

29

20



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**HABITOS ORALES EN ODONTOLOGIA**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de  
**CIRUJANO DENTISTA**

presenta

**LAURA LILIANA BARROSO SAÑUDO**



México, D. F.

1987



## **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.

# I N D I C E

<b>INTRODUCCION</b>	
<b>CAPITULO I</b>	
<b>PSICOLOGIA INFANTIL .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO II</b>	
<b>DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NINO DEL PRIMERO</b>	
<b>MES AL QUINTO AÑO DE VIDA .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITULO III</b>	
<b>ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES</b>	<b>17</b>
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>HABITOS BUCALES .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO V</b>	
<b>EXAMEN CLINICO .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTO DE LOS HABITOS</b>	
<b>BUCALES .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## INTRODUCCION

El problema que representa en la actualidad la presencia de maloclusiones es bastante grave, ya que hemos observado que un gran porcentaje de la población tiene algún tipo de maloclusión.

Esto es debido a varios factores entre los que se encuentran los hábitos bucales que se encuentran en los infantes desde muy temprana edad, los cuales no son remedidos a tiempo, esto es por falta de información de los padres, y a veces de los dentistas, a los que hay que orientar sobre este tema.

Hemos podido observar que gran cantidad de la población posee hábitos bucales aún en edades adultas, cuando resulta más difícil tomar medidas para la corrección de estos hábitos y de las maloclusiones.

En este trabajo, trato de manera sencilla, el tema de los hábitos bucales, su etiología y corrección, para un mejor entendimiento del tema, puede servir como un medio de información u orientación hacia los padres, dentistas y personas que así lo requieran.

**CAPITULO I****PSICOLOGIA INFANTIL**

El requisito previo para la atención dental de un niño debe ser la orientación de la conducta del niño en el consultorio.

Por lo general el odontólogo llega a llevarse bien con los niños siendo capaz de trabajar con la misma eficiencia que con los adultos. Es casi una excepción el niño problema que llega al consultorio.

Un problema de conducta o ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos, aceptando así el odontólogo, cada niño más fácilmente; tal aceptación se producirá como resultado de estudio e investigación continuo en el campo de la psicología infantil en relación con la odontología.

Los padres deben conocer el inconveniente de presentar un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial o tratamiento.

A veces los padres esperan que el odontólogo domine -

completamente la situación y atiende a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

Se dice que el campo del dentista no debe abarcar solo la eficiencia técnica, sino que puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación ya que la odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar.

Cuando logra dominarla, su papel como paciente muestra cierta flexibilidad de conducta y muestra mayor interés por lo que sucede a su alrededor.

Es importante que el odontólogo comprenda y conozca la conducta infantil pudiendo así saber su conducta y reacciones ante los problemas del consultorio.

Al estudiar la conducta del niño captará que el control del pequeño o su orientación durante la situación odontológica se desvía del esquema fijo.

También el odontólogo debe saber reaccionar ante determinadas situaciones, ya que los niños captan la indecisión o la angustia.

Se debe tomar en cuenta que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, lo cual no tiene tanta importancia para el odontólogo. Pero en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, se deben considerar ambas edades; fisiológica y cronológica.

En el enfoque psicológico se explicará el aspecto mental, emocional y físico del niño. El aspecto mental se refiere al odontólogo y sus procedimientos, el aspecto emocional son las manifestaciones que el niño expresa como consecuencia del presentimiento de lo que sucederá en el tratamiento, y el aspecto físico son actos en el desarrollo primario del infante en lo que su entorno original se refiere.

El niño puede tener ansiedad o temor, debido a experiencias negativas directas o indirectas, o comentarios en la familia o en la escuela, los que dan una imagen deformada del dentista, quien debe tratar de cambiarla dando una imagen real de él y del tratamiento. Esto puede en ocasiones tomar tiempo, entonces se podrá iniciar el tratamiento.

Lo importante en la odontología pediátrica es enten -

der la situación del niño, presentándose el odontólogo como persona capaz de comprender su ansiedad y de tolerar - las manifestaciones, a veces explosivas.

El dentista no debe sentirse agredido, involucrado, es importante comprender y aceptar la actitud del niño o de los padres, sin adoptar una posición crítica rígida.

El niño capta al adulto que le habla de una manera y actúa de otra, aquí es donde la psicología del profesional ayudará a restaurar la seguridad del niño al sentirse cuidado por el adulto fuerte, eficaz y seguro de sí mismo, se deben poner límites justos y oportunos, llegar a ser para el niño una autoridad permisiva.

Se han descrito tres zonas de disciplina, ubicando la conducta del niño en ; zona verde, amarilla, y roja.

Zona verde.- El odontólogo da el sí, porque la conducta del niño es deseada y autorizada.

Zona amarilla.- El odontólogo tolera una determinada conducta del niño no autorizada, por diferentes razones , como podrían ser casos de aprendizaje o situaciones difíciles (accidentes, enfermedades, etc.). Hay cierta elasti-



cidad para comprender y aceptar.

**Zona roja.**- Aquí surgen las conductas que no deben tolerarse de ninguna manera y que deben detenerse porque ponen en peligro la salud y bienestar de la situación odontológica.

Se dice que es tan importante ser prohibitivo en la zona roja, como permisivo en la verde. Si al niño se le permite un comportamiento que él sabe que no debe tolerarse, su ansiedad aumenta ya que él necesita convencerse - que le atiende alguien que puede controlarlo y protegerlo.

El niño debe tener libertad para llorar y debe recibir ayuda para que deje de hacerlo.

Elbach trató de clasificar los llantos para diagnosticarlos y saber que hacer ante ellos.

**Llanto obstinado** (típico del berrinche, sin lágrimas)  
Expresión de ansiedad y una forma de defensa.

**Llanto asustado.** Con profusión de lágrimas y constante lamento, con tendencia a la histeria. Falta confianza-no disciplina.

**Llanto lastimero. Las lágrimas pueden ser la única manifestación. Trata de cooperar.**

**Llanto compensatorio. No es llanto verdaderamente, si no un sonido que trata de apagar el ruido de la fresa. No hay lágrimas ni sollozos.**

**El conocimiento y actitudes que cada uno adopte como profesional en el tratamiento odontológico del niño y con sus padres dependerá, para bien o para mal, la resolución de los conflictos subyacentes individuales, que nos pondrán frente a ellos como adultos significativos, respetados y estimados.**

**Es muy importante la relación paterna y materna con el tratamiento odontológico. Si el niño se siente seguro en su hogar, no le será difícil adoptar la nueva experiencia, ya que está respaldado por la tranquilidad de la madre y la confianza que demuestra el profesional.**

**Los niños con problemas de conducta, reflejan situaciones de su hogar, aunque los padres no sean totalmente responsables.**

**Se han mencionado diferentes tipos de padres como el-**

antagónico y rechazado, el indulgente, el dominante, el - que se identifica.

Y categorías como el que distrae, el pseudocooperador, el que dá coraje y el que extiende simpatía.

Pero más importante que clasificar, se debe compren - der la situación de fondo, qué motivos son los que llevan a los padres, principalmente a la madre, a interferir con la labor del odontólogo, quien debe llevar una buena comu - nicación con el niño y la madre, para llevar a cabo el - tratamiento.

Se ha dicho que la ansiedad materna es el factor prin - cipal que afecta la conducta de los niños en la situación dental.

A la madre se le debe informar claramente sobre el tra - tamiento de su hijo, y fortalecer el contacto antes que - cualquier situación traumática intensa se presente. Hay - que ayudarle y hacernos cargo un poco de la responsabili - dad y la culpa de esa madre, recordándole que las mayores dificultades para ésta labor son las malas relaciones con los padres, o que hayan crecido sin ellos, o con carencia afectiva.

Algunos autores recurren a las instrucciones escritas en un intento para lograr la cooperación de los padres y facilitar la labor en el niño.

Un ejemplo son las siguientes recomendaciones;

-Que su hijo no sepa el temor que usted pueda tener con respecto al tratamiento dental. Procure hacer lo mejor para darle confianza y explicarle por qué se le lleva al consultorio.

-Comprenda que las radiografías, limpieza e instrucciones sobre higiene bucal, permiten al dentista examinar a fondo y preparar al paciente para el tratamiento.

-No insista en pararse junto a su hijo mientras está en el sillón dental. En este consultorio disponemos de tiempo para adecuarle a su nueva experiencia.

"El buen éxito en el tratamiento de su hijo dependerá de su cooperación. Usted, su hijo y yo debemos trabajar en conjunto y armonía".

También se les puede indicar, que si llora el niño, no se inquieten, que es una forma de reaccionar ante una-

situación desconocida.. Que no se inquieten si la reacción de su hijo es más violenta, hay métodos para resolver su problema.

No engañar al niño, decirle que va al dentista, tranquilamente, sin darle importancia. Que controle sus propios temores y evita comentarios desagradables enfrente de los niños.

Que procure no intervenir en la conversación, ya que el niño se confunde cuando hablan varias personas. Que le permita desenvolverse solo, o se le pedirá cooperación cuando sea necesario.

**PSICOPATOLOGIA INFANTIL**

El comprender los problemas psicopatológicos nos lleva al conocimiento de las situaciones ambientales que son - desfavorables para el desarrollo del niño, los cuales a - continuación se mencionan; angustia, fobias, tendencias - obsesivas, espasmos de sollozo, berrinches, terrores nocturnos, sonambulismo, tartamudéz, hábitos, anorexia, tics, etc.

Esto se menciona ya que en la primera época de la vida los padres son los que influyen en la personalidad y - como resultado el niño puede reaccionar con una conducta - caprichosa y antisocial, otro con tendencias autistas, etc.

La angustia puede, en ciertos niños, asumir gran intensidad y persistencia y ésta se refleja como fobias y - miedos específicos como visitar al dentista.

Los temores nocturnos, son una manifestación psicopatológica frecuente en la infancia, la anorexia psicógena es un problema frecuente y de difícil solución, que puede estar relacionado con actitudes de los padres durante la alimentación, actitudes hipocondríacas y remilgosas de los padres, etc.

Por todo esto es muy importante que el médico estudie la situación del niño en su medio familiar y escolar.

## CAPITULO II

## ETAPAS DEL DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO DEL NACIMIENTO AL QUINTO AÑO DE VIDA

Primer mes.- Saca la lengua, sabe chupar y tragar al nacer. Empuja con brazos y piernas hacia afuera. Se mueve poco de lado a lado, la cabeza no está firme, puede cargar los puños.

Contempla lo que le rodea, mira los rostros de las personas. Produce leves sonidos guturales, presta atención al sonido del timbre.

Segundo mes.- Abre sus manos con mayor frecuencia. Duerme casi toda la noche. Puede reconocer la cara de la madre. Empieza a expresar infelicidad, emoción o placer. Puede mirar y seguir movimientos. Se le tranquiliza cuando se le habla o sostiene. Le atraen los juguetes que están en su campo visual por los sonidos o colores.

Tercer mes.- Mejora el control de ojos y cabeza. Puede apoyarse en los codos estando boca abajo. Puede alcanzar un objeto y sostenerlo en sus manos un momento.

Fija la vista en su madre cuando lo alimenta y reacciona al oír su voz. Sonríe fácilmente. Lloro menos. El



horario de comer y dormir es más regular.

**Cuarto mes.-** Se chupa y frunce los labios. Oprime un objeto cuando está en sus manos, puede levantar la cabeza y el pecho cuando está boca abajo. Sigue fácilmente con los ojos.

Vocaliza socialmente. Se lleva los objetos a la boca. Adepto la boca para recibir la comida.

**Quinto mes.-** Coordina los movimientos de ojos y manos. Su cabeza está más firme cuando se sienta. Quiere tocar, retener y probar objetos, traga normalmente, reacciona y busca la voz humana.

Sonríe y balbucea para ganar la atención. Deja de llorar cuando la madre le habla. Evita la comida cuando está satisfecho. Tiene hambre a horas regulares.

**Sexto mes.-** Empieza a morder normalmente. Abre la boca cuando ve la cuchara. Trata de ayudar. Se sienta con apoyo. Voltea la cabeza. Agarra un cubo. Trata de rastri-llar una bola, pasa un objeto de una mano a otra.

Emite sonidos. Vocaliza su ansiedad, escucha sus propias vocalizaciones.

**Séptimo mes.-** Posiblemente aparezcan los primeros -

dientes. Pueden sentarse casi sin ayuda.

Quiere ser incluido con otros, se emociona cuando es momento de jugar. Aprende la palabra no. Comienza a ser testarudo.

Octavo mes.- Se sienta con buen control de cabeza y cuerpo. Empieza a gatear, usa los muebles para levantarse lame, muerde, y chupa fuertemente.

Balbuces con muchos sonidos, rechaza las cosas que no quiere.

Noveno mes.- Buen control de manos. Aparecen más dientes. Puede levantarse después de estar sentado, resiate un horario fijo para comer. Es más sensible. Lloro si se separa de la madre. Trata de ganar la atención y aprobación. Escucha a quien pronuncia su nombre.

Décimo mes.- Introduce el dedo en su plato de comida o toca el pezón, puede caminar apoyándose en algo, trata de ayudar a vestirse.

Trata de imitar a sus padres, muestra emociones como ira, felicidad, tiene miedo a lugares extraños, empieza a decir palabras como papá y mamá.

Décimo primer mes.- Esboza en taza tragando tres o cua-

tro veces. Come con los dedos desordenando todo, sube escaleras, se agacha.

Empieza a entender parte de lo que se dice. Imita movimientos de otras personas, quiere aprobación y evita de desaprobación.

Décimo segundo mes.- Camina con ayuda. Libera un cubo en una taza. Escupe y saca la lengua deliberadamente, puede volverse estando de pie, es más fácil gatear que caminar, puede pararse, decir adiós con la mano, retroceder - llevar juguetes de un lado a otro caminando.

Da cariño a los adultos, a sus juguetes, ropa favorita, puede rechazar alimentos nuevos. Reacciona a lugares extraños.

Décimo quinto mes.- Puede caminar sin ayuda, intenta subir escaleras, tiene mayor coordinación y logra poner - un objeto sobre otro. Identifica objetos y los señala para que se los den, comienza a balbucear a solas por más tiempo, incrementa su vocabulario.

Décimo octavo mes.- Arroja objetos sin perder equilibrio, se sienta en silla sin ayuda, empieza a correr, a tener control de los cofreteros. Identifica dibujos. Obedece instrucciones sencillas.

**Vigésimo cuarto mes.-** Come solo, ejercita músculos saltando, aprende a subir solo en muebles o escaleras, es más activo.

Aprende a trazar líneas y empieza a usar colores, construye torres con cubos.

**Tercer año.-** Puede patear una pelota, camina sobre la punta de sus pies, crece con menos rapidéz, maneja mejor su lenguaje, forma oraciones, responde a preguntas sencillas.

**Cuarto año.-** Salta con un pie. Se puede lavar y secar la cara, juega de manera cooperativa, dibuja un "hombre", emplea conjunciones, comprende preposiciones, se comunica muy bien con los mayores.

**Quinto año.-** Puede saltar alternadamente con un pie y el otro. Cuenta hasta diez. Se viste sin ayuda, pregunta el significado de las palabras. Habla sin articulación infantil, pregunta ¿porqué?.

## ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

Dentro de la etiología podemos mencionar causas de desarrollo de origen desconocido, traumatismos, factores hereditarios, hábitos, enfermedades, agentes físicos, etc.

Desde el punto de vista etiológico debemos diferenciar entre una maloclusión, una disfunción y una displasia ósea.

Si los dientes se ven afectados resulta una maloclusión, si se trata del sistema neuromuscular el resultado es una disfunción muscular, si se trata de los huesos es una displasia ósea. La mayor parte de los problemas son una combinación de estas tres variantes.

Los grupos musculares que pueden ser sitios etiológicos primarios son los músculos de la masticación, los de la expresión facial y la lengua.

Por ejemplo con el hábito de lengua protáctil resulta una mordida abierta. El papel de los tejidos blandos en la etiología de la maloclusión, excepto los neuromusculares, no está bien definido.

Las alteraciones de origen genético pueden hacer su aparición prenatalmente, o manifestarse años después del nacimiento. Cualquier patrón de crecimiento facial, transmitido genéticamente, en realidad será afectado y alterado por causas ambientales prenatales y postnatales.

El traumatismo prenatal sobre el feto y los daños postnatales pueden ocasionar deformidad dentofacial. El traumatismo prenatal puede causar; hipoplasia de la mandíbula, micrognacia, protracción maxilar, parálisis muscular. También influye la posición del feto ya que a veces su pierna o rodilla hacen presión sobre la cara de manera que ocasionan una asimetría en el crecimiento facial o retardo en el desarrollo mandibular.

En el traumatismo postnatal se pueden mencionar las fracturas de los maxilares y dientes, y hábitos.

Los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Algunos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de la mandíbula como la acción normal de los labios y la masticación.

Los hábitos de presión anormal pueden interferir en el crecimiento facial, por lo que deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada se pueden observar en el crecimiento anormal o retardado del hueso en las malposiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultad para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos.

Los hábitos son aprendidos a temprana edad debido al sistema neuromuscular y desaparecen alrededor de los cuatro años.

En el hábito de succión digital, la maloclusión dependerá de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante la succión.

Por lo general en estos casos se encuentra mordida abierta anterior.

El hábito de lengua protáctil a veces queda como residuo de la succión digital, pero también puede ser ocasionado por amígdalas hipertroóficas o hipersensitivas, o sea que cualquier dolor crónico en la garganta empuja a la lengua hacia adelante sobre todo en la deglución.

Cuando la lengua descansa sobre la parte palatina de los incisivos se crea mordida abierta anterior, o si está entre los dientes superiores e inferiores en la región de premolares se crea mordida abierta lateral.

Con el hábito de respiración bucal podemos encontrar gran porcentaje de maloclusiones.

Este síndrome típico de respiración bucal se caracteriza por contracción de la dentadura superior, labiover - sión de los dientes anteriores superiores, apinamiento en ambos arcos de los dientes anteriores, hipertrofia y - agrietamiento del labio inferior, hipotomía y acortamiento aparente del labio superior y frecuente sobremordida - notable.

Es importante saber cuando los arcos dentarios de un niño están desviándose más allá de lo normal.

Para lo cual tenemos que clasificar las maloclusiones mayores. Una clasificación es el sistema de angle que presta demasiada atención al dividir y subdividir las maloclusiones mayores de clase II y III en subgrupos reconocibles.

Se ha tratado de aclarar los conceptos, con respecto



a las discrepancias más comunmente vistas de oclusiones dentro del tipo de clase I de Angle.

El otro sistema es el de Dewey-Anderson que han hecho agregados al sistema de Angle para describir diferencias-precisas entre las maloclusiones de la clase I. al uso de este sistema permite métodos más fáciles para reconocer y describir las desviaciones precoces dentro de la clase I. Se realiza un buen diagnóstico con este sistema durante la dentición primaria del niño, al contrario que en la de Angle, los primeros molares primarios deben estar ubicados en oclusión para un buen diagnóstico.

El sistema de clasificación de maloclusiones de Eduardo Angle, divide las oclusiones en tres grupos, siendo uno de ellos considerado normal, a los tres los denominó maloclusiones.

Por medio de la intercuspidadación de los primeros molares permanentes determinaba el grupo. Decía que dichos molares tenían una posición fija, inalterables y consideraba a la mandíbula como la fuente de error.

A continuación describiré los diferentes grupos de maloclusiones según Angle;

**Clase I.-** La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente está en relación con el surco vestibular del primer molar inferior permanente.

**Clase II .-** La cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente está en relación con el espacio - entre el segundo premolar inferior y el primer molar inferior.

**Clase II división 1 .-** Relaciones de molares clase II en ambos lados, centrales prominentes.

**Clase II, división 1, subdivisión .-** Relación molar - clase II de un lado; relación molar clase I del otro; incisivos centrales prominentes.

**Clase II, división 2 .-** Relación molar clase II de ambos lados, incisivos centrales casi verticales o inclinados lingualmente, e incisivos laterales protruidos.

**Clase II, división 2, subdivisión .-** Relación molar - clase II de un lado, clase I del otro; incisivos centrales verticales o inclinados lingualmente, con un solo incisivo lateral protruido vestibularmente, por lo general del lado de la clase II.

**Clase III .-** La cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, está en relación con el surco - distovestibular del primer molar inferior permanente.

**Clase III, subdivisión .-** Dentición en la que hay una relación clase I de un lado, y una relación clase III del otro.

El sistema Dewey-Anderson divide la clase I de Angle en "tipos", que son fácilmente reconocibles y útiles como auxiliares de diagnóstico en los años de dentición mixta, y son menos importantes para el diagnóstico en la dentición del adolescente joven.

**Clase I ,Tipo 1 .-** Se caracteriza por los incisivos - apinados y rotados. Cuando aparecen en el arco los incisivos permanentes superiores e inferiores permanentes no cuentan con suficiente espacio, aparecen apinados y rotados.

Dentro de las causas de este apinamiento podemos tener falta de espacio por el tamaño de las piezas dentarias, - falta de espacio del arco, por presiones generadas por el músculo del labio inferior. Cuando es por causa muscular es porque el labio inferior actúa de manera acrobática du

rante la deglución, ya que el músculo mentoniano por una contracción excesiva durante la deglución puede ejercer una presión desbalanceada sobre los incisivos inferiores erupcionados, empujándolos lingualmente.

**Clase I, Tipo 2 .-** Los dientes anterosuperiores están protruidos y espaciados.

Se puede parecer a la maloclusión clase II división-1, en que ambas tienen los dientes anterosuperiores protruidos, pero en la clase I tipo 2 los incisivos superiores están bien espaciados y la relación molar y canina es de clase I. En ambas maloclusiones el labio superior aparece más corto y actúa de manera hipotónica de tal manera que los labios no cierran durante el acto de deglución, por lo tanto el labio inferior parece actuar en dirección hacia adentro y arriba para realizar el sellado en la deglución, aumentando el overjet.

Su causa es generalmente la presencia de hábitos orales, como succión del pulgar u otros dedos, que pueden desencadenar también un empuje lingual o inadecuada postura pasiva de la lengua. Se presenta mordida abierta anterior comúnmente. Puede haber alteraciones en la fonación.

**Clase I, Tipo 3 .-** Mordida cruzada presente antes que involucrar a los incisivos superiores permanentes.

Esta lingualización de un incisivo superior produce la " mordida trabada ", con función muscular labial y facial pobre, función masticatoria pobre e inadecuada, desgaste incisal y oclusal.

**Clase I, Tipo 4 .-** Mordida cruzada posterior que involucra molares temporales, primer molar permanente y posiblemente caninos temporales.

Mordida cruzada lingual, o sea que las cúspides vestibulares de los dientes superiores están trabadas en el surco oclusal del diente inferior opuesto.

Otra forma es mordida cruzada lingual completa. Esto es si un premolar o molar superior erupciona totalmente por lingual al diente inferior correspondiente.

O mordida cruzada vestibular, que es si un diente posterior o todo un segmento posterior de un arco está vestibularizado con respecto al antagonista.

Estas tres clases de mordida cruzada pueden ser unilaterales o bilaterales.

Podemos citar como algunas causas el que haya persistido un diente temporal en mordida cruzada desde edad temprana, o por la erupción de los caninos permanentes cuyas cúspides oclusales se deslizan por la vertiente errada provocando una mordida trabada, o por falta de anchura en el arco superior ya que el tamaño del arco superior en -

forma de herradura es inadecuado para contener al arco inferior en la oclusión, o hábito de succión de la mejilla, etc.

Clase I, Tipo 5 .- Pérdida de espacio en el segmento posterior. Causada por la mesialización del molar de los seis años. La causa puede ser caries, exodoncia (iatrogénica) y factores genéticos (erupción ectópica).

Clase I, Tipo 0 .- Oclusión perfecta. Es el tipo de relación oclusal entendido como Clase I de Angle "normal" en el niño en desarrollo ( relaciones molares, caninos, líneas medias, overbite, overjet, dentro de los límites normales).

Estas han sido las clasificaciones de maloclusiones descritas por Angle y las modificaciones de la clase I efectuadas por Dewey-anderson, por medio de ellas podremos realizar un buen diagnóstico temprano en la prevención de posibles daños mayores a nivel de la ATM y corrección temprana de dichas maloclusiones, por medio de la eliminación de las causas tales como hábitos bucales o por medio de tratamientos miofuncionales u ortodónticos.

## CAPITULO IV

## HABITOS BUCALES PERNICIOSOS

Además de las fuerzas normales que pueden afectar las posiciones de los dientes, hay también muchas fuerzas - anormales que pueden causar maloclusiones. Muchas de estas fuerzas son el resultado de hábitos orales adquiridos o de la retención de los patrones musculares infantiles - de masticación.

Casi todos los niños que tienen hábitos orales de larga duración, tienen como resultado arcos dentarios distorciónados.

La succión digital y el empuje lingual pueden perturbar la simetría de las porciones anteriores de los arcos superior e inferior.

Un músculo hiperactivo, en un niño que traga inadecuadamente, puede ejercer una presión sobre los dientes incisivos inferiores recién erupcionados, causando lingualizaciones y quitando espacio para la erupción de los caninos permanentes.

Los padres casi nunca saben lo remarcable de los actos fisiológicos que conducirán al niño a una deglución anormal, o a producir incorrectamente los sonidos del habla porque sus labios y posicionamiento lingual no son normales.

Cualquiera de estas posturas orolabiales anormales pueden estar provocadas por un hábito de succión de larga data.

Los hábitos son considerados como posibles causas de depresiones desequilibradas dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y maleables y también de cambios en el emplazamiento de las piezas y en las oclusiones.

Los hábitos se han clasificado en compulsivos y no compulsivos.

Los hábitos no compulsivos, se pueden adoptar o abandonar fácilmente al madurar el niño. Generalmente no hay reacciones anormales, el niño está respondiendo a cambiar un hábito personal a un nuevo patrón de conducta más consistente, con su mayor nivel de madurez o responsabilidad.



Los hábitos son compulsivos si ha adquirido una fijación en el niño, a tal grado que si su seguridad se ve amenazada, recurre a él. Al tratar de corregir dicho hábito sufre mayor ansiedad. Expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.

Hay muchos tipos de hábitos y la combinación de éstos a continuación describiré los hábitos orales perniciosos— más frecuentemente encontrados en los niños.

#### HABITO DE SUCCION DIGITAL

Tiene varias y contradictorias teorías de su etiología y de la forma en que puede corregirse dicho hábito.

El recién nacido tiene un mecanismo bien definido para chupar, lo que constituye su intercambio más importante con el mundo exterior.

De este mecanismo obtiene nutrición, sensación de euforia y bienestar indispensable en la primera etapa de la vida.

El hábito de chupar dedos se considera normal en una etapa del desarrollo del niño, esto es durante el primer año de vida, desapareciendo espontáneamente al final del-

segundo año si se presta debida atención a la lactancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma - continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la res - tricción y sublimarán sus actividades buscando otras sa - tisfacciones ambientales o formas más maduras de comportam - iento.

Algunos no lo harán y el hábito puede acentuarse en - vez de desaparecer.

Durante los tres primeros años se ha visto que el da - ño a la oclusión se limita principalmente al segmento an - terior. Este daño es temporal siempre que el niño princi - pie con oclusión normal.

Los daños producidos por el hábito son similares a - las características de la maloclusión II división 1 - maxil - lar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático - o sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda - palatina alta y arcadas dentarias estrechas - por lo que - no debe confundirse el daño del hábito con la maloclusión genética.

Si el niño abandona el hábito al final del tercer año

lo que puede producir es reducir la sobremordida vertical y aumentar la horizontal, crear espacios entre incisivos superiores, a veces espesamiento o malposición de dientes anteriores superiores.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio, lo cual no se debe en su totalidad al hábito digital sino al auxilio importante de la musculatura peribucal.

El aumento de la sobremordida horizontal impide el acto de deglución normal. Se ha visto que la maduración de la deglución se retarda en chupadodos confirmados.

El acto infantil de deglución, con su actividad a manera de bábulo, persiste o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Esto puede ser el mecanismo deformante más significativo.

A veces éste hábito puede deberse a problemas de alimentación, por ejemplo por amamantamiento demasiado rápido o con demasiada tensión durante el acto, o aburrimento, anormalidades de la digestión, apetito, maloclusión -

como mordida abierta o incisivos sobrealidados.

Muchos niños se chupan los pulgares por periodos breves durante la infancia. Muchos lo dejan en los años pre-escolares, otros lo conservan hasta la edad adulta.

En el niño mayor puede ser por problemas escolares, o en el hogar, indica tensión emocional.

Se aconseja desalentar este hábito durante el tiempo que se considera normal (el primer año y medio del niño). Algunos aceptarán esta restricción y buscarán otras satisfacciones ambientales o formas maduras de comportamiento al realizar sus actividades, muchos no le hacen y el hábito puede acentuarse.

Se cree que el efecto del hábito sobre huesos maxilares y arcos dentales, incluyendo la oclusión dental, depende de factores como son la frecuencia, intensidad, duración, desarrollo óseo, dote genético, estado de salud del niño y otros también importantes.

Si el bebé tiene el hábito de succión digital, sería posible corregirlo, al pasar de la fase de succión a la de masticación. Podría lograrse una reorientación en la -

actividad de succión a actividades masticatorias.

En niños mayores podemos usar visuales para mostrar - les como les perjudicará el hábito.

La succión digital es frecuentemente la manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores como a la oscuridad, separación de padres, a animales e insectos.

El hábito generalmente desaparece al madurar el niño - o al pasar el problema emocional y con esto la necesidad - de recompensa o reaseguramientos positivos.

Entre los efectos nocivos que pueden provocar están - las malposiciones dentales, maloclusiones, deformidad facial, por interferencia con la fuerza de presión.

Si se retira antes de la aparición de los incisivos - permanentes no afectará en su posición y aún permanecien - do el hábito puede que no provoque alteración oclusal.

A veces el mal alineamiento de las piezas produce - apertura labial pronunciada de las piezas anterosuperio - res que aumenta la mordida horizontal.

Puede haber inclinación lingual y un aplastamiento de la curva de Spee, de las piezas mandibulares anteriores, - los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal, en tensión, que - puede estrechar el arco y producir mordida cruzada posterior bilateral.

Es un hábito socialmente inaceptado, se ha informado sobre una mayor presencia del hábito en niños de clase social alta que en la media e inferior.

## HABITO DE LENGUA Y DEGLUCION

Este hábito se refiere a una posición anterior de la punta lingual entre los dientes durante la deglución.

En niños es frecuentemente un reflejo del periodo normal de la progresión de madurez de una deglución infantil a una madura.

La deglución infantil se caracteriza por contracciones fuertes de los carrillos fuertes de los carrillos y músculos labiales, así como un empuje de la lengua entre las superficies de la encía.

Una deglución madura se caracteriza por la contracción de los músculos elevadores de la mandíbula, llevando los dientes a la oclusión y a la punta de la lengua al área del foramen incisivo.

Moyers enumeró las características de la deglución de la siguiente manera;

1. Los maxilares se separan con la lengua colocada entre las encías.
2. El maxilar inferior es estabilizado primordialmente por la contracción de los músculos del séptimo par -

cranéal y la lengua interpuesta.

3. El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

Según Meyers como a los 18 meses se presenta la deglución madura que describe así;

1. Los dientes están juntos.

2. El maxilar inferior es estabilizado por la contracción de los elevadores del maxilar inferior que son principalmente músculos del quinto par craneal.

3. La punta lingual se coloca sobre el paladar arriba y atrás de los incisivos.

4. Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

El cambio de deglución infantil a deglución madura va paralelo a la erupción de los dientes primarios y al cambio de dieta a comida sólida, a la edad de un año más o menos.

Esta progresión puede ocurrir durante un periodo de años y algunos niños no pueden exhibir una deglución madura hasta el periodo de dentición mixta.



El niño puede tener los dos tipos de deglución en este periodo de transición.

El empuje lingual generalmente va acompañado de hábito de succión digital en el niño y puede continuar aún cuando el hábito de dedo haya cesado.

La lengua se adapta a las condiciones anormales y cuando hay una mordida abierta, la lengua y el labio se encuentran para dar un sellado oral durante la deglución.

Esta actividad puede acrecentar la maloclusión y retardar la progresión a una deglución madura, reforzando el empuje lingual.

Para causar una maloclusión con dicho hábito son considerados varios factores como la frecuencia de la lengua sobre los dientes, la magnitud de la fuerza cuando se proyecta sobre el diente o los dientes, la oposición a esta fuerza por otras estructuras dentoalveolares al desplazamiento y a la postura de resistencia de la lengua cuando no hay deglución activa.

Se cree que es más importante la posición de la lengua en descanso que al comer, hablar o en la deglución.

Una posible etiología puede ser la conservación del patrón reflexivo congénito, esto es que el bebé deglute con los bordes gingivales separados, al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua, así el reflejo de deglución normal cambia y entran en acción los músculos del quinto par craneal.

Uno de los factores etiológicos es una demora en este cambio y también la succión del pulgar. Al conservar dicho patrón anormal de deglución puede tener solo dientes posteriores en oclusión.

La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior.

Para readiestrar al niño a un patrón normal de deglución, deben buscarse los siguientes objetivos ;

- Que esté mejor ubicada la lengua contra el paladar durante la deglución. Que la punta lingual este ubicada sobre la eminencia oval, formada por la papila incisiva.

-Mejor acción de los músculos temporal y masetero. Es to haciendo que el niño 'muerda' con los dientes posterio

res al deglutir.

- Mejor posición labial buscar que el niño entienda -  
lo que es una compresión firme por medio de ejercicios.

### HABITO DE LABIO

Por lo general este hábito es una actividad compensadora causada por sobremordida horizontal excesiva, lo que presenta dificultad para cerrar los labios durante la deglución.

Cuando el hábito se hace pernicioso puede deformar - las arcadas, dando un aplanamiento antero inferior, los incisivos superiores son desplazados arriba y adelante hasta una relación protusiva. Cuando el hábito es más perjudicial, el borde bermellón del labio se hipertrofia y aumenta de volumen, se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. A veces aparece herpes crónico con zona de irritación y agrietamiento del labio.

También puede asociarse a hábito de dedo.

Durante la deglución, la lengua auxilia a la musculatura labial, ya que va a proyectarse hacia adelante para que el

labio inferior pueda cerrar durante la deglución.

Cuando el labio superior deja de funcionar, como fuez  
za restrictiva eficaz con el labio inferior ayudando a la  
lengua a ejercer gran fuerza hacia arriba y adelante con-  
tra la premaxila aumentando la severidad de la oclusión.

#### HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Este hábito tiene varias etiologías que describiré a-  
continuación;

Por obstrucción, esto es que se presenta resistencia-  
incrementada u obstrucción completa del flujo normal de -  
aire a través del conducto nasal. Por lo que se fuerza la-  
respiración bucal.

Hay otros niños que aún cuando se haya quitado la -  
obstrucción siguen respirando por la boca por costumbre.

Anatómicamente, hay niños que tienen el labio superior  
corto y no puede cerrarlo con el inferior por completo, o  
por sobremordida horizontal lo que ocasiona que el labio-  
superior no alcance a cerrar bien durante la deglución.

En niños ectomórficos, sus espacios nasofaríngeos son estrechos por lo que pueden haber obstrucciones.

También está relacionado con la función muscular anormal. Antes se creía que era una etiología de la maloclusión, pero ahora, más bien se considera un factor simbiótico o asociado y en menor grado, el resultado de una maloclusión.

Otros problemas que causan respiración bucal pueden ser; hipertrofia de los turbinatos por alergias, rinitis-atrónica, tabique nasal desviado, adenoides agrandados, polipos nasales, alergia crónica de las tonsilas orales etc.

Cuando los niños son pequeños, el tejido adenoideal y faríngeo es hiperplásico, lo que se puede corregir solo al crecer el niño, contrayéndose el tejido adenoideo naturalmente.

El aspecto típico de los respiradores bucales, se describe como "facies adenoidea", con cara estrecha, dientes anterosuperiores protruidos, labios abiertos, labio inferior sobre caras palatinas de incisivos superiores.

Hay falta de estimulación muscular normal de la lengua, por lo que los músculos orbicular de los labios y buccinador al presionar zona de caninos y primeros molares, estrechan el paladar y la bóveda palatina es elevada.

Además, se pierde el efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales por lo que hay frecuentemente amígdalas y adenoides grandes, trastornos del oído medio, claro que aquí también tiene mucho que ver la resistencia individual.

#### BRUCCISMO

Este es un desgaste, frotamiento o rechinar de los dientes de carácter no funcional.

Se practica generalmente por las noches, y daña tanto dientes temporales como permanentes.

Influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, tensión nerviosa, superestructura del individuo, interferencia oclusal.

También se ha observado en pacientes con enfermedades como corea, epilepsia y meningitis, así como trastornos -

gastrointestinales .

### EMPUJE DEL FRENILLO

Este hábito es raramente observado, ocurre cuando los incisivos superiores permanentes están muy separados entre sí, el niño puede trabar el frenillo labial entre éstos y dejarlo así hasta por horas.

### ONICOFAGIA

Este es el hábito de morderse las uñas, aparece muchas veces después de un hábito de succión digital, no produce maloclusión, posteriormente puede cambiarse por algún objeto como lapices, clips, etc.

### HABITOS MASOQUISTAS O AUTOMUTILACIONES

A veces los niños se traumatizan los tejidos bucales, se buscará la causa ya que a veces puede confundirse con factores dentales locales. Consisten por ejemplo en levantarse la encía con la uña o con otros objetos. Si es problema emocional dirigirlo a servicios competentes, otras veces son ocasionados por tensión y conflictos en el hogar.

## CAPITULO V .

## EXAMEN CLINICO DEL TRATAMIENTO

Dentro de los signos que pueden indicarnos algún hábito, están los grandes diastemas, la protrusión de los incisivos superiores, la retrusión de los incisivos inferiores que pueden ser por hábitos linguales o digitales o su combinación, aunque también pueden reflejar erupciones ectópicas o disarmonía esquelética determinada por la genética.

Se presentan a continuación los pasos a seguir para elaborar un examen clínico del tratamiento, el cual a veces requerirá la cooperación de los padres, y del niño.

Primero deberemos observar el perfil y palpar y visualizar los puntos A y B, con relación a los dientes, Si estos puntos son ubicados en un perfil esquelético normal, pero los dientes sobresalen de más, hay entonces maloclusión por posible consecuencia de un hábito. Si los dientes están en relación normal con las fosas incisivas pero los puntos A y B no están ubicados en un perfil esquelético normal, existe disarmonía esquelética cuya etiología puede ser genética, un hábito o ambas cosas a la vez. Así una vez determinada la presencia o ausencia del problema



esqueletal, debe determinarse la existencia de algún problema de conducta o de presión.

Para determinar la presencia de un hábito de presión se observará la musculatura oral. Se le pide al niño que hable y se observarán la lengua y los labios, si la lengua sobresale durante la fonación, si descansa sobre los dientes cuando la boca está en descanso. También observaremos si hay problemas de dicción, si los labios son atrapados por los dientes. Darle a tomar agua y que trague, - observar el movimiento de los labios, ver si hay empuje lingual. Cualquiera de estos signos nos puede indicar la presencia de algún hábito.

También debemos observar los dedos del niño, si presentan algún callo. Hablar con los padres para confirmar o negar la presencia de la succión digital. También debemos observar los siguiente:

-¿Están los incisivos superiores protuidos?

-ver si los incisivos inferiores están en lingüeverajón.

-¿Respira el niño correctamente?

-¿Existe un paladar anormalmente alto?

-¿Los arcos dentales están comprimidos?

-¿Los dientes superiores quedan atrapados por el labio

inferior cuando el niño habla, descansa o sonríe?.

- Cuando el paciente bebe agua ¿se proyecta la lengua hacia adelante, para crear el vacío necesario para la deglución?

- ¿Respira con la lengua descansando detrás de los incisivos inferiores?.

- ¿Tiene problemas de fonación tales como ceceo o emisiones laterales?.

- ¿Está la mordida abierta?.

- ¿El niño se muestra tenso o relajado?

Como una maloclusión puede ser ocasionada por diversos factores, es necesario hacer una muy detallada historia del niño y un correcto examen clínico. El tratamiento dependerá mucho de esta historia, y si usaremos o no aparatos.

## CAPITULO VI

## METODOS DE ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTO

Cuando se ha confirmado la presencia de un hábito en un niño, hay que tomar en cuenta, la duración, frecuencia e intensidad de dicho hábito. Es casi axiomático considerar la eliminación de un hábito, el niño podrá hacerlo conscientemente, guiado por el odontólogo y sus padres, solo si el niño está preparado psicológicamente y quiere romper el hábito.

En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

A veces los niños combinan un hábito primario con un secundario. Así el hábito primario puede evitarse rompiendo el hábito secundario.

Hay otros métodos como que el niño mantenga informado al odontólogo, sobre su hábito, que le diga como va en su progreso, debe haber cooperación de los padres, nunca debe avergonzarse al niño, ni castigarlo. Se pueden utili -

zar métodos audiovisuales, dependiendo la edad del niño, -  
ésto es mostrarle las consecuencias que puede tener de -  
continuar el hábito y platicar con él.

Hay métodos de adiestramiento extrabucales que no con-  
sisten en aplicar instrumentos en la boca del niño y son-  
como cubrir el dedo con sustancias de sabor desagradable-  
como la tetrá.

También algunas veces se cubre el dedo con una tela -  
adhesiva, éstos métodos deben basarse en la aceptación -  
del niño para romper el hábito y en la cooperación de los  
padres para no exigir al niño una perfección que no pueda  
lograr, sino recompensar al niño de alguna manera, básic-  
amente estos métodos son más que nada para desalentar el  
hábito, como una especie de recordatorio.

Los métodos intrabucales son por medio de instrumen -  
tos intrabucales que los niños consideran como instrumen -  
tos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales, -  
difíciles de curar. En la mayoría de los niños, estos -  
instrumentos pueden añadir un complejo de culpabilidad al  
hábito original y pueden cambiar al niño de feliz a un ni-  
ño nervioso.

Si el niño no es tan maduro en sus relaciones con los

denás, posiblemente no sea un buen candidato para medidas correctivas ya sea por aparatología o por terapia psicológica.

A veces el niño es sometido a cierta carga psíquica - con un aparato ortodóntico preventivo, lo que nos puede - dar un resultado opuesto al deseado, aumentando la frecuencia o intensidad del hábito.

También hay terapias musculares como alternativa para convertir un hábito vicioso en otro útil. A continuación describo una serie de ejercicios musculares dirigidos a - determinados músculos, que interfieren en los distintos - hábitos orales.

**Ejercicio del músculo masetero y temporal.-** En los niños respiradores bucales, generalmente los músculos son débiles e hipotónicos, flojos y les falta fuerza y tono. Si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta, es aconsejable el siguiente ejercicio;

a) Colocar el dedo del paciente sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que sienta los movimientos de contracción y relajación.

b) Ocluir los dientes.

c) Debe contraer y aflojar el grupo de músculos masete-

ro-temporal, asegurarse que la mandíbula permanezca inmóvil.

d) Mantener los músculos contraídos, hasta que el niño cuente hasta el diez mentalmente, enseguida se aflojarán los músculos.

e) Se repetirá cuando menos 10 veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.

f) Unos días después se aumentará gradualmente la cuenta el esfuerzo no debe de ser excesivo.

**Ejercicio del músculo pterigoideo.-** Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos, que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula, pueden corregir en muchos casos esa condición mediante el ejercicio pterigoideo. Puede ser necesario también usar cierta forma de aparato ortodóntico, en especial cuando hay puntos de interferencia que indican que la mandíbula puede ser llevada hacia adelante, a la posición de ventaja mecánica.

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

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

c) Se dejará descansar la mandíbula por un momento y -

después se llevará otra vez hacia adelante, repitiendo - lo que se dijo en el ejercicio anterior.

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

**Ejercicio de Wilson para los músculos faciales.-** Este ejercicio mantendrá en reposo los músculos ya desarrollados y estimulará el desarrollo de los músculos atrofiados total o parcialmente.

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

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

c) Conservando esta posición, deberá empujar todos los - músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.

d) Mientras se conservan tensos éstos músculos se le indicará que aspire profundamente el aire y que lo deje escapar lentamente.

e) Se repetirán los mismos movimientos del lado opuesto. Cuando se llega a hacer de diez a cien veces este ejercicio, según las condiciones físicas y capacidad del pacien

te, fortalece el orbicular de los labios y los músculos - asociados de la boca y carrillos.

**Ejercicio de la lengua.-** Es un tanto difícil corregir los hábitos de la lengua, siendo éste hábito, precisamente, el causante de la mordida abierta.

Se colocará en el paladar del niño un pedazo de caramelo, atrás de los incisivos, donde es sostenido con la punta de la lengua. Se enseña al niño esta posición, y cuando se realiza cada acto de deglución, la punta de la lengua se mantiene en la posición inicial.

**Ejercicio para la succión labial.-** Este ejercicio consiste en la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y sobreponer con fuerza el labio inferior. El tocar instrumentos musicales bucales, ayuda para lograr enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anterosuperiores .

**Ejercicio pasivo de Strag para la deglución.-** Ejercita los músculos que actúan durante la deglución, a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones pervertidas, especialmente en lo que se refiere a la contracción-exagerada durante la succión y al espasmo de la lengua.



- a) Se tendrá a la mano un espejo y un vaso de agua.
- b) Se le dice al niño que tome un sorbo de agua, lo suficiente como para humedecer la boca.
- c) Se le dirá al niño que se observe en el espejo. Juntará los dientes y se mantendrán así durante todo el ejercicio.
- d) En seguida cerrará suavemente los labios y se tragará el agua, recordando tres cosas; mantener unidos los labios, mantenerlos inmóviles, y mantener la lengua en la boca sin que haga presión contra los dientes.
- e) Repetirá lentamente la deglución, tomando un sorbo de agua cada vez que se le dificulte hacerlo.
- f) El ejercicio durará dos minutos y se repetirá de menos tres veces al día.

**Ejercicio tónico general.**- El propósito de este ejercicio es el de promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes, aunque también es muy útil para todos los músculos de la cara.

Consiste en tomar un sorbo de agua tibia, en la que se haya disuelto bicarbonato de Sodio o sal, se mantendrán los dientes en oclusión y se hará pasar agua por los espacios interproximales y regresarla al espacio lingual. Se repetirá el ejercicio hasta que los músculos muestren una ligera fatiga. Esta rutina deberá repetirse cinco a -

seis veces por la mañana y por la noche.

Todos estos ejercicios musculares descritos anteriormente se darán a niños que tengan suficiente edad para entenderlos y llevarlos a cabo, mediante su plena cooperación y comprendiendo que son para su propio bienestar, - deberá realizarlos como lo indique el odontólogo, los padres deberán ayudarlo en la realización de estos.

A continuación describiré otros métodos que son mediante aparatos ya sea fijos o removibles.

El tiempo óptimo para la colocación de un aparato es entre los 3 y medio a cuatro años, se dice que de preferencia en la primavera que es cuando el niño goza de mejor salud y el hábito puede ser sublimado por juegos al aire libre y actividades sociales.

Para el readiestramiento de hábitos en niños mayores parecen ser más efectivas las pantallas linguales.

Se dá como meta un tiempo de tres meses, en el que si el niño progresa se puede retirar el aparato y dar un periodo de prueba.

Si en cambio en el niño se ven síntomas de ansiedad, - como mojarse en la cama u otros, se pensará en quitar o -

no el aparato.

Estos aparatos funcionan mejor en niños maduros, si el niño se ve inmaduro o nervioso, se podrá esperar un poco a que madure más.

Lo mejor es elogiar y alabar al niño, los reproches continuos y agresivos de los padres pueden hacer que el niño pierda la buena voluntad. Hay que ser sincero y darle cuenta oportuna sea posible.

Los aparatos desempeñan varias funciones ;

- Establecen una mejor aptitud labial.

- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido, ya que podrá colocar el dedo en la boca pero no obtendrá satisfacción al hacerlo. Se dirá al niño y padres que no es una medida restrictiva sino que es para enderezar los dientes, y mejorar la apariencia.

- Evita que la presión digital vestibularice los incisivos superiores, evitando la creación de mordida abierta y por lo tanto consecuentes reacciones adaptativas y deformantes de lengua y labios.

- Restringe la tendencia de la lengua de proyectarse hacia adelante, distribuyendo las fuerzas lateralmente, -

equilibrando mejor la acción de los músculos de las mejillas y se mejora la presión sobre los segmentos bucales superiores invirtiendo el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal, las porciones periféricas nuevamente descansarán sobre las superficies oclusales evitando la sobreerupción de los dientes posteriores.

- Desalienta la respiración bucal.

- Restringe al mínimo la acción del músculo mentoniano.

- Sirve como recordatorio en los ejercicios de reeducación que han sido recomendados.

A continuación describiré algunos de los aparatos utilizados en determinados hábitos, y la fabricación de éstos.

Aparato para el hábito de succión digital.- Uno de los aparatos más eficaces es la criba fija. Se toman moldes de yeso, en él dejaremos los segundos molares, que serán nuestros dientes pilares, sin puntos de contacto con los dientes adyacentes, profundizando el surco gingival uno o dos milímetros.

Se adaptan coronas de acero inoxidable, de tamaño adecua-

do a los segundos molares.

El aparato palatino se hace con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo calibre 0.040, se hace el alambre de base en forma de U que se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios, aquí se dobla para llevarlo en dirección recta hasta el nicho entre molar deciduo y canino primario opuestos. No debemos seguir el contorno del paladar ya que queremos reducir la succión. Luego se dobla otra vez el alambre hacia atrás.

Se colocará el alambre base en el modelo ajustándolo pasivamente. Se soldarán como aparato central los espolones y el asa de alambre.

El asa irá hacia atrás y arriba en un ángulo de 45° - aproximadamente con respecto al plano oclusal, las dos partes del asa van más allá de la barra y se doblan hacia el paladar haciendo contacto con el ligeramente. Se suelda el alambre base a una tercera proyección con la misma curvatura entre las dos proyecciones anteriores del asa central.

El alambre base se suelda a las coronas y se pule.



Al colocar en la boca del paciente se cheque que las coronas no lastimen el margen gingival. Se adapta perfectamente bien. Revisar que los incisivos inferiores no ocluyan con las proyecciones del aparato. Se cementa, previa limpieza y secado de las piezas soportes, se quita el exceso de cemento.

Se le explica al niño que tendrá alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen en el aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado. No mencionar el dedo.

Los niños pueden presentar más salivación y se pueden quejar de dificultad al tragar.

El aparato se lleva de cuatro a seis meses. En la mayoría de los casos desaparece el hábito como a las dos semanas. Después de tres meses desaparece completamente, se

retiran los espolones. Si a las tres semanas se ve que no hay recurrencia, se quita la extensión posteriormente, - tres semanas después puede quitarse la barra palatina y - las coronas. Si hay tendencia a recidivar dejarlo más - tiempo.

**Aparato usado para la proyección lingual.-** Es una variante del aparato para hábito digital, tiende a llevar - la lengua hacia abajo y atrás durante la deglución.

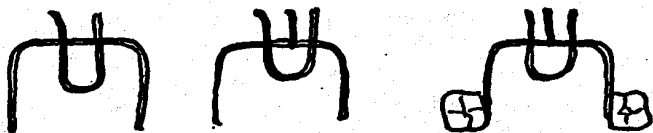
Se obtiene una barrera para la proyección lingual, mediante espolones que son doblados hacia abajo formando - una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal de los dientes posteriores.

Este aparato intenta eliminar la proyección anterior-energica y efecto a manera de émbolo durante la deglución y modificar la postura de la lengua, para que su dorso - se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas en la deglución en vez de introducirse por el espacio incisal. Al acto de deglución madura es estimulado.

La barra también llevará forma de U, contactando con las superficies linguales prominentes de segundos y prim

ros molares deciduos y de la corona metálica de cada molar

La criba se hará con la pinza 139, soldando un extremo a la barra base, se hacen tres o cuatro proyecciones - en forma de V que lleguen atrás de los cingulos de los incisivos inferiores al estar en oclusión, sin contactar y se suelda el otro extremo. Se suelda a las coronas metálicas y se pule.



El tiempo de uso, va a depender de la gravedad del caso, por lo general es de cuatro a nueve meses.

La mejor edad para colocar el aparato es entre los cinco y diez años.

Aparato para el hábito de chupar y morderse los labios.- Puede hacerse de diferentes formas. A continuación - describiré una de ellas.



En modelos de yeso se recortan los primeros o segundos molares deciduos para quitar puntos de contacto. Se ajustan las coronas metálicas a los dientes soportes.

Se adapta un alambre de acero inoxidable o níquel cromo de 0.040 pulgadas que va en sentido anterior desde el diente soporte, pasando los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y primer molar deciduo o el canino y el incisivo lateral.

Se cruza el alambre base por cualquier área interproximal hasta el aspecto labial, se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. Entonces el alambre es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

La porción labial del alambre no debe hacer contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al estar en oclusión.

También deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores unos dos o tres milímetros para permitir que éstos puedan desplazarse hacia adelante.

Dentro de los aparatos removibles para el tratamiento de los hábitos perniciosos tenemos los siguientes.

Para hábito de dedo, lengua, labio hay cierto tipo de aparatos removibles que va a servir para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo lograr la corrección de la maloclusión, utilizando la musculatura, estos son la pantalla bucal o la vestibular o una combinación de ambas.

La pantalla vestibular sirve para restaurar la función labial normal y retracción de los incisivos así como, para interceptar hábito digital.

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, puede construirse una barrera de acrílico o alambre para evitar la proyección lingual y el hábito digital .

Se puede combinar para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Debemos contar con plena cooperación del paciente.

Cuando hay mordida de carrillo puede utilizarse una criba removible o una pantalla vestibular o bucal.

Para el tratamiento de respiradores bucales se piensa en un aparato que obligue al niño a respirar por la nariz. Es un protector bucal que impide la entrada de aire por la boca. Descansa contra los pliegues labiales, se usa en la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que succionan dedo se lo lleven a la boca, que los que empujan la lengua la fuercen entre las piezas anteriores superiores, y que si respiran por la boca ya no lo hagan.

Para el hábito de bruccismo se construye un protector plástico de la mordida, que recubre todas las superficies oclusales de los dientes, más dos o tres milímetros de caras vestibular y palatina.

Si es por interferencia oclusal, debemos quitarla. En personas con nerviosismo pero sin perturbaciones psicógenas graves, se pueden usar drogas tranquilizantes como Clorhidrato de hidroxisina, 25mg. antes de dormir.

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

Con éste trabajo he tratado de dar a entender de manera sencilla el porqué es importante la observación del niño en sus actos y cómo podemos percartarnos de si hay o no la presencia de un hábito y también, que hay métodos - que podemos utilizar para evitar que el hábito continde, - que son de fácil aceptación por parte del niño y de los - padres mediante el conocimiento previo de la forma en que se llevará a cabo el excelente pronóstico.

Si los dentistas desde el primer día que vemos a - nuestros pacientes nos percatamos de alguna maloclusión o algún hábito, podríamos, mediante el buen conocimiento - del tema, prevenir problemas mayores, eliminándolo lo más pronto posible a partir de que se ha diagnosticado.

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

Mac Donald, E. R. : Odontología para el niño y el adolescente. Edit. Mundi, S. A. Buenos Aires, Argentina. 1971.

Finn, B. S. : Odontología pediátrica. 4a. Edición. Edit. Interamericana. México, D. F. 1983.

Sin, J. M. : Movimientos dentarios menores en niños. 2a Edición. Edit. Mundi S. A. 1980.

Graber, T. M. : Ortodoncia, teoría y práctica. Ed. Interamericana. 1974.

Hanne Ingerslev : Functional disturbances of the masticatory system in school children. Journal of Dentistry for children. 445-449 (Nov-Dec. 1983).

De la Cruz, M. and Geboy, M. J. : Elimination of thumbucking through contingency management. Journal of Dentistry for Children. 39-41 (Jan-Feb. 1983 ).

Jazmin, J. R. : Semi-fixed appliance to treat injurious lip habit. Journal of Dentistry for Children. 188-190 (May-Jun 1985).

Ackerman, R. I. and Klepper, L. : Tongue position and open-bite ; The key roles of growth and the nasopharyngeal airway. Journal of Dentistry for Children. (Sept-Oct 1981).