

24 333

Escuela Nacional de Estudios Profesionales



Iztacala - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**HABITOS ORALES Y SU IMPORTANCIA
EN ODONTOPEDIATRIA PREVENTIVA**

P R E S E N T A:

GENOVEVA OTERO CAMPOS

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
DEFINICION DE HABITOS.....	3
a) No compulsivos.....	4
b) Compulsivos.....	5
CAPITULO II	
HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES.....	8
a) Reflejo de succión	8
b) Respirador bucal	10
c) Trastornos de lenguaje	12
d) Hábitos anormales de la deglución	12
e) Bruxismo	18
CAPITULO III	
HABITOS DIVERSOS	21
a) Succión labial (queilofagia)	21
b) Empuje lingual	23
c) Empuje de frenillo	29
d) Hábitos de roerse las uñas	31
e) Hábitos relacionados con cuerpos extraños	31
CAPITULO IV	
HABITOS DE POSTURA	33
CAPITULO V	
HABITOS DENTALES DE SUCCION DE LARGO LAZO DE PILGAR Y OTROS DEDOS ..	35
CAPITULO VI	
MEDIDAS PREVENTIVAS	40
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	53

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

¿ Porque el niño se chupa el dedo ?

¿ Porque el niño se chupa el labio ?

Son algunas de las preguntas que se hacen los padres al ver a sus hijos realizar dichos actos.

Los antes mencionados son algunos de los hábitos que se presentan en la niñez llegando a perdurar hasta la adolescencia, estos son algunas veces provocados por una mala orientación por parte de los padres o imitación de un grupo de personas.

Un hábito cualquiera es una inquietud para el Cirujano-Dentista, Foniatra, Ortodoncista, Psicólogo, los cuales se interesan por establecer su etiología y tratamiento, tratando de llegar a un método preventivo con el fin de eliminarlos antes de que lleguen a provocar una lesión seria.

Viendo que los hábitos son perjudiciales para los niños hay que prevenirlos en edades tempranas, para que no provoquen deformaciones físicas, modifiquen su caracter y conducta.

A los padres les afecta social y moralmente el porque su hijo es rechazado por exhibir algun hábito, siendo este -- nuestro mayor problema se cree que la unica solución para --- exterminar a tan peligroso enemigo de la personalidad de nues-

tro paciente, es la cooperación tanto de los padres, familiares, amigos haciéndolos ver la importancia de estos problemas, instruyéndolos, para lograr un mejor resultado y mayor desenvolvimiento del niño, exterminando de esta manera situaciones morbosas y problemas psicofisiológicos del futuro adolescente.

Deseo que este trabajo sirva para demostrar y explicar la importancia de diagnosticar tempranamente la presencia de los hábitos orales y de este modo evitar trastornos mayores a nuestros pacientes en crecimiento.

C A P I T U L O 1

DEFINICION DE HABITOS

Todos sabemos o por lo menos tenemos la idea acerca de -- lo que es un hábito, teniendo presente esto se hizo unas entrevistas a los padres para saber su opinión, y sus respuestas fueron las siguientes:

- 1.- Creen que es una etapa logica del crecimiento.
- 2.- Opinan que son innatos o heredados.
- 3.- Que son reprobables socialmente como conducta regular.

Antes que nada trataré de definir que es un hábito, sabiendo que todo individuo es un manajo de hábitos, algunos de ellos son necesarios para su crecimiento y desarrollo, y otros que perseveran ocasionando graves problemas.

Un hábito es una costumbre fija producida por la constante repetición de un acto, y si este se repite continuamente o a menudo se convierte en un praton mental inconsciente, siendo considerados como dañinos o lesivos de la integridad del individuo.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema --- neuromuscular, ya que son patrones de reflejos sensitivos y motores.

Los hábitos se han dividido en dos :

a).- No compulsivos.

b).- Compulsivos.

a).- No compulsivos.

Son una parte de la función buco-faringe y juegan así un papel importante en el crecimiento craneo facial.

No son perjudiciales para los niños, sirviendo algunas veces de escape para tensión, de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad, se experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar nuevos.

Los hábitos que se adaptan y se abandonan fácilmente en la conducta del niño al madurar se denominan no compulsivos; ya que el niño esta siendo entrenado para cambiar de un hábito personal-antes aceptable, en un patron de conducta más resistente, pero - con un mayor nivel de responsabilidad, un ejemplo común y normal es la masticación y la acción normal del labio.

Tales hábitos recaen tanto en adultos como en niños, siendo inocuos, inofensivos, liberadores normales de la tensión y necesarios para el individuo que ha de alcanzar la madurez emocional -- normal.

b). - Compulsivos

Estos hábitos pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial siendo posible causas de depresiones desequilibradas y dañinas.

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en el mundo, expresando una necesidad emocional difícil de soportar, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, pudiendo lograr así la satisfacción que ansía.

La etiología es desconocida aun, pero puede ser producida por :

a). - Que los patrones iniciales de la alimentación pueden haber sido demasiado rápido.

b). - Falta de satisfacción oral en la forma alimenticia.

c). - Los niños alimentados por biberones u otros tipos.

d). - Celos producidos por alguna indiferencia por parte de los padres.

e).- Dificultades y conflictos familiares.

f).- Presión escolar.

g).- Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las ciudades.

h).- Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.

i).- Molestias que causan la erupción de los primeros --
dientes.

Los hábitos que nos interesan son los que afectan a la cavidad oral, ya que provocan problemas psicológicos y de forma ciones en la cavidad bucal, siendo los mas importantes:

1.- Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales:

a).- Reflejo de succión.

b).- Respiración bucal.

c).- Trastornos de lenguaje.

d).- Hábitos anormales de la deglución.

e).- Bruxismo.

2.- Hábitos diversos:

a).- Succión labial (Queilofagia.)

b).- Empuje lingual.

c).- Empuje de frenillo.

d).- Hábitos de roerse las uñas (Onicofagia).

e).- Hábitos relacionados con cuerpos extraños.

3.- Hábitos de postura.

4.- Efectos dentales de succiones a largo plazo de pulgar
y otros dedos.

C A P I T U L O II

HABITOS QUE SON PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FUNCIONALES

a).- Reflejo de succión:

Una de las primeras zonas del organismo donde se desarrollan una función neuromuscular coordinadas es al rededor de la boca. Al nacer el niño esta dotado de la habilidad de succionar, sierviendole de medio de auto-conservación, ya que él no puede masticar ni digerir los alimentos sólidos, y la succión de los líquidos es fundamental para existencia.

La propiedad de succionar ya la posee antes de haber desarrollado otros controles musculares, siendo una propiedad innata, porque con este tipo de reflejos se nace. El infante aprende -- pronto que este hábito de succión es el que proporciona el alimento así como sensación placentera de sentir el estomago saciado y un deseo de dormir.

Cuando el pecho o la madera no esta a su alcance el niño aprende a obtener otro tipo de satisfacciones aunque de caracter temporal, como succión de sus dedos y objetos que lo rodean.

Es logico que succione sintiendo una experiencia de placer y en realidad la zona de la boca es una de las áreas más precoces de obtención de placer, según Freud, pudiendo ser origen de los hábitos.

Su importancia y efectos dependen de la edad, erupción de los dientes y sobre todo de la intensidad y duración del acto.

Si la edad del niño esta entre los tres meses y el año, y dura el hábito breve minutos se considera normal, pero si perdura desde los cuatro años en adelante con más intensidad y duración es probable un síntoma de anormalidad.

Pese a lo que la gran mayoría cree, pocas son las teorías referentes a los hábitos orales.

Una de las principales y la más acertada es:

" La de doble fusión postulada por Freud, establece que - el niño desempeña la actividad de alimentación conjuntamente con la de placer; así mismo menciona que el niño a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autocríticos y placeres relacionados con las zonas erógenas , razón por el cual debe esperarse a que el hábito desaparesca entre los dos y tres años de edad, por eso debe suponerse que si persiste hasta los tres años o más tendrá algun problema de tipo -- emocional".

Se ha comprobado que de tener el hábito sera causa de problemas emocionales, o peor aún, que la ansiedad y la tensión seguirá aumentando al rededor del niño.

b).- Respirador bucal:

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

- 1.- Calentar el aire por medio de los cornetes y del tabique medio.
- 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 la falta de estas.

La respiración bucal se presenta a causa de obstrucción nasal debida a la presencia de hipertrofia del tejido linfóideo, faríngeo y adenoides, por las membranas mucosas congestivas que acompañan un catarro crónico, asma o fiebre de eno, o desviación del septum y por los espolones óseos del septum. Aunque llega -- simplemente como un hábito, sin presentarse ningún defecto intranasal, incluso ha habido controversia acerca de que si la respiración de los dientes o si los dientes protuidos favorecen la --

respiración bucal.

La cavidad oral es cerrada por su parte anterior por los labios y por el contacto del dorso de la lengua con el paladar-blando en la parte posterior. La falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza a 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 funcionales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los dientes superiores - que tienden a desplazar a los dientes hacia labial, el labio - normalmente compensa la mesialización.

La respiración normal es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio atmosférico de la cavidad 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.

Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal debe eliminarse la causa de este hábito con la ayuda de un Otorinolaringólogo. El hábito no se quita al eliminar la causa -- que lo produjo.

c).-Trastornos del lenguaje:

En la fisiología del lenguaje las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales y anormales.

Se ha reconocido que las malas oclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla. La articulación de las consonantes y vocales pueden ser atribuidos a mala adaptación funcional y a la mala oclusión dentaria.

Bloomer afirma que los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos:

1.- Directos - Por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.

2.- Indirectos - Debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

d).- Hábitos anormales de la deglución:

El hábito de la deglución es uno de los más complicados, pienso que es de suma importancia explicar la deglución y oclusiones normales para comprender mejor el hábito.

Degluciones y Oclusiones Normales.

Después de masticar los alimentos es preciso deglutirlos.

El mecanismo de la masticación se encuentra bajo el control de la voluntad, pero la deglución una vez iniciada se hace involuntaria.

Bosma dividió 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 de Esfínter hipofaríngeo.

La primera comprende la colocación del alimento entre la lengua, dientes anteriores, y paladar previamente masticado, los músculos faciales, peribucal se encuentran en actividad, el bolo alimenticio es empujado por la lengua hacia atrás con el paladar y al interior de la faringe con un movimiento ondulante, la cual se abre por delante del bolo. Los dientes se mantienen juntos y la laringe se eleva con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo, este pasa sobre y al rededor de la epí

glotis 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 y 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. En el hombre la deglución 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 anteriores y posteriores de las fauces, de la úvula, la parte anterior del paladar blando, las paredes laterales y posteriores del hipofaringe y la epiglotis.

El centro de la deglución está situado en el cuarte ventrículo, ligeramente por arriba del centro respiratorio.

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

Diferentes autores suponen que son dos tipos de deglución, la adulta y la infantil, la primera por los músculos inervados por el quinto par, y la infantil denominada por el séptimo par.

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

Las siguientes fases de la actividad se efectúa con los dientes juntos, de esa manera, en el momento de la deglución tanto los músculos masticadores con los faciales se encuentran activo, presentando los primeros una mayor actividad.

Cuando los líquidos son deglutidos con frecuencia lo hacen con los dientes separados y cualquier persona puede fijar los maxilares con la lengua y los labios de manera que no tengan que unirse sus dientes.

Algunos autores han observado mediante cine-fluoroscopia un empujón de maxilar hacia atrás durante la deglución, también se ha encontrado que las interferencias a la oclusión y a la premadurez en el recorrido retrusivo mediante los patrones de contracción muscular en la deglución será necesario eliminar las interferencias hasta la relación central.

Zander y colaboradores mediante transmisores demostraron que durante la deglución de los alimentos, al colocarse el bolo en posición para ser deglutido y a veces durante el sueño sin que haya deglución se efectúa regularmente contactos de oclusión, estos investigadores han dejado establecido que el maxilar normalmente se desliza hacia adelante a partir del contacto inicial en la relación céntrica y es mantenido en oclusión céntrica durante la deglución.

Las fuerzas aplicadas están relacionadas con el tono muscular individual, al cual a su vez está relacionado con la 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, parte natural de la deglución.

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

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

En la deglución voluntaria 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 oclusión céntrica siendo importante que esta área se encuentra en armonía con los músculos de articulación mandibular. Si existe interferencia en la relación céntrica seguirá inmediatamente una segunda deglución con el maxilar colocado en oclusión céntrica.

En pacientes con trastornos de la articulación temporomaxilar en que existe cierta discrepancia entre relación céntrica y oclusión céntrica se efectúa un deslizamiento lateral que modifica los patrones musculares durante la deglución impidiendo ser de importancia en el desarrollo de oclusión traumática tanto para los dientes con contactos prematuros como para los dientes que reciben el impacto del deslizamiento hacia la oclusión céntrica.

Deglución anormal:

El patrón funcional de la lengua es de gran importancia normalmente el extremo de la misma se coloca sobre las arrugas, los labios se cierran, los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para la contracción de los músculos en 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 frecuentes o de amigdalitis hipertrofiadas que obstruyen el paso normal de los alimentos y es además un tejido doloroso. Al protruir el paciente la lengua, el paso de los alimentos se hace menos molesto al aumento el espacio de la región amigdalina.

La protrusión de los incisivos superiores se hace visible por la presión ejercida con la lengua en esta 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 incisivos laterales superiores no han erupcionado tendrán dificultad para hacerlo en su posición correcta.

La mordida abierta anterior es el síntoma clásico de un hábito de la 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 apiñonados.

Algunos niños solo introducen la punta de la lengua entre los dientes anteriores, sino también los bordes en la región de los dientes posteriores provocando infraoclusión de los molares.

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

e) Bruxismo:

El bruxismo o bricomania es el hábito de hacer rechinar o apretar los dientes durante el sueño a causa de trastornos nerviosos o perturbaciones psicógenas, este hábito también puede derivarse de

una oclusión traumática, de una dentición defectuosa o de quistes -- dentígeros.

En los adultos las causas habituales de rechinar de los dientes son: oclusión traumática, irritabilidad nerviosa y disfunciones endocrinas.

El bruxismo, a veces, especialmente cuando hay mal posición de dientes o contactos prematuros. Sin embargo, los pacientes con -- bruxismo a menudo presentan un engrosamiento de la membrana parodontal y aumento de la densidad de hueso alveolar, lo que presentan favorable al aumento de la demanda funcional.

El bruxismo representa un trauma constante oclusal por lo que mencionare brevemente los efectos nocivos que como tal producen en el parodonto.

Las manifestaciones clínicas del trauma oclusal en la membrana parodontal son: Hemorragia, trombosis, necrosis. Se presenta un engrosamiento de la membrana parodontal y aumento de la densidad del hueso alveolar porque la fuerza aplicada es intermitente y actúa como estímulo.

Si el trauma es excesivo las fibras apicales se ven seriamente afectadas, causando necrosis, del tejido y la reabsorción del hueso alveolar.

La reabsorción del hueso alveolar puede variar en cuanto a extensión y lugar dependiendo de la intensidad del trauma, la resistencia y grado de reparación de los tejidos y la forma y tamaño de la raíz.

Cuando las fuerzas excesivas producidas por el bruxismo son eliminadas las lesiones podrán ser separadas, pero si estas siguen ejerciendo su acción y si la resistencia del tejido es baja encontra-

remos movilidad de los dientes.

C A P I T U L O I I I

HABITOS DIVERSOS

a).- *Succión labial o Queilofagia*

La succión del labio puede aparecer sola o puede asociarse con el hábito de chuparse el dedo (generalmente el pulgar).

Su etiología es dudosa, cuando aparece sola puede ser ---- por diversos factores siendo los principales: el hambre, la inseguridad, la liberación de tensión, rivalidad, tic neuromuscular, etc.; algunos autores consideran que este hábito se presenta cuando se quita el hábito de succionar el dedo y encuentra --- que chupandose o mordiendose el labio obtienen la misma satisfacción.

Este hábito aparece en la edad escolar, pero cuando se hace pernicioso provoca graves problemas como:

- 1.- *Protusión de los incisivos superiores.*
- 2.- *Supra oclusión y aplastamiento de los incisivos inferiores.*
- 3.- *Sobre entrecruzamiento vertical y horizontal.*
- 4.- *Labio versión de los dientes.*
- 5.- *Mordida abierta, se le dificulta al niño cerrar los -*

labios correctamente y crear la presión negativa requerida a la deglución anormal.

6.- Rara vez linguo versión de los incisivos inferiores.

7.- El labio muestra los efectos del hábito.

8.- Se hipertrofia el borde o bermellón y aumenta de volúme durante el descanso.

9.- Se acentua el surco mentolabial hasta la hendidura suprasinfisal en algunos casos, aparece herpes crónico en zona de irritación y agretamiento.

10.- Enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel.

11.- El labio superior permanece hipotónico sin función y aparece ser corto y retardado.

La posición que adopta el niño con respecto al labio es la siguiente:

El labio inferior se coloca con respecto a la parte lingual de los dientes superiores, para que logren esta posición necesitan la ayuda de los músculos, siendo el principal el músculo

borla de la barba que actua llevando el labio inferior hacia arriba cuando hay anormalidades el músculo se contrae y el mentón se encuentra endurecido durante la deglución.

Algunas veces se presentan en el labio superior siendo este muy raro.

Los efectos de este hábito sería más graves si se presentan en la época de la erupción, provocando anormalidades inmediatas en la dentición del niño.

b).- Empuje lingual:

Este hábito es de largo plazo. El principal investigador de los problemas de retención de largo plazo es Riedel y dice:

" Uno de los peores hábitos que impide una retención satisfactoria es la lengua protáctil que provoca las mordidas abiertas".

Este es un órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas con más frecuencia que ningún otro. Compuesta de una masa muscular cuyo objetivo es responder por modificaciones especiales forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación; esta bien adaptada a sus funciones pero también puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación muscular que le lleva a contorsiones gimnásticas que le causan placer y no desesperan.

El hábito de la lengua puede ser propiciado por diferentes factores que son:

- 1.- Respiración bucal.
- 2.- Problemas de amígdalas y adenoides.
- 3.- Arco maxilar angosto.
- 4.- Macroglasia.
- 5.- Alergias.
- 6.- Herencia.
- 7.- Patrón de crecimiento defectuoso.
- 8.- Pérdidas prematuras de los dientes.
- 9.- Defectos foniatricos.
- 10.- Alternaciones glandulares.
- 11.- Alternaciones neurológicas.
- 12.- Alternaciones neuromusculares.

13.- Alternaciones psicológicas.

Generalmente la lengua adelante puede ser por malas oclusiones de dos tipos:

1.- Deglución con empuje lingual simple, que es un empuje -- lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.

2.- La deglución con empuje lingual compleja, que es un empuje asociado con una deglución con dientes separados.

Cuando hay fractura de diente, pérdida o caries avanzada, produce un hábito involuntario de presionar la punta de la lengua en el lugar donde se produjo el traumatismo o la pérdida del diente.

Una de la posición de la lengua es que la coloque entre los dientes, siendo peligrosa porque provoca movimiento. Otra posición viciosa de la lengua es la presión constante (día y noche) trastornos tanto funcionalmente como estéticamente.

El niño no se da cuenta del mal que se está provocando, ni se imagina que el lugar donde la coloca no es posición natural de la lengua, considerando que tiene una fuerza exagerada formada por diferentes músculos provocando daños y deformaciones de los dientes.

No solo se le conoce a este hábito con el nombre de empuje lingual, teniendo diferentes maneras de llamar como:

Deglución pervertida o desviada, Deglución invertida, retención de la deglución infantil, deglución con los dientes separados, Proyección de la lengua, etc.

Ahora bien la deglución y la musculatura labial es auxiliada por la lengua, dependiendo del grado de su formación de la lengua, dependiendo del grado de su formación de la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva y eficaz, el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, haciendo que aumente la severidad de la mala oclusión, Con el aumento de la protusión de los incisivos superiores y la creación de mordidas abiertas anteriores, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores,

Este círculo vicioso se repite en cada deglución, esto si-

que se ejerce una fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

Con menor frecuencia adopta el hábito de proyectar la -- lengua hacia adelante y chuparsela por la sensación de placer -- que les produce.

La acción a manera de embolo, muy al acto de mamar se -- considera una invasión o una característica residual de este -- mecanismo infantil.

Existen pruebas que indican que el hábito es la reten--- ción del mecanismo de mamar.

Con la erupción de los incisivos a los cinco o seis me-- ses de edad la lengua se retrae como debe hacerlo y continúa -- proyectandose hacia delante.

La posición de la lengua durante el desnaso es también anterior, puede existir un periodo transici onal prolongado de mostrado por Baril y Moyers, dominando el patrón de la deglución infantil o maduro a distintos tiempos.

Anderson colabora con las observaciones del autor de Mo-

yers cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante es -
obvio y constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

Con respecto a la lactancia natural comparada con la --
lactancia artificial los resultados indica nuevamente que exis-
te una correlación positiva, con mayor tendencia al hábito de -
lengua en el grupo alimentado artificialmente.

Proyectandose la lengua continuamente hacia adelante va-
a provocar sobre mordida horizontal y mordida abierta severa, -
las proporciones perifericas ya no descansan sobre las cuspides
linguales de los segmentos vestibulares lentamente los dientes-
posteriores hacen erupción y eliminan el espacio libre intero--
clusal, la dimensión oclusal vertical se iguala con los dientes
posteriores en contacto en todo momento.

Esta no es una situación sana de los dientes, un efecto-
colateral puede ser el bruxismo o la brucomania; otro estrecha-
miento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en
la boca proporcionando menos soporte para la arcada superior --
clínicamente este puede observarse como mordida cruzada a un la
do o hacia el otro, el desplazamiento por conveniencia hacia un-
lado o hacia el otro al desplazar el maxilar inferior lateral--
mente bajo la influencia de los dientes,

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así co-

mo su función.

No existe ninguna otra norma para este hábito, la mala oclusión puede existir o no, los defectos del habla pueden estar presente o no, aún la forma de la arcada puede ser afectada o no, a pesar de todas las pruebas que indican que la fuerza de la lengua es mayor que la presión opuesta de los labios y carrillos.

Sea cual sea la causa, el resultado final es frecuentemente mordida abierta permanente, mala oclusión o patología de los tejidos de soporte.

c).- Empuje de frenillo:

Hábito observado rara vez. Si los incisivos superiores permanentes permanecen separados a cierta distancia, el niño puede trabajar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esta posición por varias horas. Este hábito se inicia -- probablemente como un juego ocioso, pero puede convertirse en un hábito que desplase los dientes, ya que mantiene separados los dientes incisivos centrales. Este efecto es similar al producido en ciertos casos por el frenillo anormal.

Al nacimiento del frenillo se va a encontrar insertado en el borde alveolar, las fibras penetran hasta la papila in--

tendentaria lingual. Las fibras pueden persistir entre los incisivos centrales superiores y en la sutura intermaxilar en forma de V - insertandose la capa externa del periostio y tejido conectivo de la sutura.

Hubo un caso de un paciente que hacia alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así por dos horas despues de haber tenido un buen descanso.

El hábito de empuje de frenillo se presenta principalmente - cuando existe un diastema entre los incisivos superiores. Este -- diastema puede existir por diversos factores que son:

- 1) Frenillos labiales anchos.
- 2) Microdoncia y macrodoncia.
- 3) Dientes supernumerarios (especialmente los mesiodens).
- 4) Laterales en forma de cono.
- 5) Incisivos laterales faltantes.
- 6) Oclusión enérgica de incisivos inferiores contra las superficies linguales de los incisivos superiores.
- 7) Quistes en la línea media.
- 8) Hábitos tales como chuparse el pulgar, proyección de la lengua y chuparse el labio.

d) Hábitos de roerse las uñas (Onicofagia):

Es un hábito que se ha desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasa directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las -- uñas.

Esta costumbre se ha desarrollado en personas que manifiestan una tensión nerviosa bastante alterada , que el hábito en sí, pues - este sólo consiste un sintoma de un problema fundamental.

Rara vez se ha observado antes de los cuatro años, los psicólogos piensan que es una manifestación de ansiedad o desajuste - de la personalidad, cuyo máximo de intensidad se ha observado entre los 13 y 19 años.

Esto no es considerado como un hábito pernicioso, y no produce malas oclusiones, puesto que las fuerzas o presiones aplicadas al morderse las uñas son similares a la del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito - cuando permanecían impurezas de bajo de las uñas se observaban una - marcada atricción de los dientes anteriores, mordida abierta y males tar gástrico .

Por eso este hábito, como cualquier conducta general no deberá ser considerado perjudicial amenos que dañe realmente ya sea en - forma física o moral al niño.

Siendo que este hábito es mas frecuente localizarlo asociado a una mala oclusión que como causante de esta.

e) Hábitos relacionados con cuerpos extraños:

Estos hábitos pueden estar relacionado con una Infinidad de

objetos y muchas veces es difícil de descubrirlos.

El niño puede practicar diferentes hábitos siendo los mas comunes: morder lapices , reglas, gomas, abrir horquillas, etc. y los efectuan por comodidad o placer, habiendo niños que materialmente se acaban un lápiz en dos o tres días ocurriendo lo mismo con la regla y la goma a pesar de que la regla sea de plastico o de madera. Otros pacientes adquieren durante su infancia la costumbre de mordetelas ya sea la de la esquina de la almohada, la sabana o cualquier objeto que les produzca una sensación de placer antes de dormir.

Otro hábito nocivo y que es mas frecuente entre las mujeres de las mujeres adolescente es el abrir pasadores para el cabello -- con los dientes anteriores, para colocarselos en el cabello, se ha observado que quien lo practica constantemente sus dientes se encuentran aserrados, con muescas y parcialmente privados de esmalte.

Una afección molesta (nerviosismo, apetito) frecuentemente -- estimulan al niño a que dirija los dedos hacia dentro de la boca lo que a su vez conducir al hábito de chuparse los dedos o a otro hábito haciendo peligrar el desarrollo normal de la oclusión de -- nuestros pacientes.

Existe una inmensa variedad y a la vez tan individual de -- hábitos relacionados con cuerpos extraños que son llevados a la cavidad oral.

C A P I T U L O I V

HABITOS DE POSTURA

Se ha considerado que este hábito es una expresión de los reflejos musculares principalmente de origen propioceptivo y -- como tal un hábito susceptible de cambios y correcciones tomándolos como causantes de mala oclusión.

Stallard demostró que de un 11% a un 20% de las disto oclusiones son producidos por posturas impropias durante el sueño con la intervención de la almohada, como elemento de cooperación para la influencia ejercida por debidas presiones sobre la cara.

Las deformaciones oblicuas como el aplanamiento del cráneo - asimetría facial, suelen establecerse durante el primer año de vida por la costumbre del niño de adoptar la posición de cúbito con la cabeza vuelta a la derecha, o a la izquierda.

También influye en esto el hecho de que el pequeño duerma -- efectuando presiones sobre la cara o la posición adoptada en la escuela al escribir o al escuchar; el resultado dará alteraciones maxilares variables según la duración y prolongación de la causa o acto.

Cuando hay permanencia de esta postura por muchas horas o de un solo lado, puede desplazar de piezas dentarias superiores hacia - palatino, a pesar de esto las malas oclusiones es difícil de observarse, pues generalmente los pequeños cambian rápidamente de una posición a otra.

No obstante los niños son capaces de adquirir muchos tipos de estos hábitos como: apoyar la cabeza, recargando los incisivos superiores sobre el pulpaño del dedo, si persiste la posición con se--

guridad se presentará un desplazamiento labial de estos dientes.

Se debe tener presente la posibilidad de problemas de mala oclusión de un hábito de posición cuando el factor etiológico no esta a la vista.

C A P I T U L O V

EFFECTOS DENTALES DE SUCCION A LARGO

PLAZO DE PULGAR Y OTROS DEDOS

Uno de los hábitos más peligrosos y perniciosos que existe en la infancia, es la de succionar los dedos, a esta edad --- succionan con mayor frecuencia el pulgar, pudiendo succionar tam bién cualquier otro dedo o cuatro a la vez.

La succión digital es practicada por una variedad de razones que mencionaremos mas adelante.

El hábito comienza desde muy temprana edad y frecuentemente son superados hacia los tres o cuatro años de vida, desafortunada mente los odontólogos ven muy poco a los niños de esta edad en -- cambio el pediatra o el médico general que los atiende no se dan cuenta de las posibles complicaciones dentarias que resultan de -- esos hábitos. Algunas veces los niños que presentan este hábito -- no tienen deformaciones dentofaciales, pero también es cierto que la presión que ejerce el hábito puede ser causa de una mala oclu sión directa severa.

La época de aparición del hábito tiene alguna significa--- ción como: los que aparecen durante las primeras semanas de la vi da, están típicamente relacionados con el problema de lactancia -- mientras van creciendo y no logran superarlo, se ha observado -- que sirve para la liberación de tensiones emocionales que no pue den superarse.

Todo tipo de succión digital debe ser estudiado por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el hambre, la insatisfacción, el grado del instinto de succión, inseguridad o hasta un deseo de llamar la atención.

Los psicólogos han elaborado una serie de teorías siendo de las más acertadas las siguientes:

" La teoría psicoanalítica de Freud descrita por Gale, Ayer y Von Der Laher, ellos exponen el punto de vista psiquiátrico y dicen: es un sistema neurótico de una perturbación emocional resultante de una figuración del estadio psicosexual oral. Que hay una frustración o sobre indulgencia de necesidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño que sufrirá algún deterioro. "

" La teoría de la pérdida de la función, Se basa en que la succión es insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito, Fletcher dice que Levy llega a creer que una fácil succión del seno materno o del biberón son causa de la --

instalación del chupeteo..

" Teoría de la conducta adquirida, sugiere que el niño aprende asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos. El niño aprende asociar el -- chupar el dedo con muchas situaciones ; - la indigestión de alimentos, el calor y seguridad, atención de los padres y la renuncia de agresión. Cuando el efecto de esta conducta asociada es gratificante, la conducta seguirá. La generalización de la condición y estímulo puede indicar un hábito, el cual se repite y refuerza, llega a formar un patrón de conducta adquirido".

Las diversas teorías no son completamente incompatibles una con otra, mas bien, sugieren que el hábito de succión digital debe ser considerado el clínico como patrón de conducta de naturaleza -- multivariada. Es muy posible que la succión de pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida a las edades siguientes por otros factores:

Algunos autores consideran que la succión del pulgar es normal hasta los cuatro años, tiempo en que la mayoría de los niños abandonan por sí mismo el chupeteo .

"Nelson afirma que una vez cumplido los cuatro años la succión suele autocorregirse como respuesta a las presiones sociales".

El chupeteo avanzado provoca ciertas malformaciones en la cavidad oral siendo algunas de ellas las siguientes:

Depende de una cantidad de variables, posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición durante la mandíbula, la succión, el patrón esquelético facial la fuerza aplicada a los dientes y el proceso alveolar, la frecuencia y duración de la succión.

1.- La protusión de los dientes superiores anteriores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar.

2.- La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o brazo hace fuerza continuamente a la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito.

3.- Los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual.

4.- Los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior.

5.- Durante la succión del pulgar, las contracciones de la -

pared bucal producen en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior.

La posición de los dedos es diferente, por ejemplo, el del - pulgar ejerce su acción sobre los dientes anteriores superiores y - sobre el maxilar superior, si fuera el dedo índice en forma de cuña efectuaría la presión en los dientes inferiores anteriores haciendo los girar hacia vestibular. El pulgar puede ejercer presiones tanto en la mandíbula como en el maxilar superior siendo esta el más peli- groso de todos los succionadores digitales.

Hay que tener en cuenta que este hábito comienza desde la -- lactancia y si no es superado puede provocar malformaciones denta--- rias, así como, ser un factor para iniciar otro tipo de hábitos pa- ra que el niño reciba la misma satisfacción antes obtenida.

C A P I T U L O VI

MEDIDAS PREVENTIVAS

Toda enfermedad debe ser prevenida para que no cause serios problemas y pueda detectarse con anticipación.

Los hábitos son provocados por varias circunstancias mencionadas anteriormente, así como hay diferentes tipos de hábitos que prejudican la salud del niño.

Existen varios métodos para prevenirlos y son:

1.- Explicar a los padres y a los niños por medios audiovisuales las consecuencias que los hábitos pueden causar.

2.- Que se concientizan ante el problema.

3.- Convencerlos de que todo tiene arreglo.

4.- Si ya tiene problema explicarle detalladamente los daños - que ha causado y puede seguir causando.

5.- Mostrarles varios métodos de contención.

6.- Explicarles cuales métodos pueden utilizar y que ellos elijan el más adecuado.

7.- Darles confianza y seguridad para que no lo suspendan -- y logren superarse ante el problema.

Todo esto se logra con la ayuda de los padres, enseñándolos a que no utilice remedios inadecuados, sino que consulte al dentista que es el más indicado para auxiliarlo enseñándole los métodos de contención que son diferentes según el habito siendo los siguientes: 1.- Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona hundiéndolos antes de que el niño se vaya a acostarse.

Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma inconsciente es signo indicativo de que debemos cambiar por otro aparato oral de tipo fijo. Si la tela adhesiva es exitosa entonces recomendamos a la madre de que también durante el día le haga usar la tela, exclusivamente en el dedo culpable.

La tela adhesiva no deberá tener una presión excesiva sobre los dedos en que se coloquen.

2.- Cuando la tela adhesiva no funciona cambiamos a otro método como el del protector de hule rígido y se utiliza principalmente en niños menores de cinco años. Es difícil que se lo quiten en la noche, su construcción es muy defectuosa con bastantes bordes en el aparato y hace que lastimen el dedo del niño.

Cuando no funciona el protector se observa, que si este esta en el dedo pulgar y el niño al poco tiempo empieza a succionar el contrario indica que hay que cambiar de método.

Sirve unicamente para un solo dedo.

3.- Placa de acrílico tipo Howley;

Es de tipo recordatorio y el niño siempre esta dispuesto a usarla.

4.- Arco palatino con ventana; consiste en colocar dos bandas en los segundos molares primarios superiores, soldadas a estas bandas un arco palatino 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 en la oclusión ni con la masticación.

El método es altamente suficiente, sirve para controlar el hábito de succión digital, y lengua.

El inconveniente que existe con este aparato, es que interfiere con la correcta dicción durante un período cercano a las dos semanas interfiriendo temporalmente también en la correcta masticación.

5.- Arco palatino con picos:

Dicho arco es el que elimina totalmente las costumbres del hábito de succionar.

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

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

Este aparato tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante algún período aproximadamente de dos semanas. También al igual que el anterior, interfiere con la correcta masticación durante un período aproximadamente de dos semanas.

Para saber si existe el hábito lingual hay un proceso sencillo para observarlo y consiste:

En separar suavemente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observando así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios entre los espacios existentes.

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

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

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

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

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

El recordatorio lingual sera usado durante bastante tiempo, -- aproximadamente seis meses, por la gran dificultad que presenta la -- eliminación de este hábito.

Pasos para la construcción del recordatorio lingual:

- 1.- Se toman impresiones con alginato del maxilar superior e inferior, y se vacian en yeso,
- 2.- Se montan los modelos en un articulador de bisagra,
- 3.- Con el alambre del número .9 se adaptan unos ganchos en -- los molares retentivos,
- 4.- Se coloca un separador de acrílico en modelos superiores,

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

6.- El alambre se contornea en tres proyecciones y en su porción basal tendrá retenciones para el acrílico y en su porción libre deberá llegar hasta el cingulo de los dientes inferiores.

7.- Aplicamos acrílico de autopolimerización ya sea pincelado o goteado al paladar teniendo cuidado de no cubrir los ganchos al --- principiar el proceso de polimerización, colocamos las proyecciones - linguales que servirán de barrera para la interposición de la lengua, esta se colocara aproximadamente en la parte anterior a las arrugas - palatinas.

8.- Se verificara con el modelo inferior que los espolones no interfieran en la oclusión, y lleguen hasta los cingulos de los dientes inferiores.

9.- Se pule y se coloca en la boca.

El tratamiento de empuje de frenillo consiste en juntar los in cisivos, ligando con un alambre y excidiendo el frenillo. Se puede colocar bandas en los incisivos, ligando con un alambre corto con los - brackets juntando los dientes con ligaduras o elásticos ligeros.

En ninguna circunstancias usar para este movimiento elástico - libre al rededor de los cuellos de dientes sin bandas. Es demasiado fá cil para el paciente hacer que uno de los elasticos se deslice por - el cuello del diente, destruyendo las estructuras de soporte y ponen do en peligro al diente mismo. Después que los incisivos centrales --

se han puesto en contacto , excindir el frenillo y reemplazar el aparato ortodónico mientras se esta produciendo la cicatrización. El tejido cicatrizal formado servirá para ayudar en la retención, de lo contrario, sila excisión se efectua antes del tratamiento ortodónico, - los dientes deben ser movidos por el tejido cicatrizal recién formado. Aunque algunos prefieren eliminar el frenillo con bisturí porque hay mejor control y se forma menos tejido cicatrizal.

Se usa una ligadura para prevenir la reinsertación del frenillo. A veces la fuerza ortodónica misma producirá atrofia por presión de las fibras del frenillo, haciendo innecesaria su excisión.

El tratamiento para las personas que les gusta roerse las uñas se utiliza métodos recordativos muy fáciles como sustancias amargas, se le pintara las uñas con la loción y se le dice que la loción impedirá el mordisqueo, se utilizara también en cuerpos extraños.

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

Cuando se ha hecho un diagnóstico de la respiración bucal deberá eliminarse la causa de este hábito con la ayuda de un otorrinolaringólogo. El hábito no se quitará al eliminar la causa que lo produjo, -- con la pantalla oral ayudaremos al niño a respirar normalmente. Existe dos tipos de pantallas orales; una a base de plexi-glas y la otra -

de acrílico de autopolimerización.

Pasos para la construcción de la pantalla acrílica:

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

2.- Se montan los modelos en el 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 línea mucogingival, llevándolo aproximadamente dos o tres milímetros antes del fondo del saco, extendiéndose hasta la región de los caninos seis de los primeros o segundos molares 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 formado por la cera, procurando dejar una superficie tersa.

7.- Se pule.

Pasos para la construcción de la pantalla de plexi-glas.

Material necesario:

- 1.- Plexi-glas en hoja.
- 2.- Papel estaño.
- 3.- Segueta.
- 4.- Una banda de hule que se puede obtener recortando una porción de cámara de llanta de automóvil.

Pasos:

- 1.- Se toman los modelos superiores e inferiores , y se preparan en la misma forma que los empleados para la pantalla de acrílico de autopolimerización.
- 2.- Una vez diseñada la pantalla, colocamos papel estaño, la adaptamos al modelo y recortamos el sobrante.
- 3.- Colocamos el papel estaño sobre el plexi-glas guiándolo del diseño y dibujamos con lápiz el contorno.
- 4.- Recortamos con la segueta el plexi-glas.
- 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 reblandecida sobre el modelo y presionamos con la banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable aplicar al niño unas tiras adhesivas transparentes (Durex) en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si el paciente estuviera ligeramente protusivo lo corregimos - ayudandonos 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 construyen en la pantalla.

Si el aparato fué elaborado con acrílico se le hará un rebase - por la parte que va en contacto con los dientes. Si la pantalla se -- construye en plexi-glas se recalentará y adaptará en la banda de hule.

Para realizar el tratamiento del hábito del bruxismo construi-- remos guardas nocturnas ya sean de acrílico o de un material flexible que deberá ser usadas durante toda la noche para impedir el rechina--- miento y evitar el contacto de los dientes. Para que el tratamiento sea más efectivo solicitaremos la colaboración de un médico o psiquia-- tra dependiendo de la etiología del hábito.

Pasos para la construcción de la guarda nocturna de acrílico:

- 1.- Se toma una impresión del maxilar superior y se corre el mo delo, generalmente la guarda se construye en el maxilar superior pero también se puede en el maxilar inferior.
- 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 le instruye al paciente para que cierre en relación ven-- trica hasta unos dos milímetros de la oclusión normal.
- 4.- El registro de cera se asienta sobre el modelo de yeso, se lo adhiere ligeramnete el modelo con un instrumento calien--

te y se recorta el exceso.

- 5.- Por las caras labiales y palatina se agrega una hoja de cera para base rectangular con la 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 ella). La cera del lado palativo 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 -- oclusales, vestibulares y palatinas.
- 7.- En la mitad de la mufla se pone el modelo con la cera y se aplica un separador, luego se vacía la otra mitad en yeso de piedra.
- 8.- Una vez que ha fraguado el yeso, se elimina la cera con --- agua hirviente y se separan las dos mitades.
- 9.- Se prepara el acrílico mezclado el polímero con el monomero aproximadamente en una relación de tres a una, se empaqueta el material en la cámara de moldeo.
- 10.- Se cierra la mufla y se prensa.
- 11.- Se retira la prensa, se preparan las dos mitades de la mufla y se recortan los excedentes del material.
- 12.- Se prensa nuevamente y así se mantiene hasta después de curada la resina. (El tiempo de la cura será aproximadamente de dos a dos horas y media).
- 13.- Se deja enfriar, se separa la mufla y retira la guarda.
- 14.- Se recortan los excedentes y se pule.

Para confeccionar la guarda de tipo flexible existe un material fabricado por la Cía. Rocky Mountain a base de hule fácil de manipular.

El material se adapta para obtener la férula con la conformación deseada. Para curar se coloca en un calentador seco a 350°.

Este tipo de guarda es más recomendado que la de acrílico por su consistencia flexible.

El tratamiento de hábito de postura es:

El reposar la cara sobre una mano no es muy común y puede ser curado dado al niño algo blando, una esponja, para que la sostenga en la mano en los momentos en que el hábito se hace presente.

A veces adquieren el hábito de protruir la mandíbula a fin de -- obtener una posición de mordida más confortable, por alguna interferencia oclusal en la parte interior. Aún después de corregir la interferencia causante del hábito, este persiste dando lugar a una pseudo oclusión prenatal. Esto puede corregirse por tracción, colocándole un casquete mentoniano y craneal confeccionado con cinta de lienza con una extensión sobre el cuello, de modo que la dirección de tracción del casquete mentoniano sea lo más horizontal posible. La tracción se realiza -- con bandas elásticas en ambos lados, fijadas con botones que unen ambos casquetes.

CONCLUSIONES

Cada individuo es un manojo de hábitos, algunos son deseables y otros perniciosos, siendo estos últimos los que afectan la salud del niño.

A cada repetición, el acto se hace menos consciente y si se repite a menudo puede ser relegado por completo al inconsciente.

Los hábitos son problemas que nunca se llegan a acabar, pero lo que si se puede es prevenirlos.

Los actos infantiles que resultan en patrones mentales inconscientes, parece surgir de cinco fuentes principales a saber:

- 1.- Instinto
- 2.- Insuficiente o incorrecta salida para la energía.
- 3.- Dolor o incomodidad.
- 4.- Tamaño físico anormal de las partes.
- 5.- Limitación de personas o imposición de los padres.

Creemos que los hábitos son normales hasta los 4 ó 4.5 años de vida, pero si se prolonga por más tiempo puede llegar a ser perjudicial. En tal caso si se persuadiera a romper con su costumbre, se le sugeriría el uso de un aparato llamado "recordador", pero solo con su consentimiento.

Los hábitos son mal vistos en la sociedad, porque ellos los -- hacen ver mal, sin tener en cuenta que les ayudan a persistir con el hábito ocasionandoles mayores problemas.

Debemos estar preparados para cualquier situación, tanto los - médicos y padres de familia, para poder ayudar al niño a que no per-- sista con su problema.

Ahora en nuestros tiempos un médico cualquiera que sea, no es- médico si no previene.

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

Bauer John Charles

Odontología para niños

Moyers Robert E.

Tratado de Ortodoncia

Cohen M, Michael

Odontología Pediátrica

Pauly S. Raymond

La enseñanza de la Odontología

Chateau

Tratado de Ortodoncia

Odontopediatria Pediatrica Terapeutica

Ellis R. G.

Clasificación y tratamiento de
los traumatismos de los dien--
tes en niños.

Asociación Dental Mexicana Vol. XXVIII
No. 1 Enero-Febrero 1971. Vol. XXIX --
No. 2 Marzo- Abril 1972. Vol. XXIX No.
XXIX No. 3 Mayo- Junio 1972.

Graber T. M.

Ortodoncia Principios y Práctica

Vol. XXIX No. 5 Septiembre- Octubre 1972

Vol. XXIX No. 5 Noviembre-Diciembre 1972

Leyt Samuel

Temas de Odontología Pediatrica

Ralphe, Mc Donald

Odontología para el niño y el adolescente

Psicología Infantil Estudio y Enseñanza

Odontología Clínica de Norteamérica

Ed. Mundi

Singer

Psicología infantil

Ed. Mundi