



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**CORRECCION DE HABITOS PERNICIOSOS
EN ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

Que para obtener el titulo de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MARCOS P. MUÑOZ CASTAÑEDA

San Juan Iztacala, México

Junio 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CAPITULO I

DEFINICION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS.

- A) Factores que influyen en la iniciación de los hábitos.
- B) Actitud del cirujano dentista frente a los hábitos perniciosos.
- C) Clasificación de los hábitos.

CAPITULO II

HABITOS COMPULSIVOS

Hábito de succión digital.

- A) Succión de chupetes y mamilas.
- B) Hábito de labio.
- C) Hábito de respiración bucal.

CAPITULO III

HABITOS DE FONACION.

- A) Trastornos patológicos del lenguaje.
- B) Voz nasal.
- C) Tartamudez.
- D) Trastornos de la voz.
- E) Hábito de deglución.
- F) Actividad muscular de la deglución.
- G) Deglución anormal.

CAPITULO IV.

HABITOS NO CONVULSIVOS.

- A) Hábito de lengua.
- B) Hábito de los carrillos.
- C) Hábitos relacionados con cuerpos extraños.
- D) Interposición del frenillo.
- E) Hábitos nerviosos espasmódicos.

CAPITULO V.

HABITOS DE POSTERA.

- A) Bruxismo.
- B) Mímica.

CAPITULO VI.

CORRECCION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS.

1.- Succión digital.

- A) Manejo clínico del hábito de succión digital.
- B) Medios de contención.
- C) Método de Graber.
- D) Método Psicológico.

2.- Corrección de mordida abierta.

3.- Corrección de succión o mordida de labio.

- A) Construcción del aparato usado en este hábito.

4.- Respiración anormal.

- A) Construcción de la pantalla de Acrílico.
- B) Construcción de la pantalla oral con plexi-glas.
- C) Ejercicios de Wilson para los músculos faciales.

5.- Corrección de fonación.

- A) Voz nasal.
- B) Tartamulez.
- C) Trastornos de la voz.

6.- Corrección de deglución.

7.- Corrección de hábito de lengua.

8.- Corrección de Cricofagia.

9.- Corrección de hábitos de postura.

10.- Corrección de Bruxismo.

- A) Pasos para la construcción de la guarda nocturna de acrílico.

PROLOGO

En esta tesis haré un resumen acerca de los problemas bucodentales que se presentan en Odontopediatría; dando una imagen de los principios básicos en la corrección de los hábitos perniciosos en el niño.

El principal motivo que me inclinó a desarrollar este tema es el alto índice de pacientes infantiles con anomalías en cavidad oral ocasionados por diferentes tipos de hábitos perniciosos adquiridos.

Estas anomalías son de interés básico tanto como para el odontólogo como para otras ciencias de la salud como son: Psicólogo, Médico, Foniatría, etc., todos estos enfocados desde el punto de vista socialmente inaceptable del niño.

En tanto que el odontólogo se enfoca a los problemas bucodentales, causados por los hábitos adquiridos, buscando la prevención y restauración de estos problemas.

Estas anomalías generalmente son detectadas cuando los padres — asisten a consulta por el aspecto antiestético del niño que ocasiona el hábito.

Es de vital importancia que se realicen campañas de promoción específica, para educar a la población mexicana, debiendo estar enfocadas a:

- a) Nivel escolar en sus diferentes grados.
- b) Orientación a los padres sobre los inicios de un hábito.
- c) Visita periódica cada 6 meses para la prevención, detección, tratamiento y control del niño a nivel bucodental.

d) Familiarización con el C. D. para evitar el miedo del niño hacia esto.

A el criterio es necesario que en la formación de nuevos profesio
nistas se haga incapicé en estas anomalías para la implementación de los
niveles de prevención, así como en la detección y corrección de estos
hábitos.

Así mismo es imprescindible que el Odontólogo establezca comunica
ción con los demás miembros del equipo de salud para el mayor éxito de
las actividades colaborando así a la integración biosicosocial del ni-
ño.

Por lo tanto a continuación haré una exposición general, del tema
para llegar a la correcta evaluación de los factores que inducen al ni
ño en la iniciación de un mal hábito pernicioso.

CAPITULO I

I.- DEFINICION DE HABITOS PERNICIOSOS.

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se hace menos consciente y si se repite constantemente puede ser relegado por completo al inconsciente.

Los hábitos orales se han dividido en:

Hábitos no Compulsivos.- Los que no impulsan emocionalmente y no son perjudiciales para el individuo, son útiles como un escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psíquicos graves.

Hábitos Compulsivos.- Son aquellos impulsados emocionalmente por una frustración presente o pasada.

Los hábitos Compulsivos tienden a perturbar la función normal o a deformar. Los cuales pueden producir maloclusiones; existiendo también los hábitos correctivos que pueden ser nuestros grandes aliados.

Los hábitos en general son, para quien los practica, una fuerza superior que se impone con resistencia y tenacidad, en este caso se debe elaborar un método para poder quitarlos de raíz.

En ocasiones un mal hábito estimula los tejidos durante cierto período de tiempo, de persistir éste, traerá como consecuencia irritación y por lo tanto una baja en la resistencia de los tejidos de sostén degenerado en estado patológico, esto se observa en ciertos hábitos de origen nervioso.

A) FACTORES QUE INFLUYEN A LA INICIACION DE LOS HABITOS.

El problema de los hábitos orales en niños debe estudiarse enocio

nalmente, si fuera posible desde la vida intrauterina para poder comprender claramente como se forman esos hábitos, en la actualidad la psicología prenatal trata de investigar la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo del niño.

Aún existiendo las condiciones necesarias para considerar un embarazo normal y tranquilo, existe siempre un factor traumático fundamental por el cual todos los niños pasan "el nacimiento". Debe tomarse esto muy en cuenta para la iniciación de un hábito, pues en un gran porcentaje el niño empieza a sufrir por horas antes del nacimiento.

Posteriormente al nacimiento, el niño manifiesta sus primeras necesidades, la más urgente es la alimentación, uniéndose nuevamente a su madre por medio de la lactancia. La lactancia producida por la sugación que el recién nacido efectúa a la perfección es otro factor que se debe tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito oral.

La actitud de la madre en el acto de la lactancia es tan importante como la calidad de su leche, la lactancia artificial puede ser perfecta desde el punto de vista químico, pero nula como experiencia afectiva, sin embargo, es preferible un biberón dado con todo afecto materno, que un pecho entregado fríamente. De aquí se desprende la importancia de la atención de la madre en la alimentación del pequeño, ya que éste depende en gran parte las alteraciones que repercuten en el niño y que lo llevan a la iniciación de un hábito oral.

Otro factor muy importante es el Ecstato, ya que para el niño significa la pérdida de una gran seguridad y tranquilidad, pues al perderse el vínculo que lo unía a su madre después del nacimiento es muy importante que se haga con gran delicadeza para evitar una frustración de lo que el niño muchas veces se refugia y consuela en el placer de un mal hábito oral, que puede ser temporal o permanentemente perjudicial para sus dientes y tejidos blandos de sostén.

La edad y el sexo desempeñan un papel muy importante en la formación de los malos hábitos, pues cuando a los niños se les deja algún

hábito anormal hasta la adolescencia pueden sobrevenir alteraciones -- morbosas que producirán alteraciones dentarias más graves y las cuales pueden ser para toda la vida.

Los actos infantiles que resultan en patrones dentales inconscientes, parecen surgir de cinco fuentes principales:

Instinto.

Inuficiente o incorrecta salida para la energía.

Dolor e incomodidad.

Tamaño físico anormal de las partes.

Imitación o imposición de los padres.

El principal acto instintivo es la succión. Otra fuente es la in suficiente e incorrecta salida para la energía debido a que no se proporcionan al niño medios para que esté activo y ocupado. Cuando por -- el dolor y la incomodidad especialmente los provenientes de trastornos nutricios, pueden producir cualesquiera de los hábitos mencionados, pe ro con de particular interés aquellos que llevan la mandíbula hacia -- adelante y las posturas incorrectas durante el dormir. El tamaño de ór ganos tales como las amígdalas, adenoides o lengua aumentados pueden -- obstruir la correcta respiración, llevándola hacia adelante, entre o -- contra ciertos dientes anteriores al tragar, o mantener la mandíbula -- adelantada para hacer más lugar en la faringe oral; en estos casos es aconsejable eliminar las amígdalas o adenoides hipertróficas antes de que se formen hábitos incorrectos. Muchos hábitos son resultado direc to de imitación de los padres, otras personas o compañeros.

Los hábitos perniciosos son factores etiológicos de malposiciones dentarias, maloclusiones o deformidades faciales por interferencia con las fuerzas de presión normales y la producción de fuerzas anormales; ya que mecánicamente los dientes pueden ser movidos a deca bles por ligeros estímulos de presión, por lo que se deduce que los ca tímulos de presión producidos por hábitos pueden deformar fácilmente.

El tipo de deformidad que un hábito específico produce o llegase a producir, se determina observando el acto y la dirección de las presiones. Por ejemplo: Si la lengua es mantenida entre los dientes anteriores al tragar, el resultado será una protusión, como también mordida - abierta; lo mismo que la succión del labio inferior puede producir protusión de los dientes inferiores, mientras que la succión del labio superior producirá el estado inverso.

B) ACTIVIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA FRENTE A LOS HABITOS.

El odontólogo, al que le es planteado por los padres el problema de un niño que practica un hábito oral, debe tratar hasta donde sea posible de atacar el problema siguiendo un orden adecuado a continuación damos algunos pasos que a nuestro criterio son los más aconsejables para formarse un panorama acerca del medio que propicio al niño a tener el hábito.

- a) Investigar causa aparente por la cual el niño practica el hábito.
- b) Determinar y estudiar el tipo de hábito de que se trate.
- c) Hacer todo lo posible para lograr de una manera no agresiva, - que el niño abandone al hábito o remitirlo al psiquiatra si el caso así lo amerita.
- d) Instituir tratamiento correctivo de las anomalías bucodentarias producidas por el hábito, remitiéndolo al ortodoncista, al paradoncista y al foniatra cuando las lesiones son severas.

Al llegar a descubrir la causa por la que un niño practica un hábito oral, es posible solamente investigando con cuidado el ambiente en el que el paciente se está desarrollando; cuando al odontólogo se le ha confiado el problema, se debe de hacer el esfuerzo que sea necesario - para encontrar la actitud que se debe seguir frente al niño que presenta el hábito.

Lo primero que se debe hacer es un interrogatorio a los padres para formarse una idea en las condiciones en que vive el niño. Es conveniente plantear preguntas con respecto a la familia.

PADRE:

- ¿Es cariñoso con el niño?.
- ¿Es demasiado consentidor?.
- ¿Lo regaña mucho?
- ¿Es indiferente?

MADRE:

- ¿Dedica varias horas al cuidado del niño?
- ¿Lo duerme en brazos?
- ¿Cuando llora en su cuna tarda mucho en ir a verlo?
- ¿Si se despierta en la noche, lo deja llorar mucho tiempo?.

HERMANOS:

- Edades.
- Modo de ser ante él.
- Actitud de los padres hacia los hermanos.
- ¿Practican o practicaban algún hábito oral?

NACIMIENTO:

- Parto difícil o prolongado.
- Uso de forceps o cesárea.
- ¿Era el niño deseado?
- Reacción del padre o de la madre frente al sexo del niño.

ALIMENTACION:

- ¿Se alimentó con pecho o biberón?
- ¿Qué tipo de chupete usaba el biberón?
- Por cuanto tiempo se le dió el pecho.
- Actitud de la madre al alimentarlo.
- Hubo o no dificultades para destetarlo.

¿Fue brusco el destete?

Actitud de la madre al destete.

Ha habido dificultad para alimentarlo con alimentos sólidos.

Usó chupete.

Anorexia.

Exigencia de alimentos.

¿Vomita?

¿Mastica bien?

SUEÑO:

Horario del sueño.

Es regular su hora de acostarse.

¿Duermes solo el niño?

Duerme con sus padres en la misma habitación.

¿Necesita luz para dormir?

¿Succiona sus dedos o algún objeto cuando duerme?

Postura que adopta para dormir.

¿Despierta mucho de noche?

¿Si se despierta lo hace asustado?

¿Se orina dormido?

DESARROLLO MOTOR:

¿A que edad comenzó a sonreír?

¿A que edad dijo sus primeras palabras?

¿A que edad comenzó a hablar libremente?

¿Tiene defectos del lenguaje?

¿Tartamudez?

DESARROLLO EMOCIONAL:

¿Se muestra el niño feliz o triste?

¿Es sumiso o agresivo?

¿Es franco o reservado?

¿Es mentiroso?

¿Es miedoso?

¿Cuando se le niega algo, hace berrinche o reacciona con una actitud de no importarle nada?

¿Es enojado o huraño?

DISCIPLINA:

Hay necesidad de castigarlo mucho.

Qué método emplea al castigarlo.

Cómo reacciona el niño frente a los castigos que se le imponen.

CON RESPECTO AL HABITO:

¿A que edad comenzó a practicar el hábito oral?

¿Prefiere practicar el hábito a entretenerse con sus juguetes u otro objeto?

¿Practica el hábito constantemente?

¿Qué métodos se han empleado para tratar de eliminar el hábito?

¿Se le amenaza y se le castiga mucho por practicar su hábito?

¿Ha tenido otros hábitos?

¿Ha dejado por temporadas su hábito?

¿Ha habido temporadas en que practica su hábito más intensamente?

¿Se oculta para practicarle o no le importa que se le observe?

Este interrogatorio puede variar según la edad del niño y lo que se vaya descubriendo a las primeras preguntas, siempre se debe tratar de que sea lo más completo posible. De esta manera se logra describir muchas causas que irritan al niño e impiden su completa adaptación en el medio que está creciendo y desarrollándose es posible descubrir, — por ejemplo, si le faltan medios de distracción al niño, entonces se puede aconsejar a los padres que se le coloquen en la cuna, juguetes u objetos de vivos colores que llamen su atención. Si se descubre que el niño permanece solo por mucho tiempo, se le puede aconsejar a la madre que trate de dedicarle más tiempo o que se consiga a alguien que lo cuide o lo entretenga por mucho más horas del día. Si es hijo único y está en edad de asistir al jardín de niños, debe de mandársele a que busque distracción y entre en contacto con niños de su edad, cuando el niño ha usado chupete, esta etapa es ideal para que lo abandone pues al ver que los demás niños no lo usan él optará por dejarlo y sentirse igual que sus compañeros.

Es posible con un interrogatorio completo descubrir un problema psíquico grave o sospechar que exista, entonces es obligación del cirujano

jano dentista convencer a los padres que debe buscarse ayuda del psiquiatra.

Debemos siempre cerciorarnos si se trata de un hábito compulsivo o no compulsivo.

Muchos autores opinan que hasta la edad de tres años nada debe de hacerse para tratar de que el niño abandone el hábito no compulsivo, es conveniente que antes de los tres años se investigue el motivo por el que el niño practica su hábito. Si se encuentra la causa y se elimina, es más seguro que sin molestar al niño, por si solo abandone el hábito, se debe de tratar de entretener al niño, mejorando sus medios de distracción y dedicándose la más atención posible sin que se entienda esto como una sobreprotección.

El criterio actual rechaza rotundamente el usar medios agresivos para eliminar los hábitos orales. A ninguna edad se debe castigar al niño por practicar su hábito oral, ni se debe colocar en sus dedos sustancias amargas, ni amarrarle la mano, ni amenazarlo asustarlo y menos aún ridiculizarlo.

En muchos tratados de odontopediatría y ortodoncia, se describen aparatos muy agresivos que impiden que el niño practique su hábito oral y se recomienda su uso como unico medio de corregir esta anomalía.

Se aconsejan aditamentos metálicos que cubren el dedo del niño, - guantes de piel gruesa, tubos de cartón para no dejar el codo y evitar que la mano del niño sea llevada a la boca, cintas que aten sus brazos y muchos otros más.

Se describen también procedimientos con miras a hacer ver al niño que lo que hace es muy malo y se ve muy mal, se aconseja hacer que el niño succione u dedo frente a un espejo por diez minutos, que escriba muchas veces que no debe de practicar su hábito, repetirle mientras duerme que no debe de tener ciertos hábitos, etc.

Al igual se encuentran diseños de aplicación intraorales muy agresivos, como algunas placas Hawley con alambres que terminan en punta - proyectándose hacia el labial, aparatos sujetos con bandas, trampas - muy agresivas de lengua y otros más.

Sin embargo el uso de estos procedimientos es de controversia, - pues puede ser que lejos de liminar el hábito, despierten en el niño - sentimientos de culpabilidad que ocasionan un gran desajuste en su personalidad.

Actualmente es más aconsejable para lograr que un hábito desaparezca, el investigar cuidadosamente el problema psíquico del niño que se exterioriza en la práctica del hábito oral, cuando éste no está al alcance del odontólogo se tratará con el psiquiatra. Se debe platicar - ampliamente con los padres para descubrir cualquier mal proceder de - ellos hacia el niño o descubrir la causa que evita la adaptación del - medio en que vive el chico.

Por separado, se hablará con el niño y se le expondrán las consecuencias del hábito y si lo acepta se le colocará en su boca algún tipo de aparato (el menos agresivo), no con el objeto de impedir la práctica del hábito sino de evitar que la maloclusión que se esta produciendo avance.

De esta manera se debe proceder frente al grave problema de los - hábitos orales. Respetar la personalidad del niño dándole el lugar - que se merece, es el objetivo de la Odontología que actualmente se está ejerciendo. Se debe proceder ayudando al niño a resolver sus problemas y de ninguna manera actuar de un modo equivocado que los ahonde más.

C) CLASIFICACION DE LOS HABITOS.

HABITOS COMPULSIVOS

GRUPO I

Hábito de succión.

Hábito de labio queilofagia.

Hábito de respiración.

GRUPO II.

Hábito de fonación.

Hábito de deglución.

HABITOS NO COMPULSIVOS

GRUPO III.

Hábito de lengua.

Hábito de carrillos.

Hábito de morder las uñas onicofagia.

Hábito de cuerpos extraños.

GRUPO IV.

Hábito de interposición del frenillo.

Hábitos nerviosos espasmódicos.

GRUPO V.

Hábito de postura.

Hábitos de mímica.

C A P I T U L O I III.- HABITOS COMPULSIVOS.HABITOS DE SUCCION DIGITAL.

Siendo la succión una de las primeras manifestaciones fisiológicas del niño, no es raro encontrar que el hábito de succionar sea uno de los más frecuentes y de los que mayor número de maloclusiones puede — causar.

Según Kantorowickz al alimentarse el lactante está guiado por dos instintos:

- Alimentario y
- de chupar.

Para satisfacerlos hay dos reflejos heredados, que se extienden a varios grupos musculares coordinados, el reflejo de "Deglución" y el de "Succión".

El amamantar con pecho satisfase los dos instintos, el lactante — toma de los cinco a los seis minutos la parte principal de la leche, y en los siguientes quince minutos donde hay pocas gotas de leche satisfase su instinto de succión.

En la usual alimentación con biberón satisfase el instinto de ali — mentarse pero no el de la succión; generalmente se retira el biberón — cuando está vacío variando de acuerdo al orificio del chupete y la ener — gía empleada por el bobé y si todavía el niño no ha satisfecho su nece — sidad de chupar el lactante intenta enseguida seguir succionando su pul — gar.

Así pues que el hábito de chupar reconoce dos fuentes: la reducción del tiempo de amamantamiento debido a la alimentación "a pedido" en los pueblos no civilizados, no significando que el hábito de la succión sea un atributo exclusivo de los pueblos civilizados.

El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar, para lo cual requiere la presencia del pezón entre ambas encías, - causando ésto un efecto sedante. Para comprender el efecto producido - por el abuso de este acto se expondrán a continuación las actividades - musculares de la succión normal y posteriormente el esfuerzo desarrollado por él mismo, distribuido entre las partes componentes del órgano - masticatorio.

ACTIVIDADES MUSCULARES Y CAMBIOS TISULARES:

1.- La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos - terigoideos externos, ésto agranda el espacio intraoral, permitiendo el desarrollo de una presión negativa.

2.- Se contraen los músculos de los labios para impedir que el aire se precipite en la boca destruyendo el vacío creado por el movimiento descendente de la mandíbula. Los músculos labiales en acción son: - el orbicular de los labios, triangular, canino y mentoniano que estrechan la abertura bucal y redondean los labios como para silbar.

3.- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre la superficie oclusal de los molares, pre molares y caninos por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas. Esto produce una - fuerte presión lingual sobre las posiciones posteriores de las arcadas dentarias.

4.- La lengua pierde contacto sobre la superficie lingual de los - incisivos, caninos, premolares y con la membrana de el paladar duro por la presión de la mandíbula, también cambia de forma la parte central, - se deprime por los genioglosos, condroglosos, mientras que la arrollan hacia arriba el longitudinal superior y el estilglosos. Esta acción -

combinada forma el plato de succión de la lengua, la base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahioides estilogloso y palatogloso.

5.- Los músculos de paladar blando que son el tensor y el elevador del velo del paladar se relajan y permiten el descenso de éste órgano que se encuentra con la base elevada de la lengua cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío.

La succión puede ser continua o consistir en una serie de acciones rítmicas de succión con depresión y elevación de la mandíbula y contracción y relajación de los músculos.

Esta fuerza muscular es recibida sobre la superficie labial de incisivo y canino y la superficie bucal de molares temporales y premolares y molares permanentes, al acercarnos a los molares disminuye la intensidad; la mayor cantidad de presión lingual se localiza sobre caninos y primeros molares temporales que junto con los incisivos no están protegidos contra esta presión lingual, por lo que la lengua es llevada al fondo de la boca arrollándose sus lados lateralmente, en esta posición la lengua soporta bien los molares inferiores pero no los superiores.

Cuando se hace uso de un objeto entre los incisivos los molares - temporales y premolares y molares permanentes, no hay contactos oclusal llegándose a una supraoclusión mientras que en los incisivos habfa infraoclusión. Si se emplea el pulgar y otros dedos los incisivos sufren alteraciones por el tironeamiento digital y la tracción del brazo.

El dolor y la incomodidad especialmente los provenientes de transtornos nutricionales, pueden producir cualquiera de los hábitos de succión; siendo de particular interés aquellos que llevan la mandíbula -- hacia adelanto.

Existe gran variedad de teorías sobre la etiología de este hábito un grupo son explicadas en base a frustraciones desarrolladas por el lactante debido a falta de atención y de cariño. Autores como Wolf lo consideran como un reflejo liberado que no debe de tener repercusiones psicológicas en el niño. Salzman y otros creen que puede iniciarse en la vida intrauterina, cuando el feto muestra una actividad muscular aumentada y el dedo llega a encontrar la boca pudiendo aparecer este hábito desde el día de su nacimiento o cuando se ha desamamantado, pudiendo aparecer sin embargo al comienzo de la erupción de las piezas temporales; no hay que confundir este hábito que puede considerarse normal hasta los 2 o 3 años con el período comprendido entre los 6 y 12 meses y en el cual el niño trata de examinar los objetos que llegan a sus manos llevándoselos a la boca, existe en esta época un peligro latente de que esta acción pasiva se convierta en activa.

Comúnmente este hábito declina a los 2 o 3 años de edad sin embargo en algunos casos puede aún acentuarse por las reprimendas y castigos que los padres manifestaron en una edad en que el hábito era normal.

Si se trata de un hábito no compulsivo este llega a desaparecer por sí solo y por el poco tiempo que la fuerza y presión ejercida sobre los dientes y tejidos estuvo presente, y por lo tanto no causará ninguna anomalía, ni es motivado el hábito por problemas psíquicos; así pues los padres no deben de molestar al niño si es que solo succiona su dedo por pequeños ratos o antes de dormir y que cuando al quedar dormido él solo retire el dedo de su boca.

Si por el contrario se efectúa en forma persistente y prefiriéndolo a cualquier otra actividad y aún durante el sueño se tratará seguramente de un hábito compulsivo motivado por un problema psíquico que lo afecta en su equilibrio emocional. Cuando el hábito es compulsivo es frecuente encontrar oclusiones en que los cuatro incisivos superiores se encuentran con un gran desplazamiento hacia adelante o sea hacia la bucal y los inferiores hacia lingual, lo cual es debido a las fuerzas ocasionadas por la posición clásica del dedo durante la succión y pudiendo ocasionar una mordida abierta.

Las maloclusiones causadas por la succión digital se presentan en relación a los siguientes factores:

- Duración.
- Intensidad.
- Frecuencia del hábito.
- Posición.
- Número de dedos que se succionan.

Así encontraremos que si es el pulgar el dedo que se succiona, apoyándolo sobre la parte anterior del paladar entorpecerá el desarrollo normal del maxilar y los incisivos no encontrarán protufidos.

Si además de colocarse el dedo en ésta posición el resto de la ma no se apoya sobre la nariz, se dificultará la respiración nasal causan do elevación del paladar. Estas posiciones de los dedos provocarán — una distoclusión al obstaculizar los movimientos de la mandíbula y evi tar su normal desarrollo.

Hay casos de niños que suelen succionar dos dedos, el anular y el medio, con la palma de la mano hacia arriba ejerciendo presión sobre la mandíbula provocando protusiones bastante fuertes.

Cuando el dedo succionado es mantenido solamente en la boca sin — ejercer presión sobre los maxilares o la nariz encontraremos malposicio nes leves con una mordida abierta ligera. Las maloclusiones pueden ver se agravadas si encontramos unida al hábito la presencia de una activi dad anormal de los músculos periorales como la hiperactividad del múscu lo borla de la barba, que es muy frecuente en los niños con succión di gital. Muy común es encontrar en niños con este hábito el labio supe rior corto e hipotónico, que favorece la protusión de los incisivos.

El paladar ojival es otra de las deformaciones producida por las fuerzas que aplicadas sobre el paladar duro de una manera constante, da jando un marcado hundimiento.

La retracción de la mandíbula se presenta, si el peso de la mano o del brazo lo obligan a mantenerse en posición retrusiva. La deformación del maxilar superior es tan notable en la mayoría de los casos, que el sellado de los labios es deficiente, lo que conduce al hábito de tener la boca abierta cuando no chupa el dedo, propiciando la respiración bucal durante el sueño.

En las deformidades faciales tenemos la "Facies Adenoidea" que — bien podría llamarse "Facies digital", se presenta cuando el hábito de chupar el dedo es adquirido durante los primeros años de vida estando directamente relacionado con los individuos longilíneos.

Caso típico de respirador bucal con antecedentes de hábito de chuparse el dedo, pero que presenta Facies Adenoidea.

Los músculos que activamente trabajan en el hábito de succión, — producen contracciones del arco maxilar, estas alteraciones a menudo — impiden que el piso nasal baje a su posición normal, así mismo las numerosas contracciones de estos músculos llegan a producir un hipertoniismo marcado y al mismo tiempo se hipertrofian.

Clinicamente y en síntesis las alteraciones frecuentes de un paciente del pulgar son:

- Incisivos superiores en protusión.
- Arcos maxilares
- Mandibulares contraídos.
- Mordida abierta anterior o mordida profunda, dependiendo si existe o no problema de deglución (lengua protráctil).
- Incisivos inferiores en lingu-versión o deprimidos.
- Labio superior corto o atónico.
- Labio inferior grueso y enrollado.
- Las narices pequeñas y subdesarrolladas.
- El maxilar angosto con la bóveda palatina en forma de V invertida y el dedo o dedos que succiona con callosidades o bien pequeñas micosis.

Las anomalías que se presenten dependerán de la forma en que se ejecute el hábito y la edad en que se establezca.

Y así Strang divide los aspectos clínicos en tres fases de desarrollo:

FASE I.- CHUPATEO NORMAL DE SIGNIFICACION CLINICA.- Comprende de los tres meses a los cuatro años de edad, en este período gran número de niños se chupan el pulgar y otros dedos especialmente al dejar de mamar y desaparece generalmente al terminar esta fase.

Pero si el niño muestra chupateo específico vigoroso o cualquier tendencia a él, se tomará una actitud profiláctica definida por el posible trastorno oclusal. Es menos perjudicial al final de la fase I la administración del chupete de diseño anatómico que la succión vigorosa del dedo.

FASE II.- CHUPATEO DE SIGNIFICACION CLINICA.- Se extiende ésta fase de los dos a los cuatro años, aquí es importante una mayor atención por dos causas:

a) Indica a veces ansiedad de significación clínica.

b) Al final de esta fase, esta la época en que el hábito tiene efectos sobre la dentición permanente.

FASE III.- CHUPATEO INTRATABLE DEL PULGAR.- Persistente después de los cuatro años. Necesitando una terapéutica dental y psicológica completa.

Este hábito puede acompañarse por otros hábitos accesorios típicos, como estirarse el pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice, dar tirones lóbulo de la oreja.

Muchos niños demuestran dificultad para dormirse a menos que se chupen el pulgar u otro dedo y no les permite al mismo tiempo acariciar cierto juguete de lana, lana, peluche o hasta algún trapo viejo.

A) SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS.

Según Hausner el chupete debe tener una consistencia dura y su forma y tamaño debe corresponder a la del pezón.

El chupete "Poupon" de Drey Fuss cumple con estas exigencias. Si milar a éste son los chupetes "Natura y Muttergluck Grassler ha dotado al "chupete ordeñador", para darle mayor resistencia a la compresión, de una parte de tetina de goma maciza. Sólo en el centro queda un conducto angosto por el cual corre la leche. Por estas razones Gyorgy - Algyay recomienda aplicar un trozo de esponja de goma de chupete, adecuadamente formado y perforado en su parte anterior.

Davis y Dunn construyeron un dispositivo auxiliar que se enchufa a la mamadera. Esta es apoyada por medio de una pequeña plaquita de metal sobre el labio superior, de modo que el niño tiene que mover la mandíbula hacia adelante, para poder tomar con la boca el chupete de la mamadera. Este dispositivo está indicado sólo en casos de micrognatia o de retrusión muy intensa del maxilar inferior.

El chupete de mamadera Nuk de Balters - Muller tiene un concepto anatómico y funcional. La tetina del nuevo chupete imita en su parte superior la forma del paladar y en su cara inferior a la parte superior del maxilar inferior de un lactante, en su forma ideal. Tiene además una placa superior e inferior o escudo labial que permite el libre movimiento del maxilar inferior, para lo cual está más encorvado en su parte inferior, que en la superior. La placa no es circular sino de acorde con el ancho de la boca. Gracias a esta nueva forma del chupete hay un alivio de la presión en el centro del paladar y la presión de la lengua dirigida hacia adelante y del maxilar inferior dirigida hacia arriba, durante el proceso de orden, es transformada en una presión lateral, biológicamente más favorable, y es estimulado el crecimiento longitudinal de la mandíbula hacia adelante.

Como el chupete ancho llena la cavidad bucal en sentido horizontal no impide, además, la acción de la mejilla hacia adentro. Usa-

del experimentó y examinó el chupete Nuk, y determinó los movimientos de succión y de los maxilares por segundo y conto las pausas de succión. Comparó la alimentación, al pecho del mismo lactante resultando con las mismas condiciones de alimentación y tiempo que habia amplia concordancia entre el trabajo muscular y la siguiente fatiga del órgano masticatorio infantil, en ambos casos.

Esto es importante; pues no solamente el modo sino también la duración del tomar la mamadora deben ser iguales a los del amamantamiento.

También Ohlsen por experiencia seruida encontró relaciones entre la frecuencia del hábito de succión y los tiempos empleados para cada comida; niños que tomaban muy lentamente, se succionaba mucho más raramente que los niños que terminaban rápidamente las comidas.

La mayoría de los chupetes tienen aberturas demasiado grandes, de modo que la mamadera queda vaciada en pocos minutos; a causa del cansancio insuficiente del niño, se mantiene el deseo de succión y dá lugar al chupeteo del dedo, esto se confirmó también con Ears.

Por lo tanto los chupetes tendrán que permitir sólo un flujo reducido de la leche para alargar así la duración de la comida hasta por lo menos 15 o 20 minutos.

Kantorowicks opina que el peligro de adquirir el hábito de succión se limita a la época entre el aprendizaje de movimientos voluntarios - de los brazos, es decir desde más o menos a la sexta semana, hasta que se acostumbra el niño a las comidas con intervalos fijos, además con una pequeña y corta limitación de los movimientos de los brazos, "en aquellos casos en que existe el peligro de que los niños se acostumbren a succionar cuando no comen".

Es una opinión muy difundida aún en círculos médicos que, si bien debe impedirse la succión de los dedos, se puede en vez de esto recomendar el uso de un chupete, al cual es más fácil des acostumbrarse.

Sin embargo los chupetes comunes pueden causar las más diversas de formaciones.

El chupete Nuk con escudo labial y anillo viene en dos modelos, - uno para boca sin dientes y otro para dentadura temporal.

El primero es expresamente profiláctico, el segundo es un modelo de terapéutica precoz formador de boca y maxilares.

Por razones psicoterapéuticas y para el óptimo desarrollo de los órganos masticatorios debería empezarse con el uso de este chupete en el primer año y antes de la llamada "edad de la porfia" es decir a una edad en la que no se pueden emplear los aparatos de regulación usual.

En los niños amamantados con mamadera y con tendencia a chupar, se empieza por razones profilácticas ya desde el nacimiento, con el nuevo chupete de mamadera anatómico y al mismo tiempo con el tranquilizador.

En el síndrome de ciertos malos hábitos de succión, eventualmente pueden traducirse en malformaciones; conviene pues considerar las características de chupete y mamilas, que a menudo no obedecen a un diseño adecuado desde el punto de vista fisiológico.

En efecto, las mamilas comunes y corrientes que, por lo demás resultan inadecuadas para substituir el amamantamiento normal suelen ser demasiado largas, penetrar excesivamente en el paladar y originar con todo esto, posiciones inapropiadas de la lengua.

Quando el niño es alimentado con los chupetes convencionales (anatómicos), se producen los estímulos musculares necesarios para el desarrollo de su aparato masticatorio. Al obstaculizarse la ventilación - por presión de la mandíbula lo obliga a respirar por la boca tragando aire al mismo tiempo que se alimenta pues obliga a la mandíbula a efectuar los movimientos en una sola dirección y como no le cuesta trabajo extraer el alimento del biberón, fácilmente vacía su contenido sin esfuerzo muscular.

En diversas circunstancias la madre no puede amamantar a sus hijos por lo que se ven obligadas al uso de biberones de tipo comercial. La solución más adecuada a este problema será el uso de tetillas anatómicas que por su construcción y diseño anatómico-fisiológico favorece el uso correcto de músculos masticatorios.

El chupete está diseñado para funcionar como sigue:

El chupete es succionado dentro de la boca hasta que se encuentra plana y ancha.

El reflejo de la succión y los labios se cierran sobre la parte externa del conducto del chupete.

La respiración nasal empieza, el cierre de la mandíbula es estimulando el contacto del chupete contra la superficie palatina.

El niño extrae la leche de la parte anterior del chupete por la presión de la lengua hacia arriba y los movimientos de la mandíbula.

Si al tratar el bebé de extraer la leche del biberón hace presión de sus labios y mandíbulas cierra el conducto del biberón, si suspende esta acción de cierre (masticación), la acción de succionar si podrá transportar la leche de la parte anterior del chupete a la boca.

Este tipo de chupete ayuda a la succión satisfactoria y fomenta el ejercicio de los músculos orales preparando así, al niño para la transición temprana del amamantamiento infantil y los hábitos de la boca a postrones maduros (12).

Respecto al empleo del chupón al que tantas madres le tienen aversión y no pocas pediatras prohíben en absoluto, basados sin duda en postulados de higiene muy importantes pero que generalmente son mal interpretados; no siempre son causa de los perjuicios que se le accechan. La mayoría de las veces son una gran ayuda para la madre que quiere tranquilizar a su hijo, ya que siempre es más fácil la eliminación del chupete que la del hábito de la succión. Y en cuanto a las razones de -

higiene que se aducen, no creemos que puedan ser mas limpios los dedos de los niños que cogen todo lo que ven, que el chupete que se esteriliza y limpia cuantas veces sea necesario.

Al igual que las tetillas anatómicas la casa Rocky Mountain tiene chupones contruidos especiales para evitar el desarrollo de anomalías provocadas por los chupetes de uso común, el objeto de los ejercitadores, es ejercitar los tejidos bucales como en la succión normal que se ejecuta en los primeros años de vida.

Las partes del ejercitador se adaptan a la cavidad oral en la misma forma que el chupete. El propósito de los ejercitadores es incitar y capacitar al niño a cerrar sus labios y mandíbulas durante su uso. Otro propósito es permitir la respiración en virtud de que se incita a cerrar los labios.

USO DE LOS EJERCITADORES:

El primer ejercitador es usado como substituto del dedo y como estimulante de la actividad muscular durante el primer año de edad.

El segundo ejercitador es usado como un substituto avanzado del dedo y como posible terminador del hábito, es usado después del año o cuando el primer ejercitador pierde su forma.

El niño deberá ser instruido en el uso de ejercitador en casa, en las noches o cuando se crea conveniente. A través del uso combinado de los chupetes y ejercitadores durante los primeros años de formación el ejercicio de los músculos orales y faciales son hábitos más saludables que favorecen la alimentación y la actividad oral.

B) HABITO DE LABIO (QUEILOFAGIA).

La etiología de este hábito es parecida a la de la succión digital. Algunos niños a los que se les quitó el hábito de succionar el dedo encuentran que succionando el labio o simplemente mordfendolo obtienen la misma satisfacción lograda antes con el dedo y substituyendo un hábito por el otro.

La succión puede ser del labio superior e del labio inferior siendo más frecuente ésta última. Al introducirse el labio inferior detrás de los incisivos superiores se ejerce presión sobre las superficies — linguales de los mismos, esto es debido a la actividad anormal del músculo borla de la barba al querer cerrar la boca. El labio superior se vuelve hipotón al no tener contacto con el inferior.

Esta fuerza que produce el labio al deslizarse sobre las superficies de los dientes produce la movilización de los incisivos superiores. Los efectos producidos por la repetición constante de éste acto son:

- a) Protusión de los incisivos superiores.
- b) Supraoclusión y apíñamiento de los incisivos inferiores.
- c) Sobre entrecruzamiento vertical u horizontal.

Jhonsen describe el mecanismo de la siguiente forma:

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

Al mismo tiempo el labio más activo, muestra traumatismo ya sea del chupete o de los mismos dientes; está más enrojecido, húmedo observándose (cuando el hábito es en inferior) en este labio áreas de hipertrofia por la mordida de los incisivos superiores, y si el hábito es muy arraigado a la superficie labial de la mucosa alveolar inferior muestra áreas localizadas de enrojecimiento y congestión debido al traumatismo que aunque mínimo, es constante contra el hueso alveolar.

C) HÁBITOS DE RESPIRACIÓN BUCAL. origina contra los platos inclinados de los ojos
 posición que tienden a adoptar a los pacientes con labial o palatal
 La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales cuando
Las funciones principales son: la hipertrofia de la caja y paladar

1.- Calentar el aire por medio de los cornetes y del tabique nasal.
 del equilibrio en el centro de las cavidades oral y nasal; de compensar
la presión de la fuera y estas fuerzas relacionadas con ella impulsión

2.- Humidificación del aire en grado considerable incluso antes de pasar más allá de la nariz.

3.- Filtración del aire que es la función más importante.

Estas funciones tienen importancia desde el punto de vista de las alteraciones que pudieran causarse en los pulmones por falta de estas.

La respiración bucal se presenta a causa de obstrucción nasal debida a la presencia de hipertrofia del tejido linfoides, faríngeo y adenoides, por las membranas mucosas congestivas que acompañan a un catarro crónico, asma o fiebre de benu, por desviaciones y espolones óseos del séptum. Aunque llega a suceder en algunos niños que la respiración bucal se presenta simplemente como un hábito sin que exista ningún defecto intranasal, incluso ha habido controversia acerca de que si la respiración bucal causa la protusión de los dientes o si los dientes protuidos favorecen la respiración bucal; el hecho de que un niño permanezca con la boca abierta no es indicativo de respiración bucal.

La cavidad oral es cerrada en su parte anterior por los labios y por el contacto del dorso de la lengua en el paladar blando en la parte posterior, la falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza la respiración bucal.

La protusión de los incisivos y el estrechamiento del arco superior son otras características de la respiración bucal. La protusión de los dientes se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es la fuerza equilibrante de las fuerzas creadas por los contactos funcio

C) HABITOS DE RESPIRACION BUCAL.

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales cu yas funciones principales son:

1.- Calentar el aire por medio de los cornetes y del tabique me-
dio.

2.- Humidificación del aire en grado considerable incluso antes de
pasar más allá de la nariz.

3.- Filtración del aire que es la función más importante.

Estas funciones tienen importancia desde el punto de vista de las
alteraciones que pudieran causarse en los pulmones por falta de éstas.

La respiración bucal se presenta a causa de obstrucción nasal de-
bida a la presencia de hipertrofia del tejido linfoideo, faríngeo y ade
noides, por las membranas mucosas congestivas que acompañan a un cata-
rró crónico, asma o fiebre de heno, por desviaciones y espolones óseos
del séptum. Aunque llega a suceder en algunos niños que la respiración
bucal se presenta simplemente como un hábito sin que exista ningún de-
fecto intranasal, incluso ha habido controversia acerca de que si la -
respiración bucal causa la protusión de los dientes o si los dientes -
protuidos favorecen la respiración bucal; el hecho de que un niño per-
manezca con la boca abierta no es indicativo de respiración bucal.

La cavidad oral es cerrada en su parte anterior por los labios y
por el contacto del dorso de la lengua en el paladar blando en la par-
te posterior, la falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal
es lo que caracteriza la respiración bucal.

La protusión de los incisivos y el estrechamiento del arco supe-
rior son otras características de la respiración bucal. La protusión
de los dientes se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es
la fuerza equilibrante de las fuerzas creadas por los contactos funcio

nales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los su peciores que tienden a desplazar a los dientes hacia labial, el hábito normalmente compensa la mesialización. El tejido gingival también se altera produciendo una hipertrofia de la encía y gingivorragia.

La respiración normal es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio atmosférico en las cavidades oral y nasal; la componente anterior de la fuerza y otras fuerzas relacionadas con ella intervienen en el mantenimiento de la posición de los dientes y de la estabilidad del arco.

El problema de la respiración bucal puede considerarse dividido en dos partes:

- 1.- Respiración bucal por obstrucción.
- 2.- Respiración bucal por hábito.

RESPIRACION BUCAL POR OBSTRUCCION.- Las cavidades oral y nasal se abren a la faringe en espacios bien protegidos por el llamado tejido linfóideo, formando particularmente un estroma de tejido conectivo en cuyas mallas hay grupos de células linfáticas o leucocitos.

Este tejido puede agruparse y encapsularse en masas foliculares como las amígdalas de las fauces faríngeas y glándulas linfáticas o pueden distribuirse como una masa menos diferenciada en la amígdala lingual. El tejido linfóideo reacciona a la irritación crónica con una proliferación patológica, haciendo un foco de infección sistémica que afecta gravemente la salud del niño.

Cuando la amígdala faríngea aumenta de tamaño puede cerrar la acción mecánica de los pasajes de la nariz y la faringe, bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por la boca. Este bloqueo es en muchos casos solo nocturno; cuando el niño está acostado, esta postura acumula la sangre en los tejidos irritados aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente. Este agrandamiento se denomina vegetaciones adenoideas y su único tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica lo antes posible.

Las vegetaciones adenoides se encuentran en los niños de los dos a los diez años de edad y desaparecen reabsorbiéndose después de la adolescencia, dejando atrás de sí al persistir, deformaciones orales y faciales, respiración bucal, catarro nasal crónico y un físico poco desarrollado anémico, no podemos pues, dejar de eliminarlas quirúrgicamente.

El séptum o tabique nasal desviado tiene al parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas, por lo tanto es común encontrarlo con ellas. Produce respiración bucal por una aproximación de la pared septal al cornete nasal inferior, que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura, los espolones óseos del séptum actúan del mismo modo.

RESPIRACION BUCAL POR HABITO.- Se presenta en niños que aunque — se les haya eliminado la obstrucción respiran en forma constante por la boca abierta todo el día y no presentan respiración bucal. Para — confirmar esto, puede tomarse un pedazo de algodón con una pinza de — curación y acercarla a la boca colocando debajo de la abertura de las fosas nasales un pedazo de cartón, si el algodón se mueve al efectuarse la respiración, podemos asegurar que el pequeño es respirador bucal.

Casi todos los respiradores bucales pueden respirar por la nariz pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no — cambia gran cosa, contrastando con el notorio dilatamiento nasal del — respirador bucal en los lapsos de descanso, hecho que le permite respi — rar.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, sirve de ejemplos el caso de la clase II subdivisión* I de Angle, en la que vemos una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior, estrechamiento de la arcada superior y protusión de los incisivos superiores. Analizando el caso llegamos a estas conclusiones; se cree que en esta clase no — hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que este cambio existe a nivel de los músculos temporales afectando la región de la ca — vidad glenoidea y modificando la posición; encontraremos también una —

falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana, dando el característico perfil huido.

En estos casos cuando las piezas son llevadas a su posición normal se obtienen resultados estéticamente favorables salvo en casos en que esta deformidad nos sea muy leve, se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos el labio inferior ocupa un lugar en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores. Cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviéndose lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares y éstos no pueden erupcionar en su altura natural quedando en infraoclusión. Así se origina en la arcada inferior una curva de espe exagerada con pérdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

La arcada superior y su hueso alveolar son presionados lateralmente por los buccinadores, tensos por la depresión de la mandíbula. La presión muscular estará equilibrada normalmente por la lengua, hay pérdida del contacto con las piezas dentarias por la depresión mandibular de modo que la arcada superior y aun proceso alveolar se estrechan considerablemente.

Por estar la boca abierta pocas veces pueden los labios funcionar normalmente, con el resultado que el superior no crece debidamente y es tan corto que en lugar de hacer presión sobre las coronas de los incisivos superiores descansa sobre el proceso alveolar a la altura de las raíces, en esta posición produce presión que lleva a estas raíces incisivas hacia lingual, mientras que sus coronas van hacia labial por la depresión del labio inferior que como dijimos, elige como sitio de preferencia para instalarse la posición lingual con respecto a los incisivos superiores, en el espacio entre estos y los inferiores.

El desplazamiento labial de las coronas de los incisivos superiores tienen lugar gradualmente por la constante protusión de la lengua cuando el paciente trata de humedecer los labios, anormalmente resaca por la respiración bucal.

Generalmente el labio inferior tiene aspecto desagradable, flácido y con hipotonismo. Sufre succión a menudo durante la deglución, lo que a su vez desvía más labialmente a los incisivos superiores. Los bordes de los incisivos inferiores pueden estar en contacto con la mucosa del paladar hacia lingual de los incisivos superiores, este entrecruzamiento excesivo se debe en la mayoría de los casos a la falta de crecimiento vertical de la región molar y premolar de la mandíbula y una suprooclusión de los incisivos inferiores, esto último en gran parte, resultado de la presión lingual del labio inferior, contrarrestando la tendencia natural de estas piezas a colocarse en la línea de oclusión.

La fuerza natural del crecimiento hacia adelante y arriba unida normalmente a la posición correcta de los incisivos inferiores encuentran resistencia en la fuerza irresistible del labio inferior y se manifiesta elevando a los incisivos inferiores por encima de la línea de oclusión.

CAPITULO III.III.- HABITOS DE FONACION.A) TRASTORNOS PATOLOGICOS DEL LENGUAJE.

Después de los seis años de edad, la imperfección del lenguaje — puede ser clasificado como patológico. Los niños que hablan tan rápidamente que las palabras se vuelven deformadas e incorrectamente articuladas, han fallado en hallar un equilibrio entre el deseo de hablar y la habilidad para articular.

Tales efectos mal dirigidos son llamados "verborrea" o "legorrea". La causa es un innato lenguaje rápido que compele al sujeto a cortar, omitir y repetir palabras. Generalmente se presenta en los niños pequeños antes de la pubertad (parafrasia precoz). Esta no es la tartamudez verdadera, ni debe confundirse con la forma balbuceante de hablar de algunas personas que, quieren pensar aprisa o hallar tiempo para reflexionar. En la legorrea el niño no sabe que su lenguaje es raro y, por lo tanto, hay ausencia de la ansiedad que caracteriza al tartamudo. Tales niños se benefician de los ejercicios de lectura en los cuales se dirigen los esfuerzos hacia un lenguaje más lento y una dicción más clara.

La articulación defectuosa de algunos sonidos consonantes (disartria) puede ser una parte del "lenguaje infantil". Si esto se perpetúa en la vida adulta se presentan obstáculos insuperables en el desarrollo lingüístico del enfermo. La dificultad con el sonido de la S (sigmatismo) es llamado "siseo", que es quizá el trastorno más común del lenguaje. El objeto en la corrección de estas dificultades es — descubrir la posición defectuosa de la lengua y llevarla a su posición correcta con un abatidor de lengua o espátula, y los ejercicios fonéticos adecuados.

B) VOZ NASAL.

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

Si el velo del paladar no puede cerrar la nasofaringe el efecto es la rinolalia abierta. La causa más común de la abierta es el paladar hendido o uranosquisis, más a menudo congénito que adquirido. En algunos enfermos de este tipo, es posible que exista una rinolalia cerrada, aparentemente como un intento, por hiperplasia compensadora de las adenoides o de los extremos posteriores de los cornetes infantiles para llenar el espacio retronasal.

C) TARTAMUDEZ.

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

1.- Clono, a causa de la repetición de las consonantes (1-1-1-lam para).

2.- Tono, a causa de que el paciente continúa con una consonante largo tiempo (1-lámpara).

3.- Tono-clono, cuando cada repetición es reforzada con un efecto como de espasmo (1-lámpara).

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

El siguiente grupo de síntomas son al principio conocidos accidentalmente, para después establecerse firmemente. Si la persona trata de hablar y encuentra que no puede, se ayuda por otros medios. Pronto advierte que no es normal y agrava la situación en este intento para vencer su dificultad por el desarrollo de otros hábitos anormales.

Otra forma de voz vaciamente es llamada embololalia, que consiste en una interposición de palabras superfluas no relacionadas con el resto del pensamiento (hoy, tú sabes, tú sabes, ...).

D) TRASTORNOS DE LA VOZ.

Un trastorno común de la voz es la fonostenia, una debilidad funcional de la voz, o ronquera, a la que no se le encuentra ninguna base al practicar la laringoscopia. Generalmente se desarrolla en ministros, maestros o cantantes. El sujeto tiene que limpiar la garganta a menudo es diagnosticado y tratado como un paciente de laringitis aguda.

No todas las dificultades descansan en la laringe, siendo el problema la fonación incorrecta. Los ejercicios correctivos de la respiración forman una parte importante del tratamiento de la fonostenia. Es esencial prescribir ejercicios vocales en los cuales no debe haber demasiada actividad laríngea. Es necesario el entrenamiento correcto de la voz hablada, así como el canto.

La persistencia de la voz del falsete puede ser fuente de considerables dificultades. Esta, en el hombre, es una voz de tono alto que

a menudo "echa gallos". Los cambios vocales en la pubertad que empiezan modelándose en el desarrollo de las características del adulto no llegan a su punto usual de culminación. Los cambios vocales del adolescente son algunas veces bajos y algunas veces altos, hasta que se llega al equilibrio.

Durante el período del cambio de voz, el crecimiento de la laringe también trae el desarrollo de las cuerdas vocales, por consiguiente ya no son competentes para proporcionar los grados finos de tensión que corresponden a las diversas demandas del tono.

Algunos niños que hablan sin claridad, especialmente los cecos, lo hacen porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria. Estos hábitos producen desviación de los incisivos labialmente o infraoclusión de los mismos. El estudio detenido de la posición ocupada por la lengua de los niños con defectos de pronunciación, revela a menudo la causa de malposiciones dentarias, cuando éstas acompañan a estos impedimentos.

F) HABITO DE DEGLUCION.

Siendo el hábito de deglución anormal uno de los más difíciles de tratar pensamos que es de suma importancia la deglución y oclusión normales para comprender mejor el hábito.

DEGLUCION Y OCLUSION NORMALES.

Después de masticar los alimentos es preciso deglutirlos. El mecanismo de la masticación se encuentra parcialmente bajo el control de la voluntad, pero la deglución una vez iniciada se hace en forma involuntaria.

Bosma ha dividido el proceso de la deglución en cuatro etapas:

1.- La posición del bolo preparatorio para la deglución dentro de la boca.

2.- El paso desde la boca a la faringe.

3.- El paso a través de la faringe.

4.- El paso a través del esfínter hipofaríngeo.

La primera etapa comprende la colocación del líquido o del alimento masticado entre la lengua, los dientes anteriores y el paladar.

En esta etapa los músculos faciales, peribucales y linguales se encuentran en actividad. A continuación la lengua empuja el bolo hacia atrás contra el paladar y hacia el interior de la faringe con un movimiento ondulante, la cual se abre por delante del bolo.

Los músculos miohioideos elevan el hueso hioides, el paladar blando también se eleva, los músculos palatofaríngeos se contraen para cerrar la comunicación con la cavidad nasal y el maxilar es estabilizado en una posición posterior. Los dientes se mantienen juntos y la laringe se eleva con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo.

El bolo pasa sobre y al rededor de la epiglotis y es forzada a través de la hipofaringe dentro del esófago superior. Cuando el bolo alcanza el nivel de la clavícula se relaja el paladar, desciende la laringe, se abre la glotis y se mueve la lengua hacia adelante, el maxilar se mueve hacia la posición de reposo y se reanuda la respiración. La deglución en el hombre es rápida y el bolo alcanza el extremo superior del esófago un segundo después de la iniciación de la deglución.

La deglución refleja primaria puede iniciarse por estimulación de la mucosa de los pilares anterior y posterior de las fauces, de la úvula, la parte anterior del paladar blando, las paredes lateral y poste-

rior de las hipofaringe, y la epiglotis. El centro de la deglución se encuentra situado en el piso del cuarto ventrículo, ligeramente por arriba del centro respiratorio.

F) ACTIVIDAD MUSCULAR DE LA DEGLUCION.

La deglución infantil o visceral se encuentra basada en un sistema reflejo incondicionado en el cual los músculos faciales y peribucales inician la deglución y la lengua es colocada contra el maxilar inferior, separándose las enfes por la lengua. Al erupcionar los dientes posteriores, el niño logra una deglución con los dientes en contacto que ha sido llamada deglución adulta o somática.

Algunos autores suponen que son dos tipos diferentes de deglución la infantil dominada por el séptimo par y la adulta dominada por los músculos inervados por el quinto par.

Algunas personas evitan juntar sus dientes al efectuarse la deglución debido a que colocan la lengua entre ellos para fijar el maxilar durante el acto de deglución.

La siguiente fase de la deglución se efectúa con los dientes juntos. De esta manera, en el momento de la deglución tanto los músculos masticadores como los faciales se encuentran activos, presentando los primeros una mayor actividad.

La deglución de líquidos se efectúa con frecuencia con los dientes separados y cualquier persona puede fijar sus maxilares con la lengua y los labios de manera que no tenga que unir los dientes durante su deglución.

Algunos autores han observado mediante cinefluoroscopia un empujón del maxilar hacia atrás durante la deglución. También se ha encontrado que las interferencias a la oclusión o la premadurez en el recorrido retrusivo modifican los patrones de contracción muscular durante

la deglución. Antes de restablecer la armonía muscular en la deglución será necesario eliminar las interferencias hasta la relación central.

Zander y colaboradores mediante radiotransmisores demostraron que durante la deglución de alimentos ocasionalmente durante el vaciamiento, al colocarse en posición para ser deglutido y en ciertas ocasiones durante el sueño sin que haya deglución se efectúan regularmente contactos de oclusión. Estos investigadores han dejado establecido que el maxilar, normalmente se desliza hacia adelante a partir del contacto inicial en relación céntrica y es mantenido en oclusión céntrica.

Las fuerzas aplicadas están relacionadas con el tono muscular individual, el cual a su vez está relacionado con una tensión nerviosa y las interferencias o premadurez de la oclusión.

El empujón del maxilar hacia atrás durante la deglución es a partir del patrón reflejo incondicionado primario de la deglución, y la unión de los dientes para la fijación del maxilar y es parte natural de la deglución.

Aunque las facetas retrusivas o distales del desgaste oclusivo han sido atribuidas a excursiones del maxilar durante su funcionamiento, - actualmente se sabe que el maxilar no se mueve hacia atrás o a la relación céntrica excepto durante el vaciamiento del alimento de la boca, la deglución y posiblemente el bruxismo.

Durante el estado de vigilia los contactos asociados con la deglución se efectúa cada dos minutos pero son irregulares y mucho menos - frecuentes en el sueño profundo. Esta frecuencia de contactos asociados a la deglución explica las facetas de desgaste que se observan en el recorrido retrusivo entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. En contraste las facetas de desgaste laterales y por delante de la oclusión céntrica son causadas probablemente por la función masticatoria y en algunos casos por el bruxismo.

En la deglución voluntaria o en la deglución con un pequeño bolo alimenticio, el maxilar no siempre retrocede a una relación céntrica, sino que el contacto oclusal inicial puede hacerse en cualquier sitio entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, se encuentren en armonía con los músculos y la articulación temporomandibular.

Esta es la razón de porque se hace necesaria una libertad de movimiento en céntrica o una céntrica prolongada. Si existe interferencia entre la relación céntrica seguirá inmediatamente una segunda deglución con el maxilar colocado en oclusión céntrica.

En pacientes con trastornos disfuncionales de la articulación temporal maxilar en que existe cierta discrepancia entre la relación céntrica y oclusión céntrica se efectúa un deslizamiento lateral que modifica los patrones musculares durante la deglución impidiendo que las contracciones musculares sean balanceadas.

De lo antes dicho resulta claro que las interferencias oclusales en el trayecto de la relación céntrica en la oclusión céntrica resultan más importantes durante la deglución tales interferencias son importantes como causa de desarmonía neuromuscular y pueden ser también de importancia en el desarrollo de la oclusión traumática tanto para los dientes con contactos prematuros como para dientes que reciben el impacto del deslizamiento hacia la oclusión céntrica.

G) DEGLUCION ANORMAL.

El patrón funcional de la lengua reviste gran importancia, normalmente el extremo de la misma se coloca sobre las arrugas palatinas, los labios se cierran para sellar la cavidad bucal, y los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para contracción de los músculos de la deglución.

En el patrón anormal la lengua es empujada hacia adelante entre los dientes anteriores y en sentido transversal entre los posteriores

El labio inferior se contrae con intensidad para sellar la cavidad bucal contra la punta de la lengua.

Los patrones anormales de la deglución ejercen fuerzas intermitentes contra los dientes. Esto provoca un rompimiento del equilibrio — muscular, que obliga a los dientes a cambiar de posición a fin de adaptarse a las nuevas fuerzas ejercidas sobre ellos.

Este hábito puede aparecer a consecuencia de la eliminación de — otro como la succión del pulgar, pero la causa más común es la presencia de amigdalitis frecuente o de amígdalas hipertrofiadas; que obstruyen el paso normal de los alimentos, y siendo además un tejido doloroso. Al protuir el paciente la lengua, el paso de los alimentos se hace menos molesto al aumentar el espacio de la región amigdalina.

La protusión de los incisivos superiores, se hace visible por la presión ejercida con la lengua en esa región. El maxilar superior se estrecha por la fuerza de la contracción exagerada de los músculos que intervienen en la deglución. Por esto podemos observar que si los in cisivos laterales superiores no han erupcionado tendrán dificultad para hacerlo en su posición correcta.

La mordida abierta anterior es el síntoma clásico de deglución — anormal.

El paso continuo de la lengua entre los dientes impide el contacto de los mismos. En el maxilar inferior los incisivos se encuentran — apilados.

Algunos niños no sólo introducen la punta de la lengua entre los dientes anteriores, sino también los bordes en la región de las piezas posteriores provocando infraoclusión de los molares.

El exagerado movimiento de los labios y el mentón en el momento — de la deglución nos da la evidencia clínica del hábito.

Para algunos dentistas puede pasar desapercibida la presencia del hábito, pero existe un procedimiento sencillo para observarlo y que — consiste en: separar suavemente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observándose así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios existentes.

CAPITULO IV.IV.- HABITOS NO COMPULSIVOS.A) HABITO DE LENGUA.

Este hábito empieza por ser normal cuando el bebé que no presenta dientes lleva su lengua hacia adelante y hacia arriba para efectuar la deglución, cuando se presentan los dientes y el niño continúa deglutiendo así, ya es anormal pues acostumbra meter la lengua entre los dientes y llevarla hacia los tercios posteriores cervicales de las piezas superiores anteriores para hacer posible la deglución, esta anomalía nos trae como consecuencia una mordida abierta muy marcada, y a causa de la presión que hacen los carrillos sobre los arcos, estos tienden a estrecharse produciendo, a su vez apiñamiento de los dientes y giroversión de los anteriores.

Este hábito es para el ortodencista causa de muchas anomalías. Es el órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas con más frecuencia que ningún otro órgano.

Está compuesto por una masa muscular cuyo objeto es responder, por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación. Puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso sobre todo se da frecuentemente al cambio de dentición cuando el niño instintivamente juega con la pieza móvil, y al perderla sigue introduciendo la lengua en el espacio correspondiente.

No solo sucede en niños aún en personas adultas quien por algún traumatismo han quedado flojos los dientes anteriores (más comunmente) y que juegan con ellos en el lapso en que se originó el traumatismo y la regeneración natural del parodonto. Ya que generalmente el paciente no recurre al dentista para que siga algún tratamiento y sufriendo como consecuencia alguna malposición las piezas por la constante intervención de la lengua.

Este hábito de tener la lengua entre los dientes es el más grave. Ya que la posición viciosa de la lengua puede producir por su presión constante (día y noche) trastornos muy serios, de estética y funcionalmente. Y bien, lo peligroso de este hábito es que el sujeto no se da cuenta del mal que se provoca pues la mayoría, no se imaginan que - el lugar donde coloca la lengua entre las piezas dentarias no es el correspondiente a su posición normal.

Si consideramos además, la exagerada fuerza que tiene la lengua, formada por numerosos músculos fácil es comprender el daño y la deformación que pueden producir modificando la posición de las piezas dentarias. Recordemos el axioma que dice: "El músculo domina al hueso".

ETIOLOGIA

A menudo queda como residuo de chupeteo de algún dedo, diastemas en anteriores que al sonreír lucen antiestéticos, amígdalas hipertrofiadas hipersensitivas. Cuando el niño traga normalmente sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar en la parte posterior de los dientes anteriores.

Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y, los dientes quedan separados durante los últimos momentos de la deglución.

Dicho de otra forma, el dolor de la garganta causa la formación de un nuevo reflejo de la deglución y los dientes se acomodan a la presión adicional que ha sido aplicada.

Otros hábitos de la lengua pueden ser vistos, por ejemplo, descansando la lengua entre los incisivos creando una mordida abierta anterior o metiendo los bordes de la lengua entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, causando una mordida abierta de los segmentos laterales únicamente.

La mordida abierta e incisivos superiores en protusión se ha observado en niños con interposición de la lengua.

Sin embargo no ha sido probado en forma concluyente, ya que respecto a esto, el doctor Sydney E. Fin dice: "Que si la interposición produce la mordida abierta o si la mordida abierta permite al niño interponer su lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores". Puesto que esta interposición involucra sólo los músculos linguales sin afectar el tono del labio inferior, ni la musculatura mentoniana que aún puede ser aumentada. Como la succión del pulgar, la interposición de la lengua produce una protusión e inclinación vestibular de los incisivos superiores aunque además produce una depresión de los incisivos inferiores con pronunciada mordida abierta.

B) HABITO DE LOS CARRILLOS.

Es fácil que el niño use los carrillos en la práctica de un hábito oral; ofrece dificultades para descubrirlos y corregirlos. Siendo causante de maloclusiones por el estrechamiento de arcadas, falta de contacto de las piezas dentarias con sus antagonistas y posiciones axilares que produce:

HABITO DE ROERSE LAS UÑAS -ONICOFACIA-

La onicofagia o hábito de roerse las uñas es también frecuente en los niños y se desarrolla después de la edad de la succión. Se manifiesta generalmente en niños con una tensión bastante alterada con un desajuste social psicológico sin mayor importancia que el hábito en sí, pues éste sólo constituye un síntoma de un problema fundamental.

Este no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusión alguna, puesto que las fuerzas o esfuerzos relajados al morderse las, son similares a los aplicados en la masticación.

Este hábito es más frecuente localizarlo asociado a una maloclusión que como causante de ésta.

Hay muchas personas que cultivan la mala costumbre de morderse las uñas; además de los trastornos bucodentarios que ocasionan, es pertinente mencionar el repugnante aspecto que presentan los dedos con las uñas semidestruídas y que originan la pérdida de la belleza de las manos especialmente en la mujer.

Los que se muerden las uñas tienen aparentemente un hábito inocente, pero puede producir en caso extremo también maloclusión dentaria. Este hábito tan frecuente entre niños y adultos es como los demás difícil de suprimir.

Algunos autores clasifican a los roedores de uñas como enfermos de tipo neurótico, tanto que se tomó en cuenta al ser examinados por los psiquiatras los reclutas de submarinos durante la segunda guerra mundial. Se consideró como síntoma neurótico bastante serio, pues los — hacia malos tripulantes de submarinos y por lo consiguiente quienes — lo practicaban no eran admitidos para el servicio en dicha rama naval.

Otros autores explican este hábito como posterior al de chuparse los dedos que más tarde se trunca por mordisqueo de uñas, más rara vez de una sola uña.

Al parecer tanto uno como otro hábito, pero sin duda éste que ahora analizamos, se debe en definitiva a una tensión emocional contenida, por conflictos psíquicos, sentimientos de agresividad, poca atención — afectiva de los padres, o de otra persona.

El paciente nervioso está especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o inadaptabilidad social.

Hay casos en que éso persiste toda la vida, pero con frecuencia, por ser una costumbre reprochable, llegue a abandonarse en ocasiones — por la sola fuerza de la voluntad y con más o menos tentativas.

No es raro ver substituido este hábito por el mordisqueo de lápices, de los labios o de los carrillos. El comer caramelos y fumar suelen ser recursos, para desviar este hábito, el o al por otra parte, — suele tener recaídas más o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional por la causa que sea.

C) HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS.

Estos hábitos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos.

Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a practicar este hábito. En este aspecto, vemos el hábito que adquiere el paciente en la escuela de morder lápices, goma, regla, abrir orquillas, etc., estos hábitos los efectúa, ya sea por placer o por curiosidad. Hay niños que llegan a tal grado que un lápiz lo acaban mordiendo en dos o 3 días lo mismo ocurre con la regla ya sea de madera o plástico, gises o pedazos de papel. Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir siendo éstos por ejemplo morder un pedazo de tela, como una esquina de la almohada o de la sábana la punta del cuello de la pijama, la oreja del oso de peluche etc.

Otro hábito pernicioso frecuente es la apertura de orquillas con los dientes antes de colocarlas en el pelo. En pacientes con este hábito se han observado incisivos con muescas y dientes parcialmente desnudos de su esmalte vestibular. El llamarles la atención sobre los perjuicios que les está causando suele ser suficiente para romper el hábito.

Existe una variedad inmensa y sobre todo están individual el hábito relacionado con cuerpos extraños que al hacer la historia clínica del paciente, cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado con un cuerpo extraño llevado a la cavidad oral.

D) INTERPOSICION DEL FRENILLO.

A pesar de que se cita como poco frecuente, si los incisivos centrales superiores presentan diastema, es posible que el niño llegue a colocar el frenillo labial y mantenerlo ahí durante varias horas, éste puede ejecutarlo muchas veces como juego o demostración con sus compañeros o puede convertirse en un hábito pernicioso capaz de mantener la separación de los incisivos centrales con el mismo efecto de un frenillo anormal.

E) HABITOS NERVIOSOS ESPASMÓDICOS.

Casi todos éstos se relacionan con los músculos de la expresión y varían tanto en cada individuo que sería inútil tratar de describirlos.

Dado que comienzan como actos que están completamente bajo el control de la voluntad, en sus primeras etapas, podemos creer que pueden ser controlados y dominados si contamos con una decidida cooperación del interesado.

Se encuentran casi siempre en niños físicamente deficientes, anémicos con sistemas nerviosos inestables. Si estos niños deben soportar la disciplina escolar, lecciones de música o baile, alimentación defectuosa o falta de ejercicio al aire libre comienzan a aparecer estas malas coordinaciones musculares.

Algunas veces su origen es la imitación de otros parecidos, en un padre o compañeros de juego, haciéndose después automáticos y frecuentes. Su efecto sobre la posición dentaria puede ser más o menos grande y debe ser analizado en cada caso particular.

CAPITULO V

V.- HABITOS DE POSTURA.

Estos hábitos se encuentran en niños que acostumbran dormir con las manos o el brazo sobre el cerrillo, o quienes al estudiar, apoyan una mano sobre la cara, causando deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias.

Se puede presentar una posición mandibular defectuosa en aquellas personas que adoptan posturas corporales inadecuadas. Ambas pueden ser expresiones de salud precaria. Por otro lado, la persona que se mantiene erecta con la cabeza bien colocada sobre la columna vertebral, mantendrá casi reflejamente la mandíbula hacia adelante en una posición.

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

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo.

A) BRUXISMO.

Generalmente es un hábito nocturno, refleja en sí nerviosismo o gran excitabilidad, es raro que se presente en horas de vigilia. Los problemas presentes originados por este hábito dependerán del tiempo y la fuerza con que el niño lo ejecute; a veces el rechinar es tan fuerte que puede oírse el sonido a distancia.

Cuando el hábito se manifiesta con esa intensidad es fácil comprender las marcadas atricciones de las piezas dentarias y el dolor frecuente en la región de la articulación temporomandibular principalmente en las mañanas.

Las causas exactas del bruzismo estan algo obscuras. Quizá tenga una base emocional., pues suele producirse en niños de gran tensión — emocional y muy irritables que pueden manifestar otros hábitos como la succión del pulgar o la onicofagia.

Estos suelen tener un dormir inseguro y parecen sufrir ansiedades. También puede observarse el bruzismo en afecciones como epilepsia, corea y meningitis, así como en afecciones gastrointestinales.

B) MÍMICA.

Por lo que la mímica se refiere, hemos sabido que los niños imitan a los adultos; así por ejemplo un niño con una madre que sufre de deformación protusiva de la mandíbula, el niño tratará de imitar esta posición.

CAPITULO VI.

VI.- CORRECCION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS.

1.- CORRECCION DE SUCCION DIGITAL.

En el lactante y hasta los tres años de vida, no se deben usar me-
dios mecánicos, violentos o pérdida de libertad de acción de los miembros que actúan en el hábito.

Ya que se deberá hacer una revisión de la alimentación para descu-
brir si hay deficiencias buscando que esta alimentación este balancea-
da desde tres puntos de vista; nutritivo, funcional y emocional.

Pueden disponerse de medios que le llamen la atención tales como:
sonaja, rueda de hule, galletas o bien el uso de chupete tranquilizador
de diseño anatómico (fabricado actualmente por la Kay Ware), llevándo-
lo a cabo en forma de juego y con gran delicadeza.

Se debe poner atención en la transición de chupar y masticar sobre
todo estimulándole la masticación para reemplazar la succión y ejerci-
tar los músculos y maxilares.

Es de suma importancia la atención materna para que el niño se en-
simisme y recurra a la succión digital.

Ocasionalmente se recomienda envolver al bebé con todo y sus mani-
tas sin que esto llegue a ser muy agresivo.

A los tres años de edad el hábito se encuentra tan bien cimentado
que dificulta la corrección, con la particularidad de ir volviéndose -
selectivo, son determinados dedos de determinada mano y en determinada
forma.

A esta edad constituye ya un verdadero problema psicológico con la desventaja de que en esta época de la vida, el niño es muy difícil de tratar debido a que no es lo suficientemente grande para razonar y pensar sobre las instrucciones que se dan, por lo tanto la cooperación — que se puede esperar de él es muy poca o nula.

Los pequeños pueden recurrir a los hábitos cuando:

- Estan ociosos.
- Viendo la televisión.
- Se sienten molestos.
- Tienen sueño.

En los tres primeros casos se ha citado como eficaz el chicle para quitarlos. En casos de sueño la atención de la madre debe ser el distraerlo con un cuento, dándole alguna fruta, o bien poniéndole atención a sus pequeños problemas, etc., esto le distraerá la atención hasta que el sueño se apodere de él.

Si el hábito persiste después de los cinco años, es posible que — se trate de un hábito compulsivo bien cimentado con tratamiento inadecuado por parte de los padres.

A esta edad lo más acertado es discutir el tema con el niño y demostrarle el deseo de ayudarlo tratando de obtener de él la más completa y decidida colaboración.

A continuación expondremos el manejo clínico del niño que practica el hábito de succión digital.

A) MANEJO CLINICO DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL.

Son varias las rutas que el cirujado dentista puede seguir para — controlar adecuadamente el hábito de succión digital.

- a) La primera consiste en explicarle al niño por medios audiovisi—

cuales las consecuencias que este hábito puede causar. Se le explicará también los diferentes medios de control del hábito, se le informará que solamente se usarán los diferentes medios de contención en el caso de que el paciente persista en esa costumbre.

b) La segunda ruta consiste en indicarle detalladamente al infante los daños que se ha causado, o que se está causando, por chuparse el dedo, para que tenga plena conciencia de ello.

c) La tercera ruta trata de explicarle al niño también por medios audiovisuales, las causas y consecuencias del hábito de succión digital. A continuación se le muestran al infante todos los medios de contención de esta costumbre, para que sea él quien escoja el que considere más adecuado a su problemática.

B) MEDIOS DE CONTENCION.

- 1.- Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona.
- 2.- Protector de hule rígido en el dedo pulgar.
- 3.- Placa removible de acrílico tipo howley.
- 4.- Arco palatino con ventana.
- 5.- Arco palatino con picos.

Con determinados niños hay que usar más de una ruta y más de un medio de contención para tener éxito con otros el solo hecho de hacerlos conscientes del hábito es suficiente para que lo eliminen. Es absolutamente necesario que el paciente tome este tipo de tratamiento como una ayuda que el cirujano dentista le ofrece para resolver el problema dental, y nunca como un castigo a "un acto indebido".

A todos los medios de contención debemos llamarles recordatorios.

1.- Una vez que hemos decidido interferir con el hábito de succión digital, generalmente lo iniciamos con la aplicación de tela adhesiva al "dedo culpable y al vecino" uniéndoles antes de que el niño vaya a acostarse.

Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma consciente o inconsciente, es signo indicativo de que debemos cambiar por otros aparatos generalmente de tipo fijo.

Si la tela adhesiva es exitosa, entonces recomendamos a la madre de que también durante el día la debe usar el niño, exclusivamente en el dedo culpable". La tela adhesiva no deberá tener una presión excesiva sobre los dedos en que se coloque.

2.- Protector de hule rígido.

Este protector tiene como principal objeto, el control del hábito en el niño menos de cinco años. Es más difícil quitárselo por la noche como ocurre con la tela adhesiva. Sin embargo, su construcción es bastante defectuosa y con bastante frecuencia los bordes del aparato lastiman los dedos del niño. La señal que nos indica la necesidad de cambiar el tipo de aparato es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda.

Este aparato sirve únicamente para controlar un solo dedo y en ocasiones, impide la actividad de la mano que tiene el aparato.

3.- Placa de acrílico Howley.

Este tipo de recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarla. La medida del éxito la da el uso, que se puede apreciar, cuando el menor viene a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con que pierde el aparato.

Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato menos es el uso que se le está dando.

4.- Arco palatino con ventana.

Este medio recordatorio consiste en colocar dos bandas en los segundos molares primarios superiores y soldando estas bandas un arco pa

Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma conciente o in conciente, es signo indicativo de que debemos cambiar por otros aparatos generalmente de tipo fijo.

Si la tela adhesiva es exitosa, entonces recomendaremos a la madre de que también durante el día la debe usar el niño, exclusivamente en el dedo culpable". La tela adhesiva no deberá tener una presión excesiva sobre los dedos en que se coloque.

2.- Protector de hule rígido.

Este protector tiene como principal objeto, el control del hábito en el niño menos de cinco años. Es más difícil quitárselo por la noche como ocurre con la tela adhesiva. Sin embargo, su construcción es bastante defectuosa y con bastante frecuencia los bordes del aparato lastiman los dedos del niño. La señal que nos indica la necesidad de cambiar el tipo de aparato es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda.

Este aparato sirve únicamente para controlar un solo dedo y en ocasiones, impide la actividad de la mano que tiene el aparato.

3.- Placa de acrílico Howley.

Este tipo de recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarla. La medida del éxito la da el uso, que se puede apreciar, cuando el menor viene a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con que pierde el aparato.

Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato es el uso que se le está dando.

4.- Arco palatino con ventana.

Este medio recordatorio consiste en colocar dos bandas en los segundos molares primarios superiores y soldando estas bandas un arco pa

latino, el cual en la sección intercanina tiene a su vez soldada una - ventana o reja que es dirigida en sentido lingual, esta reja no deberá interferir con la oclusión ni con la masticación.

El método es altamente eficiente, sirve para controlar los hábitos de lengua que comúnmente se asocian a los hábitos de succión digital.

El inconveniente que existe con este aparato, es que interfiere - con la correcta dicción durante un período cercano a las dos semanas.

5.-Arco palatino con picos.

En muchas ocasiones nos hemos dado cuenta de que hay niños que re quieren un "recordatorio" activo del hábito, pues de otra manera acom dan su reflejo de succión a los cuatro medios de contención descritos anteriormente, es generalmente el arco palatino con picos el que elimi na la costumbre totalmente.

Este aparato consta de un arco palatino el cual está soldado a dos bandas colocadas en los segundos molares primarios superiores.

Los picos se ponen en la zona intercanina del arco palatino y deben dirigirse hacia abajo en dirección lingual; deben de ser cortos y no interferir con la oclusión ni con los movimientos masticatorios.

Este aparato también tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante un período aproximado de dos semanas.

La duración del tratamiento depende directamente del tipo de "re- cordatorios" que se usan para controlar el hábito.

Mientras más drástico sea el tipo de recordatorio, mayor será el tipo de tratamiento.

Otro medio de contención no mencionado anteriormente es el:

C) METODO DE GRAEBER.

Este aparato consiste en una rejilla con espolones adaptadas a un arco lingual, unido éste a dos bandas o coronas de acero cromo. Se —
construye de la siguiente manera:

- 1.- Toma de impresiones y elaboración de modelos de estudio.
- 2.- Separación de puntos de contacto, donde se colocan bandas.
- 3.- Se fabrican las bandas en los segundos molares superiores primarios.

También se pueden adaptar coronas de acero cromo en los mismos —
dientes, se toma impresión con alginato y las bandas o coronas se co-
locan en sus respectivos lugares para hacer el modelo de trabajo en ya
so.

- 4.- Se fabrica un arco lingual sin que toque ningún diente.
- 5.- También se fabrican ansas y espolones.
- 6.- Se solda el ansa en la parte interior del arco hacia posterior
la base de la ansa tocará suavemente con el paladar, y sus terminacio-
nes quedarán adelante como espolones, sin tocar ningún diente, o inter
ferir en la oclusión, tampoco serán perjudiciales para el paciente.

Cuando el aparato queda terminado se coloca centrándolo en la boca
(para ser colocado el aparato es preferible que el paciente se encuen-
tre ocupado esto significa que sea durante la época de clases, ya que
de otro modo el aparato le causará cierto nerviosismo al paciente).

PROMEDIO DE TIEMPO DE TRATAMIENTO EN MESES DE LOS MEDIOS DE CONTENCIÓN

Tela adhesiva	2 meses
Protector de hule	3-4 meses
Placa Howley	6 meses
Arcos Palatinos	8-10 meses

Es importante que una vez controlado el hábito se proceda inmediatamente a corregir la secuela del mismo. Mordida abierta o mordida cruzada unilateral o bilateral. En múltiples ocasiones se encuentran la mordida abierta y la mordida cruzada unilateral o bilateral juntas.

La herencia más importante del hábito de succión digital es el hábito de lengua.

Es aconsejable que al niño se le recompense por su esfuerzo una vez que ha vencido el hábito. El cirujano dentista puede hacerle un regalo especial independientemente del que le hagan sus padres y familiares.

D) METODO PSICOLÓGICO.

Sin embargo el criterio actual aprueba que se usen métodos psicológicos, o bien estimulativos. A continuación damos un ejemplo:

En la primera cita se le indica al pequeño que en una hoja anote la semana, nombre, edad y fecha, debajo de los días de la semana deberá dejar un espacio lo suficientemente grande para que él pegue sus estrellitas de papel, los días que no chupe el dedo con la idea de que le sirva de guía en el progreso.

Es muy conveniente mostrarle al paciente hojas de control con estrellitas y dibujos traídas por otros niños que tuvieron el mismo problema, sirviéndole esto de referencia únicamente ya que se le indica que su hoja deberá ser hecha a su gusto.

Se le incita a que tome conciencia que si otros pudieron hacerlo el también podrá.

Puede ser conveniente hacer notar al niño que el dejar de chuparse el dedo, morderse el labio, roerse o comerse la uñas requiere de un gran esfuerzo por parte de él, el cual será recompensado no solo por una mejor apariencia sino también adicionalmente por un premio estimulativo por parte de los padres o bien por el propio dentista.

Se le debe de aclarar que si algun día no puede controlarse, que no sienta vergüenza y que mucho menos que no sea honrado consigo mismo al pegar estrellas en los días que no pudo controlarse para que pueda tener la satisfacción de haber ganado ese premio honestamente.

Para facilitar al paciente el recordar que no debe de chupar el dedo se le recomienda junto el dedo que se chupa con otro que no succiona por medio de una tela adhesiva y se le muestra como hacerlo sin presionar mucho la tela y pegando el extremo de la cinta sobre si misma - facilitándole el quitársela para cuando desee usar su mano con entera libertad o en caso que el deseo de chuparse el dedo fuese muy grande.

El darle facilidad de quitarse la tela adhesiva y el indicarle que no se usa como castigo sino como recordatorio de magníficos resultados. Se le indica al niño que él mismo debe ponerse la tela adhesiva a menos que necesite ayuda.

A continuación se le da un sobre grande en el que va pegada una etiqueta con su nombre y que además dice "Control Digital". Este sobre se le da indicándole que es para uso personal y que absolutamente nadie debe tener acceso a este sobre excepto él, ya que ahí guardará su hoja de control con las estrellitas que deben ser pegadas por el mismo.

Se le indica que si no quiere mostrarle el progreso a sus padres, sino esperar hasta la semana siguiente que tenga cita lo cual puede hacer con toda tranquilidad. Esto será dicho enfrente de los padres, para darle al niño su individualidad desde el principio, ya que uno de los factores que predisponen a los hábitos perniciosos de chupar el dedo y comerse las uñas es debido precisamente por privarlos de su individualidad.

Por último se le muestra la paciente el problema que él mismo se ha causado por el mal hábito. Se les hace saber a los padres que normalmente se necesitan tres visitas aunque hay casos que requieren más, las cuales generalmente con cada semana y al cobrar honorarios los pa-

dres ponen toda su atención y están pendientes del niño dando por resultado que el tratamiento sea efectivo y breve.

En la segunda cita se recibe al paciente para que nos muestre sus estrellas ya sea que estén completas o que falten algunas, nuestra actitud debe de ser optimista y se le interroga a que causa se debe que falta alguna, así pues lo orientamos y aconsejamos.

A continuación le damos para que detenga un espejo facial y observe en él todos los detalles que le vamos a mostrar como son: facias, - mordida abierta, dientes superiores en protusión, dientes inferiores - linguales o deprimidos, callosidades de los dedos, uñeros, suciedad de bajo de las uñas.

Una vez captada su atención y la tensión disminuida, se le pregunta sobre sus relaciones escolares y familiares procurando averiguar que es lo que le molesta. Si es necesario después de la cita se llama a los padres dando nuestras impresiones e indicando la forma en que pueden cooperar con nosotros y con el niño para facilitar la labor emprendida, pues hay casos que requieren la ayuda del psiquiatra.

Se le toman modelos de estudio y si lo desea fotografías para ver que tipo de deformación ha tenido. Se le despide sin más insistencia sobre el asunto dándole a él la tarjeta de visita y recordándole hacer una nueva hoja de control ya que nos quedaremos con la que nos trajo - esta vez.

En la tercera visita o sea dos semanas después del primer encuentro al paciente generalmente viene con la hoja llena y con una amplia sonrisa.

Lo que primero quiere ver el modelo de sus dientes tomando la semana anterior, al cual debe estar listo. Le mostramos los modelos, mismos que le obsequiamos para que en su casa los pueda examinar a gusto.

Si falta una o más estrellas procuramos interesarnos por el motivo, discutiéndolo amigablemente.

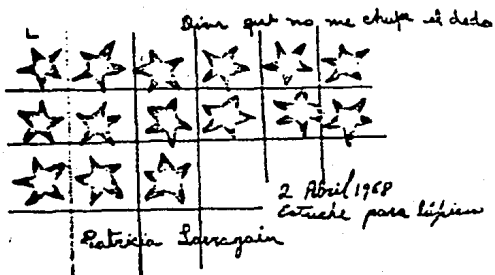
Muchos niños que practican el hábito de chuparse el dedo frecuentemente presentan problemas en la deglución, particularmente aquellos que tienen mordida abierta.

A estos se les da instrucciones sobre la manera correcta de deglutir.

Otros niños presentan dientes superiores en protusión pero con sobre-mordida vertical (mordida profunda).

El chico que llegue en esta cita con todas las estrellas y que mirádonos a los ojos muestre y conteste con firmeza que han sido ganadas honradamente le preguntamos que si ya cree que podamos hablar con sus padres, a los cuales llamamos si la respuesta es positiva, cerciorándonos de esta manera de que todo esté en orden.

Sobre todo para participarle las buenas noticias y para indicarles que ya pueden premiar a su hijo por el gran esfuerzo realizado.



En la figura anterior está representada la "Hoja de -- Control Digital" de una niña de 9 años.

En la parte superior la niña escribió "Días que no chu pe el dedo".

Nótese también que la hoja está dividida en seis partes.

Vie	Sáb	Dom	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
			★	★	★	★
★	★	★	★	★	★	★
★	★	★	★	★	★	
<i>Club Nacional Tempo 7 años 21 de agosto 1966</i>						

En la figura anterior se presenta la hoja de control de un niño de siete años con dotes artísticos.

La hoja ha sido dividida en siete partes. Los datos sobre el nombre, edad, fecha y el premio que él mismo se impuso, un robot están presentes.

El primer día que nos visitó era viernes pero en vista de no haberse controlado en los primeros tres días, tuvo la honradez de no pegar las estrellas esos días.

Después su cooperación fué magnífica. Es de gran valor, el hecho de no haber pegado estrellas en los días que no pudo controlarse.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
♥	♥	♥	♥	♥
♥	♥	♥		
♥	♥	♥		
♥	♥	♥	♥	♥

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
		♥	♥
♥	♥	♥	♥
♥	♥	♥	♥

Martes	Jueves	Viernes	Viernes	Viernes
★	★	★	★	★
Martes	Jueves	VIERNES	VIERNES	VIERNES
★	★	★	★	★
Caja color				3/2/76

Viernes	Sabado	Viernes	Viernes	Martes
★	★	★	★	★
Sabado	Martes	Jueves	Viernes	Viernes
★	★	★	★	Viernes
Caja color				3/2/76

Aqui se representa la composición de dos hojas de control digital semanal de una niña de once años.

La primera colocada en la parte superior nos muestra la forma — irregular en que fué dividida así como los diferentes tamaños en la escritura. Como el viernes es el día de consulta, las letras son de mayor tamaño, indicando la importancia de las mismas.

La hoja de control de la segunda semana, colocada en la parte inferior, muestra la forma más ordenada y más uniforme, denotando mayor seguridad. Es más conveniente pedirles una hoja nueva cada semana para así poder observar el progreso tanto en control digital como seguridad personal.

En la figura está representada la composición de dos hojas de control de una niña de diez años con problema de rivalidad entre sus hermanos. La primera colocada en la parte superior nos muestra que la semana fué dividida en cuatro partes y el rayado hecho en lápiz. La niña tuvo su primera consulta el lunes pero como no se pudo controlar los dos primeros días no pegó ningún corazón en esos días. Nótese la palabra "jueves" en ambas hojas.

La siguiente semana, representa en la parte inferior de la figura la hoja dividida en cinco partes, las palabras y las rayas fueron hechas con pluma y con regla.

En la segunda semana es claro el progreso observado.

Una niña que se toma la molestia y el tiempo de hacer corazones de papel, pegarlos y decorarlos denota felicidad, pues aparentemente hasta ahora no se le habían tomado sus problemas en consideración en su hogar.

Es notable la manera en que progresan de una semana a la otra cuando se les dá la oportunidad de ser alguien, dándoles responsabilidad e individualidad y con un requereño estímulo que premie el esfuerzo. Sin embargo creemos que es más grande la satisfacción que sienten por haberse conquistado ellos mismos que la idea de un premio.

2.- CORRECCION DE MORDIDA ABIERTA.

Espolones: - Este método resulta el de mayor pronóstico, ya que el aparato con espolones produce un cambio en el ambiente bucal (no permite que la lengua se apoye ni en los dientes ni en el aparato, dejando que hagan erupción los dientes); este cambio modifica la alimentación sensorial que recibe el cerebro obteniéndose una nueva respuesta motora (funcional y posición postural normal de la lengua). Esta respuesta puede llegar a estar permanentemente impresa en el cerebro si se dejan los espolones por un tiempo adecuado (un año mínimo, evitándose así la recivida como se demostró con los casos clínicos.

Terapia miofuncional.- Consiste en un conjunto de ejercicios para reeducar la musculatura orofacial tanto en el acto de deglución como en la posición postural de descanso.

Algunos ortodoncistas usan este método en combinación con el tratamiento ortodóncico; sin embargo, la gran mayoría no cree en él o lo han utilizado y abandonado por no tener éxito. Esto puede ser debido a;

1.- A la falta de conocimientos del terapeuta o la falta de cooperación del paciente y de sus padres ya que se necesitan muchas horas de ejercicios y muchas citas para llevar a cabo el programa.

2.- A que la deglución es un acto fundamental que es difícil modificar. Tanto el lenguaje como la deglución son actividades reflejas — coordinadas.

Algunos reflejos pueden ser modificados por control voluntario pero entre más fundamental (básico para sobrevivir) es el reflejo menos fácil será su modificación voluntaria.

El lenguaje no es indispensable para sobrevivir por lo que puede modificarse con entrenamiento; esta es la base de la terapia del lenguaje. La deglución es una función fundamental; la única parte voluntaria de este reflejo es un inicio (parte oral).

Una vez iniciado no puede ser interrumpido (fase faríngea). Así que fisiológicamente resulta más lógico alterar este reflejo con aparatos.

Ortodoncia: - Consiste en cerrar la mordida moviendo los dientes con bandas de ortodoncia y ligas. Parker, Ricketts y Riedel encuentran un alto índice de recidivas, probablemente porque la lengua sigue con una posición postural anterior.

Trampas: - El tratamiento a base de trampas linguales o palatinas para detener la lengua tienen un efecto similar al del tratamiento ortodóncico, ya que al terminar el tratamiento la lengua tiende a regresar a su posición original. Esto lo demostró Cleall utilizando el método cinefluoroscópico en pacientes que habían usado trampas por un período de seis meses.

Cirugía: - En este método la mordida se cierra reposicionando quirúrgicamente los huesos. Cuando el plano mandibular es grande (más de 50° respecto del plano silla turca-mansión SMT) probablemente está indicada la cirugía. Sin embargo, por ser un método relativamente nuevo no existen publicaciones mostrando estos casos cinco o diez años post-cirugía para evaluar la estabilidad de los resultados. Si la musculatura orofacial no es reeducada es posible que la mordida se volviese a abrir postquirúrgicamente.

Sabemos que algunos individuos con mordida abierta en la dentición mixta, al llegar a la dentición permanente, ya tienen la mordida cerrada sin haber tenido tratamiento ortodóncico. Vimos en la etiología de mordida abierta que se cree que algunas se cierran debido al crecimiento y desarrollo diferencial de los tejidos duros y blandos (adenoides, amígdalas, maxila y mandíbula). Este hecho complica mucho la estadística de cuál método de tratamiento es el más efectivo, ya que no se sabe si la mordida se cerró por sí sola o por el tratamiento. Por lo tanto, Proffit recomienda esperar hasta después de la pubertad para tratar las mordidas abiertas. Sin embargo, como no sabemos cuáles mor

didas abiertas se van a cerrar por sí solas y oídas van a necesitar - tratamiento, creo que es nuestra responsabilidad interceptar la mordida abierta en los años formativos de la dentición mixta y no dejar que el problema continúe y afecte el desarrollo de la dentición permanente.

Podría resultar más difícil el tratamiento en la dentición permanente que la interceptación en la dentición mixta. Esto se debe a que el crecimiento de la mandíbula en pacientes con mordidas abiertas tiende a ser hacia abajo y atrás, abriéndose un plano mandibular y haciéndose cada vez más pronunciada la displasia ósea.

Algunos ortodoncistas rehusan tratar pacientes con mordidas abiertas argumentando que mientras el paciente no controle su lengua no es posible hacer un tratamiento ortodóncico con buen pronóstico, es frecuente que el paciente con mordida abierta tenga defectos foniatricos. Resulta difícil que un terapeuta de lenguaje y de lengua pueda trabajar con éxito bajo estas condiciones. Es más lógico, primero corregir la maloclusión y si posteriormente el paciente sigue teniendo defectos foniatricos referirlo al terapeuta de lenguaje.

Los espolones impiden que el paciente hable con una pronunciación perfecta, sobre todo durante las dos primeras semanas después de cementar el aparato. Es importante mencionarle al paciente y a sus padres que no se preocupen porque en poco tiempo hablará normalmente si antes del tratamiento tenía un defecto foniatrico, es posible que se elimine al cerrar la mordida. También se le debe indicar al paciente que - podrá comer perfectamente después de pocas semanas de haber cementado el aparato.

Antes de despedir al paciente es necesario explicarle la importancia de que cepille su paladar a nivel de los ángulos de los incisivos superiores, ya que los espolones impedirán que la lengua elimine la placa dentobacteriana que se acumula en esa zona. También debe indicarle que durante los primeros días cubran los espolones con algodón mientras su lengua se acostumbra al nuevo ambiente bucal.

Algunos psicólogos opinan que romper el hábito de succión digital produce trauma psicológico con transferencia del hábito (masturbación, orinarse durante el día, pesadillas, irritabilidad). No Donald, en su libro "Fidelencia", menciona que el dentista debe referir todos los pacientes con hábitos de succión digital a un psicólogo para tratamiento. Sin embargo, Graber dice: "en más de 600 casos tratados con trampas durante los últimos 17 años no se ha observado ni un solo caso de transferencia del hábito".

Una de las teorías psicológicas afirma que el hábito de succión digital es sólo un signo que indica un problema emocional profundo. Otra teoría es la del aprendizaje que indica que el signo (hábito de succión digital) es aprendido y que en general no hay ninguna neurosis asociada al hábito.

Se observa que en la literatura existe una gran abundancia de teoría pero poca evidencia experimental. Es importante tomar en cuenta que aproximadamente 16% de los pacientes con hábito de succión digital desarrollan una maloclusión pronunciada. De allí que Earyett et al decidieron hacer un estudio en niños mayores de cuatro años que tenían hábito de succión digital, con el objeto de reportar los efectos psicológicos y la efectividad de los diferentes métodos de tratamiento. Encontraron que, **independientemente** de la terapia utilizada, no había un aumento en el porcentaje de problemas psicológicos de los pacientes si la relación paciente dentista era buena. El estudio encontró que el grupo más exitoso (en el mayor número de mordidas abiertas tenían cementado un aparato con espolones y que se les había explicado:

- El daño que produce el hábito de succión digital y lingual.
- El por qué del uso del aparato.

Por tanto, el dentista que tenga éxito con su paciente (a quien realmente se le ha motivado a dejar su hábito de succión digital o lengua protráctil) puede usar los espolones como recordatorios sin temor a crearle problemas psicológicos o transferencia del hábito de succión digital se ha eliminado el origen de un conflicto entre ellos. También

la atención que el paciente le pondrá a sus maestros mejorará porque al no tener el hábito ya no se aísla del mundo que lo rodea.

Baker sugiere usar los espolones soldados a bandas en incisivos su periores permanentes. Yo prefiero usarlos soldados a un arco palatino por las siguientes razones.

1.- Para colocar los espolones no dependemos de que hayan hecho erupción los incisivos ni de su correcta o mal posición.

2.- Podemos colocar el número de espolones que deseemos a lo largo del arco palatino sin depender de la posición de los incisivos.

3.- Si hay mordida cruzada posterior, se puede corregir simultáneamente una maloclusión clase II de Angle. Esta maloclusión se puede corregir durante el crecimiento con un arco facial sujetando por dos bandas molares, las mismas que se utilizan para soldar el arco palatino con espolones. Por lo tanto, se puede corregir la mordida abierta, el hábito de lengua, de dedo y la clase II con dos bandas adicionales en los incisivos. Estas bandas tienen la desventaja de ser antiestéticas y de que acumulan placa dentobacteriana si el paciente no tiene buenos hábitos de higiene bucal.

Por último, no recomendamos colocar espolones en un aparato removible porque el paciente en general no lo usaría.

Las contraindicaciones al uso de espolones son las siguientes:

Cuando el paciente:

- No tenga suficiente madurez para comprender para que sirven los espolones (en general niños menores de cuatro años)

- No desea dejar sus hábitos a pesar de la motivación que le haya proporcionado el operador.

- Está en época de mayor tensión emocional (exámenes, divorcio —

reciente de sus padres, etc.)

- Tenga problemas neurológicos e neuromusculares (niños con retraso mental, anéxicos, etc.)

- Tenga amígdalas o adenoides con inflamación aguda.

- Este en un programa de terapia de lenguaje o de lengua (recomiendo esperar a que se termine el programa o pedir que se cancele y se reanueve al eliminar los espolones).

- Tenga una macroglosia.

El tratamiento de la mayor parte de los pacientes con mordida abierta lo comenzamos por el control del hábito del dedo y lengua sin espolones; solamente por convencimiento psicológico de que dejen el hábito de dedo, explicando la posición normal de la lengua y aplicando aparatos extraorales en los casos que los requieran. Los espolones se cementan sólo en aquellos casos en que la mordida no se ha empezado a cerrar después de algunos meses de la terapia inicial. Este lapso permite establecer un éxito excelente entre el operador y el paciente y da oportunidad también para poder mostrarle al paciente y sus padres otros pacientes con el mismo problema y los aparatos con espolones que tienen cementados sin provocar problema alguno.

En todos casos se ha tratado con espolones se ha cerrado la mordida abierta. Sin embargo, si se decide a usar este método debe tenerse paciencia porque algunas mordidas abiertas tardarán dos o tres años hasta que se cierran. La mayor parte de las mordidas abiertas necesitan un tratamiento adicional: ajustes oclusales, aparatos extraorales para aliviar una falta de espacio y reducir una doble protusión. Estos tratamientos frecuentemente eliminan la respiración bucal y la incompetencia labial. Es por esto que la terapia en general no es colocar solamente unos espolones.

En conclusión, los espolones fuerzan a la lengua a adaptar una — postura normal de deglución y de posición de descanso, los espolones — interceptan maloclusiones de mordida abierta antes de que ocurra una — deformidad en la dentición permanente.

Sugerimos que se haga una investigación utilizando películas cine fluoroscópicas de pacientes con mordida abierta antes de la inserción de los espolones y posterior a su remoción para observar el cambio de la función y posición postural de la lengua. Esta investigación total vía no se ha realizado.

3.- CORRECCION DE SUCCION O MORDIDA DE LAMIO.

Estos hábitos se observan frecuentemente con una sobremordida horizontal exagerada, con sobremordida o ambas. No debe intentarse su co rrección hasta que los incisivos han empezado a moverse en mejores po siciones, a menos, que haya una relación molar clase I y que la mala — relación de los incisivos pueda tratarse con una placa bucal.

Esta placa bucal es un aparato que se coloca en el vestíbulo de la boca, entre los labios y los dientes, con el propósito de conservar la función de los labios. Este aparato bloquea eficazmente la entrada de aire por la boca y dirige las contracciones de los labios, corregir la labioversión simple de los dientes anteriores superiores y para cor regir el hábito.

Es particularmente útil para fortalecer la acción de los labios y corregir la respiración bucal. No debe de colocarse nunca en la boca de un niño que presente cualquier tipo o clase de trastorno respiratorio o como por ejemplo, catarro o asma, ni tampoco aplicarse cuando exis te obstrucción nasal.

A) CONSTRUCCION DE APARATO USANDO EN ESTE HABITO.

1.- Se toman impresiones con alginato del maxilar superior e info rior y se hace el vaciado en yeso.

2.- Se colocan coronas de acero-cromo o bandas, en los primeros - molares permanentes o en los segundos molares temporales.

3.- Se adapta un alambre de acero de 1 milímetro por la parte lin gual que ira desde la banda o corona hasta el espacio entre el primer molar temporal y el canino o entre el canino y el incisivo lateral.

4.- Se cruza el alambre por la superficie oclusal y se dobla al - nivel del margen labio gingival de los incisivos y se lleva hasta el espacio interproximal correspondiente del lado opuesto, se vuelve a -- cruzar el alambre hasta la corona o banda.

5.- La parte del alambre localizada en labial no debe tocar las ca ras palatinas de dientes anteriores superiores al ocluir.

6.- Se solda un alambre auxiliar igual al anterior a la altura del cruce llevándolo seis u ocho milímetros hacia gingival, se dobla y adap ta por medio de la encía paralelo al arco principal doblándolo y soldán dolo de ambos lados.

7.- Se rebasa con acrílico sin interferir ni en oclusal ni en in cial.

8.- Se pule y se limpia, se cementa en la boca.

Este aparato debe usarse, el tiempo necesario para que el hábito desaparezca.

Los ejercicios para labios ayudarán para la corrección del chupe- teo y mordida del labio, pero la mayoría de dichos hábitos se corrigen por sí solo cuando los incisivos están colocados adecuadamente y mante nidos así por cierto tiempo.

Si los labios no se sellan debido a la protuberancia de los inci- sivos, hay que retardar los ejercicios hasta que estos sean retraídos lo suficiente para que los labios ejerzan cierto efecto sobre los -- dientes.

Casi siempre el labio superior es el perezoso o insuficientemente largo. Se puede mejorar su función, tratando de estirarlo hacia abajo sobre el labio inferior, en un intento de tocar el mentón.

Puede utilizarse un rodillo de corflico blando para colocarlo en el vestíbulo al hacer los ejercicios para el labio superior se llena la boca con agua tibia salada y se fuerza la solución entre los dientes, repitiendo el procedimiento.

No debe de olvidarse la importancia de los instrumentos musicales. Cualquier instrumento musical de viento producirá rápidamente un tono labial adecuado. Es importante **prohibir** los instrumentos de una sola boquilla, por ejemplo el clarinete en pacientes con hipofunción del labio superior y labioversión de los incisivos superiores.

Si el conjunto nasal está libre y el paciente no tiene trastornos naso respiratorios, algunas veces la colocación durante la noche de tela de celulosa sobre los labios facilitara que permanezcan cerrados.

Durante el día el mejor método es hacer que el paciente recuerde su postura labial.

4.- CORRECCION DE RESPIRACION ANORMAL.

Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal.

- 1.- Eliminars la causa con la ayuda del otorrinolaringólogo.
- 2.- Tratamiento de la maloclusión que haga posible y fácil la aproximación de los labios (pantalla oral).
- 3.- Restauración del tejido labial o su tamaño, tono y función normales.

4.- La primera parte del problema está en manos del otorrino como petente.

Existen dos tipos de pantallas orales:

- Flexi-glas.
- Acrilica de autopolimerización.

A) CONSTRUCCION DE LA PANTALLA DE ACRILICO.

1.- Se toman impresiones en alginato del maxilar superior e inferior y se vacían en yeso.

2.- Montan los modelos en un articulador de bisagra.

3.- Con los modelos en oclusión se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención dejando una superficie continua entre el modelo superior e inferior.

4.- Se diseña la pantalla oral siguiendo el contorno de la niña - mucogingival llevándolo aproximadamente dos o tres milímetros antes del fondo de saco, extendiéndose hasta la región de los caninos o de los - primeros o segundos premolares si se desea dar mayor retención a la - pantalla.

5.- Se bordea con cera negra el contorno del diseño.

6.- Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formando por la cera procurando dejar una superficie tersa.

7.- Se pule.

B) CONSTRUCCION DE LA PANTALLA ORAL CON FLEXI-GLAS.

Material:

- Flexi-glas en hoja.
- Papel de estaño.
- Segusta.

- Banda de hule que se puede obtener recortando una porción de --
cámara de llanta de automóvil.

Pasos:

1.- Se toman modelos superior e inferior y se preparan en la misma forma que los empleados que para la pantalla de acrílicos de autopolimerización.

2.- Una vez diseñada la pantalla, colocamos papel estaño lo adaptamos al modelo y recortamos el sobrante.

3.- Recortamos el papel de estaño sobre el plexi-glas y dibujamos con lápiz para celofán en el contorno del papel.

4.- Con la sierra recortamos el plexi-glas guiándonos por el diseño.

5.- Calentamos la pantalla de plexi-glas en una lámpara de alcohol procurando no mantenerla mucho tiempo en la flama únicamente deberá --
reblandecerse.

6.- Colocamos la pantalla restablecida sobre el modelo y presionamos con banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable aplicar al niño unas cintas de tela --
adhesiva transparente en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si el paciente estuviera ligeramente protusivo lo corregiremos --
ayudándonos de la fuerza del músculo orbicular de los labios si este es el caso cada treinta días podemos recortar ligeramente los modelos sobre los que se construyó la pantalla. Si el aparato fue elaborado en acrílico se le hará un rebase por la parte que van en contacto con los dientes.

Si la puntalla se construyó en plexi-glas se recalentará y adaptará con la banda de hule.

Los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios si se practica rutinariamente con regularidad y perseverancia les devolverán su tamaño y tono normales.

Si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta, se puede seguir el siguiente ejercicio para estimular los músculos atrofiados por dicho hábito.

1.- Ponga la punta del dedo índice sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracciones y relajamiento.

2.- Junte los dientes.

3.- Contraiga y afloje el grupo de músculos masetero, temporal asegurándose que la mandíbula permanezca inmóvil en posición de ventaja mecánica.

4.- Mantenga los dientes de los músculos contraídos hasta que el niño cuente diez mentalmente y luego aflojar los músculos.

5.- Se repetirá cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez.

6.- Se aumentará después a veinte, este ejercicio o se hará con regularidad tres veces al día sin que el esfuerzo muscular sea excesivo.

C) EJERCICIOS DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES.

Wilson aconseja este ejercicio que mantendrá en reposo los músculos desarrollados y estimulará el desarrollo de los músculos atrofiados parciales o totalmente.

Las instrucciones al paciente son:

1.- Llevar los molares del maxilar y de la mandíbula, a la posición de la oclusión y mantenerlos en ella.

2.- Contraer todos los músculos de un carrillo con lo que el ángulo se contrae en línea recta hacia atrás.

3.- Conservando esta posición de empuje (si es necesario con la mano) todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.

4.- Conservando tensos estos grupos musculares, aspire profundamente el aire, y dejelo escapar con lentitud.

5.- Repetir los mismos movimientos del lado opuesto cuando este ejercicio se hace con frecuencia (de diez a cien veces al día). fortalece el orbicular de los labios y de los músculos asociados de labios y carrillos.

5.- CORRECCION DE FONACION. (VOZ NASAL.)

La terapéutica de la rinolalia abierta consiste en:

1.- Masaje del velo del paladar con la mano o por corriente faríngea.

2.- Combinado la articulación de las vocales con ejercicios gímnicos y respiratorios.

3.- Usando un obturador o placa para cubrir el defecto del paladar.

4.- Reconstrucción plástica del paladar siempre que sea posible y práctico, seguida por ejercicios para el entrenamiento correcto del lenguaje.

B) TARTAMUDES

En la terapéutica de la tartamides, los métodos consisten esencialmente en distraer la atención del sujeto de su incapacidad, asistiendo por ejercicios de respiración, articulación lectura y conversación. El medio ambiente debe ser investigado para evitar que otros chicos le hagan burla, o que los padres regañen o castiguen al niño a causa de su incapacidad.

La posibilidad de imitación debe ser considerada y el niño debe ser alejado de todos, menos de las mejores relaciones.

En el tratamiento activo del tartamudo es necesario apartar de su mente su defecto. La personalidad debe ser considerada como un todo en el tratamiento.

Una forma combinada de terapéutica, tanto local como general, se compone de medidas médicas, psiquiátricas, orientación social, entrenamiento de la voz y medidas locales. El estímulo del paciente y el desarrollo del carácter y el respeto así mismo son altamente importantes en el manejo del tartamudo.

C) TRASTORNOS DE LA VOZ.

La terapéutica consiste en aliviar la tensión de las cuerdas vocales ejerciendo presión sobre la prominencia del cartilago tiroides.

Los ejercicios de presión son combinados con ejercicios de respiración después con palabras y sílabas, conseguida cantando tonos gufándose por el movimiento de la mano. Este entrenamiento establece vías de asociación para fonación correcta.

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

6.- CORRECCION DE DEGLUCION.

Para poder controlar este hábito solicitaremos la colaboración de un otorrinolaringólogo, que de ser necesario efectuará la extirpación de las amígdalas.

Hecho esto colocaremos una placa llamada recordatorio lingual que es un paladar de acrílico sostenido a los molares por medio de ganchos, con unos espolones de alambre que indicarán al paciente la posición correcta de la lengua. Si el paciente es poco cooperativo el aparato que se colocará tendrá que ser fijo.

Para ayudar al niño en el control de su hábito le indicaremos un ejercicio muy sencillo que se hace de la siguiente manera:

- Tomar un poco de agua.
- Ocluir con todos los dientes.
- Efectuar la deglución sin despegar los dientes.

Este ejercicio se hace frente de un espejo con el objeto de que el niño observe que al deglutir no mueve los labios ni el mentón.

El recordatorio lingual será usado durante bastante tiempo, generalmente más de seis meses, por la gran dificultad que presenta la eliminación de este hábito.

Fases para construcción del recordatorio lingual:

- 1.- Se toman impresiones en alginato del maxilar superior e inferior, y se vacían en yeso.
- 2.- Se montan los modelos en un articulador de bisagra.
- 3.- Con alambre del 0.9 se adaptan unos ganchos en los molares más retentivos.

4.- Se coloca un separador de acrílico en el modelo superior.

5.- Los ganchos de alambre se fijan al modelo con cera pegajosa.

6.- De alambre del 0.9 contorneamos tres proyecciones que su porción basal tendrán retenciones para el acrílico y en su porción libre deberán llegar hasta el ángulo de dientes inferiores.

7.- Aplicamos acrílico de autopolimerización ya sea pincelado o go tando al paladar teniendo cuidado de cubrir los ganchos, al principiar el proceso de polimerización colocamos las proyecciones linguales que servirán la barrera para la interposición de la lengua, estas se colocan aproximadamente en la parte anterior a las rugas palatinas.

8.- Se verifica con el modelo inferior que los espolones no interfieran con la oclusión y lleguen hasta los ángulos de los dientes inferiores.

7.- CORRECCION DE HABITO DE LENGUA

Reeducación de l lengua.- Cuando se trata del hábito pervertido de la lengua se debe investigar la causa de que se haya adquirido este mal hábito. Por lo general la causa es un hábito pernicioso o el tamaño anormal de ciertas estructuras, como una lengua congenitamente aggrandada o la lengua adelantada cuando el niño con amígdalas crecidas, encontramos que así el tragar era menos dificultoso.

El hecho es que si la lengua se mantiene entre los dientes superiores e inferiores, o se adelanta entre ellos al tragar, los dientes pueden no encontrarse nunca en oclusión correcta.

Con frecuencia, en estos casos, si se descubre la causa y se elimina lo suficientementetemprano, el estado puede corregirse solo o mejorará definitivamente. Por otra parte cualquier entidad de tratamiento mecánico, sin esfuerzo para eliminar la causa, está condenada al fracaso.

El tratamiento principal consiste por consiguiente en eliminar la causa o causas, si las amígdalas son hipertróficas y operables, deben eliminarse, y si la lengua está considerablemente agrandada puede eliminarse quirúrgicamente un trozo adecuado en forma de cuña. Por fortuna habitualmente no es necesario reducir el tamaño de la lengua.

Para vencer estos hábitos debe enseñarse al paciente la correcta posición de la lengua en descanso y durante el acto de tragar. Con ayuda de un espejo debe mostrársele que es lo que está haciendo incorrectamente e instruirle sobre la colocación correcta de la misma, de manera que no produzca presiones indeseables. El paciente debe tratar de acostumbrarse a sentir la lengua en la presión correcta.

Puede ayudar el operador, tocando la superficie de la lengua, cerca de la punta, con un instrumento y el techo de la boca por palatino de los incisivos superiores con otros instrumentos y hacer luego que el paciente traiga estos dos puntos a contacto.

Otro método consiste en hacer que el paciente contenga un pequeño disco de metal, un fragmento de dulce o de caramelo (salvavidas) contra el paladar por lingual de los incisivos superiores con la cara superior de la punta de la lengua. Dicho objeto se debe mantener en dicha posición durante el ejercicio de deglución de la saliva.

Esta práctica debe ser repetida hasta que el paciente se acostumbre a deglutir, sabiendo que puede pasar la saliva u otros líquidos sin empujar la lengua hacia afuera de los dientes. Esta reeducación de la lengua requiere considerable esfuerzo por parte del paciente.

Para corregir la lengua adelantada se coloca en la posición descrita, con o sin el disco de metal, los dientes y labios cerrados y se indica al paciente tragar, pero manteniendo la lengua en la posición señalada. En la deglución normal los labios y dientes se cierran y la lengua se lleva contra la bóveda palatina, pero no se adelanta. Debe

tomarse un traguito de agua cada vez, antes de colocar las partes en posición correcta, de manera que cuando se trague, la garganta no sea irritada. El procedimiento debe de repetirse 10 o 12 veces en cada período de ejercicio, efectuando, por lo menos, tres de estos períodos por día.

El tragar es normalmente un acto inconsciente y la esperanza es que este procedimiento consciente de tragar en forma correcta, reemplazara eventualmente el adelantamiento de la lengua, que acompañaba al acto inconsciente incorrecto anterior.

Para quienes necesiten ayuda adicional para controlar la posición de la lengua y su adelantamiento, se recomienda la estructura o forma de cerco adherida a un Hawley removible o a un arco lingual fijo.

Estos hacen imposibles los hábitos linguales incorrectos, la estructura en forma de cerco puede ser una delgada capa de acrílico en lugar de alambre.

La cooperación del paciente es indispensable y solamente mediante está se pueden obtener resultados favorables.

Los castigos sugeridos y aplicados a niños con este hábito son — poco adecuados y no resuelven muchas veces el problema.

Hay que reconocer también que suprimir un hábito requiere un extraordinario esfuerzo que no todos quieren desarrollar.

De ahí debe pensarse, que si el niño no recibe un verdadero estímulo para obligarlo a hacer un gran esfuerzo, será dudoso el resultado.

El regaño y el recordatorio constante y delante de la gente que lo rodea no influirá en él favorablemente, sino todo lo contrario, lo hará con más frecuencia. Por esto creemos y estamos convencidos de que un premio consistente en un obsequio, dinero, un viaje o simplemente palabras cariñosas de estímulo explicándole que se verá mejor su apariencia pueden despertar en él y provocar su cooperación voluntaria.

8.- CORRECCION DE CHICOPAJIA.

Esto es una costumbre reprobable por lo cual los pacientes dejan este hábito por sí mismos.

Hay necesidad algunas veces de manchar las uñas con colorantes — amargos los cuales a veces dan resultado debiendo emplear la persuasión y el convencimiento para que el individuo que padece este hábito lo — abandone.

El resultado del abandono de este hábito puede producir en el paciente una sensación de superación en su control personal.

9.- CORRECCION DE HABITOS DE POSTURA.

A veces es mucho más difícil de lo que se creía, vencer el hábito de posturas al dormir o durante el día. Estas últimas pueden cambiarse si se obtiene la cooperación activa del niño.

Si los padres cooperan se simplificará aún más la tarea. Por el contrario una mala postura durante el sueño es más difícil de corregir y requiere el uso de dispositivos especiales como correas en las muñecas y en la cama, quitar la almohada si esta es el objeto de la presión u otros esfuerzos similares, dirigidos a localizar las fuerzas anormales.

Si se está seguro de que este es el factor etiológico de la deformidad que tratamos, se debe vencer, el hábito de cualquier manera.

A veces se hace necesaria una visita, mientras duerme el paciente para observarlo.

10.- CORRECCION DE BRUXISMO.

Para realizar el tratamiento de este construiremos guardias noc-

turnas ya sean de acrílico o de un material flexible que deberán ser usadas durante la noche, para impedir el rechinar y evitar el contacto de los dientes. Para que el tratamiento sea más efectivo solicitaremos la colaboración de un médico o de un psiquiatra dependiendo de la etiología de un hábito.

A) PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA GUARDA NOCTURNA DE ACRILICO.

1.- Se toma una impresión del maxilar superior y se corre el modelo; generalmente la guarda se construye para la arcada superior, aunque puede construirse para la inferior o para ambas según el caso.

2.- Se reblandece ligeramente a la flama tres hojas de cera rosa en forma de herradura y se colocan entre los dientes del paciente.

3.- Se lo instruye al paciente para que cierre en relación céntrica hasta unos 2 mm. de la oclusión normal.

4.- El registro de cera se asienta sobre el modelo con un instrumento caliente y se recorta el exceso.

5.- Por las caras labial y palatinas se agrega una hoja de cera para la base rectangular con lo que se obtiene un patrón en forma de herradura (la cera que llega al surco vestibular y a las zonas de inserción muscular hay que aliviarla para que no haga intrusión en ellas).

La cera del lado palatino será llevada hasta la periferia del proceso alveolar y por distal hasta la base de la tuberosidad.

6.- Con una espátula caliente se unen y alisan las porciones oclusal vestibular y palatino.

7.- En la mitad de la mufa se pone el modelo con la cera y se aplica un separador, luego se vacía la otra mitad en yeso piedra.

8.- Una vez que ha fraguado el yeso, se elimina la cera con agua hirviendo y se separan las dos mitades.

9.- Se preparará el acrílico mezclando al polímero con el monómero con una proporción aproximadamente de tres a una, se espaceta el material en la cámara de moldeo.

10.- Se cierra la mufia y se prensa.

11.- Se retira la prensa, se separan las dos mitades de la mufia y se recortan los excedentes del material.

12.- Se prensa nuevamente y así se mantiene hasta después de cura da la resina (el tiempo de la cura será, aproximadamente de 2 a 2½ horas).

13.- Se deja enfriarse y se separa la mufia y se retira la guarda.

14.- Se recortan los excedentes y se pule. Para confeccionar la guarda de tipo flexible existe un material fabricado por la Rocky Mountain a base de hule espuma fácil de manipular el material se amolda con los dedos sobre el modelo de piedra para obtener la férula con la conformación deseada. Para curar se coloca en un calentador seco a 350 F

Este tipo de guarda es más recomendable que la de acrílico, por su consistencia flexible es más cómoda y menos molesta.

Si existiera alguna malposición sencilla esta puede corregirse con una guarda de este tipo, colocando en el modelo de yeso los dientes en la posición deseada y así se confecciona la guarda, que por su consistencia elástica permite a los dientes colocarse en su posición correcta.

CONCLUSIONES

1.- En la etiología de los malos hábitos orales del niño, intervienen factores psicológicos y es indispensable por lo tanto, tratar las causas y no solo los síntomas del mal hábito, considerando al paciente como un hombre integral.

2.- El mal hábito puede acarrear trastornos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, estéticos y determinar en cierto grado, la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en sí mismo.

3.- El odontólogo al efectuar una correcta evaluación del hábito tiene la ventaja sobre el pediatra y psiquiatra de poder valorar al niño individualmente así como su aspecto de crecimiento, desarrollo de cara y establecimiento de oclusión. Pudiendo dictaminar cuando se debe efectuar un tratamiento interceptivo del hábito, que sin lesionar el aspecto psicológico, pueda contribuir a un mejor desarrollo de su cara y de su oclusión.

4.- Ningún biberón puede suplir el amamantamiento natural pero en caso de no lograrlo el mejor sustituto será el biberón con chupete de diseño anatómico (actualmente producidos en México por la Hay Ware).

5.- Se hace incapié en el que se tengan los medios audiovisuales adecuados para poder informar debidamente al paciente de nuestras intenciones, de las metas que estamos persiguiendo y que lograremos mediante el trabajo y la cooperación de ambas partes.

6.- En edad preescolar es preferible el uso del chupete tranquilizador de diseño anatómico que la succión digital.

7.- Podemos concluir que el cirujano dentista podrá interferir exitosamente en el hábito oral cuando logre hacer consciente

al niño del posible daño que se está autocausando en sus estructuras fasciales, si se persiste y se puede motivar por medios psicológicos de convencimiento, por medio de aparatos ortodónticos o por medio de una combinación de estos elementos y abandone el hábito a la mayor brevedad, es la oportunidad de prevenir -- otros malos hábitos orales, ya que frecuentemente se asocian dos hábitos.

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

- 1.- Albin, L. Morris. Especialidades dentales en la práctica general. México, Editorial Labor,
- 2.- Anderson, G. Ortodoncia preventiva. Buenos Aires, Editorial Buenos Aires,
- 3.- Finn Sidney. Odontopediatría clínica. Diagnóstico y tratamiento. 3a. ed. Argentina, Bibliografía Argentina,
- 4.- Finn, B. Sidney. Odontología pediátrica. 4a. ed. México, -- Editorial Interamericana, 1977.
- 5.- Graber Swain. Ortodoncia, Técnicas. 2a. ed. México, Editorial Interamericana, 1978.
- 6.- Harndt, Ewald. Patología. Diagnóstico y terapéutica de boca y maxilares en niños. Buenos Aires, Editorial Buenos Aires, 1972.
- 7.- La Deglución Atípica. México, Editorial Médica Panamericana, 1977.
- 8.- Philips, Adams. Diseño de aparatos ortodónticos. Buenos Aires, Editorial Labor, 1976.
- 9.- Segovia. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonaudiología.
- 10.- Estrada Solorzano, Yolanda. Hábitos Anormales, México, UNAM, 1976.
- 11.- Revista de la Asociación Dental Mexicana, Vol. XXXIII No. 5 -- 1977.

- 12.- Revista de la Asociación Dental Mexicana, Vol. XXIX No. 2, - 1977.
- 13.- Revista de la Asociación Dental Mexicana, Vol. XXVII No. 1 y 3, Enero - Junio 1972.
- 14.- Chareu, Ortodoncia, Editorial Madrid, 1968.