

114

2 Eje...



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE HABITOS
QUE CAUSAN ALTERACIONES EN
ODONTOPEDIATRIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MYRNA ARCELIA DIAZ CORRAL



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

	Pág.
INTRODUCCION	1-2
ETIOLOGIA DE LOS HABITOS BUCALES	3-5
CLASIFICACION DE LOS HABITOS BUCALES	
a) Hábitos bucales no compulsivos	5-6
b) Hábitos bucales compulsivos	6-9
TIPOS DE HABITOS	
a) Hábito de succión digital	9-15
b) Hábito de succión labial	15-16
c) Hábito del Respirador bucal	16-18
d) Empuje Lingual	18-19
e) Empuje del Frenillo	19
f) Hábito de roerse las uñas	19-21
g) Hábito relacionado con cuernos extraños	21
PREVENCION	22-40
TRATAMIENTO	41-61
CONCLUSIONES	62-63
BIBLIOGRAFIA	64-65

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

HABITOS BUCALES

Los hábitos bucales abarcan en la odontología un amplio territorio, por lo que es obligación del Cirujano Dentista hacer un reconocimiento extenso sobre el problema para así, aplicar un tratamiento preventivo e interceptivo de las alteraciones que puedan causar o causen problema en el desarrollo normal de las estructuras dentales y oseas.

El Cirujano Dentista de práctica general juega un papel importante en el descubrimiento y tratamiento precoz de las anomalías causadas por estos hábitos ya que es el encargado de informar y orientar a los padres de familia de cuan importante puede resultar que un patrón hereditario normal se ve alterado por influencias nocivas del medio ambiente que no permitan lograr un conjunto oral, estético y funcional aceptable.

Un caso común es el succionador del pulgar, el cual es un hábito que se puede corregir poco a poco buscando la forma de eliminar la causa que lo produce

y tratando de lograr que el niño entienda el mal que se ocasiona al succionarse el dedo, pues como sabemos su desarrollo psicológico se enfoca a la información que se le proporcione y conforme al medio ambiente en que se desarrolle.

Actualmente se ha tratado de hacer conciencia de las malformaciones y cambios que causan los hábitos bucales, no solo en cavidad oral sino en músculos adyacentes y en partes óseas, ya que cualquier estímulo funcional originado en cavidad oral va a activar la lengua, labios, músculos masticadores y faciales que al ser transmitidos a los dientes, van a causar un desajuste en la oclusión dentaria, lo anterior da a entender que un hábito es un reflejo neuromuscular, debido a esto, debemos saber la fisiología y etiología de los hábitos para no cometer errores en el tratamiento y no afectar a los pacientes en otros aspectos, por ejemplo el psicológico.

ETIOLOGIA DE LOS HABITOS BUCALES

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema -
neuremuscular, ya que son patrones reflejos de contracción -
muscular de naturaleza compleja.

El niño al momento del nacimiento, sufre una conmoción -
psicobiológica que confiere a la boca un lugar preponderante-
y singular dentro de su organismo y le ayuda a superar ésta, -
mediante un mecanismo de succión que le permitirá adaptarse -
nuevamente con su madre.

CAUSAS EMOCIONALES:

Los niños que estén aburridos o preocupa-
dos pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que
incluirlían la succión de los dedos. Esta tendencia puede -
describirse también desde el punto de vista de la conducta -
como retorno a conductas previamente reconfortantes.

CAUSAS IMITATIVAS:

A menudo los padres jóvenes comentan, en-
especial después que su primer hijo tiene dos años que están-
tomando conciencia de sí mismos porque su hijo los imita. En
efecto los niños aprenden por imitación, como resultado de -
esto con frecuencia desarrollan los problemas de fonación -
de sus padres. Los niños también imitarán sus posiciones -
de la lengua y mandíbula.

Una vez que se ha desarrollado una mordida cruzada anterior puede deberse a una maloclusión funcional o al hábito de postura de la lengua contra los dientes antero-inferiores, el crecimiento mandibular parece acelerarse en relación con el del maxilar superior, así a la edad de 16 a 18 años se puede encontrar desarmonía esquelética intermaxilar seria.

Aun si está se presenta en varias generaciones no debe concluirse que sea genética ya que, en realidad, puede haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a la siguiente, aunque esto no pretende negar la importancia de los determinantes genéticos en el desarrollo de las maloclusiones tiene como fin indicar que en todos los mamíferos pero sobre todo en los humanos, pasa de una generación a la otra más que por medio de genes.

CAUSAS MECANICAS:

Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta por ejemplo que los incisivos permanentes erupcionaron ectópicamente en una posición protruida y provocaron una interferencia mecánica. Como resultado el labio inferior puede haber quedado atrapado por los incisivos ectópicos tal vez fué preciso que el niño empujara su lengua para lograr el vacío necesario para la deglución.

CAUSAS PATOLOGICAS:

Una inflamación de las amígdalas y los adenoides puede acarrear la respiración bucal. Una vez que la infección ha remitido, las adenoides pueden quedar agrandadas y persistir dicha respiración. No obstante la extirpación de las amígdalas y las adenoides ayudará al tratamiento del hábito de modo que se pueda restaurar con rapidez los patrones de respiración adecuados.

ABERRACIONES DE SUCCION PERINATALES RESIDUALES:

Quizá el hábito oral más difícil de corregir es aquel originado por una aberración de succión perinatal residual. Es una ayuda si este grupo de hábito puede diferenciarse de otros porque no solo requiere un tratamiento distinto sino porque éste debe ser más intenso y en consecuencia, estará implicada una mayor cantidad de tiempo y de dinero. Es mejor si este se conoce antes de empezar el tratamiento. A veces, los hábitos de succión frustrados en los niños provocarían una regresión a una eneuresis infantil, de acuerdo a algunas investigaciones se ha determinado que la terminación brusca y/o prematura del hábito de succión normal o residual, puede contribuir a una ingesta compulsiva, un fumar excesivo o al alcoholismo a posteriori en la vida.

HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito ini---

cial puede reforzar los nuevos patrones o se pueden lograr cambios por medio de halagos, y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

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

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

Los hábitos placenteros, no impulsados emocionalmente, no suelen ser perjudiciales para el individuo. Sirve de liberación ó escape para la tensión, que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad.

Todos estos hábitos inócuos, son todos liberadores normales de tensión, necesarios como amortiguadores para el individuo que ha de alcanzar la madurez emocional normal.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente se puede afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando

siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

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

Cuando el hábito se hace compulsivo y se prolonga más allá de la edad en que suele dejarse la succión del pulgar u otros dedos como fuente de placer, es posible suponer que la succión satisface una necesidad definida que puede haber sido engendrada por una frustración pasada ó presente.

El hábito es, entonces, una forma de expresar su aislamiento del mundo exterior, un refugiarse en su vida de fantasía, una regresión. El niño el cual se castiga constantemente por succionarse los dedos, puede generar una fijación como medio de regresión a sus experiencias pasadas. En ocasiones, el niño utiliza la succión como una forma de llamar la atención de la madre.

El chupeteo compulsivo en épocas posteriores a la succión normal es considerado como síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y una forma de buscar el equilibrio psíquico interno. En estos niños, se comprueba la insatisfacción de las necesidades afectivas en la relación con los padres de tal forma, reaparece el hábito como una forma de conducta que le permite sobre un clima de carencia emocional, reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión y dar placer a su propio cuerpo.

El niño en edad escolar que aún prosigue succionándose compulsivamente, esté utilizando esta regresión como una liberación subconsciente de la realidad y su succión puede ser el índice de una inmadurez emocional y de la necesidad de un auxilio.

Los padres suelen emprender por sí mismos la tarea de romper el hábito, valiéndose de la fuerza ó de los castigos. Esto hace que el hábito se fije.

Si uno suprime un hábito, emocionalmente necesario, por la fuerza, el niño suele generar otro, quizá más nervicioso y destructor de personalidad. Al intentar suprimir un hábito, debemos tomar en cuenta los efectos laterales que se pueden producir, como pueden ser; mayor hostilidad, y mayor sentimiento de culpa con respecto a sus malos impulsos.

Entre los métodos que producen estos efectos, tenemos: amenazas, substancias de sabores repelentes, la utilización del ridículo, castigos, sobornos.

La alimentación artificial efectuada incorrectamente, que obliga al niño a vicios posturales de la lengua, pueden ser causa de mordida abierta, lo mismo que el uso de chumete hasta una edad demasiado avanzada.

Aunque las etiologías de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunas principales son: Los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos. De igual modo la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juegan un papel muy importante.

HABITO DE SUCCION DIGITAL

Seguramente, el hecho que el tema interese a distintas disciplinas que se ocupan del bienestar del niño, hace que el problema del hábito de succión digital siga siendo motivo de controversias.

El hábito de succión digital es importante porque asumimos la responsabilidad de examinar, analizar y controlar la oclusión del niño y un hábito de succión digital puede producir una maloclusión. Es importante entonces, actuar precozmente.

Es importante por la preocupación que causa a los padres. Con frecuencia, el pediatra, a quien acuden los padres alarmados se encuentra tan confundido acerca del significado de este hábito como los mismos padres. Se le dificulta ayudarles a calmar sus angustias. Hacer esto bien requiere conocimientos acerca del significado de este hábito en diferentes edades. Necesita saber qué daños puede provocar, si es que existen; que factores conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada.

FRECUENCIA Y DAÑOS:

Los informes sobre la frecuencia del hábito de succión digital varían desde 16 por 100 hasta 45 por 100. En forma similar, varían los datos acerca de la maloclusión, dependiendo de la fuente, la oclusión original y el tiempo que duró el hábito.

La duda de si el daño es temporal o permanente puede ser contestada "sí" para ambos. Obviamente, es necesario calificar muchos aspectos de este problema. Contribuyendo al problema se encuentran entidades como morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito y otros aspectos. Como la lengua constituye un factor deformante potente y como existe correlación entre el hábito de succión digital y proyección de la lengua -- hacia adelante, es indispensable realizar un diagnóstico diferencial para determinar cuál de los dos es el factor primario.

Quizá es mejor analizar el problema de succión digital sobre una base cronológica y tratar diversos aspectos calificativos cuando estos se presenten.

HABITO DE SUCCION DIGITAL DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para succionar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de succionar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de seguridad, -

un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado.

Un estudio objetivo realizado con computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada apoya las observaciones de Anderson, de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles. En un estudio que comparó la lactancia con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

Balters y sus colaboradores, en Alemania, concluyeron que, mediaban otros factores, las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causaron muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

De acuerdo a estudios realizados se puede afirmar que el hábito de succión digital es normal en una etapa del desarrollo del niño. La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del segundo año si se presta atención debida a la lactancia. Aconsejar a los padres eli-

minar el hábito de succión digital durante el tiempo que normal es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue.

Durante los tres primeros años de la vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita -- principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante -- porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de succión digital. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II división I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobre mordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta son el resultado del hábito de succión digital

HABITO DE SUCCION DIGITAL
DESPUES DE LA EDAD DE CUATRO AÑOS

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Esto no se debe en su totalidad al hábito de succión digital, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. Al aumento de la mordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de succión digital dificulta el acto normal de deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO
DEL PULGAR Y OTROS DEDOS

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión digital varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe

gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas dentales. Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentición mixta (de los 6 a los 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas dentales dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

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

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

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

El mal alineamiento de los dientes generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de los incisivos inferiores. Según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobreerupción en los dientes posteriores, aumentando por lo tanto la mordida --

abierta. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de succión persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados por desterrar el hábito el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar ese hábito. - pero al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil-hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva - y auspiciar una actitud defensiva o de frustración. Solo-necesitamos examinar nuestros propios fracasos en la auto-disciplina y nuestras reacciones cuando se nos amonesta, para comprender la actitud del niño.

En cualquier caso, el dentista puede prestar valiosa - ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y el niño. Esto lo realiza ayudando al paciente a sortear este - obstáculo en el camino hacia la madurez, eliminando una -- fuente de conflicto entre el niño y los padres y evitando - la maloclusión permanente, con las consecuentes implicaciones desfavorables psicológicas y para la salud.

HABITO DE SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llegar a los mismos desplazamientos anteriores ocasionados por la succión -

digital, aunque el hábito casi siempre se presenta en la -- edad escolar cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño, se puede lograr el abandono del hábito.

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

RESPIRADOR BUCAL

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

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

POR OBSTRUCCION

Son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y --

exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño -- por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

POR HABITO

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción -- que lo obliga a hacerlo.

POR ANATOMIA

El niño que respira por la boca por razones anatóni-- cas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite ce-- rrar por completo sin tener que realizar enormes esfuer-- zos.

Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías -- corresponde el niño. También debe diferenciarse el segun-- do tipo, de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente, se observa respira-- ción obstructiva por la boca, en niños ectomórficos que -- presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofarín-- geos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y -- nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propen-- sidad a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen -- espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los -- individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar -- por la nariz puede ser causada por:

- 1) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, -- infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los -- conductos nasales, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- 2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- 3) Adenoides agrandados.

No se ha demostrado concluyentemente que la respira-- ción bucal cause maloclusión aunque frecuentemente se obs-- serva una tendencia a maloclusiones en niños que respiran-- por la boca. Los mismos factores genéticos que contribu-- yen a producir maloclusiones de clase II también provocan respiración bucal.

EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos-- superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de -- empuje lingual. Sin embargo no ha sido comprobado defini-- tivamente si la presión lingual produce la mordida abier-- ta o si esta permite al niño empujar la lengua hacia ade-- lante en el espacio existente entre los incisivos superio-- res e inferiores. Como el empuje afecta solo a los múscu los linguales, el tono del labio inferior no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la -- succión del pulgar, el empuje lingual produce protrusión -- e inclinación labial de los incisivos superiores.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta ante--

rior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado -- por el hábito de succión digital y no observe un hábito -- de empuje lingual o una lengua agrandada, que puede tener- igual importancia en la formación de la mordida abierta y- piezas anteriores en protrusión.

EMPUJE DEL FRENILLO

Un hábito observado raras veces es el del empuje del- frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están- espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su -- frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posi- ción varias horas.

Este hábito probablemente se inicia como parte de un- juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que des-- place las piezas dentales, ya que mantiene separados los - incisivos centrales, este efecto es similar al producido - en ciertos casos por un frenillo anormal.

HABITO DE ROERSE LAS UÑAS

Los niños que con frecuencia manifiestan este hábito- tienen generalmente una tensión nerviosa bastante alterada y es frecuente que manifiesten un desajuste social, psico- lógico de mayor importancia que el, hábito en sí, pues és- te solo constituye un síntoma de un problema fundamental.

Rara vez se observa antes de los cuatro años de edad.

Los psicólogos piensan que es una manifestación de ansiedad o desajuste de la personalidad cuyo máximo de intensidad se ha observado entre los trece y diecinueve años. Los pequeños que poseen dicho hábito, posiblemente tengan maloclusiones pero no se ha considerado ninguna oclusión patognomónica específica en él. Este hábito es más frecuente localizarlo asociado a una maloclusión, que como causante de ésta.

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

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

Hay casos en que esto persiste para toda la vida pero con frecuencia, por ser una costumbre, llegue a abandonar se en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con más o menos tentativas.

No es raro ver substituído 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 cual por otra parte suele tener recaídas más o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos --

nerviosos y en situaciones de tensión emocional.

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 aquéllos 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, reglas, gomas, abrir horquillas. Estos hábitos los efectúan, ya sea por comodidad o placer. Hay niños que llegan a tal grado que un lápiz lo acaban mordiéndolo en dos o tres días, lo mismo ocurre con las reglas. Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y éstos son aquéllos que muerden un pedazo de tela o la esquina del cuello de la pijama.

El uso de chupetes de goma dura no es tan frecuente como antes, porque se ha advertido a las madres que restrinjan su uso, por algunos dispositivos similares más blandos.

Otro hábito pernicioso frecuente es la apertura de horquillas con los dientes, antes de colocarlos en el pelo.

En pacientes con este tipo de hábitos, se han observado incisivos con muescas y dientes parcialmente desnudos de su esmalte vestibular.

P R E V E N C I O N

Bien sabido es que la Odontología Preventiva, requiere una acción eficaz e inmediata. Esperando que con estas medidas se venga a atacar la verdadera raíz del problema, ya que además de encaminarse a restablecer la salud perdida, se incrementarán las medidas necesarias para evitar la reincidencia de la enfermedad y sobre todo, se evitará la manifestación de éstas en personas.

Cuando se coloca un mantenedor de espacio, cuando se hace un ajuste oclusal correcto, cuando se realiza un buen curetaje, un adecuado tratamiento de endodoncia, al colocarse una prótesis fija sin desajustes de ninguna especie, cuando se revisa cuidadosamente y por rutina los tejidos de la boca se está haciendo prevención.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La ortopedia maxilar de la cavidad oral, toma el mismo camino que la medicina en el tratamiento de las enfermedades, mientras se conocen solamente los síntomas y la denominación el tratamiento solo puede ser puramente sintomático. Pero cuando se conoce la causa de una enfermedad, la terapéutica puede ser etiológica.

El paso que va del tratamiento causal a la profilaxis es corto. Para las medidas de profilaxis ortopedica, los exámenes de los niños en las clínicas odontológicas escolares resultan demasiado tardíos.

El ortopedista maxilar, deberá empezar a actuar ya, en los dispensarios para madres y ante todo en los dispensarios infantiles y jardines de infantes: sólo entonces las medidas profilácticas manifestarán resultados exitosos.

Es ilusorio exigir hoy, un tiempo de amamentamiento de varios meses ó el método de "según demanda" de los lactantes. Por lo menos en los países industrializados, bajo la presión de las condiciones sociales, debemos acostumbrarnos a la victoria de la alimentación artificial, se busca por lo tanto dar el chupete largo en niños con paladar cerrado.

Si se trata de niños pequeños, se recomienda a la madre preparar pequeñas bolsas de trapo sobre las cuales se cosen grandes botones, y fijar estas bolsas en las mangas del camión. Al jugar con estas bolsitas, los niños son distraídos de la succión.

En niños mayores de cuatro años, que ya son accesibles a los consejos personales, se debe anelar a la conciencia de los mismos y tocarles su amor propio.

Lo ideal sería que el régimen alimenticio del bebé estuviera balanceado desde los tres puntos de vista: Nutritivo funcional y emocional, buscando así completa satisfacción

del pequeño, lo que evita la recurrencia a substitutos, como lo es el hábito del chupeteo.

Puesto que a los seis meses de edad comienzan a erupcionar los primeros dientes, esto significa para el pequeño el alcance de un grado inmediato superior de desarrollo en el cual, la alimentación deberá hacerse por medio de la masticación.

Si en esta época, el niño manifiesta el hábito de succión, necesita una enseñanza que le permita dejar de chuparse los dedos y que lo estimule a masticar, que es la función que a su edad requiere.

En las horas en que el niño no duerme, debe tener siempre la compañía materna para tranquilizarlo, de esta manera, no se ensimisma recurriendo a chuparse los dedos, sus horizontes se van ampliando y sus actos infantiles como el chupeteo, lo va abandonando a medida que avanza en edad.

Respetemos siempre la personalidad del niño, enfocando el problema y tratando de resolverlo, buscando su origen, para no proceder en una forma equivocada, que lo lleve a agravar más una situación difícil.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará resultado si no hacemos al niño conciente del problema, y logramos contar con su ayuda, es decir, que mientras el niño no

está convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, ya que tarde o temprano el niño regresará al hábito.

Para lograr esta colaboración, tendremos una plática -- con el niño, la cual deberá ser sin la presencia de los padres, trataremos de ganarnos su confianza y le mostraremos -- modelos y fotografías de la boca de niños que han tenido el -- hábito de succión, también se le mostrará el resultado para -- que pueda apreciar lo que va a lograr con el apoyo del den -- tista.

Le indicaremos que trate de hacer conciencia del hábito de succión y procure dominarlo por sí mismo, y si no lo lo -- gra después de un determinado tiempo, nosotros le colocare -- mos un aparato que le sirva de ayuda para recordar que no -- debe de chuparse el dedo.

La deglución es un acto que se realiza cientos de veces por día y la alteración resultante en el equilibrio de las -- fuerzas musculares, tendrá su efecto sobre los arcos denta -- les en evolución.

Normalmente un niño pequeño traga en una forma diferen -- te a un niño mayor, el primer tipo de deglución está asocia -- do con la succión y la atención está concentrada en una posi -- ble persistencia del patrón infantil de deglución en épocas

posteriores, con el efecto consiguiente sobre el desarrollo de los arcos dentales producidos por la falta de equilibrio muscular.

Se ha sugerido que este hábito de deglución falseado, es debido a una alteración en el equilibrio del mecanismo del control nervioso, y es común esta observación en niños nerviosos, tensos, que están al borde de un estado general de incoordinación y alteración muscular.

Existe otro tipo de deglución anormal producida por amígdalas hipertrofiadas, al deglutir el niño normalmente comprime las amígdalas y si éstas están afectadas, el niño sentirá dolor.

Si pasa la lengua entre los dientes, en lugar de apoyar la en el paladar, el dolor disminuirá y se adquirirá en esta forma el hábito.

Siempre que exista el hábito de deglución, será necesario remitir al paciente al Otorrinolaringólogo, para que diagnostique si el niño padece de amigdalitis crónica ó no ya que si no quitamos el agente productor del hábito, éste no cederá.

La deglución anormal, se ve asociada con la función muscular anormal. Hay diferencia en lo que respecta a sustituir el dedo del niño por un chunón. Con el chunón se suprime la fuerza de palanca ejercida por el brazo del

pequeño, y si la goma de que está hecho es muy blanda no ocasionará ninguna maloclusión, otra ventaja, que generalmente, es abandonado en la edad preescolar si el niño es enviado al jardín de niños, él solo dejará de usar el chupón al ver que otros niños no lo usan; sin embargo se han registrado marcadas deformaciones por el uso de chupones demasiado duros y que han sido usados por mucho tiempo.

El tratar de sustituir el dedo por el chupón debe hacerse con mucha cautela, no debe obligarse al niño bruscamente a usar un chupón introduciendoselo a la fuerza en la boca, debe siempre tomarse en cuenta que el niño puede poseer su hábito por algún motivo que lo esté frustrando y siempre deberá tratarse hasta donde sea posible, investigar cuál es el motivo de esta frustración.

Es mucho más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención. El momento de prestar atención a la succión del pulgar es, cuando el bebé intenta hacerlo la primera vez, ya sea inmediatamente después de alimentarse cuando succiona con insistencia durante intervalos, es conveniente reducir el tamaño de la perforación del biberón ó acortar los intervalos entre comidas.

Los métodos correctivos que emplean castigos, tales como atarles las mangas, ponerles substancias amargas en los dedos ó burlarse de ellos, son ineficaces y tienden a fijar aún más el hábito. La mejor terapéutica es la educación -

y comprensión de los padres. El síndrome de mamila, puede ser prevenido a través de un programa educacional a los -- nuevos padres. La prevención particularmente aplicable -- en niños pequeños, una condición oral saludable promueve -- buena nutrición y un crecimiento normal.

Se ha de recordar que un hábito de succión del pulgar -- no es una emergencia odontológica. Algunas veces, es me-- jor ver al niño en el consultorio una o dos veces en varios meses antes de iniciar cualquier tratamiento, para que el niño se adapte a las sugerencias del odontólogo.

Si el niño se mostrara inmaduro en sus relaciones con quienes lo rodean, con frecuencia no será buen candidato -- para las medidas correctivas,. Hay que subrayar aquí que -- todo aparato de ortodoncia preventiva somete al niño a cier -- ta carga psicológica. Este stress agregado en algunos -- niños produce el resultado opuesto a lo que el odontólogo -- desea, al aumentar las veces y frecuencia de succión digi -- tal.

Las alabanzas son la terapéutica que mejor actúa en -- los niños, los elogios deben ser sinceros, y se debe dar -- al niño cuanta oportunidad sea posible para que comparta -- las responsabilidades.

El odontólogo debe interesarse para determinar si las -- estructuras bucales del niño están siendo mínima, moderada o severamente afectadas por el hábito. Cuanto menos seve --

ra la alteración, menor la necesidad de iniciar el tratamiento.

Si el aparato fuera removible, los padres deberán tener presente que el niño lo usa según las indicaciones del profesional. Pero los reproches continuos y agresivos de los padres hacia el hijo en su hogar pueden hacer que se pierdan la buena voluntad de complacer al odontólogo. En estas circunstancias, algunos niños "perderán" sus aparatos removibles, habitualmente justo antes de la sesión odontológica. El odontólogo debe recordar que está tratando de corregir un hábito bucal y no procurando modificar el estilo de vida de la familia del niño.

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

Los hábitos son provocados por varias circunstancias-- así como hay diferentes tipos de hábitos que perjudican la salud del niño.

Existen varios métodos para prevenirlos y son:

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

- 2.- Que se concientisen ante el problema.

- 3.- Si tiene problemas explicarle detalladamente los--
daños causados y que pueden seguir causando.
- 4.- Mostrarles varios métodos de contención
- 5.- Explicarles cuales métodos pueden utilizar y que--
ellos elijan el más adecuado.

EL PSICOLÓGICO

Este tratamiento es muy importante no solo en el de--
los hábitos bucales perniciosos si no en todos los trata--
mientos médicos el éxito del cirujano dentista para alcan--
zar las metas propuestas va a depender del cariño, firmeza--
y capacidad que tenga para darse cuenta de las demostracio--
nes emocionales de los pacientes.

Sabemos que en su mayoría los niños le tienen miedo a--
los médicos pero no es del todo la culpa de ellos si no de--
los padres que los amenazan con llevarlos al médico o al --
dentista cuando hacen alguna travesura, por esta razón, el--
cirujano dentista debe de tratar con mucho cuidado a los --
niños sobre todo a los que tienen un problema grave como es
el del hábito bucal.

Debe de enfrentar la situación de manera amistosa, ---
pasiva y comunicarle al niño que el trabajo que se le va a--

efectuar es de suma importancia para su persona. Tam -
bién tomará muy en cuenta que el niño se encuentra en -
un desarrollo físico y psicológico constante y que esta
adquiriendo, aprendiendo y dejando hábitos, para lograr
ésto último, el médico tendrá que:

- 1.- Ganarse la confianza del niño
- 2.- No mentirle en el tratamiento que se le va a efec
tuar
- 3.- Motivarlo en cada cita en diferentes formas
- 4.- Darle un corto plazo para que deje el hábito
- 5.- Cuando deje el hábito completamente, premiarlo

Para que ésto de resultado, en la primera cita no -
se efectuará ningún tratamiento ya que ésta es unicamen-
te para conocerse mutuamente (de parte del Dentista, sa
ber con que tipo de niño va a tratar y por parte del ni-
ño saber si el médico es tal y como le han dicho) se -
le permitirá pasar con su papá o mamá, explicándole que
por ser la primera vez y no conocerce entrará acompa
ñado para que sea presentado pero que en las demás ci--
tas entrará él solo, se le tomará su nombre y se le hará
una historia clinica completa haciéndole sentir en --
confianza e importante para que pierda el miedo y expli-
carle el tratamiento que se le va a hacer.

Es importante que el Cirujano Dentista haga una eva
luación del niño con el cual va a tratar ya sea retrai-
do, nervioso o mimado por los padres y ésta será la base

para tener éxito en el tratamiento.

En las siguientes citas se conversará con el niño - adentrándose poco a poco en el problema, le preguntaremos el porque siente la necesidad de succionar el dedo - los carrillos, los labios etc. Debemos tener en cuenta que los niños saben el porque tienen el hábito. Le diremos que lo vamos a ayudar y que sabemos que es una - persona muy inteligente y que comprende el daño que él mismo se esta causando.

Si no obtenemos resultados positivos en la primera - semana debemos pedir ayuda a los padres explicandoles - que no deben burlarse del niño, tampoco mostrarse ansiosos porque no lo deja rápido, sino al contrario y hacerle sentir que lo comprenden que es difícil dejar -- tan rápido el hábito.

En ocasiones es necesario cambiar la rutina y el - medio ambiente del hogar donde se desenvuelve el niño - mientras desaparece el problema.

Para motivar mas al niño cuando ha dejado el hábito el Cirujano Dentista puede decirle que si cooperó tanto - con él también de su parte va a recibir un regalo, le - puede obsequiar una copa dorada, no importa que sea pequeña porque como sabemos, a los niños les llamo mucho - la atención los colores brillantes u otro trofeo que sea

de su agrado. Tal vez éste sea otro medio de mostrarle que los médicos no solo hacen cosas malas como le han dicho sino que también saben agradecer a los pacientes cuando ellos cooperan favorablemente.

PREVENCIÓN DE LOS HABITOS

Los hábitos se pueden prevenir sin tener una consecuencia grave, siempre y cuando la alimentación del niño haya sido adecuada, y bien balanceada desde el punto de vista nutricional, funcional y emocional buscando así su completa satisfacción, además si el destete a sido a la edad adecuada.

También es importante el tiempo que la madre dedique a la tarea de amamantar al niño ya que la satisfacción del hambre, la emocional y psicológica siempre van unidas.

Otro punto importante y esencial para la prevención de los hábitos es el de nunca dejar solo a los niños ya que los padres deben de estar siempre atentos a sus problemas y sus juegos. Cuando éstos sean regañados, darles una explicación por la llamada de atención y nunca hacerles sentir mal porque ellos, en su pequeño mundo no tienen en quien refugiarse y optan por un es-

capé (para ellos, el hábito es el más fácil). Tam--
bién existen diferentes formas de prevención de hábitos--
que mencionaré más adelante.

CONVENCIMIENTOS

Se ha llegado a decir que el dentista le tiene tan--
to miedo a los niños, como los niños a él por lo tanto, --
se enfrentará a un grave problema que debe de saber en--
tenderlos y darse a entender para llevar a cabo su obje--
tivo, tiene que ganarse la confianza del niño platican--
dole y explicandole para que sirva cada uno de los ins--
trumentos y aparatos que se encuentran dentro del consul--
torio e indicarle que se van a ayudar mutuamente.

El cirujano Dentista debe utilizar siempre un voca--
bulario adecuado ya que va a tratar niños de varias eda--
des , por lo tanto no va a emplear el mismo sistema y --
términos para todos.

Otra forma de convencimiento será mostrandoles foto
grafías, transparencias y películas de niños que han te--
nido un determinado hábito, enseñandoles el daño que se
ocacionaron pero no unicamente el daño, sino también in--
dicandoles que bien se ve la persona cuando éste ha de--
saparecido, haciendole notar como ve a mejorar su asne--
cto cuando él deje el hábito que tiene. Además sabemos

que el niño de cinco años siempre esta imitando a los adultos y que también en esa edad tiene a un ídolo, esto puede ser un arma poderosa para los cirujanos dentistas ya que puede ponerle ejemplos como el que naná, mamá y otras personas que conviven con él no succionan o muerden ningún objeto.

TRAMPAS

Existen diferentes tipos de trampas, sobre todo el tipo casero por ejemplo; si un niño se succiona el dedo o dedos (que es el caso más común) su madre empieza a inquietarse cuando ha cumplido los cinco años y no deja de hacerlo. Hay veces que le coloca sustancias desagradables, le envuelve el dedo o dedos con vendas o telas adhesivas; en ocasiones, suele amarrarle las manos hacia atrás o pegarle cuando esta succionando.

CASTIGOS

Los castigos no suelen dar los resultados que los padres desean y el niño intensifica más el hábito sintiéndose un ser anormal.

Los castigos pueden ser variados, por ejemplo: los padres no dejan salir al niño a jugar con sus amigos, - lo que es perjudicial, ya que se a visto que mientras - el niño se sienta ocupado y entretenido en diferentes - actividades se olvida de éste.

Otro tipo de castigo que se presenta con frecuencia es privar al niño de fiestas infantiles reprochándole - el mal hábito y diciéndole que los niños que asisten se van a burlar de él, causando con esto una angustia en - el niño que no hace más que agravar el problema.

Los Psicólogos, los Pediatras y Odontopediatras - no aceptan la manera agresiva para eliminar dichos hábitos. Por lo tanto estos métodos no deben de ser utilizados.

PROBLEMAS ESPECIFICOS DE CADA GRUPO CRONOLOGICO

El paciente niño:

La literatura odontológica sugiere sin ninguna duda que los pacientes muy pequeños constituyen uno de los problemas principales hallados en el ejercicio actual de la Odontología.

Una ininterrumpida investigación tiene como objeto el conocimiento de la conducta infantil y el modo de aplicar eficientemente la psicología a su tratamiento odontológico.

En la búsqueda entre una cantidad de consejos, de los buenos y de los malos para el mejor manejo del niño en el consultorio hay un hecho principal que se repite una y otra vez; La honestidad con el paciente. Aunque puede ser necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, nada parece actuar mejor que el enfoque directo y honesto. Además se requiere también adquirir algún conocimiento del tipo de niño de que trata y de los tipos de problemas que pudiera tener. A menudo es posible establecer esto con observarlo en la sala de espera mientras aguarde sentado con la madre, el padre, o ambos. Algunas veces la primera visita -

la realiza con un hermano o hermana mayor. Todo esto dice mucho sobre el niño y la estructura familiar.

No sería trabajoso predecir un alto grado de ansiedad en un niño cuyo padre está lo bastante angustiado -- como para dejar un día de trabajo e ir él también acompañando al niño. Si bien puede ser indicio de una familia con lazos muy estrechos, también puede ser una advertencia de una cantidad de problemas emocionales relacionados con una forma de impedir al niño que crezca y se desarrolle normalmente.

En esa observación inicial se aprecia asimismo la expresión. No es difícil distinguir al niño que tuvo una experiencia desagradable con otro consultorio Odontológico. También podría tratarse de una generalización por una experiencia negativa en el consultorio de un médico.

Si bien la cantidad de respuestas posibles de los niños parece infinita, es posible identificar un número de moldes característicos.

EL NIÑO SOCIABLE

Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niño que podemos mencio--

nar, y el más conveniente quizá, es el sociable, el que se da a los demás. Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño tiene deseo de relacionarse con quienes se pone en contacto. La interacción se produce fácilmente; conversa pronto, y muestra un alto nivel de curiosidad respecto al Odontólogo, de que piensa realizar y de cómo lo hará.

Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivadas por el temor o la angustia. A este niño se le pueden mostrar los instrumentos, cómo actúan y cual es su propósito, todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él. El examen se convierte en una aventura grata. No es raro que este niño quiera mirar la boca de su dentista para "ver como es por dentro".

EL NIÑO MUY ACTIVO

A falta de un mejor nombre, al niño que vamos a describir se le puede denominar "muy Activo". Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega este niño el Odontólogo se da cuenta muy pronto. Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo.

EL NIÑO ANGUSTIADO Y RETRAIDO

Presenta un problema más serio el niño tímido y retraído, que se somete al examen con apenas algún gemido. Es el niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente que nunca da trabajo. Es también el niño que con toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo del tratamiento. Es así como si irradiara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con odontólogos o médicos.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tiene especial importancia conversar cada paso por realizar. Debe el niño estar bien informado de todo lo que el dentista hará y de por qué lo hará.

También necesita, si puede hacerlo, expresar todas las preocupaciones que se pueden haber ido formando en su mente.

T R A T A M I E N T O

CONTROL DE HABITOS ANORMALES

Las consecuencias nocivas de los hábitos de deglución anormal, proyección de la lengua, succión de los dedos - y otras actividades musculares peribucles producen consecuencias nocivas obvias.

Uno de los servicios ortodónticos interceptables -- más valiosos que puede prestar el Cirujano Dentista es -- eliminar los hábitos perniciosos de succión de dedos, la - lengua o el labio antes de que puedan causar daño a la -- dentición en desarrollo. Resulta desafortunado que no - pueda ver al niño con la oportunidad suficiente para ayu-- dar en los problemas de la deglución y la lactancia. Si pudiera, habría muchos menos hábitos de chuparse el dedo- el labio, la lengua para preocuparlo, ya que el dentista podría interceptar este ataque a la integridad de la denti- ción normal. Aquí, la solución es la educación del pa- ciente. Los padres saben entonces qué esperar, audien- do así evitar problemas ortodónticos futuros mediante el manejo inteligente de las exigencias físicas y emociona- les del niño en crecimiento.

SUCCION DE LOS DEDOS Y HABITOS ASOCIADOS
(los chupones interconstruidos)

Cuando se observa que el niño tiene el hábito de chuparse los dedos persistentemente, así como maloclusión, resulta fácil interpretar esta relación simbiótica y asignar arbitrariamente la causa y el efecto. Puede ser correcto afirmar que el chupado del dedo es un factor en la deformación de los dientes y las estructuras de soporte; pero solamente es un factor de un síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección de lengua, deglución anormal, mordedura de labio, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculos del labio superior hipoactivos y quizá hiperactividad del músculo buccinador. Asignar valores específicos a cualquier elemento solo en la producción de maloclusión total sería muy difícil. Sin embargo, con frecuencia resulta un buen procedimiento intercentivo -- colocar un aparato diseñado para reducir y eliminar la actividad deformante.

No todos los hábitos anormales relacionados con -- los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Es --
tos casos deberán observarse periódicamente y no -- se debe intervenir directamente.

Se ha descubierto que es clínicamente provechoso - exigir a los pacientes realizar los ejercicios de labio y lengua; por ejemplo, pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios cinco o diez minutos antes de acostarse. Esto con frecuencia proporciona suficiente satisfacción y relajamiento, - disminuyendo la necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse. La leche tibia o la música suave al retirarse también tiende a reducir el deseo de - chuparse los dedos.

Si existe daño franco (maloclusión total), deberá - hacerse una historia clínica completa, preferiblemente con el niño fuera de la habitación. Si los hábitos - de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el Psiquiatra. Sin embargo, estos casos son los menos. En la mayor parte de los casos, los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos. Si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los hermanos, - deberá considerarse la utilización de un aparato.

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

COLOCACION DE APARATOS
PARA ELIMINAR LOS HABITOS

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre las edades de tres y medio a cuatro y medios años de edad, preferiblemente durante la primavera o el verano, cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de succión pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales. El aparato desempeña varias funciones. Primero, hace que el hábito de chunarse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño, desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Así, chunarse los dedos se hace análogo al café sin cafeína o a los cigarrillos sin nicotina. Deberá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una "máquina para masticar" sana. Segundo, en virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplaze los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.

Tercero, el aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso. Como resultado, la lengua tiene a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las erusiones periféricas oclusales de los dientes posteriores evitando la sobreerupción de los mismos. Si los pacientes son niños sanos y normales, se observarán pocas secuelas desfavorables, salvo un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado o inmediatamente después de que es retirado.

PRESCRIPCION PARA LA SUCCION DIGITAL APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO

La prescripción ortodóntica para la reeducación de los hábitos adopta diversas formas. Una de las formas más eficaces es una criba fija.

PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR LA CRIBA FIJA

Se hace una impresión de alginato en la primera visita y se vacían moldes de yeso de la misma. Si los

contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior. se recomienda colocar alambres de bronce separadores en esta visita. A continuación, se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas que pueden obtenerse en tamaños diversos son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias. La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos a tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario, y se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse el contorno gingival labrado sobre el modelo. El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona demasiado, reduciendo así la dimensión gingivooclusal. A continuación, se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesio-bucal o distobucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar decíduo hasta el nicho entre los primeros molares-decíduos y caninos primarios. En este punto se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar decíduo y el canino -- primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival.

Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular.

Recuérdese el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. Salvo que pueda cambiarse la posición de la lengua y disminuir su proyección, -- las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente.

Deberá tratarse más de un síntoma, y el chupado de los dedos es casi siempre solo un síntoma, no el -- único factor. En el nicho del primer molar decíduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo -- largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al -- colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El -- esa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo

de aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal.-- El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular.-- Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; posteriormente, podrán ser soldadas a lo largo de la hendi

dura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se bloquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. -- Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá preocuparse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe -- contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiéndole al niño -- que lleve el aparato a su lugar con la mordida. La -- mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal cinco o diez minutos después. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en -- contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño solo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona -

que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa. A los hermanos se les instruye de la misma manera. Si existe tendencia a mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original, desplazando el primero y segundo molares deciduos en sentido vestibular. Si se requiere retracción de los incisivos superiores en este momento, pueden soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero de 0.040 ó 0.045 pulgada. Puede hacerse lo necesario para colocar asas de cierre vertical y brazos de aparatos intrabucales.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca.

No se hace mención del dedo. Al padre se le dice que habrá poca molestia, pero que el impedimento del

habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos sibilantes. Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Después de un periodo de ajuste de dos o tres días - la mayor parte de los niños casi no están conscientes - del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un periodo de tres meses en que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato. Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primero los espolones. Tres semanas después, si no hay pruebas de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después pueden retirarse la barra palatina restante y las coronas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo. Si existe un hábito combinado de dedo y de proyección de lengua, el aparato se modifique y se deja en la boca más tiempo.

No podemos hacer demasiado énfasis en que el aparato no es castigo ni una experiencia dolorosa intensional. -

No deberán colocarse espolones afilados. La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad - acentuar la maloclusión.

Frecuentemente, la lengua es el único problema; ya que no suele haber hábito de dedo, pero 500 a 1000 veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta o la protrusión de los incisivos superiores.

PRESCRIPCIÓN PARA LA PROYECCIÓN LINGUAL APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO

El aparato para el hábito de proyección lingual, una variante del aparato descrito anteriormente para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la len-

gua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual. Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas cosas:

- 1) Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución.
- 2) Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerunció n y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de-

deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Para realizar estos propósitos, cuando el hábito de chuparse el dedo no constituye un factor, es mejor eliminar la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa del aparato lingual y modificar el diseño de la criba restrictiva. Los segundos molares deciduos actúan como soporte satisfactorios. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho suficiente erupción, son preferibles.

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias y se corren con yeso. Es mejor montar los dos modelos de trabajo sobre un articulador de tipo de bisagra o anatómico. Los dientes de soporte de yeso se recortan en la forma señalada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo descrito anteriormente. Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos. Se hace un corte vestibular el igual que en el aparato anterior. La barra lingual en forma de U se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer

contacto con las superficies linguales prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Después, se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto. A continuación, se dobla la barra y se lleva hasta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Como el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, la oclusión no nos concierne en este momento. Posteriormente, sin embargo, al reducirse la mordida abierta, el dentista deberá asegurarse de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieren en la incisión. Este es el motivo por el que se construye la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior. Una vez que se haya fabricado cuidadosamente la barra y esta haya asumido la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba. Se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base.

Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza número 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extienden hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cúngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan el alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probar el aparato dentro de la boca del paciente y establecer la circunferencia periférica correcta para las coronas de soporte. Si existe un estrechamiento bilateral anteroposterior, puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cementado.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimina en una semana.

HABITO DE SUCCION LABIAL

Aunque muchos casos de proyección de lengua puede atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa en los hábitos de morderse o chuparse los labios. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto-lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una consideración importante aquí es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desaparecer el hábito del labio. Si existe maloclusión de clase II, división I, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio --

puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal. Generalmente, esto exige los servicios de un especialista en ortodoncia, así como terapéutica ortodóntica total. La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chunarse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio. El número de casos en que es necesario colocar un aparato para labio es pequeño. La actividad labial-anormal casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II, división I, y problemas de mordida abierta. Y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o, como dice la madre "un hábito nervioso", el aparato para el hábito de labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes.

FABRICACION DE APARATOS

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito del labio. El método descrito aquí es uno de los más utilizados.

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren con yeso. Para facilitar el manejo los modelos pueden ser montados en un articulador de bisagra o de línea recta. Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma descrita para el hábito de chuparse los dedos. Se deberá asegurar de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los dientes pilares. Se adapta posteriormente un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta

el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, -- hasta el aditamento sobre el diénte de sonorte, haciendo contacto con las superficies linguales de los pre-molares. Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto, -- el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2- ó 3 mm para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo de 0.036 ó 0.040 pulgada, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho -- y llevandolo gingivalmente 6 u 8 mm. Este alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda el alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm de los tejidos gingivales. Se suelda el alambre base a las coronas o -- a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre -- buscando posible interferencia oclusal o incisal.

Después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cementado sobre los dientes.

APARATOS REMOVIBLES
PARA HABITOS ANORMALES

Para hábitos anormales de dedo, labio y lengua.

Un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo es la pantalla bucal o vestibular, o una combinación de ambas. Estos aparatos removibles han sido perfeccionados hasta lograr un alto grado de eficacia. La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos. También puede utilizarse para interceptar hábitos de chuparse los dedos, aunque tiene la desventaja de que puede ser retirado fácilmente por el paciente si lo desea.

La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

La pantalla bucal es un palader de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional. Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada -

para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si es utilizada asiduamente y construida correctamente, las fuerzas anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo. Utilizados solos, estos aparatos son de alcance limitado para la corrección y solo deberán ser empleados como auxiliares interceptivos para perversiones musculares francas. Deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bucal.

Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los aparatos fijos.

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

Una vez concluida ésta tesis puede que aún existan dudas y preguntas acerca del tema, pero como se mencionó al principio, es una situación difícil de esclarecer totalmente puesto que se trata de la mentalidad infantil, y creo que nadie podrá saber realmente el porqué de las reacciones de los niños.

Mi conclusión acerca del tema, es, que el reflejo de succión es una etapa dentro de la infancia y que puede considerarse normal hasta cierta edad, aproximadamente entre los tres y cuatro años de edad.

En casos de niños mayores de cuatro años, ahí sí existe problema, la causa debe ser tratada por un especialista, y uno como Cirujano Dentista debe tratar de corregir hasta donde sea posible las alteraciones que pudieran existir en su cavidad oral.

Algunos de los puntos más importantes a tratar en este tema, considero que son los siguientes;

- 1.- Orientar a los padres de los niños, mencionándoles la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los hábitos bucales.

- 2.- Analizar la etiología del hábito, ya que de esto dependerá el tratamiento a seguir.
- 3.- No realizar tratamientos sin bases reales.
- 4.- Tomar en cuenta la opinión del niño, ésto es muy importante, porque ningún tratamiento dará resultado si el niño no está preparado para recibirlo. El éxito del tratamiento dependerá en gran parte de la cooperación del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Barnett M. Edward

Terapia Oclusal en Odontopediatría

Edt. Panamericana 1980

Charles Brauser John

Odontología para Niños

Edt. Mundi Argentina

Finn Sidney B.

Odontología Pediátrica

Edt. Interamericana

4ta. Edición 1982

Graber T. M.

Ortodoncia Teoría y Práctica

Edt. Interamericana

4ta Edición 1981

Harndt Y Wogers

Odontología Infantil

Edt. Mundi Argentina

Hogeboon Froyd Eddy

Odontología Infantil e Higiene Odontológica

Edt. Interamericana

Katz Simon

Odontología Preventiva en Acción

Edt. Panamericana 1932

Kjisaacson J. J William

Introducción a la Aparatología Fija

Edt. El Manual Moderno 31-82

Leyt. Samuel

Odontología Pediatrica

Edt. Mundi 1980

Martinez Roos

Oclusión

Vicova editores s.a.

2a Edición 1978

Muir r. T. Reed J. P.

Movimiento Dental con Aparatología Removible

Edt. El Manual Moderno 1979

Moyers E. Robert

Manual de Ortodoncia

Edt. Mundi 1980

Sim M. Joseph

Movimientos Dentarios Menores en Niños

Edt. Mundi 2a. Edición 1980