los contactos dentarios persistieron en la deglución.

Al buscar los requisitos para una oclusión normal se deben tomar en cuenta varios factores como son : Tamaño, forma, número de dientes, espacio, apiñamiento, inclinación axial, sobremordida vertical, sobremordida horizontal, y aún estos poseen variaciones que permiten la compensación, si uno o más de estos factores se encuentra fuera de equilibrio con el patrón general.

Reconocimiento de la Maloclusión.-

Actualmente junto con la caries dental se considera a la maloclusión como un mal muy frecuente en todo el mundo. En un estudio realizado por Myllarniemi registró los siguientes datos : De 1609 pacientes niños 20% de las denticiones deciduas presentaban maloclusión, 39% de las denticiones mixtas

también al igual que 50% de los que tenían dentición permanente también presentaban maloclusión.

El tipo más frecuente de maloclusión en la dentición decidua fué mordida anterior abierta, relacionada con hábitos de lengua y dedo, seguida por la clase II división 1 (retrusión del maxilar inferior).

En las denticiones mixtas, el apiñamiento fué el principal problema, con retrusión del maxilar inferior en segundo término. En las denticiones permanentes la clase II división 1 y el apiñamiento se encontraba en la misma proporción.

Etiología de la Maloclusión.-

Dentro de los factores que nos pueden dar origen a una maloclusión se encuentran :

- 1.- Factores Locales
- 2.- Factores Generales

Los cuales mencionaré únicamente sin referirme específicamente a ninguno de ellos, excepto los hábitos de presión anormales, a los cuales pertenecen los hábitos orales, los cuales serán descritos ampliamente más adelante.

Factores Locales :

- 1.- Forma de la arcada
- 2.- Forma de los dientes
- 3.- Forma de los labios
- 4.- Número de dientes
- 5.- Posición dentaria
- 6.- Displasias dentarias

7.- Displasias Esqueletodentarias

8.- Displasias Esqueléticas

Factores Generales :

1.- Herencia

2.- Defectos Congénitos (labio y paladar hendido)

3.- Medio Ambiente

4.- Clima o estado metabólico y enfermedades predisponentes.

5.- Problemas Dietéticos

6.- "Hábitos de Presión Anormales"

7.- Postura

8.- Accidentes y Trauma

Observamos que los hábitos de presión anormales, dentro de los cuales se encuentran los hábitos orales pertenecen al grupo de los factores generales de la maloclusión.

Clasificación de Maloclusión.-

Por mencionar alguna de las clasificaciones más importantes describiré la de Simon, la cual se basa utilizando la técnica gnatostática y orientando la dentición a puntos de referencia antropométricos para tratar de ilustrar mejor la verdadera relación de la dentición con respecto a la cara. -

Simon se basó en lo dictado por Bennett, el cual catalogaba a las maloclusiones en tres planos espaciales : el horizontal, el vertical y el transversal.

No obstante, es sin duda la clasificación de Angle la más utilizada actualmente, basando esta en el primer molar y así dividió esta en tres clases :

Clase I : Neutroclusión

Clase II : Distocclusión

Clase III : Mesiocclusión

Clase I.-

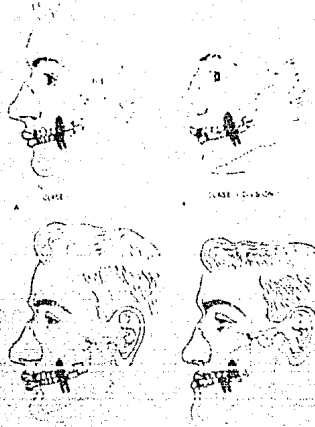
La consideración más importante es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En esta clase se agrupan las giroversiones, malposición individual de dientes, y discrepancia en el tamaño de los mismos.

En ocasiones se encuentra toda la dentición desplazada en sentido anteroposterior con respecto al perfil y es conocida como protrusión bimaxilar, aun cuando la relación mesiodistal de los primeros molares superiores e inferiores sea normal.

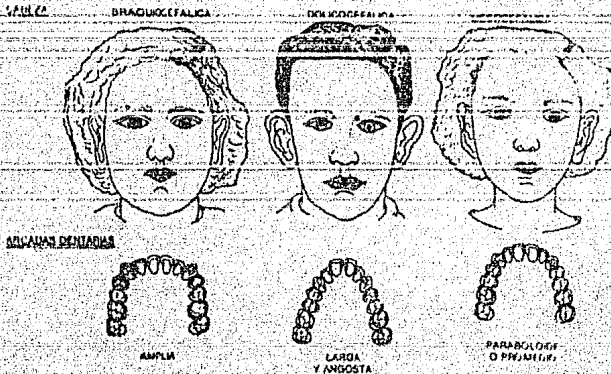
Puede existir maloclusión en presencia de función muscular peribucal anormal, con relación mesiodistal normal de los primeros molares, pero con los dientes en posición anterior a los primeros molares completamente fuera de contacto incluso en la oclusión, esto es conocido como : mordida abierta.

Clase II.-

La arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal con respecto a la superior.



Clasificación de Oclusión de Angle.



Tipo de arcadas dentarias de acuerdo a la forma de la care y la cabeza.

El surco mesiovestibular del primer molar inferior no recibe a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior. Dentro de esta clase existen dos divisiones :

División 1.-

La relación de los primeros molares es la misma descrita a la anterior, otras características son : El segmento anterior inferior suele tener sobreerupción de los dientes incisivos. La forma de la arcada superior en vez de ser en forma de U, tiene forma de V, debido a un acortamiento en la región de premolares y canino, junto con protrusión o labioversión de incisivos superiores. En este caso, la musculatura en vez de actuar como soporte o retención, se convierte en una fuerza deformante.

En casos severos los incisivos superiores descansan sobre el labio inferior. La lengua ya no se aproxima al paladar durante el descanso. Los incisivos inferiores pueden o no realizar movimientos de sobreerupción, esto depende de la posición y función de la lengua. La relación distal del molar inferior y la arcada inferior puede ser unilateral o bilateral.

División 2.-

Al igual que en la división 1, los molares inferiores y la arcada inferior suelen ocupar una posición posterior con respecto al primer molar superior y a la arcada superior, -- sin embargo, el mismo arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales, pero suele presentar una curva de --

Spee exagerada y puede haber supraversion de los incisivos inferiores.

La arcada superior por lo general es más amplia de lo normal en la zona intercanina. La sobremordida vertical es excesiva (mordida cerrada). Los incisivos laterales y centrales pueden estar inclinados lingualmente y los caninos labializados. La relación molar distal de la arcada inferior puede ser unilateral o bilateral al igual que en la división 1.

Clase III.-

En oclusión habitual el primer molar inferior se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior.

Al contrario de la clase II, división 1, en la que la sobremordida horizontal es excesiva, los incisivos inferiores suelen encontrarse en mordida cruzada total, en sentido labial a los incisivos superiores. En la mayoría de los casos los incisivos inferiores se encuentran muy lingualizados aún con la mordida cruzada. La lengua tiende a estar más en el piso de la boca. La arcada superior es estrecha. Al igual que en la maloclusión de Clase II, puede ser bi o unilateral.

Los incisivos superiores generalmente se encuentran más lingualizados que en las maloclusiones de Clase I o Clase II división 1, esto puede conducirnos a la maloclusión pseudoclase III, lo que provoca que al cerrar el maxilar inferior, este sea desplazado en sentido anterior, al deslizarse los incisivos superiores inclinados en sentido lingual por las superficies linguales de los incisivos inferiores.

CAPITULO IV

ETIOLOGIA

Etimológicamente la palabra etiología proviene de los vocablos griegos : atia-causa y logos-tratado, dándonos el significado : El estudio de las causas, y al referirnos concretamente a los hábitos orales obtenemos : Las causas que producen dichos hábitos.

Al referirnos al origen de las causas de los hábitos orales encontramos que la mayoría de estas, son situaciones de tipo emocional así como desfogues de energía mal canalizados.

Entre dichos factores los observados más frecuentemente son :

- 1.- Problemas emocionales
- 2.- Instinto
- 3.- Incorrecto desfogue de energía
- 4.- Incomodidad o dolor
- 5.- Partes físicas anatómicas de tamaño anormal
- 6.- Imitación
- 7.- Conflictos y problemas familiares
- 8.- Presión escolar excesiva
- 9.- Celos por diferencia de trato en el hogar
- 10.- Ansiedad provocada por la actividad de las grandes ciudades
- 11.- Molestias producidas por la erupción de los dientes deciduos.

12.- Forma de alimentación

Problemas Emocionales.-

Al mencionar los problemas emocionales como uno de los o rígenes de los hábitos orales es necesario conocer como se ha efectuado el desarrollo psicológico de nuestro paciente - infante, ya que podrá en gran parte ser reflejada la forma - en que esta persona será en su etapa adulta.

Sabemos que el desarrollo psicológico es la serie de acontecimientos que se exteriorizan como un patrón de conducta, así como la adquisición de intereses, destrezas y conocimientos.

Este desarrollo es influenciado por cuatro factores innatos, así como adquiridos y Alder los divide en : Herencia, - familia, sexo y educación.

1.- Herencia.-

Debe su origen a la naturaleza psíquica y biológica del hombre y es innata. Los actos realizados por un individuo se deben al desarrollo, esfuerzo y aplicación de sus capacidades. Funcionando por medio del instinto como proceso vital - de todo ser viviente.

La herencia es manifestada en atributos físicos y en potencialidad humana, por lo que lo hace ser único e individual, siendo la manera en que se moldean esos factores formativos.

2.- La Familia.-

Se ha observado que el ambiente del hogar está íntimamen

te relacionado con la adaptación emocional general. Así los actos y reacciones entre el niño y la mamá marcarán la pauta de las reacciones con las demás personas.

3.- El Sexo.-

Está ligado a cada persona desde el nacimiento y es parte constitutiva de la misma. Un niño es necesario que se adapte a las ideas referentes a su sexo para que viva en armonía socialmente.

4.- Educación.-

A un niño se le debe dejar actuar libremente sin someterlo a un patrón de comportamiento determinado, de lo contrario, esta actitud podría provocar problemas emocionales.

El factor educativo ejerce gran influencia en el desarrollo de los niños.

Un niño en el transcurso de su crecimiento, tanto físico como mental, adquiere, deja y modifica hábitos constantemente.

Cabe hacer notar que para planear el tratamiento de los hábitos es importante tomar en cuenta tanto la edad cronológica como la psicológica, ya que rara vez corresponden dichas edades.

Instinto.-

Para Platón y Aristóteles al no tener un significado concreto de la palabra instinto, decían que los animales gobernaban sus funciones orgánicas fundamentales debido a que tenían almas racionales inferiores.

Fue hasta la época de la escuela estoica que se dió un -

significado formal de la palabra instinto y lo consideró como un factor principal que rige la conducta de los animales.

Los impulsos naturales llamados instintos son acciones - intensionales implantadas en el animal por la naturaleza, razón universal o el creador, y guían a la criatura en su búsqueda de fines que le sean útiles para su conservación y de su especie.

La escuela estoica dijo que los instintos tenían tres particularidades :

- 1.- No necesitan experiencia
- 2.- La utilidad de su capacidad de adaptación
- 3.- Su conformidad

Freud dice que un instinto proviene de fuentes de estimulación internas en el cuerpo y que su fin es restablecer el equilibrio interno por medio de desfogues de energía.

También afirma que los impulsos provenientes de cierto origen se pueden juntar con otros provenientes de otro origen y unirse y que así la satisfacción de un instinto puede cambiarse por la satisfacción del otro.

Asimismo, dijo que la neurosis es debida a deseos sexuales reprimidos y nombró instintos del "yo" a los sentimientos de culpa de ideales éticos.

Freud dividió los instintos de la siguiente forma :

a) Instinto de Muerte : Autodestructivo que se puede volver contra el mundo externo y transformarse en un instinto -

de destrucción.

b) El Eros ; el amor, la libido, sexualidad, que busca el placer y que este instinto trata de inhibir al instinto de muerte.

Para Pavlov un instinto o un reflejo particular poseía una gran importancia del cual se originaban todos los demás reflejos y consideraba a los instintos como una cadena de reflejos.

Otra clasificación dada por Wundt es la siguiente; agrupa a los instintos en dos clasificaciones que son :

- 1.- Instinto de conservación del individuo (alimentación)
- 2.- Instinto de conservación de la especie (sexualidad)

Incorrecto Desfogue de Energía.-

Un caso común es aquel en el cual a ciertos niños ya sea durante el período de descanso o de dormir son envueltos de manera muy justa y les impide realizar movimientos como estirar los músculos de las piernas, permitiéndoles realizar solo movimientos cortos como llevar las manos a la boca o a la cara.

La insatisfacción durante la alimentación del instinto alimentario al igual que la poca estimulación nos originará un hábito de succión de dedos o de objetos.

Un niño puede satisfacer su instinto de succión o alimentación ampliando el período de amamantamiento o dejando la mamila más tiempo en la boca del niño aún habiendo terminado el alimento, de lo contrario la energía sobrante se encamina

rá en succionar dedos o carrillos, o algún otro objeto.

Existen niños con actividad hiperquinética los cuales no pueden detener su actividad y caen fácilmente en adoptar un hábito. Se le considera a la hiperquinesia como un estado de angustia o una disfunción cerebral.

Es necesario que a un niño se le permitan tener movimientos y que sus períodos de alimentación no sean muy separados a fin de que se estimule y se le mantenga ocupado.

Incomodidad y Dolor.-

En ciertos casos puede presentarse dolor o incomodidad en un niño por trastornos alimenticios, los cuales deben ser tratados mediante una dieta nutricional más apropiada a los requerimientos del niño.

Un punto importante son las posiciones en que los padres acuestan a los niños a dormir, por ejemplo : Si se acuesta un niño boca abajo es factible que este coloque su mano bajo la cabeza, ocasionando una presión constante adicional dañina.

Es necesario que se cuiden las posiciones en que el niño duerme, para evitar posiciones que puedan darnos consecuencias nocivas. Por ejemplo : Si un niño duerme únicamente boca abajo se ejerce una presión desfavorable en la cara y nos puede provocar una respiración anormal.

Partes Físicas Anatómicas de Tamaño Anormal.-

Hay niños de tipo ectomórfico que pueden tener reducidos los espacios nasofaríngeos y prácticamente no poder respirar

nasalmente y como consecuencia tendencia a desarrollar un hábito de respiración oral lógicamente.

Existe un problema similar con los niños que poseen el tejido adenoidal crecido anormalmente, con lo cual este niño tenderá a respirar bucalmente, al no satisfacer su respiración nasalmente.

Otro factor es el agrandamiento de la lengua o amígdalas, la lengua dificulta el paso del aire y tiende a tomar una posición entre los dientes colocándose esta contra o entre los dientes brindando más lugar a la laringe.

Imitación.-

Es sin duda lo más lógico el hecho de que un niño tienda a imitar las imágenes que ve alrededor suyo, de ahí que imite a maestros, hermanos, padres, etc; y de esta imitación copia y adquiere cierta cantidad de hábitos.

Existen ciertos factores que influyen en la imitación como :

1.- Prestigio : Una persona es apta para distinguir entre buenos y malos modales. Ejemplo : un modelo con gran indumentaria, o altos recursos materiales o con alta jerarquía o prestigio social, un niño intentaría imitar este patrón para lograr obtener el mismo prestigio.

2.- Edad : Un niño al ir desarrollándose y creciendo se le enseñan a realizar logros del siguiente nivel de edad y así se dan cuenta que estos logros los llevan a obtener recompensas. Así observamos como la libertad y ciertos privile

gios aumentan conforme se atraviesan varias fases de edad, - al igual que se constituye una jerarquía de prestigio.

Como ya había mencionado anteriormente un niño trata de imitar los actos de los adultos. Los padres dictan respues--tas propias y los niños aprenden rápidamente a imitar sus --nuevas respuestas.

3.- Poder : Conocido su significado como la facultad pa--ra realizar algo, y según French y Raven diferencian cinco - tipos :

a) Poder de gratificación basado en la capacidad de re--compensar a otros.

b) Poder de coherción basado en la posibilidad de apli--car castigos.

c) El poder de experiencia que radica en la posición de conocimientos que otros deseen utilizar para satisfacer sus necesidades.

d) El poder de referencia, basado en el deseo de otros de semejanza o identificarse con el poderoso.

e) El poder legítimo que radica en las expectativas com--partidas de que una persona debería aceptar la influencia y orientación de otra.

Conflictos y Problemas Familiares.-

Cuando en una familia existen problemas de tipo emocio--nal entre los padres, estos se transportan al niño logrando - producir en él estados de infelicidad y angustia.

Un niño necesita de aprobación, estímulo y cariño de sus padres, de tal manera que cuando se le rechaza puede sufrir una lesión, por lo tanto se recomienda a los papás que se evite el uso de palabras negativas que les puedan originar fijaciones. Es común que los papás traten de manipular a sus hijos con el fin de lograr obtener cambios en su conducta.

Se ha visto en ocasiones que muchas veces el niño no tiene problemas de conducta sino su familia, de esta forma es obvio que los problemas del niño repercutan en la familia y viceversa.

La forma de actuar de los papás debe ser constante, de estimulación y afecto ya que si llega a haber problemas entre ellos, repercutirán en el niño. El emitir señales problemáticas o contradictorias pueden producir faltas de conducta o problemas como los hábitos orales dañinos.

Los diferentes tipos de actos de los papás son captados, aprendidos y ejecutados por los infantes. Es de gran importancia que impere un ambiente agradable y propicio en la familia para un buen desarrollo físico y mental de los niños.

Presión Escolar.

Por lo que respecta a los tipos educativos de las escuelas, estas han ido renovando sus formas de enseñanza de acuerdo a las corrientes, que a lo largo de la práctica han demostrado ser más efectivas que otras, asimismo se encaminan al completo desarrollo emocional y físico del niño.

Sin embargo cada colegio se rige por un sistema tradicio

nal, de aquí que de acuerdo a la forma de ser de los padres se deberá escoger el colegio. Por ejemplo : Si los padres - son muy religiosos deberán escoger una escuela de este tipo.

En el sistema educativo diseñado por Neil a través de su escuela Summerhill, trata de que la escuela se adapte a los niños y no que estos traten de adaptarse a la escuela. Neil afirma que a los niños se les debe interesar en varias actividades sin reprimirles su libertad, de lo contrario el niño no prestará atención, se aburrirá y asumirá posiciones inadecuadas que le pueden originar malformaciones craneofaciales así como maloclusiones.

De esta forma si el niño se siente rechazado o anulado, asumirá actividades de agresión o interferencia, las cuales redundarán en forma negativa en el desarrollo de su aprendizaje y adaptación social.

Si se descubre un hábito oral y se encuentra su origen - en presión, causada por la escuela, se debe pedir ayuda al - colegio por medio de los papás para que colaboren y comprendan la actitud del niño.

Celos por Diferencia de Trato en el Hogar.-

Se pueden considerar a los celos como un grupo de síntomas, y al parecer estos se originan en la interferencia de - deseos o de actividades.

Como un ejemplo clásico citaré el celo que sufre un niño cuando tiene un nuevo hermano y que se siente desplazado por dicha causa. El nuevo bebé se convierte en el centro de aten

ción de la familia. así el niño en su frustración podrá tomar ciertas actitudes como modificar su conducta, llorar, etc, sabiendo que obtendrá la atención de los papás, así como también se chupará los dedos o tomará alguna otra actitud con la que llame la atención.

Ansiedad provocada por la Actividad de las Grandes Ciudades. -

Actualmente las personas que viven en ciudades tan agitadas como la nuestra se encuentran sujetas a diferentes presiones extras como lo son el tráfico, transporte, ruido, y el excesivo correr contra el tiempo, los cuales nos envuelven dentro de un constante stress día con día.

Se le considera como miedo a la reacción que nos provoca una situación de peligro. Refiriéndose a un objeto específico.

A la ansiedad se le denomina como una respuesta desproporcionada al peligro ó como una reacción contra un peligro imaginario.

así mientras el miedo se refiere a un objeto específico, a la ansiedad el verdadero objeto del temor se pierde.

El miedo se considere anormal solo si es excesivo, en cambio a la ansiedad se le considera como un síntoma neurótico al perderse el objeto que lo provoque.

Un niño puede tener un gran temor a ciertas cosas y nosotros se lo podemos reducir, enseñándole que a las cosas que les teme no son tan peligrosas como él las cree. No obstante, un niño en estado de ansiedad, confundirá el sentimiento de -

peligro de las causas que lo amenazan siendo contrarias a lo que él piensa.

Las impresiones de un niño son más marcadas que en el adulto, aunque sean de menor duración. Así como también estas emociones pueden olvidarse rápidamente o dejar marcas en el niño, las cuales manifestará en forma de inadaptación más adelante.

Siempre debemos escuchar las emociones de un niño, así como de comprender sus actos, no obstante estos nos parezcan irrreales, y se deben comprender en base a su edad y desarrollo con el fin de resolverle sus dudas y temoras.

Molestias Producidas por la Erupción de Dientes Deciduos.--

En esta etapa de la vida del niño, se produce inflamación de la encía, acompañada generalmente de dolor al brotar o erupcionar la corona de los dientes primarios. Esto puede originarnos un hábito de succión de dedos, al tratar el niño de llevarse estos a la boca con el fin de mitigar la molestia.

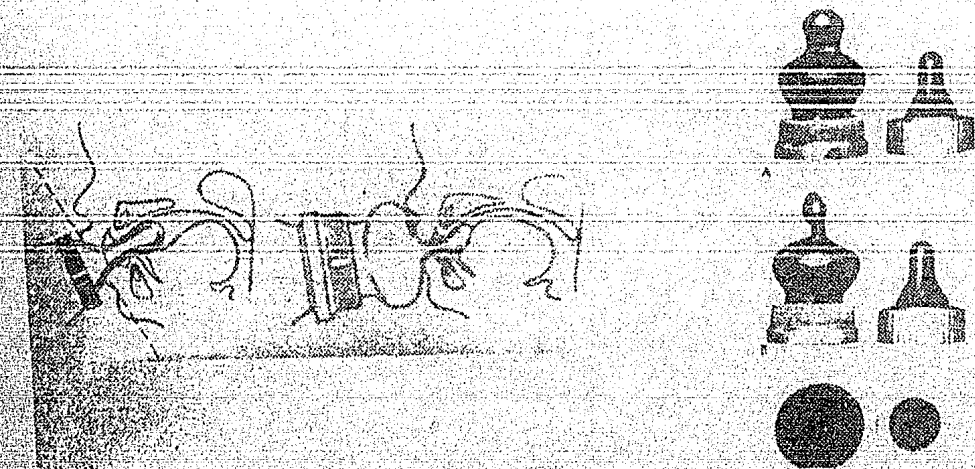
Se puede impedir que surja un hábito, proporcionando al niño mordederas de hule con el fin de acelerar el proceso eruptivo de los dientes.

Forma de Alimentación.--

Una forma de alimentación incorrecta nos puede producir un hábito bucal. Por ejemplo : Al alimentar un niño con biberón, el paso de la leche es directamente a la garganta y es sumamente rápido, cosa que no sucede en el amamantamiento.

to natural, en el cual, esta es llevada hacia atrás por movimientos peristálticos de la lengua y de carrillos. De aquí - que el lactante satisfaga tanto su instinto de succión como de alimentación, y desfogue correctamente su energía sin tener la necesidad de buscar otros objetos para lograrlo, lo - cual si no se logra, producirá un hábito oral como lo es la - succión digital.

Otro factor que puede afectar al lactante es, el tipo de boquilla del biberón o mamila con el cual se alimenta al niño. Las mamilas por lo general son largas y hacen que el niño abra la boca al succionar el alimento, situación que no ocurre con el biberón tipo Nuk Sauger que está diseñado fisiológicamente, lográndose que el niño ponga en contacto toda - la región labial y bucal con el biberón, que por su forma y consistencia flexible permite que se adapte la boca perfectamente a la mamila.



Comparación entre biberón de diseño inadecuado y el bibe_ rón o mamila de diseño fisiológico tipo Nuk Sauger.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE HABITOS ORALES

Respecto al tipo de clasificaciones, existen diversos tipos de ellas, y esto varía según cada autor.

Dentro de las clasificaciones más sencillas se encuentra la siguiente :

- 1.- Primarios
- 2.- Secundarios

En la clasificación de hábitos primarios se incluyen los hábitos que se generan a consecuencia de problemas de tipo emocional, dentro de este tipo de hábitos se encuentra una subdivisión :

- a) Simples
- b) Compuestos

Simple : Cuando no se asocia a otro hábito

Compuestos : Cuando sí se asocia a otro hábito

Dentro de los hábitos secundarios, encontramos que estos se adquieren a partir de la existencia de otro hábito.

Una clasificación aún más citada es en la cual Finn divide a los hábitos orales en :

- 1.- Actos Bucales Compulsivos

2.- Actos Bucales No Compulsivos

Los actos bucales compulsivos se originan debido a la inseguridad producida en el niño y la ansiedad con que realiza el hábito.

Se puede deber a que en el período de lactancia, no se le brindó al niño el cariño, la atención y protección necesaria, ó que sus períodos de alimentación se vieron afectados con ciertas presiones, ó que estos fueron muy apresurados. Cabe hacer notar que lo importante fué la inseguridad del niño por falta de amor y cariño por parte de la madre.

Los hábitos bucales no compulsivos son reconocidos debido a que el infante los puede eliminar al modificar este su conducta. Esto es que un niño cambie un hábito existente por otro que se acepte socialmente y que conforme vaya creciendo y madurando el niño irá cambiando sus hábitos según la influencia que él tenga sobre la sociedad.

Existe otra clasificación más diferenciada y es la siguiente :

1.- Hábitos de Presión :

Succión (del pulgar, juguetes, etc.)

Hábitos de Labios (succión, mordida)

Hábitos de Lengua (sacarla y anormalidad al tragar)

Hábitos de Malas Posiciones (encorvarse, apoyar el mentón sobre la barba, etc.)

2.- Hábitos de Respirar por la Boca.

3.- Hábitos Masticatorios (onicofagia y morderse los labios.)

Posteriormente y en base a la clasificación anterior, se dictó otra clasificación, la cual agrupa a los hábitos bucales de la forma siguiente :

1.- Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales :

Succión

Anormales de Respiración

Anormales de Deglución

Anormales de Fonación

2.- Hábitos Diversos :

De Lengua

De Mejillas

Introducción de cuerpos extraños en la cavidad oral

Roerse las uñas

3.- Hábitos de Postura :

Presiones anormales al dormir, estudiar, etc.

4.- Hábitos Nerviosos Espasmódicos

Respuestas del niño bajo el stress

En seguida mencionaré y describiré los hábitos bucales de más consideración y los de más frecuencia :

Succión Digital.-

Para Haryett, Hansen, Davidson y Sandilands el chuparse el pulgar es un hábito sencillo adquirido y contradice la teoría psicoanalítica que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional mas profundo.

El doctor Barton nos dice, el pulgar es un cuerpo duro, y si se coloca con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante la premaxila junto con los dientes incisivos, de esta forma los incisivos superiores se proyectan hacia adelante más allá del labio superior.

Mencionaré que la succión digital puede realizarse con uno ó varios dedos y que trata de mantener sellada la cavidad oral, asimismo que es el hábito bucal que más alteraciones ciales nos puede dar. Su duración vá en proporción a la magnitud de las maloclusiones.

Para poder determinar los patrones que intervienen dentro del hábito de la succión digital, citaré :

Patrón de mamar y deglutir, morfoloía original, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito y fuerza de palanca producida por posiciones específicas.

Existe también una relación muy estrecha de la lengua, como factor deformante potente en relación con el hábito de chuparse los dedos, debido a esto es necesario realizar un diagnóstico para encontrar cual de los dos es el factor deformante.

El chupar es para el niño el mecanismo más importante --

con el cual tiene un intercambio con el mundo exterior. Además de satisfacer su alimentación también obtiene mediante este acto requisitos necesarios como seguridad, calor y bienestar.

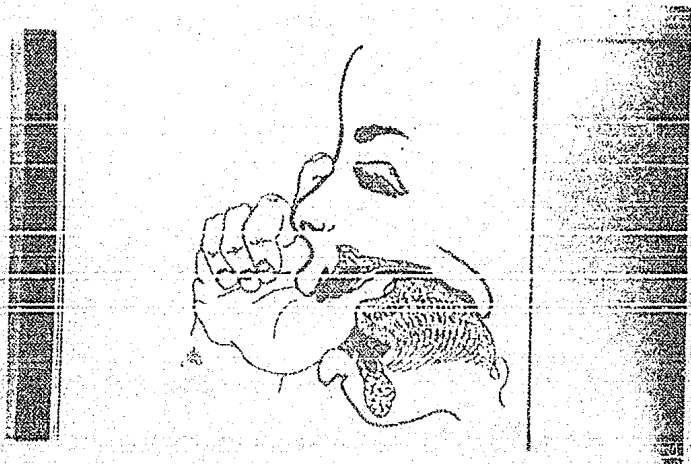
Durante el acto de mamar en el niño, se encuentran separadas las encías, la lengua se lleva hacia adelante, así la lengua y el labio inferior están en constante contacto, la mandíbula se desplaza armoniosamente hacia abajo y arriba y hacia adelante y atrás. El niño siente calor del seno, además de la boca con su cara y así obtiene amor, afecto y calor por asociación.

Dentro de las causas que nos pueden producir el hábito de succión digital se encuentran la falta de alimentación natural o las malas técnicas de alimentación, las cuales fueron mencionadas en el capítulo referente a su etiología.

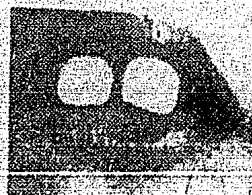
Para lograr por medios artificiales que el niño reduzca la necesidad y el deseo de tener ejercicio suplementario volviendo al pulgar y al dedo entre las comidas y al dormir, se recomienda la boquilla o mamila de tipo Nuk Sauger, así como el uso del chupón diseñado fisiológicamente por Edwall.

Por último es necesario conocer que el hábito de chuparse los dedos es normal en una etapa del desarrollo, que comprende el primer año y medio de la vida, cita Geselle Ilg y este desaparece cuando el niño sublima sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento.

Cuando a un niño pequeño se le reprime y vigila por per-



Posición clásica del chupador de dedo.



Posición clásica de los incisivos superiores protruidos en el hábito de respiración oral.

sistir con el hábito de succión de dedo, el hábito generalmente continuará y el niño aprenderá a llamar la atención valiéndose de este medio. Por lo tanto, los padres no deberán fijarse en este hábito sin importar la provocación, a fin de que el niño desista de lograr llamar la atención de esta forma.

Dentro de los principales trastornos oclusales provocados por la succión digital se encuentran :

Retrognatismo inferior, prognatismo alveolar superior, e hipoclusión incisiva (mordida abierta anterior.)

Las características de la mordida abierta son :

Protracción de los incisivos superiores, retracción mandibular, e inclinación incisiva hacia lingual.

Para obtener un sellado anterior de la lengua, se adelanta al deglutir.

Debido a la contracción del orbicular de los labios que va en mal posición contra los incisivos, el labio superior se hace hipotónico y el inferior hipertónico.

En los dedos se pueden hacer formaciones callosas debido al roce que tienen estos con las estructuras de la cavidad oral y también se pueden presentar infecciones virales provocadas por la presencia de alguna pequeña herida.

Respiración Oral.-

Es muy conocido que cuando los dientes protruyen hay una

mayor oportunidad para el ingreso de aire a través de la boca y el hábito de la respiración oral se establece fácilmente. Se atribuye el hábito como resultado de una maloclusión.

Se sabe también que si el pasaje nasal está parcialmente o definitivamente cerrado por las adenoides, el niño se verá forzado a respirar a través de la boca.

Se debe establecer una respiración normal, eliminando el crecimiento adenoidal, dando un espacio libre para las vías nasales, corrigiendo la protrusión y restaurando la función labial normal.

Se les considera a las amígdalas enfermas como productoras de cierto tipo de maloclusión. El dolor y aumento de las amígdalas causará en el paciente la apertura de la boca protruyendo ligeramente la lengua, para aumentar el espacio de la respiración amigdalina.

Clinicamente la boca está constantemente abierta, la cavidad oral presenta la inclinación labial de los dientes incisivos superiores produciendo prognatismo alveolar. El maxilar inferior se ubica abajo y atrás por estar la boca abierta constantemente.

El labio superior se hace flácido e hipotónico y no contacta con el inferior, además se describe un arco y en el cierre bucal el esfuerzo de la contracción marcado por el músculo borla de la barba se aprecia claramente.

Los dientes incisivos inferiores no tienen contacto con sus antagonistas y el labio inferior se coloca entre los in-

cisivos inferiores y superiores empujando lingualmente los dientes superiores hacia adelante.

Se ha estimado también que la respiración oral puede ser provocada por deformidades esqueleticofaciales, así como de arcos dentarios y maxilares.

Hábitos de Deglución y Fonación.-

Se describe como acto normal de deglución, aquel en el cual los músculos masticadores son empleados para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos de esta forma durante todo el proceso.

La deglución se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua funciona mejor cuando sus puntas y lados pueden ser forzados contra el paladar duro, seguido de los dientes en oclusión. Cabe mencionar que la fuerza aplicada de la lengua contra los dientes desde adentro de los arcos dentales es compensada por la acción de la musculatura de los labios y carrillos. Si este equilibrio de fuerzas se llega a perder nos provocará un cambio en la posición de los dientes.

El acto de deglutir se realiza dos veces por minuto o menos en las horas de vigilia, y una vez por minuto o menos en las horas de sueño, dependiendo de la cantidad de saliva segregada.

En el hábito anormal de deglución, los músculos masticadores no son utilizados para poner en contacto los maxilares.

Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes, después mediante los músculos se ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua.

Generalmente solo la punta de la lengua se asocia con mordida abierta anterior, y en algunos casos intervienen los lados de la lengua. También pueden resultar envueltos los músculos mentoniano, de expresión facial, orbicular de los labios, en el momento en que es llevado el bolo alimenticio hacia atrás para ser deglutido.

Para poder dictaminar fácilmente si un individuo presenta anomalía al deglutir, se colocan los dedos sobre el músculo temporal palpándolo, y se le pide al paciente que trague, el músculo no debe contraerse, de lo contrario existe una anomalía.

La deglución visceral infantil sería causada al parecer por la conservación del patrón reflexivo congénito. El niño deglute con los bordes gingivales desdentados separados. al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En contraste con este reflejo de deglución, normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par craneal entran en acción.

Un retardo en este cambio se puede deber al uso del biberón por demasiado tiempo o por falta de incorporación de alimentos sólidos en la dieta. Algunos pacientes que mantienen un patrón anormal de deglución tienen en oclusión todos los dientes posteriores.

Clinicamente antes de hacer el diagnóstico de cualquier

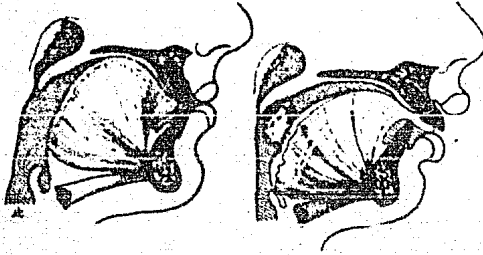
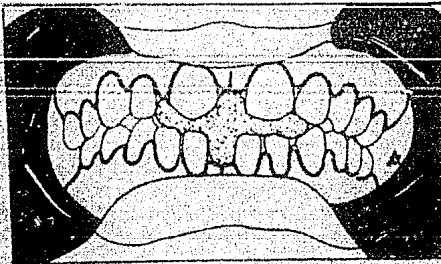


Ilustración mostrando el correcto patrón durante la deglución, no por el contrario, en la segunda, no existe correcto contacto oclusal, ni de la posición lingual; debido probablemente a la presencia de un hábito.



Patrón de protrusión lingual anterior.

fonación anormal se deberá hacer primero un examen minucioso para establecer que no existe ningún elemento anatómico o morfológico que esté produciendo un trastorno foniatrico. Si no existe este, nos encontraremos con un hábito.

Un hábito foniatrico es debido a la emisión anormal de la palabra, ocasionada por un patrón neuromuscular equivocado que se ha realizado varias veces provocando un hábito.

Lengua Protáctil.-

Se cree que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del acto de mamar. Con la remanencia de este hábito en forma de chupón interconstruido, el patrón de deglución maduro no se conforma correctamente, y al erupcionar los incisivos alrededor de los 6 o 7 meses, la lengua no se retrae y se continúa proyectando al frente.

Moyers afirma que el hábito de la lengua protáctil se considera un residuo del hábito de succión digital. Si bien, es cierto, existen pacientes que relacionan los dos hábitos.

El hábito de proyectar la lengua, ya sea por su forma, función o postura, es un factor que nos producirá una maloclusión.

Hay que considerar el tamaño de la lengua pues este se relaciona con la posición dentaria. Por ejemplo : Una macroglosia inducirá una actividad protrusiva de los dientes anteriores.

El trastorno de oclusión más provocado por la protrusión

lingual es la mordida abierta permanente y patología de los tejidos de soporte.

Onicofagia.- (Hábito de Morderse las Uñas).

Se le considera como un hábito que provoca maloclusión - al modificar la posición de los dientes.

Su etiología está asociada con problemas emocionales, -- psicológicos y de tipo social. En la mayor parte de niños hiperactivos se presenta frecuentemente dicho hábito.

Dicho hábito se caracteriza por presentar un desgaste dentario localizado así como provocar la desviación de los dientes. Este hábito es necesario eliminarlo pronto, ya que de lo contrario se puede establecer por toda la vida de la persona, y producirá desajustes sociales en las etapas del crecimiento y desarrollo.

La cantidad de fuerza requerida para morderse las uñas -- son de igual magnitud a las empleadas durante la masticación, a esto se debe la atrición localizada de los dientes generalmente en el borde incisal.

La onicofagia está ciertamente relacionada con hábitos de postura así como accidentes, los cuales provocan retrusión -- mandibular y reafirman dicho hábito.

Queilofagia.- (Hábito de Morder el Labio).

Este hábito se encuentra generalmente relacionado con la

succión digital.

En la mayor parte de los casos, el labio inferior es el más involucrado en este hábito, no obstante también el labio superior. Algunos pacientes se muerden ambos labios, con la presencia de este hábito los dientes incisivos inferiores - tienden a lingualizarse provocándose una mordida abierta anterior.

Postura.-

Se ha atribuido que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusiones. Se dice que niños encorvados, -- que descansan el peso de la cabeza en la barbilla apoyada en el pecho provoque retrusión del maxilar inferior. De igual forma niños que descansan o duermen sobre el brazo o el puño. Sin embargo esto no es posible de comprobar y tiene bases in fundadas.

La mala postura y la maloclusión dentaria pueden ser resultados de una causa común. Si bien es cierto la mala postura puede acentuar una maloclusión ya existente.

Bruxismo.-

Conocido comunmente como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales. Se le conoce también como neuralgia traumática, neurosis del hábito oclusal, efecto de Karolyi o parafunción.

Miller propuso diferenciar al bruxismo como el rechina--

miento nocturno de los dientes y llamó bruxomanía al mismo hábito realizado durante el día.

Se considera normal el apretamiento de los maxilares y dientes durante ciertas circunstancias como levantar objetos pesados, o el encontrarse bajo tensión física y se consideran normales. Sin embargo se consideran como Bruxismo el apretamiento no funcional, habitual y constante sin necesidad o tensión emocional para realizar este acto.

Se conocen básicamente dos tipos de Bruxismo :

- 1.- Bruxismo Excéntrico
- 2.- Bruxismo Céntrico

Bruxismo Excéntrico : Es el rechinar y movimientos de trituración de los dientes en excursiones excéntricas, y tienen un doble fondo en su origen, que es sobrecarga psicológica e interferencia oclusal.

El componente físico psicológico de agresión reprimida, tensión emocional, angustia y temor así como estados de frustración, son agrupados como uno de los factores más importantes en la etiología del bruxismo.

Karolyi reconoció el papel de las interferencias oclusales aunadas con factores psicológicos como otro de los orígenes del bruxismo. Por ejemplo : Defectos oclusales, como una cúspide prominente en individuos con tensiones emocionales pueden generar hábitos de trituración.

Se considera que el bruxismo está íntimamente relacionado con el aumento de tono de los músculos maxilares.

El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por molestias o dolor o por interferencias oclusales. Este aumento de tono se puede corroborar actualmente, mediante estudios electromiográficos especializados.

Otros factores locales que nos pueden originar el bruxismo son hiperplasia gingival, colgajos gingivales, e irregularidades del labio, carrillo, lengua o trastornos de la articulación temporomandibular en especial cuando hay dolor.

Bruxismo Céntrico.-

Es el apretamiento de los dientes en céntrica. Consiste en el apretamiento de los dientes mediante contracciones musculares, sin la presencia de una situación obvia de necesidad física o psíquica.

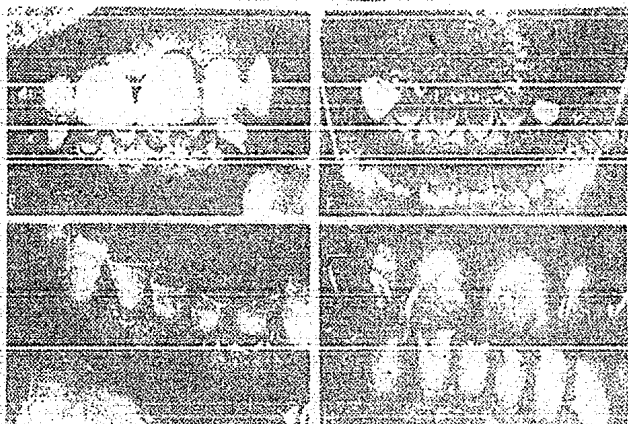
Dentro de los factores precipitantes en la aparición del bruxismo se encuentra la preocupación, el exceso de trabajo, la tensión premenstrual y todo estado de tensión o frustración.

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre tejidos periodontales, los músculos masticadores, las articulaciones temporomandibulares, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del sistema nervioso central.

Existe una relación entre la lesión periodontal y el bruxismo. La posibilidad de que el bruxismo produzca lesión periodontal depende de los factores que predisponen a la oclusión traumática.

El desgaste propiciado en la corona de los dientes se tra

duce como la reducción inestética en la longitud de la corona, y provoca pulpitis o exposición pulpar y en casos avanzados hasta muerte pulpar, así como también fractura de dientes y estrangulamiento pulpar en la zona apical.



Excesivo desgaste incisal provocado por Bruxismo.

C A P I T U L O V I

C O N T R O L Y T R A T A M I E N T O

Control de Hábitos Anormales.-

La deglución anormal, los mecanismos infantiles retenidos, proyección lingual, succión digital y otras actividades musculares peribucales anormales nos traen varias consecuencias nocivas.

Valiéndose el dentista del tratamiento ortodóntico interceptivo se eliminan los hábitos perniciosos anteriormente mencionados, antes de que provoquen daño a la dentición en desarrollo.

Una gran ayuda para evitar el desarrollo de hábitos anormales, es la educación del paciente. También los padres mediante el manejo inteligente de las exigencias físicas y emocionales del niño en crecimiento pueden evitar problemas ortodónticos futuros.

Cabe mencionar que para poder eliminar un hábito es necesario que el paciente desee detenerlo, de lo contrario cualquier tratamiento que nosotros realizemos será en vano.

Método Psicológico.-

Dentro del campo de la psicología, se tratan de encontrar los factores que originan un hábito, combatiéndolo desde su origen mismo, así como detenerlo cuando ya se hizo pre

sente mediante el estudio del niño y el medio ambiente que lo rodea. De esta manera es de gran importancia conocer el desarrollo del niño, tanto físico como mental, y así localizar los factores que nos originan determinado hábito.

Mediante el apoyo de los padres y el deseo del niño por abandonar un hábito se pueden lograr los mejores resultados aunados a las siguientes recomendaciones :

Marcar un lapso de tiempo para eliminar el hábito, que puede ser de 15 días aproximadamente.

Cuando el hábito persista no criticarlo.

Si el niño abandona el hábito estimularlo con una recompensa.

Por otro lado, es necesario encaminar al niño a desfogar correctamente su energía, valiéndonos de juegos, deportes y otras actividades ocupacionales, así como un correcto descanso.

Al iniciar cualquier tipo de tratamiento será necesario investigar antes, el verdadero origen del hábito, para darle un correcto tratamiento. De esta manera será más fácil solucionar dicho problema.

No es recomendable tratar de condicionar al niño a fin de lograr un objetivo, ya que podría llegar a caer en un estado de frustración. Por ejemplo : Si te sigues mordiendo las uñas te vamos a castigar.

Es importante que nosotros como dentistas nos demos cuenta valiéndonos de nuestro trato con el niño de la real causa que origina el hábito y si existen tensiones emocionales tra

tar de eliminarlas, y de esta forma complementar el tratamiento por medio de aparatología para reforzar la ayuda.

Aparatos Intraorales.-

Este tipo de aparatos son diseñados y empleados con el fin de prevenir y erradicar los hábitos orales dañinos, sin embargo, algunos pacientes se sienten culpables por el hecho de portar alguno de ellos y los llegan a considerar como aparatos de castigo.

Al colocársele a un paciente un aparato correctivo de este tipo, se le debe hacer notar que es un instrumento de ayuda para evitar que continúe realizando el hábito, así como indicarle que deberá mantener limpia la boca y el aparato mismo, y que tardará algunos días en acostumbrarse al uso del aparato.

Por otro lado se les debe explicar a los papás que al inicio habrá ligeras molestias en el niño por el uso del aparato, como son : Dificultad al hablar y al deglutir, y que poco a poco irán disminuyendo y al retirarse el aparato se eliminarán completamente.

Será también necesario variar ligeramente la dieta al comienzo, ingiriendo alimentos blandos y evitar el consumo de goma de mascar a fin de evitar deformar o romper el aparato.

En un inicio, se deberán hacer visitas periódicas de por lo menos 1 ó 2 veces al mes y después de terminado el tratamiento se debe utilizar por algunas semanas más el aparato para evitar que se repita el hábito.

Los instrumentos intraorales se clasifican básicamente - en dos tipos :

a) Aparatos Fijos : Los cuales los coloca y cementa el - dentista y no los puede retirar el paciente, y los retira el dentista hasta finalizar el tratamiento.

b) Aparatos Removibles : Son del tipo de aparatos que los puede quitar y poner el dentista así como el mismo paciente.

La opción del dentista por aplicar un aparato fijo o re- movible es obvia, y este tomará en cuenta factores como edad tipo de hábito, etc.

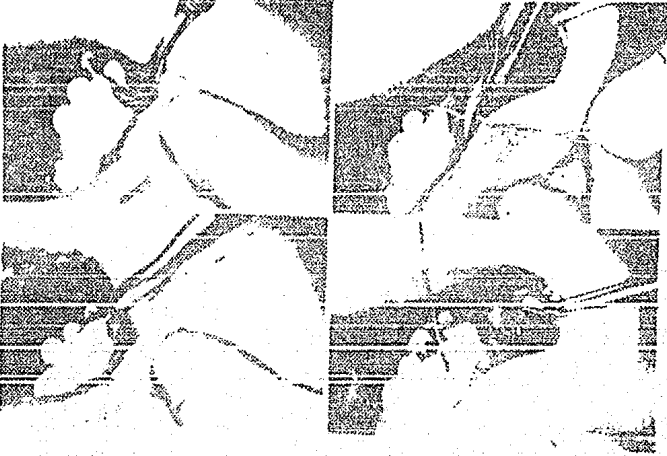
Succión Digital.-

La prescripción ortodóntica para la reducción de los há- bitos, puede ser de varias formas. Una de ellas es la fabrica ción de una criba fija, la cual explicaré a continuación :

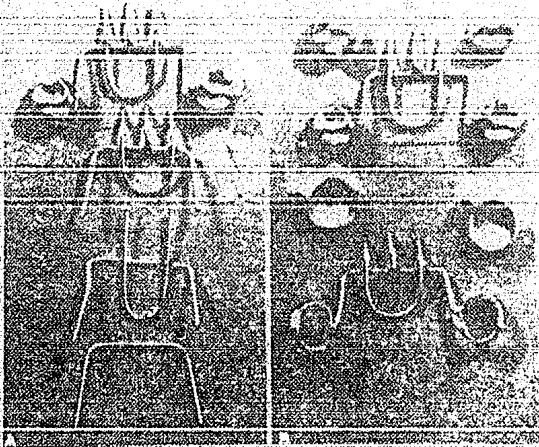
Mediante impresiones de alginato obtenemos los modelos - de yeso. Si los contactos proximales en la zona del segundo molar deciduo superior son estrechos, se colocarán en el pa- ciente alambres de bronce separadores en esta misma visita.

Se emplean preferiblemente coronas metálicas completas, eligiendo los segundos molares deciduos como pilares.

La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan so- bre el modelo impidiendo el contacto con el segundo molar de ciduo, dejando 1 ó 2 mms., se recorta el margen gingival del



Pasos para la colocación de alambres de bronce separadores



Criba fija terminada para impedir la succión digital

segundo molar deciduo siguiendo el contorno de los dientes - hasta una proximidad de 2 ó 3 mms. sobre la superficie vestibular, lingual y proximal.

Se escoge una corona y se adapta con cuidado, tratando de recortarla no demasiado en las superficies proximales, se hace una ranura en la superficie mesio o distobucal y se coloca.

El aparato palatino fabricado de acero inoxidable de 0.042 de calibre, de base en forma de U se ajusta pasándolo mecánicamente a nivel del margen gingival del segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el primer molar deciduo y el canino primario opuestos, manteniéndolos al mismo nivel gingival.

En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto, se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base se debe adaptar en el modelo. El aparato central consta de espolones y una asa de alambre.

El asa se extiende hacia atrás y arriba con una angulación de 45 grados, el asa no debe proyectarse hacia atrás -- más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos.

Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar a fin de que hagan contacto con él ligeramente, después se suelda el asa

a la barra principal.

Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado se sueldan a las coronas metálicas. Finalmente el aparato es pulido.

Para ser fijado el aparato en el paciente se reduce la circunferencia gingival, se retiran los alambres y el aparato se coloca sobre los segundos molares, se pide al paciente que ocluya firmemente y así las coronas se abren hasta ajustarse solas por la presión, a continuación se soldarán a lo largo de la hendidura vestibular previamente hecha. Por último se ajustan y se contornean y se cementa el aparato, debe cuidarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central, si esto ocurre se recortan los espolones, a fin de evitar el contacto.

Las coronas abren la oclusión y son los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Al cabo de una semana se sobreerupcionan los demás dientes logrando el contacto con sus antagonistas inferiores.

Se le explica al niño que el aparato es solo para enderezar sus dientes, mas no para evitar el hábito, al igual que tardará unos días en acostumbrarse a este y que hablará lentamente.

El aparato para combatir el hábito se llevará de un mes a mes y medio y hasta tres meses para evitar una recidiva. De esta forma el hábito desaparece después de una semana de llevar el aparato.

Para retirar el aparato después de tres meses se retiran primero los espolones, tres semanas después si no se observa recurrencia se retira la extensión posterior y por último -- tres semanas más tarde la barra palatina y las coronas.

Cabe mencionar que la estructura del aparato está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento. para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

Respiración Oral.-

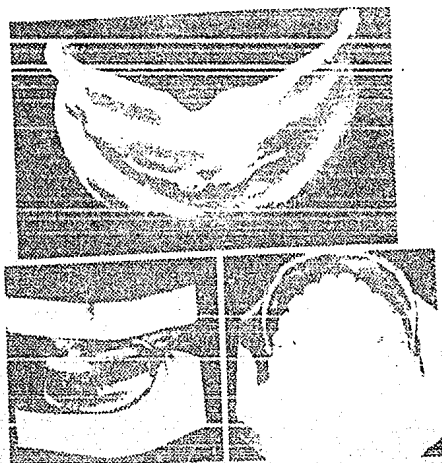
Para corregir el hábito de respiración oral como mencioné anteriormente se debe corregir primeramente el libre acceso de aire a través de las vías nasales.

Si el resultado de este hábito es la maloclusión se debe recurrir al tratamiento ortodóntico.

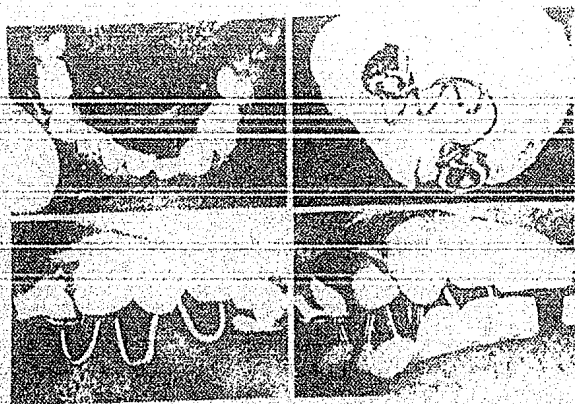
Si el hábito persiste como tal se debe proceder con terapia de tipo muscular labial y al uso de una pantalla vestibular la cual nos impedirá el paso del aire a través de la boca, obligando al paciente a inspirar nasalmente.

Hábito de Deglución.-

Es de gran importancia hacer ver a los papás las graves consecuencias producidas por la deglución visceral (infantil) prolongada. Asimismo como también las actividades de lactancia que se prolongan y que son sustituidas por un comportamiento más maduro.



Pantalla vestibular utilizada para impedir la respiración oral, también se le emplea para evitar la succión digital.



Criba empleada para evitar la proyección lingual lateral, para impedir la proyección lingual anterior, se forman los espolones anteriormente (al frente).

Un niño tiene gran necesidad de recibir satisfacción emocional, psicológica y sensual, aunque no menos importante -- que la misma nutrición, ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia pueden inducir al lactante a mantener la deglución infantil prolongada en forma de satisfacción por sustitución.

La lengua, el pulgar y los labios los utilizará en forma de chupones interconstruidos en forma de sustitución. Será -- necesario cargar al lactante en desarrollo, acariciarlo y mimarlo durante tiempo suficiente.

Son de gran utilidad los chupones correctamente diseñados y son un buen factor para prevenir la retención prolongada -- de las facetas de comportamiento infantil.

Para lograr la corrección de los hábitos de deglución se combinan técnicas extraorales y rehabilitación muscular.

El aparato utilizado para la corrección de la deglución infantil es una criba lingual. El acto de deglución maduro -- es estimulado por este tipo de aparato, así la lengua se adapta a una nueva función y posición.

Un ejercicio de gran utilidad para el hábito de deglución consiste en indicarle al paciente con el mango de un instrumento localizado detrás de los ápices de los incisivos -- centrales superiores, le pedimos que coloque en este sitio -- la punta de la lengua, que cierre las arcadas y labios y que degluta sin retirar la punta de la lengua del sitio señalado.

Función y Colocación de Aparatos para Eliminar los Hábitos.-

Para la colocación de los aparatos el tiempo óptimo es - entre la edad de tres y medio a cuatro y medio años de edad, y aprovechando el verano cuando los deseos de chupar pueden ser sublimados por juegos al aire libre, o por estar de vacaciones.

Las funciones del aparato son las siguientes :

Primero, hace que el hábito por ejemplo en la succión, - el dedo pierda su sentido eliminando la succión. Así desde - luego el niño podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtendrá satisfacción necesaria al hacerlo.

Se debe adecuar al paciente de que el aparato no es una medida restrictiva, sino que se colocará para enderezar sus dientes, y mejorar la apariencia.

Segundo, en virtud de su construcción, el aparato evita - que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial, evitando así la creación de mordida abierta, al igual que reacciones adaptativas y deformantes de lengua y labios.

Tercero, el aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal. - De esta forma la lengua tiende a ejercer más presión sobre - los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal, las porciones periféricas nuevamente descansan sobre - las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos.

puede presentarse un ligero defecto del habla temporalmente que puede desaparecer a los pocos días o hasta que se retire el aparato.

Lengua Protáctil.-

El hábito lingual suele no estar asociado al hábito de dedo, sin embargo esta es proyectada entre 500 y mil veces por día hacia adelante, provocando la protrusión de los incisivos superiores y estableciendo una mordida abierta.

El aparato utilizado para el hábito de proyección lingual es similar al usado en la succión digital, este tiende a desplazar la lengua hacia abajo y atrás durante la deglución.

Por medio de los espolones doblados hacia abajo se forma un cerco atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obteniendo una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

El aparato básicamente tiene por objetivo :

1.- Eliminar la proyección lingual anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución.

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

De esta forma al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande a los lados, con sus porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores.

Ahí se conserva la distancia interoclusal o se aumenta -- cuando es deficiente, evitándose la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

Al aparato se le puede hacer una ligera modificación, -- cuando no implica succión digital, eliminando la barra palatina cruzada y el asa posterior.

Para la construcción del aparato, se realizan las mismas indicaciones que para el aparato interceptivo de hábito de -- chuparse el dedo.

Una vez obtenidos los modelos se seleccionan las coronas adecuadas, con alambre del 0.040 de acero inoxidable se forma la barra lingual en forma de U, se adapta iniciando en el extremo de un modelo y llevando el alambre hacia adelante -- hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival.

La barra deberá hacer contacto con las superficies lin-- guales prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Se traza una línea con los modelos ocluyendo sobre el mo-- delo superior hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales -- superiores respecto a la dentición superior.

El alambre se adapta para ajustarse al contorno del pala-- dar, justamente por el aspecto lingual de esta línea y se -- lleva hasta el canino del lado opuesto.

Después se dobla la barra y se lleva hacia atrás a lo -- largo del margen gingival, haciendo contacto con las superfi-- cies linguales de los primeros molares y segundos molares de

ciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente, en caso de que esté presente, si no se utiliza el segundo molar deciduo como pilar.

El aparato se coloca para corregir una mordida abierta provocada por el hábito, posteriormente al reducirse la mordida abierta se debe cuidar que no interfiera el aparato en la incisión, por esta razón se construye la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior.

Una vez fabricada la barra base, se conforma la criba utilizando el mismo alambre de la barra base.

Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino, se hacen 3 ó 4 proyecciones en forma de V, a manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores al ocluir los modelos, una vez realizado lo anterior, en forma de que los brazos de las proyecciones se encuentren al nivel de un alambre base, se sueldan al alambre base.

El alambre base colocado sobre el modelo se suelda a las coronas, se prueba el aparato en el paciente y se establece la circunferencia periférica correcta con respecto a las coronas, si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior se amplía el alambre lingual, se suelda el corte vestibular y se cementa el aparato.

Así el paciente, ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal, el dorso es proyectado contra el paladar y la punta de la lengua descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, serán en casos necesarios el uso de aparatos de 4 a 9 meses.

Hábito de Chuparse y Morderse los Labios.-

Se considera al hábito de chuparse los labios como una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, valiéndose del músculo borla de la barba, de esta forma se extiende el labio inferior hacia arriba.

Si el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanaamiento marcado, al igual que apañamiento en el segmento anterior inferior.

Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva, en casos severos el mismo labio muestra los efectos del hábito. El borde de la mejilla se hipertrofia y aumenta de volumen en el reposo, se acentúa el surco mentolabial, y puede agrietarse el labio, presentando zonas de irritación. Se presenta enrojecimiento y la irritación se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior.

Cabe hacer mención, que si existe maloclusión clase II división 1, o sobremordida horizontal excesiva, la actividad labial será puramente compensadora, y se debe corregir primero la maloclusión.

Construcción del Aparato.-

Una vez obtenidos los modelos, se recortan los segundos molares deciduos o primeros molares permanentes si ya están presentes para colocar coronas metálicas completas.

Con alambre del 0.040 se coloca en sentido anterior desde el diente soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o entre el canino y el lateral, después de cruzar el espacio interproximal se dobla el alambre hasta el nivel del margen incisal labiolingual, que lleva hasta el nicho del lado opuesto.

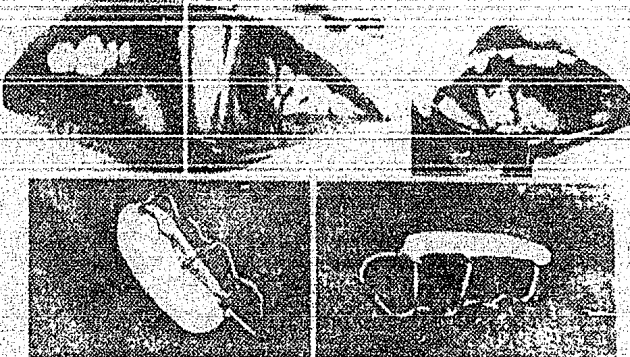
El alambre es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares, se debe cuidar que la porción anterior del alambre (porción labial), no contacte con las superficies linguales de los incisivos superiores al ocluir; el alambre debe quedar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores dos o tres milímetros.

Una vez realizado lo anterior, con otra porción de alambre se suelda un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mms., luego se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos inferiores paralelo al alambre base. La porción paralela del alambre debe quedar a 3 mms. de los tejidos gingivales. Se termina soldando el alambre base a la corona de ambos lados, y se pule el aparato terminado.

La porción labial puede modificarse añadiendo acrílico entre el alambre base y el auxiliar evitando así la irrita-



Aparato utilizado para evitar la mordedura labial.



Criba removible que impide que el paciente se muerda los carrillos.

ción de la mucosa.

El tiempo de utilización es similar al del hábito de lengua, y primero se retira el alambre auxiliar y posteriormente el resto del aparato.

El aparato además de cumplir con su función permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, reduciendo la sobremordida.

Bruxismo.

Para eliminar el bruxismo se deben atender directamente las causas, no los síntomas. Eliminando las interferencias oclusales, el bruxismo desaparecerá con ellas.

El empleo de aparatos como elementos auxiliares temporales ayudan a estabilizar dientes hipermóviles y reducen la tendencia al bruxismo durante el tratamiento.

Las férulas tienen un efecto positivo, y es el de la corrección oclusal mediante los aparatos propiamente dichos más el efecto estabilizador que tienen sobre los dientes; de esta forma los músculos se pueden relajar y la tendencia al bruxismo desaparece.

Protectores de Vinil blando o Caucho.-

Un gran problema es eliminar el bruxismo que tienen personas que padecen sinusitis crónica ya que en una oclusión ajustada un día se desplaza por la presión sinusal que mueve a los dientes superiores.

Mediante el uso de un protector blando usado por la noche

para proteger los dientes de los efectos de las interferencias oclusales transitorias, cuando la sinusitis remite, ya no hay necesidad de usar el aparato.

Se hará un ajuste oclusal cuando los senos se encuentren normales. Se advertirá al paciente sobre la necesidad de usar el aparato durante los ataques sinusales.

Mordedura de Carrillo.-

Como mencioné anteriormente los hábitos musculares anormales pueden causar mordida abierta o malposición individual de los dientes en los segmentos bucales, principalmente en los dientes anteriores.

Al encontrar un hábito de mordedura de carrillo, el aparato indicado será utilizar una criba removible o el uso de una pantalla vestibular.

En hábitos anormales de dedo, labio y lengua la utilización de la pantalla vestibular nos permite controlar los hábitos musculares anormales y a la vez aprovechar la musculatura para corregir la maloclusión en desarrollo.

La simple pantalla vestibular es un gran auxiliar para restaurar la función labial normal y al mismo tiempo retraer los incisivos.

También se utiliza para interceptar hábitos de succión de dedos, aunque el paciente lo puede retirar, será necesario tener toda la cooperación por parte de él.

La pantalla bucal, es un paladar de acrílico modificado

similar al activador, se puede construir una barrera de acrílico o alambre, para evitar la proyección lingual y el hábito de succión digital. Se pueden emplear ganchos para darle más retención utilizando los molares.

Ejercicios Musculares.-

Para ayudar a la corrección de incisivos superiores ligeramente protruidos y con espacios que nos provocan a la hipotonicidad y flacidéz del labio superior, se le pide al niño que extienda el labio superior lo más posible, metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores.

Se deberá realizar dicho ejercicio de 15 a 30 minutos diariamente, alrededor de 4 a 5 meses cuando el niño tenga labio corto superior.

Si la protrusión de los incisivos superiores marca un factor, el labio inferior se puede utilizar para mejorar el ejercicio del labio superior.

Primero el labio superior se extiende al igual que en el ejercicio anterior, el borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona fuertemente contra el labio superior.

El ejercicio anterior retrae a los incisivos superiores a la vez que le devuelve la tonicidad a ambos labios. Se recomienda este ejercicio para pacientes con maloclusión Clase II división 1, con sobremordida vertical u horizontal excesiva.

Para niños con maloclusión Clase II división 1 en desarrollo, el tocar instrumentos de viento constituye un procedimiento ortodóntico o interceptivo.

Métodos Extraorales.-

Uno de los métodos empleados es aquel en el cual se coloca en el dedo cinta adhesiva alrededor de este, así como el uso de sustancias con mal sabor, o la colocación de guantas, pero teniendo en cuenta que necesitamos toda la cooperación por parte del niño para lograr un resultado satisfactorio.

Este procedimiento también nos dá buen resultado en problemas de onicofagia, aunado a terapia de tipo psicológica.

Otro método utilizado es el enrejado, manteniendo alrededor del dedo pulgar dicho enrejado, conocido como protege pulgar bebé confort, o el anillo de Swinehart que al ser colocados en el dedo impiden que el niño pueda lograr la succión.

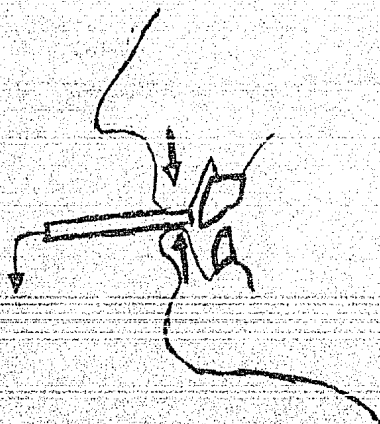
Mioterapia.-

Primeramente se debe contar con toda la colaboración del paciente para la realización de los ejercicios, dichos ejercicios están encaminados a dar por resultado una función normal a músculos hipoactivos.

Dentro de los ejercicios verticales, uno de ellos consiste en colocar en la boca del paciente una laminilla metálica

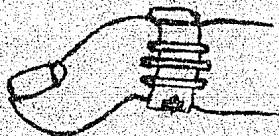
de unos cuatro centímetros de longitud y tres centímetros de espesor, y debe sostenerla horizontalmente durante un minuto, aumentando paulatinamente el peso de la laminilla y la duración del ejercicio.

El ejercicio adecuado para pacientes respiradores bucales consiste en aproximar la comisura labial de un lado a la otra, a la vez que con los dedos se hace tracción dirigida hacia afuera.



Mioterapia muscular

Anillo de Swinehart



CONCLUSIONES

Es de gran importancia dentro de nuestra profesión el conocer y saber detectar e interceptar cualquier tipo de hábito oral presente, ya que muchas veces ni el mismo paciente se da cuenta de que realizan un hábito oral.

Si nosotros detectamos un hábito a tiempo evitaremos que nuestro paciente siga incurriendo en él y prevendremos una complicación mayor como puede ser una franca maloclusión.

Debemos aprender a observar y conocer la forma de actuar de un paciente, ya que en la forma que actúe y se comporte, nos daremos cuenta si es una persona nerviosa, hiperactiva, etc; lo cual nos dará la pauta de la forma de tratarlo y del tipo de tratamiento que se puede seguir con dichos pacientes.

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

- 1.- Durante Avellanal Giro
Diccionario Odontológico
Editorial Ediar
Primera Edición
- 2.- Salvat Editores
Diccionario Enciclopédico
Editorial Salvat (1967)
- 3.- Peter E. Dawson
Problemas Oclusales
Editorial Mundi (1977)
- 4.- Ramfjord S.P. y Ash M.N.
Oclusión
Editorial Interamericana
Segunda Edición
- 5.- Anderson G.M.
Ortodoncia Práctica
Editorial Mundi
Primera Edición
- 6.- Graber T.M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
Editorial Interamericana
Cuarta Edición
- 7.- Finn Sidney
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Cuarta Edición