

271

El Guano



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
" I Z T A C A L A "

HABITOS PERNICIOSOS EN LOS INFANTES

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Alejandro Felipe Méndez Torres



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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 "

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE CRECI-
MIENTO Y DESARROLLO.

CAPITULO II

HABITOS ORALES.

- Definición de hábito
- Factores que influyen -
en la iniciación de los
hábitos.
- Principales malos hábi-
tos infantiles.
- Hábito de succión.

CAPITULO III

SUCCION DIGITAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento.

CAPITULO IV

SUCCION DE CHUPONES Y
MAMILLAS.

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO V

SUCCION LABIAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VI

LENGUA PROTRACTIL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VII

RESPIRACION BUCAL

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO VIII

BRUXISMO

- Etiología
- Malformaciones
- Tratamiento

CAPITULO IX

OTROS HABITOS

- Succión de carrillos
- Hábito de ceceo
- Onicofagia
- Hábito de posición
- Mordedores de objetos
diversos.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

LOS HABITOS PERNICIOSOS, SON CIERTAS COSTUMBRES QUE LOS NIÑOS ADQUIEREN REGULARMENTE, ESTO SUCEDE A TEMPRANA EDAD Y LOS CUALES VIERTEN REALIZANDO UNA RECUPERACION SUBSECUENTE SOBRE LA SALUD MANIFESTANDOSE EN LA BOCA DEL INFANTE, CREANDO ENFERMEDADES Y DEFORMACIONES MAXILOFACIALES QUE SON OCASIONADAS POR LA PERSISTENCIA DEL HABITO EL CUAL TIENE PERDURABILIDAD DE MESES Y A VECES HASTA DE AÑOS.

EL CONOCIMIENTO DE ESTOS PROBLEMAS ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL, DADA LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN EN LA PRACTICA DIARIA Y POR LA PREOCUPACION QUE CAUSA A LOS PADRES QUE EN MUCHOS CASOS ACUDEN AL PEDIATRA, --- QUIEN SE ENCUENTRA TAN CONFUNDIDO ACERCA DEL SIGNIFICADO DE ESTE HABITO COMO LOS MISMOS PADRES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO, UN HABITO ADQUIRIDO NO ES MAS QUE UN NUEVO CAMINO DE DESCARGA FORMANDO CIERTAS ANOMALIAS EN LA ACTITUD DEL INFANTE Y MEDIANTE LOS CUALES EL NIÑO TRATA DE ESCAPAR A CIERTAS CORRIENTES AFERENTES DE CONDUCTA DE ESTE.

EN EL TRATAMIENTO HAREMOS EN PRIMER LUGAR, UN INTERROGATORIO A LOS PADRES DEL NIÑO, PARA SABER LAS COSTUMBRES Y PRO

BABLES MALOS HABITOS BUCALES QUE ESTE PUEDE TENER, ASI —
MISMO REALIZAREMOS UNA HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL DE —
NUESTRO PEQUEÑO PACIENTE PARA TENER UN CONCEPTO GENERAL —
DE SU DESARROLLO PSICO-SOCIAL.

LA BUENA RELACION Y ENTENDIMIENTO ENTRE DENTISTA, PACIEN—
TE Y PADRES, ES DE SUMA IMPORTANCIA, YA QUE PARA OBTENER
UN BUEN EXITO EN EL TRATAMIENTO DE UN HABITO ORAL SE RE —
QUIERE DE LA AYUDA DE LAS TRES PARTES Y CUANDO LLEGA A FA
LLAR ALGUNA DE ELLAS, EL TRATAMIENTO SE PROLONGARA MAS —
TIEMPO DEL NECESARIO, POR LO REGULAR NOS LLEVARA AL FRACA
SO.

DEBEMOS ACTUAR CON GRAN CAUTELA, YA QUE EL CONSEJO QUE SE
LES DA A LOS PADRES EN EL MODO DE ATACAR EL PROBLEMA DE—
PENDERA DE QUE NOSOTROS EN UN MOMENTO DETERMINADO LOGRARE
MOS LA COOPERACION Y DOMINIO DE EL INFANTE Y ASI OBTENER
BUENOS RESULTADOS.

POR LO TANTO LA FINALIDAD DE ESTA TESIS ES LA EXPOSICION
GENERAL DE CONOCIMIENTOS QUE EL ESTOMATOLOGO DEBE TENER —
PARA RECONOCER Y DIAGNOSTICAR Y TRATAR MALOS HABITOS DE —
LOS NIÑOS ASI COMO LA COMPRESION DE FACTORES QUE LLEVAN
A ESTE A LA INCIACION DEL MAL HABITO, LOS TRASTORNOS BUCO
DENTARIOS CONSECUENTES Y LA ACTITUD DE APOYO JUNTO CON —

de manera precisa para que sean ordenados, hay momentos -- en que el crecimiento se intensifica y dada la importan -- cia actual de procedimientos ortopédicos y control de cre -- cimiento, la aplicación clínica de los conceptos de creci -- mientos y desarrollo es muy obvia. Así pues es preciso -- que el dentista al igual que todo aquel que trabaje con -- el niño tenga amplios conocimientos del crecimiento post -- natal; en este caso el autor enfocará su atención más --- bien al crecimiento post natal pues las aplicaciones clí -- nicas generalmente se basan en este renglón.

2) EMBRIOLOGÍA DE CARA Y CRANEO

Durante la cuarta semana de vida intrauterina las -- facies tienen actividad, el estomodeo o cavidad bucal pri -- mitiva está limitada por los procesos: frontonasal, maxi -- lar y mandibular del 1er arco branquial.

Se fusionan los procesos maxilares, igualmente, se -- unen los procesos palatinos formando el paladar premaxilar posteriormente ambos procesos se soldarán al proceso nasal (Cuando alguno de estos procesos no se une entre sí, origi -- nan patologías en forma de hendiduras tales como el labio y el paladar hendido).

Previa a la osificación de la mándibula, se observa dentro del proceso una banda fibrosa denominada cartílago de Meckel que tendrá una importante actuación en el desarrollo de los componentes del oído interno. Estos procesos se llevan a cabo entre la octava y décimo segunda semana de vida fetal. Así pues después de estos hechos se osifica el cartílago dando lugar al crecimiento del maxilar inferior cuya consolidación ósea ocurre durante el primer año.

3) CRECIMIENTO DEL CRANEO

El crecimiento inicial de la base del cráneo es resultado de la proliferación de cartílago. El periostio también creciente es el limitante y determinante del tamaño y los cambios de forma.

Los cambios producidos durante los primeros tres meses de vida intrauterina son los determinantes, los posteriores a estos son en el sentido de tamaño y cambio de posición.

4) DESARROLLO CRANEOFACIAL POST NATAL.

Al nacer, el cráneo contiene 45 huesos separados cuyo

número se reduce a 22 en el cráneo del adulto tiene de -- ocho a nueve veces el tamaño de la cara y algunos afirman que se agranda debido a la presión que ejerce el cerebro en crecimiento aposicional en la superficie externa de -- los huesos sino por un desarrollo sutural. Así pues, el cráneo aumenta de tamaño ligado al crecimiento del cereb_{ro} mismo: el crecimiento de los huesos de la cara y max_{il}larios será casi independiente a los del cráneo aún -- teniendo el contacto íntimo que poseen.

En general, el crecimiento del cráneo, suele ser dividido en crecimiento de la bóveda craneana y en el crecimiento de la base del cráneo que divide al esqueleto de la cara que por las razones convencionales estudiaremos más -- detalladamente.

5) CRECIMIENTO DEL ESQUELETO FACIAL

Se ha mencionado que la bóveda craneal y el esqueleto de la cara crecen a ritmos diferentes. Investigadores como SCAMMON han dilucidado que la porción inferior del cránio se aproxima más al crecimiento de la cara en general, ya mencionamos que el crecimiento facial no está condicionado por el esqueleto craneal y puede ser, influenciado -- por factores genéticos intrínsecas así como un patrón de

crecimiento similar en algunas dimensiones al resto del cuerpo.

La cara emerge por debajo del cráneo, la dentición es desplazada hacia adelante por crecimiento cráneo-facial y se aleja así de la columna vertebral, la porción superior de la cara se mueve hacia arriba y hacia adelante y la porción inferior igualmente hacia adelante pero hacia abajo. Se conforma así un patrón divergente de "V" en continua expansión. Este patrón permite el crecimiento vertical de los dientes durante toda erupción dentaria y proliferación del hueso alveolar.

B) EL CRECIMIENTO BUCOFACIAL EN RELACION AL ANALISIS DEL CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES

1) MAXILAR SUPERIOR

El complejo maxilar se encuentra unido a la base del cráneo formando una estructura llamada macizo nasomaxilar y por lo tanto resulta influenciado por el crecimiento craneal; con esto no se afirma que existe una clara diversidad entre el grado de crecimiento de una unidad y otra pero, esta posibilidad es latente.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1) INTRODUCCION

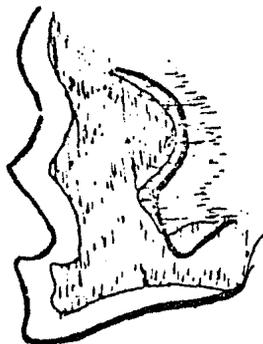
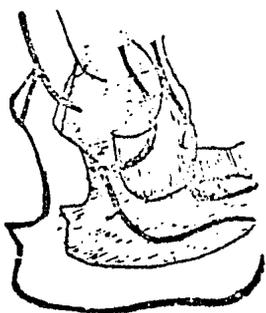
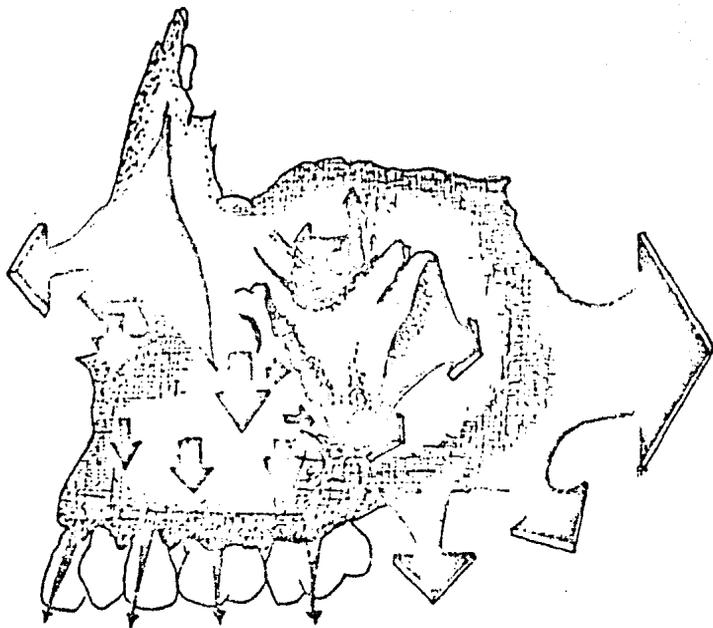
La gran mayoría de los textos, y, principalmente los libros de ortodoncia proporcionan información sumamente - extensa acerca del crecimiento cráneo-facial. Su descripción abarca desde anatomía y embriología hasta procesos - fisiológicos, endocríneos, químicos, físicos y biológicos.

El crecimiento y desarrollo craneofacial es un proceso igual de complicado y maravilloso que el resto del crecimiento del organismo; pero baste decir que es en este nivel en donde encontramos órganos que complementan a sistemas vitales y de importancia indescriptible.

El crecimiento es un aumento de tamaño mientras que el desarrollo es el proceso hacia la madurez. Ambos se complementan y se valen uno de otro bajo la influencia de un patrón morfogenético y en dimensiones de tiempo y espacio. Los tejidos crecen a diferentes ritmos y tiempos -- distintos, no obstante que éstos procesos son gobernados

NUESTRA HISTORIA CLINICA PARA OBTENER LA ELIMINACION DEL FACTOR PRINCIPAL QUE GENERALMENTE ES DE INDOLE PSICOLOGICA, POR RIESGO PROFESIONAL, O SECUELAS DEL TRABAJO.

ES INDUDABLE LA IMPORTANCIA QUE EN LA ACTUALIDAD SE OTORGA A PROBLEMAS DEL NIÑO EN TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, BUSCANDO LA SOLUCION A ELLOS EN UNA BASE FUNDAMENTAL DE SALUD FISICA, MENTAL Y SOCIAL, QUE CONSTITUIRA UN ESTADO PERFECTO DE SALUD PARA EL INDIVIDUO.



El maxilar superior se influencia por su desplazamiento propio y por el agrandamiento del mismo complejo.

El crecimiento se basa en el "cambio de sitio de área" descrito por ENLOW y BANG y que consiste en complejos de movimientos de crecimiento multidireccionales, -- es decir, áreas específicas ocuparán ahora nuevas posiciones al agrandarse el hueso; estos cambios requieren de los ajustes correspondientes y ordenados para conservar la antigua forma, proporción y posiciones anteriores.

Similar al de la bóveda del cráneo, el crecimiento del maxilar es intramembranoso diferido así del crecimiento de la base del cráneo que es por osificación endocondral.

El fenómeno es descrito como Traslación y Transportación y son mecanismos básicos durante el crecimiento del maxilar en donde las proliferaciones de tejido conectivo sutural, osificación, aposición superficial, resorción y traslación darán lugar a las uniones parciales del cráneo con la maxila y conocidas como sutura fronto maxilar, sutura cigonático maxilar, cigonático temporal y pterigo palatina.

WEINMANN Y SICHER afirman que estas suturas son pa - ralelas y oblicuas entre sí, estas suturas a la vez serán importantes en el desplazamiento del macizo nasomaxilar hacia abajo y hacia adelante y son además mecanismos pasi - vos de ajuste (SCOTT afirma que el paralelismo no es pre - ciso si se considera 3 planos especiales).

El maxilar superior crece en un sentido a lo ancho — en tres puntos que son: El palatino, el cigomático y el maxilar propiamente dicho.

El primero, Palatino, se lleva a cabo de manera gene - ralizada para posteriormente convertirse en selectivo o localizado. Las suturas por su dirección al igual que — las matrices en su disposición contribuyen al crecimiento en sentido lateral.

El sentido Bicigomático se desarrolla alrededor de — los 17 años, mucho después que el palatino y sin rela - ción a este. El hueso cigomático aumenta generalmente a lo ancho.

La anchura maxilar se lleva a cabo por aposición su - perficial sobre las paredes laterales. El hueso alveolar

sufre modificaciones que ocasionan el espesor labiolin -
gual entre los dientes temporales y los permanentes.

En sí, el crecimiento maxilar es hacia abajo y hacia adelante, esta ligado al sexo y el dominio del crecimiento vertical al horizontal es indiferenciado.

2) MANDIBULA

Al nacer las dos ramas del cóndilo son muy cortas; - El desarrollo de los cóndilos es mínimo y casi no existe eminencia articular. En la región del cóndilo, el crecimiento es tanto por proliferación intersticial como por aposición.

Al igual que todas las estructuras este crecimiento es regido por un patrón morfogenético completo del maxilar inferior, uno de los principales puntos de crecimiento en el maxilar inferior es el CONDILO según WEINMANN Y SI ---
CHER.

3) CRECIMIENTO CONDILAR.

El cóndilo crece mediante dos mecanismos: Por la pro

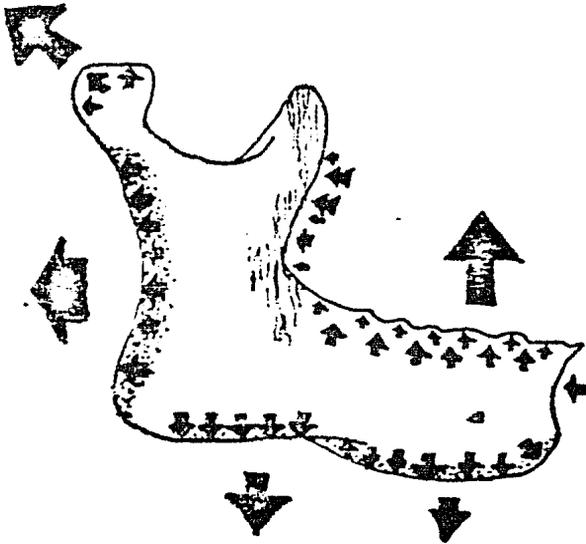
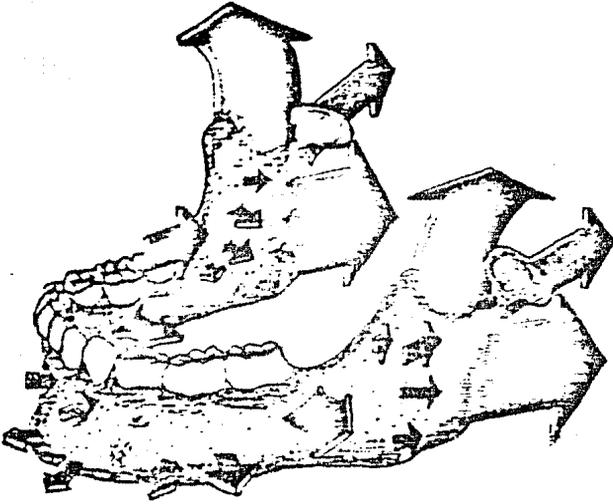
liferación intersticial de la placa epifisial del cartilago, y su reemplazo por hueso, y por aposición de cartilago bajo un recubrimiento fibroso singular.

Por otra parte MOSS refiere que este crecimiento --- con cambios celulares es debido a la influencia del crecimiento de las matrices capsulares bucofaciales, las --- cuales al aumentar de tamaño cambiarán al mismo maxilar inferior al igual que otras estructuras involucradas en la vía aérea.

Algunos autores no aceptan que el cóndilo sea el factor que controla el desarrollo del maxilar inferior y en cuanto a nuestra opinión particular, no tomamos partido alguno; varios experimentos apoyan esta idea, investigaciones de SARNAT Y LUCHINI, IRVING Y RONNING, GIANELLY Y MORRES y finalmente RANKOW-MOSS parecen refutar el concepto de SUGER Y WEINMANN.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR PROPIAMENTE.

MOSS dice que el maxilar inferior es similar a un grupo de unidades microesqueléticas y que gran parte de los componentes anatómicos de este, se influncian por ---



músculos cuyos aces de inserción se sitúan en varias porciones o zonas de la mandíbula.

Surgen desplazamientos en el cuerpo, en las ramas, en la apófisis coronoides y otras más.

En resumen, el cóndilo se dirige hacia arriba y hacia atrás. La rama hacia atrás y lateralmente tanto hacia su cara interna como a su pared externa. El cuerpo en sentido lateral interior y exterior, la apófisis coronoides hacia arriba y hacia afuera y la zona del mentón hacia adelante.

4) CRECIMIENTO DEL MENTON O LA BARBILLA.

Se presume que el mentón es otro centro de crecimiento en la mandíbula y que en él toman parte periostio y endostio. Parece ser que esta etapa se presenta como parte final del crecimiento óseo general, así pues en el hombre la sínfisis mentoniana puede tomar otro aspecto entre los 16 y 23 años de edad, cosa que no sucede en la mujer. En sí los autores no concuerdan en sus opiniones al decir que la barbilla es parte de la expansión de la bóveda del cráneo y reducción del esqueleto facial y den

tal o bien al resultado de la actividad muscular y las funciones de masticación, deglución, respiración y habla.

C) EL DESARROLLO DE LA DENTICION

A la edad de 2 años generalmente encontramos en la boca un número de 20 dientes clínicamente palpables y funcionando. El efectuar un análisis detallado del estado de la dentición según la edad es de gran valor pues las medidas preventivas e interceptivas están en íntima relación con el tiempo y desarrollo.

La formación radicular en los incisivos están finalizada y en los caninos y primeros molares están a punto de culminar. Los dientes E continúan desplazándose, con cambios de posición para obtener su orientación oclusal.

A los dos años y medio, la dentición decidual está completa y funcionando y a los tres años las raíces antes incompletas son ahora ya porciones radiculares totales. Se forman las coronas de los 6, en esta etapa existen indicios del estado futuro de la oclusión. Algunos autores afirman que la tendencia retrognática inferior es normal y en esta etapa se puede predecir si los dien-

tes permanentes tendrán lugar en el arco de acuerdo a la longitud de este; existen espacios compensatorios tanto en el maxilar como en la mandíbula. Entre los tres y seis años de edad, el desarrollo de la dentición permanente continúa y, exactamente a los cinco años y medio es cuando más dientes existen en los maxilares pues los incisivos superiores se preparan a exfoliar.

Entre los seis y siete años de edad erupcionan los molares permanentes; para el tiempo comprendido entre los siete y ocho años tendremos importantes sucesos, es una etapa crítica pues el espacio existente plantea tendencias de escasez o exceso. Los períodos subsecuentes serán menos importantes y significativos pues aunque el crecimiento y desarrollo continúan es hasta los doce años en donde las predicciones y los tratamientos preventivos serán útiles.

CONCLUSIONES:

Por diversos mecanismos tanto histológicos como fisiológicos existe crecimiento. Este crecimiento a nivel craneofacial se efectúa de manera desigual. La base del cráneo con distintos patrones morfogenéticos que el esqueleto facial. Estos patrones de crecimiento en ocasiones sufren alteraciones que dan lugar a efectos patológicos.

El crecimiento y el desarrollo son procesos concordantes y se llevan a cabo de manera simultánea; estas acciones tienen como parámetros tiempo y espacio. El crecimiento puede regirse por el hombre moderno mediante aparatos ortopédicos que pueden guiar el crecimiento, redirigirlo e inclusive interferir en determinados tejidos óseos provocando los resultados que tan útiles resultan al ortodoncista que práctica ortopedia.

Todas las unidades anatómicas crecen y se desarrollan por gobiernos metabólicos funcionales para después congregarse en una sola unidad sirviendo en infinidad de funciones.

Debido al gran número de maloclusiones dentales pro-

ducidas por los distintos tipos de hábitos, es de suma im
portancia el conocimiento de éstos por todo cirujano den-
tista.

Requerimos siempre de una buena historia clínica —
para lograr un diagnóstico correcto y así nuestro trata-
miento podrá tener éxito.

CAPITULO II

HABITOS ORALES

Un hábito es una práctica fija, producida por la cons
tante repetición de un acto.

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

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema
neuromuscular ya que son patrones reflejos de contacción -
muscular de naturaleza compleja que se adquieren.

El problema de los hábitos orales en niños, debe estu
diarse emocionalmente si fuera posible desde la vida intra
uterina, para poder comprender claramente como se forman -
esos hábitos; en la actualidad la psicología prenatal tra-
ta de investigar la repercusión de las tensiones de la ma-
dre durante el embarazo en el niño. Aún existiendo las --
condiciones necesarias para considerar un embarazo normal,
tranquilo, existe siempre un factor traumático fundamental
por el cual todos los niños pasan, "este factor es el naci
miento". Debe tomarse en cuenta para la iniciación de un

hábito; pues en un gran porcentaje de casos el niño am -
pieza a sufrir por horas antes del nacimiento.¹

Posteriormente del nacimiento, el niño manifiesta -
sus primeras necesidades, la más urgente es la alimenta -
ción uniéndose nuevamente a su madre, por medio de la lac -
tancia siendo la boca una de las primeras zonas del orga -
nismo donde se desarrolla una función neuromuscular coordi -
nada; inclusive aún antes del nacimiento han sido observa -
das fluoroscópicamente contracciones orales del feto.¹

La lactancia producida por la succión, acto que el
recién nacido efectúa a la perfección, debido a que le sir -
ve de medio de auto conservación, es otro factor que se de -
be tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito -
oral.

Otro factor muy importante, es el destete ya que -
para el niño significa la pérdida de una gran seguridad y
tranquilidad, al perderse el vínculo que lo unía a su ma -
dre después del nacimiento, es muy importante que esto se
haga con gran delicadeza para evitar una frustración de -
la que el niño muchas veces se refugia y consuela en el -
placer de un mal hábito oral, que pueden ser temporales -
o permanentemente perjudiciales para sus dientes y teji -

dos blandos de sostén.

Los hábitos orales se han dividido en hábitos no com
pulsivos y compulsivos.

Los primeros son aquéllos que no se impulsan emocio
nalmente y no son perjudiciales para el individuo, son úti
les como escape a preocupaciones y ansiedades que de otro
modo se acumularían, produciendo trastornos psíquicos —
graves.

Los hábitos compulsivos son aquellos impulsados emo
cionalmente por una frustración presente o pasada.

Del tipo de hábito, de que se trate dependerá la ac
titud de los padres y el profesional, para instituir un —
tratamiento correctivo que no lesione la personalidad del
niño.

PRINCIPALES MALOS HABITOS INFANTILES

Dentro de los malos hábitos orales que mayor interés y preocupación causan al cirujano dentista tenemos:

A) HABITO DE SUCCION

- Succión digital
- Succión de chupones y mamilas
- Succión labial
- Succión de carrillos

B) HABITOS LINGUALES

- Lengua protráctil
- Hábito de ceceo

C) RESPIRACION BUCAL

D) BRUXISMO

E) ONICOPAGIA

F) HABITOS DE POSICION

G) MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS

HABITO DE SUCCION

Según Balaffio y Arton en experimentos realizados en fetos desde el tercer mes de vida intrauterina la succión es teóricamente posible, es decir que los mecanismos neuromusculares necesarios para producir esta acción están ya constituidos, pero que es hasta el sexto mes en que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de la succión.

Notaron también estos investigadores que en fetos de mayor edad, con la simple estimulación de los labios se producían los movimientos de la succión, los cuales podían — eventualmente estar acompañados por un movimiento protrusivo de la lengua. Por el contrario indica Gesell (1945) — que es hasta el séptimo mes de vida intrauterina, aproximadamente cuando aparece la succión, y hasta el nacimiento — cuando este reflejo se presenta en una buena forma y con fuerza.

A partir del nacimiento la gran mayoría de los niños despliegan una actividad oral, la cual va más allá de lo — que corresponde a tomar el alimento, ya sea del pecho o del biberón, o de como se hablará más adelante, según algunas teorías, de una especie de esfuerzo para lograr un placer

sensual. Evidentemente hay una tendencia inata o adquirida precozmente a utilizar la succión y los mecanismos bucales para otros propósitos que no son los de tomar los alimentos o satisfacer sexualmente. Estas actividades — del niño con la lengua, los labios y a veces con los dientes desempeñan un papel muy importante en sus primeras aventuras con la vida. Es con la boca con la cual el niño se comunica y explora el mundo que lo rodea y en el cual vive, y es durante esta época cuando los labios y la lengua desempeñan casi la misma función que los ojos y los oídos. Muchos de los primeros contactos activos del niño con su medio se realizan por medio de la boca y de los labios aún después de darse cuenta de lo que logra ver y oír, es durante un largo tiempo que sigue usando con notable abundancia la boca para explorar el ambiente en el que se desenvuelve.

Cuando el niño logra coordinar sus movimientos y adquiere la capacidad de llevarse con la mano objetos a la boca, ya que para él ésta es la vía sensorial, que lo pone en contacto con su mundo. Desde el momento que el niño logra llevarse cosas a la boca, éste siente la textura del objeto, su dureza o blandura, el contorno de las superficies la temperatura y explora el sabor de las cosas y es así como el niño se mete en la boca restos de alimentos pedazos de tierra, juguetes y todo lo que encuentra a su paso.

Según Lorkhaus, el mecanismo de succión puede tomar varias formas, como es la succión del dedo pulgar y otros dedos, labios o cualquier objeto que sea introducido dentro de la boca, o bien que el objeto succionado sea también mordido siendo este proceso sumamente parecido al de amamantamiento que son períodos de gran importancia y actividad los cuales van alternados con intervalos de reposo.

Debido a que todos los niños al nacer, y en la primera época de su vida acostumbran llevarse a la boca todo lo que encuentran por su camino, no podemos considerar esto como algo anormal, pero si esta costumbre persiste después de un tiempo bastante prolongado, es cuando se puede considerar esto como un hábito fuera de lo normal.

MALFORMACIONES:

Los efectos de la succión son muy variados y dependerán de varios factores como son la clase de objetos succionados, la dirección, la frecuencia, la intensidad de la fuerza ejercida y la duración del hábito.

Las malformaciones causadas por la succión y presión es inadecuadas se pueden notar en las malposiciones dentarias, crecimiento anormal o retardo en la osificación, —

respiraciones defectuosas, alteraciones faciales, dificultades para hablar y problemas psicológicos.'

Debido a que la succión es dentro de los malos hábitos infantiles uno de los más comunes y más extensos, tanto los dentistas como los pediatras y psicólogos lo han dividido para estudiar cada una de sus manifestaciones, por separado. Comúnmente cuando la succión es un mal hábito - se presenta en una o varias de las siguientes formas.

A) Succión digital

B) Succión de chupones y mamilas

C) Succión de Carrillos

D) Succión labial.

CAPITULO III

SUCCION DIGITAL

La succión digital es uno de los malos hábitos infan tiles que más ha preocupado a padres, psicólogos, pedia tras y dentistas. Desde el punto de vista paterno, la — succión digital es un hábito que no es aceptado social — mente; el psicólogo se interesa por éste ya que puede ser la manifestación o recuperación de otro problema mayor el pediatra teme las deformaciones de los dedos o bien a una alimentación deficiente del niño y al igual que el ciruja no dentista a las deformaciones bucales que el niño pueda tener por este hábito.

Es probable que todos los niños se succionen los puños, los dedos o los pulgares en un momento y otro de su infancia y el comienzo de la niñez.

Existen ciertas condiciones obvias las cuales estimulan al niño a succionarse el pulgar, ya que éste es el dedo que puede chuparse más comodamente; además lo acompaña siempre y éste es el medio más útil para poner a trabajar un mecanismo que se encuentra preparado para funcionar — desde el momento del nacimiento, y el cual desde temprana

edad constituye una característica de lo que una experiencia satisfactoria debe ser.

A pesar de que existe una diferencia en cuanto al momento en que comienzan a chuparse el dedo, en los primeros días de vida o en las semanas siguientes, muchos niños (o quizá casi todos), succionan uno o más dedos en mayor o menor grado. En 1957 Gesell e Ilg, expusieron el caso de un niño el cual se había succionado el dedo pulgar antes del nacimiento, el dedo del recién nacido estaba hinchado al producirse el parto, y se indicó que poco después del primer llanto la criatura se llevó el dedo — hinchado a la boca.

Varias teorías, y muchas de ellas contradictorias — entre sí, han sido expuestas para explicar las causas de la succión del dedo pulgar. Según Lewis, las condiciones de debilidad como son la fatiga, el hambre, una tensión emocional, enfermedades, después de un regaño, etc., pueden ser factores preponderantes en la estimulación de la succión digital. Existen otros autores que indican que este hábito puede ser producido por un destete prematuro causando al niño una experiencia desagradable y frustradora, la cual puede tener una conexión importante con el de

desarrollo emocional del niño.¹

Concretamente se pueden agrupar todas las distintas ideas en tres teorías:

A) La succión como una respuesta a un impulso oral.¹

Según algunas opiniones el niño succiona el pulgar o los otros dedos ya que la necesidad de ejercitar el meca-nismo de succión no queda satisfecha durante el proceso - para obtener su alimento.

En un estudio realizado, se comprobó que el 54.2 de los sujetos observados con hábito de lengua protráctil habían presentado succión digital, ya que de los sujetos que no presentaban lengua protráctil, únicamente el 25% había tenido succión digital.

Cuando existen amígdalas hipertróficas e hipersensititivas, provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de ésta se desplace hacia adelante creando - así el hábito de lengua protráctil.

Otra de las causas que puede dar origen a este mal hábito lingual, es el de haber alimentado al niño con biberón

Anderson, en el estudio mencionado con anterioridad, observó que un mayor número de niños con lengua protráctil habían recibido una alimentación con botella, mientras que con pecho únicamente el 17% pero el 91.7% de los alimentados con botella presentaba lengua protráctil y de los alimentados con pecho únicamente el 8.3%.

La presencia de macroglosia es una de las causas que provocan lengua protráctil. Al no poder mantener el niño dentro de su boca la lengua por ser demasiado grande, comenzará a protruirla, y si esto no es, Levy, ratificó estas ideas diciendo que según su teoría es más probable que un niño el cual está siendo alimentado con biberón siga haciendo succión si la abertura del chupón es grande y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño provocando un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo obteniendo la misma cantidad de leche.

B) La actividad oral como auxiliar del anhelo de alimentarse.

Otra teoría la cual se encuentra ligada con la anterior es la que dice que la succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer -

que se encuentra asociado con la obtención del alimento, inclusive cuando este existe.

Una de las primeras y más profundas satisfacciones de la vida del niño es el alivio del hambre, siendo este motivo por el cual succiona. Desde una temprana edad de obtención del alimento en la cual la parte más activa es la desempeñada por la acción de succionar, realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador; este siente que dentro de él algo le está molestando, y se encuentra inquieto, pero después del alimento, y de la succión por consiguiente, esta molestia desaparece encontrándose más descansado.

La acción de succionar viene acompañada de un bienestar y satisfacción. Es por lo cual que no debe de extrañar que el niño trate de descubrir los medios para poder restablecer aunque sea en parte esta sensación de bienestar y satisfacción, los cuales logra por medio de la succión, y por lo que esta teoría dice que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañada de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener esta satisfacción primaria, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria que es la de succionar.

C) La succión como una actividad sexual:

Esta teoría que es la que apoya Freud, nos dice que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producido por la acción de succionar es una especie de estimulación erótica, que proporciona un placer — sensual. Dice esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral. Se ha llamado fase o etapa oral al período de la presencia de estas actividades, y es considerada — como una de las etapas pregenitales del desarrollo sexual al igual que las etapas uretral y genital por las que pasa el niño.

Muchas veces los niños pueden dejar de succionar durante un tiempo prolongado y luego volver a hacerlo con — más vigor que antes, pudiendo muchos conservar durante — años el hábito de succionarse el pulgar o cualquier otro dedo.

Starr indica que la succión del pulgar se presenta — con mayor frecuencia cuando existe una falta de armonía en la relación materno infantil. Divide Starr el problema de la succión digital según su aspecto clínico en tres fases del desarrollo.

Fase I. Considerada igualmente por Fesell e Ilg, es en la que se puede tomar a la succión como normal y de una significación subclínica; esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años de edad, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar o cualquier otro dedo. Pero cuando el niño ya presenta una tendencia específica al chupeteo con mayor vigor, hay que tomar una actitud correctiva para evitar futuros problemas bucales. Sobre este punto indica Klackenberg que en esta etapa es preferible el uso del chupón de hule sobre la succión vigorosa del pulgar, ya que en estudios realizados por él, el chupón es menos perjudicial.

Traisman y Trisman corroboraron lo dicho por Starr al indicar que es en esta fase en la que el chupeteo se incrementa; en un estudio realizado por ellos con 264 sujetos, desde el nacimiento hasta los 15 años, observaron que casi la mitad se succionaba el dedo pulgar en algún momento durante el período de observación, y de estos un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el otro 25% comenzó antes de cumplir un año.

Fase II. Esta segunda fase en la que la succión ya puede presentar una significación clínica, ya más o menos

de los dos a los cuatro años de edad. Esta fase requiere de una mayor atención ya que a esta edad el chupeteo nos muestra una ansiedad, y principalmente desde el punto de vista del cirujano dentista, el final de esta segunda fase está ya cerca de producir sus efectos nocivos sobre la dentición permanente y otros tejidos bucales.

Sobre esto, Traisman y Trisman dijeron, que en el mismo estudio mencionado con anterioridad, la edad promedio en la que se interrumpió la succión digital fue a los tres años ocho meses, pero que también varios de los niños continuaron con el hábito y algunos lo abandonaron hasta los 12 ó 15 años.

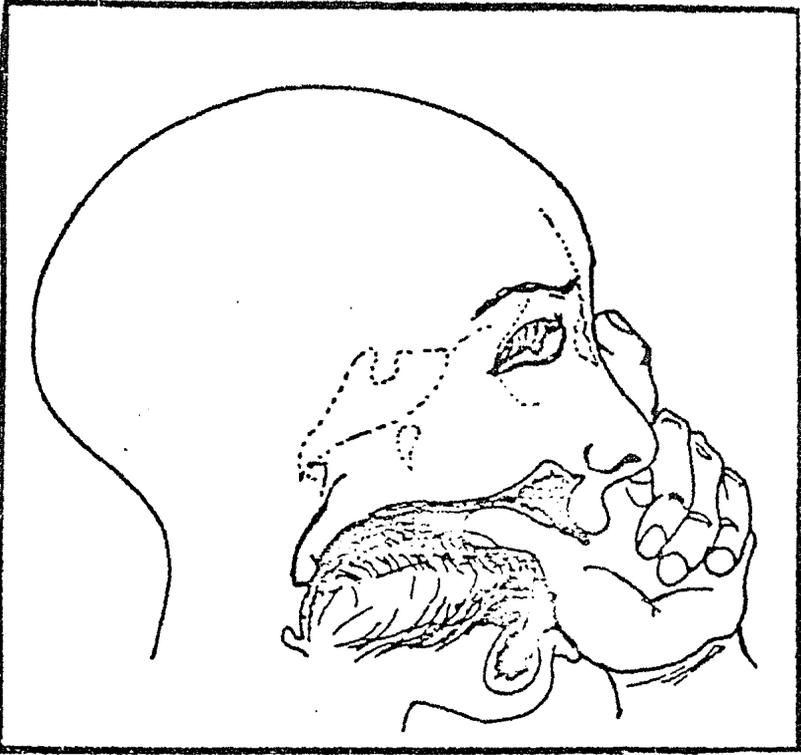
Fase III. Al persistir el hábito en el niño después de los cuatro años, representa para el dentista un problema mayor, ya que a esta edad el hábito puede presentar también patología psicológica o emocional, la cual influirá grandemente en la persistencia del hábito.

Michaels y Goodman en 1934 suministraron datos sobre perturbaciones y hábitos en 255 varones y 220 niñas de 6 a 15 años, los cuales asistieron a un campamento de vera

no. La información que se obtuvo de este estudio fue en parte de los padres y en parte de los sujetos por medio de la observación y preguntas. Se llegó a observar va-rios hábitos y distintos tipos, pero dentro de los bucales se vió la succión del dedo pulgar, presentándose en el 17.6% de los varones y en el 34% de las niñas, ms-trándonos que el hábito de la succión digital aún se en-cuentra cuando el sujeto presenta ya la dentición mixta o bien una dentición permanente, la cual se va a ver —grandemente afectada por dicho hábito.

Ya con anterioridad, en 1929 Olson había indicado -al igual que Michaels y Goodman, que no nada más la suc-ción del dedo pulgar sino que la mayoría de los hábitos se ven frecuentemente en niñas que en varones.

Muchas veces la succión del dedo pulgar se ve acom-pañada de otros hábitos secundarios. Algunos niños no -podrán dormirse si no se chupan el pulgar o cualquier —otro dedo y a la vez se acuestan con algún juguete o al-gún trapo o cobija de su agrado; o bien algunas veces se estiran un mechón de pelo o dan de estirones al lóbul-o de la oreja, siendo estos algunos de los hábitos secunda-rios típicos.



El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición - postural de descanso, ejerciendo - una presión labial y depresora so- bre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre - los inferiores.

MALFORMACIONES:

Las malformaciones producidas por la succión digital sobre el maxilar superior e inferior, los tejidos blandos y los arcos dentales incluyendo la oclusión van a depender de varios factores, entre los principales está el de la duración del hábito, la frecuencia con que se practique, tanto en el día como en la noche, ya que el niño que se chupa el dedo esporádicamente o solo cuando va a dormir tiene menos posibilidades de malformaciones que uno que tiene su dedo constantemente en la boca, la posición del pulgar dentro de la boca, el cual por lo general se encuentra con la yema apoyada contra el pulgar, mientras que el dorso va en contacto con la lengua o el maxilar inferior. La posición de la mandíbula, el desarrollo óseo, el estado de salud del niño, las contracciones y otros tantos factores también son de mucha importancia.

Rákosi realizó un estudio con 413 niños los cuales presentaban distintos casos de maloclusión, en este estudio se indicó que el 85% de los niños presentó la succión del pulgar por más de cuatro años; como conclusión se obtuvo que la succión del dedo pulgar o cualquier otro era de las principales causas en la producción de maloclusiones. A su vez Kjellgren en su estudio de 167 succionadores del dedo pulgar encontró el 87% con maloclusión; también Repovitch reportó que un 52% de los 689 niños que estudió, cuyas edades variaban de los 3 a los 12 años, presentaban maloclusiones las cuales podían ser atribuidas a malos hábitos orales.

La malformación que con más frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar es la mordida abierta anterior.

Durante la succión la mandíbula se retrae, pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retrusión y los incisivos inferiores se lingualizan. Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de un cambio articular y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, al producirse la linguoversión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobrepresión provocando una inhibición en el desarrollo del maxilar en dirección lateral, resultado un arco dental estrecho elevándose la bóveda palatina con lo que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a la posición normal; se presenta una protrusión de los dientes anteriores superiores una sobremordida vertical profunda (overbite) una protrusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado por los incisivos superiores.

Al producirse la protrusión del maxilar superior y la retrusión de la mandíbula, provocando consigo una mordida abierta, se va a producir una dislalia, o sea un trastorno de la articulación de los fonemas, como cuando se deja escapar involuntariamente parte del aire que se encuentra en la cavidad bucal o bien la lengua no puede hacer un buen contacto con los incisivos superiores, ya que están protruidos o con el paladar el cual se encuentra sumamente elevado.

Cuando la succión es muy intensa y prolongada, las alteraciones no son nada más bucales, sino que se pueden observar también en el dedo como el espesamiento de la piel, callosidades o cicatrices.

La succión digital al provocar la protrusión de los incisivos superiores puede dar origen a otros hábitos bucales, como son la lengua protráctil y la succión del labio inferior.

TRATAMIENTO:

Para poder realizar cualquier tratamiento requerimos siempre de una historia clínica completa, y en el caso de la succión digital se recomienda aparte de la historia — que utilizamos normalmente, una historia clínica especial sobre hábitos que complementará a la otra y la cual deberá de ser obtenida preferentemente con el niño fuera del cuarto. Una buena historia clínica sobre succión digital es la combinación de las historias clínicas propuestas por Mc.Donald y Graber.

Muchos y muy variados han sido los tratamientos que se han empleado para tratar los hábitos de succión digital

Algunos de estos han sido efectivos y han logrado vencer el hábito, pero otros no nada más no lo han vencido, sino que han provocado que éste se prolongue causando problemas mayores, tanto bucales como en la conducta del niño.

Algunos padres han tratado por sí mismos de romper el hábito de la succión digital por medio de castigos o la fuerza y debemos de recordar que todo lo que atrae la atención del niño absorbe las energías en el grado que con frecuencia lo hacen las actividades orales, debe de considerarse de suma importancia dentro de la economía de su vida, y cuando empleamos el castigo u otras medidas duras contra esta actividad castigamos algo que existe en el niño y hasta cierto punto lo rechazamos, e inhibimos una necesidad emocional que se encuentra dentro del niño, ya que en la mayoría de los malos hábitos persistentes, hay una historia clara de declaraciones prematuras de disgusto e intentos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando así el hábito tiempo después de en el que normalmente sería desterrado. El niño continuará con la succión ya que este será un medio para llamar la atención y el cual evitaré que la succión digital, que es una reacción progresiva a un estímulo recompensa, desaparezca espontáneamente, o bien el niño lo hará con mayor fuerza y en lugar de hacerlo a la vista de todos, buscará la soledad pro

vocándose así un mayor sentimiento de culpa el cual se — agregaré a su estado emocional. Se ha demostrado que el — tratar de suprimir un hábito por la fuerza se pueden provo — car otros como tics y conductas irregulares los cuales pue — den llegar a ser más perjudiciales que el de la succión di — gital.

Algunas de las medidas incorrectas que por lo general los padres o personas mal informadas toman para inhibir el hábito son el de poner protectores en los dedos, substan — cias irritantes como el chile o amargos, o bien colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros objetos, para — impedir que puedan doblar el brazo. Todas estas medidas — que no dan resultado, y en las ocasiones que lo logren pro — vocan otros hábitos, o bien en el momento de suspender el tratamiento, la succión digital aparece de nuevo.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará re — sultado si no hacemos al niño consciente del problema y lo — gramos contar con su ayuda, es decir que mientras el niño no esté convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, ya que tarde o tem — prano 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 la succión, también se le mostrará el resultado para que pueda apreciar lo que va a lograr con la ayuda del dentista.

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

Durante esta etapa en la que el niño trata de dominar por sí solo el hábito se deberá hablar con los padres para que estos le den su cooperación al no mencionar al niño el problema, se les indica que vigilen que no sean otros familiares o amigos los que comenten sobre el hábito, ya que son el niño y el dentista quienes se encargarán de resolverlo.

El aparato que lleguemos a colocar nos servirá para:

A) Romper el hábito de succión, ya que a pesar de que el niño pueda meterse el dedo a la boca, no recibirá una verdadera satisfacción.

B) Evitar la sobrefuerza sobre el segmento anterior ya que debido a su construcción, el aparato previene la presión del dedo que desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y los labios.

C) Distribuir también la presión existente sobre los dientes posteriores, ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza a la lengua hacia atrás, cambiando su forma de una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar superior, contrarrestando así el estrechamiento del arco dental del maxilar debido al hábito de succión.

D) Para recordar al paciente que está recayendo en su hábito.

E) Para que su hábito en vez de placentero le resulte molesto.

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión sería aquel que reunirá las siguientes características:

- I) Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular.
- II) Que no requiera de ningún recordatorio para su uso.
- III) Que su uso no apene al niño.
- IV) Que no dependa del recordatorio paterno.

La mejor edad para la colocación del aparato es entre los 3 y 4 años de edad, y es recomendable que sea durante la primavera o el verano cuando la salud del niño es óptima y el deseo de succión puede ser inhibido durante juegos al aire libre y actividades sociales.

Si los pacientes son normales, niños saludables, raramente aparecerán efectos desfavorables, excepto un ceceo temporal que generalmente desaparece con el uso del aparato o inmediatamente después de retirado éste.

Varios son los diseños de aparatos fabricados para -
 suprimir la succión digital, algunos de ellos son removi
 bles y otros fijos. Los removibles no son recomendables
 ya que a pesar de que el niño quiera resolver su problema
 no tiene la suficiente madurez para conservar el aparato
 todo el tiempo dentro de la boca.

El aparato que tal vez sea el más utilizado es el que
 se construye de la siguiente manera.

Se toma una impresión con alginato o cualquier otro
 material de impresión y se obtiene un modelo de trabajo.
 Se podrán utilizar bandas o coronas de acero las que se -
 adaptarán a los segundos molares primarios superiores. --
 Después con alambre de ortodoncia del número 0.040 se pro
 cederá a hacer el cuerpo central del aparato, el alambre
 va a ir desde el segundo molar primario hasta el punto de
 unión entre él primer molar primario y el canino primario
 en donde se hará un doblez hacia el segundo molar prima -
 rio de este mismo lado, dándole así al alambre la forma -
 de una letra "U", el alambre deberá de ir al nivel del --
 margen gingival.

Después con alambre del mismo número se hace un do --

blez en forma de curva (loop), el cual se extiende hacia atrás hasta el tercio mesial del segundo molar primario superior y hacia adelante en donde quedan como espolones, 2 milímetros por detrás de los incisivos inferiores; se solda al cuerpo del aparato a 45° del plano oclusal. Se coloca un tercer alambre en medio de los otros dos que es el tercer espolón y se solda. Luego se procede a soldar todo el cuerpo a las bandas o coronas según sea el caso. Se cortan y pulen los bordes sobrantes, y ya está lista para llevarse a la boca.

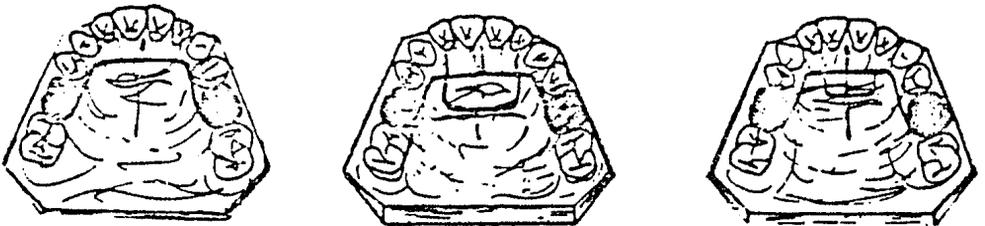
En la siguiente cita se retira del modelo y se prueba dentro de la boca, si se utilizan coronas se revisan los puntos altos se comprueban que los incisivos inferiores no choquen con los espolones, en cuyo caso se recortarán hasta que queden 2mm. por detrás de los anteriores inferiores y 3mm. por debajo del borde incisal de los superiores. Si todo está correcto se puede cementar.

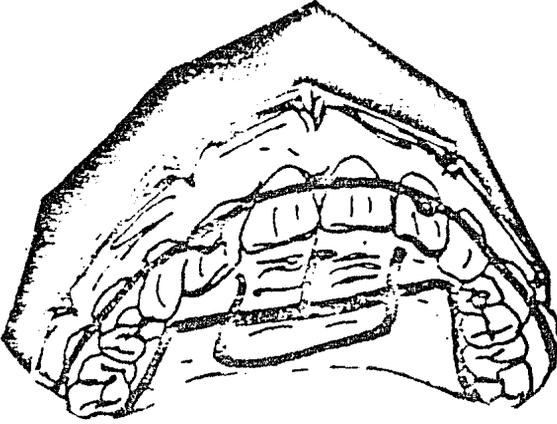
Una vez cementado se le explica al niño que le tomará algunos días en acostumbrarse, que tal vez en un principio le cueste un poco de trabajo limpiar la comida que se atore en el aparato, y que trate de hablar despacio y claro.

Otro aparato que también es utilizado bastante y según algunos dentistas no tiene problema de los espolones que según ellos pueden llegar a ser traumáticos, es el que también se sostiene por medio de bandas o coronas sobre los segundos molares primarios superiores se utiliza el número 0.040. La cual también va a ir en forma de "U" de un segundo molar al otro y en la zona de los dientes anteriores forma una serie de "S" continuas las cuales suprimirán la satisfacción que el niño obtiene al succionarse el dedo.

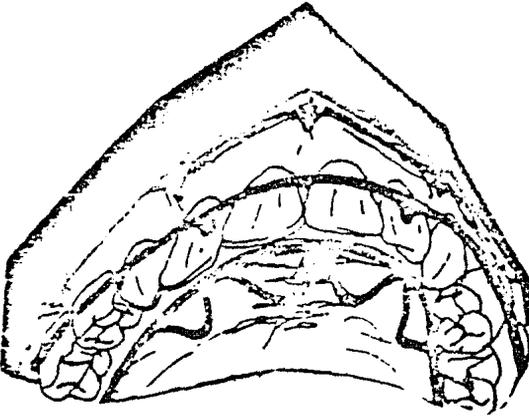
Este aparato se cementará y tiene las mismas indicaciones que el anterior.

El aparato se usa generalmente de 4 a 6 semanas pero esto varía, se dejará unas cuantas semanas después de desaparecido el hábito y se podrá retirar.





Aparato utilizado para romper el hábito de succión digital.



Aparato rompehábitos en forma de "S" continuas para la succión digital.

CAPITULO IV

CHUPONES Y MAMILAS

La alimentación es sin duda uno de los actos más importantes en la vida humana, en la infancia, una correcta alimentación va a ser un factor predisponente en el favorable desarrollo del niño.

Muchas y muy variadas han sido las polémicas de como se debe de alimentar al niño, ya sea con pecho o con biberón, y en casi todas no se ha tomado en cuenta la gratificación sensorial que va asociada con la alimentación materna, la cual es de suma importancia. Los fabricantes de mamilas, al concentrarse únicamente en la obtención del alimento han olvidado la fisiología básica del amamantamiento. En la alimentación con pecho, la lengua es tráfida hacia adelante poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arriba y abajo y hacia adelante y atrás, provocando así el mecanismo de succión. El calor del pecho materno lo siente el niño no nada más en los tejidos que están en contacto directo con el pezón, sino que también dentro de un área que se extiende por fuera de la boca. El calor y el amor

materno dan sin duda una sensación de alegría y bienestar que unidas al alimento van a lograr una completa satisfacción del niño.

Las mamilas convencionales no pueden dar el calor y el amor del cuerpo materno y es por lo que la fisiología del amamantamiento no es duplicado.

Debido al mal diseño de las mamilas, la boca se encuentra más abierta y se requiere de una demanda anormal por parte del mecanismo de succión. Los movimientos rítmicos hacia adelante y atrás por parte de la mandíbula, la elevación y declinación de la lengua se ven reducidos, y esta reducción incrementa aún más cuando el agujero de la mamila se ve agrandado, y la leche o el líquido alimenticio son chorreados prácticamente dentro de la garganta del niño, disminuyendo así el ejercicio que debería de hacer el niño durante el amamantamiento y que es el que favorece a el crecimiento de la mandíbula.

De acuerdo con Harwick (1930), los niños criados con biberón se encuentran expuestos frecuentemente a sofocaciones y a sufrimientos de ansiedad como consecuencia.

Anderson realizó un estudio comparativo entre la alimentación por medio de la madre, del biberón y mixta, llagando a las conclusiones de que los niños alimentados con pecho se encontraban mejor ajustados y presentaban menor número de hábitos orales, mientras que los niños alimentados con biberón mostraban frecuentemente hábitos de succión los cuales se veían incrementados cuando el biberón había sido usado como medio para aquietarlos e inducirlos al sueño.

Una alimentación incompleta, o sea que no se termina de alimentar al niño hasta que esté completamente satisfecho, puede provocar que el niño enfoque esta hambre hacia hábitos de lengua, labios y succión digital. No es posible especificar cuanto tiempo se debe de tomar la madre -- en alimentar al niño, ya que algunos requieren de mayor -- atención y tiempo, pero es necesario tratar de evitar que el niño se quede con hambre.

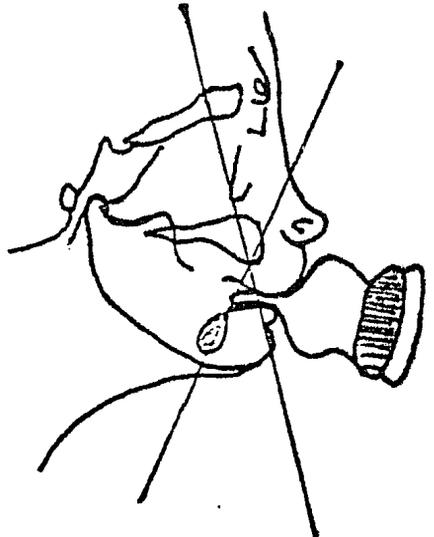
Aparte de una alimentación incompleta, existen otros factores los cuales son predisponentes en la presencia -- de problemas pediátricos y dentales, como consecuencia de mamilas mal diseñadas y técnicas de alimentación con biberón.

Alimentación con una mamila - convencional. Nótese que la boca está abierta indebidamente más de lo normal y los labios cierran con dificultad.

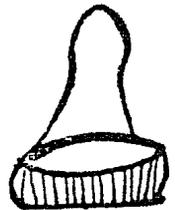
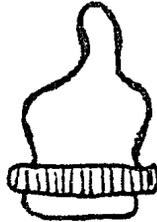


La mamila convencional requiere del niño únicamente que succione, no tiene que trabajar y ejercitar su mandíbula para que se desarrolle. Con este tipo de mamilas, y debido a su nariz redonda, la boca se encuentra abierta - indebidamente más de lo normal y los labios sellan difícilmente propiciando una entrada mayor de aire, y una presión anormal de los músculos es efectuada como una respuesta compensatoria a los excesivos movimientos de apertura.

Alimentación con una mamila fisiológica. Toda el área perioral entra en contacto con la mamila que le proporciona un valor parecido al materno y que - por ser flexible, los labios se adaptan fácilmente a ella.



Tratando de duplicar al máximo el pecho materno se ha fabricado una mamila la cual incita al niño a realizar la misma actividad funcional que durante la alimentación a pecho. Esta mamila consta de un chupón de mayor tamaño que el normal, que entra en contacto no solamente con los labios, sino que con una mayor área alrededor de la boca; su nariz es más larga y se encuentra diseñada en tal forma que permite un mayor sellado entre la lengua y el paladar durante la alimentación.



Comparación entre la mamila convencional y la fisiológica.

Mucho se ha discutido sobre el uso de los chupones. Algunos padres los utilizan como "tranquilizadores" o bien para inducirle al niño sueño. En muchas ocasiones el niño logra satisfacer su hambre, más no su deseo de succión, y es cuando busca algo en que desahogar este deseo.

La pregunta que tanto padres como pediatras dentis-
tas se han venido haciendo es: Es aconsejable el uso de
chupones en niños?. Se considera que es preferible que no
sea usado, pero si nos encontramos con niños que tienen -
gran deseo de succión y no canalizamos nosotros este de -
seo hacia un chupón diseñado apropiadamente, ellos lo ha -
rán pero hacia otros hábitos con es el de succión digital
la cual a la larga causará más problemas y nos costará -
más trabajo desterrar.

Al igual que la mamila, el diseño del chupón para ni -
ños es de gran importancia para prevenir probables malo -
clusiones.

Se han fabricado dos tipos de chupones para niños. -
El primero que es un ejercitador, está diseñado de tal ma -
nera que estimula y provoca los movimientos del amamanta -
miento, dándole al niño una agradable satisfacción. El -
otro chupón es de mayor tamaño y se utiliza en niños mayo -
res de un año, tiene contacto palatartal que permite toda
posible estimulación para el crecimiento del arco dental.

Es de esperarse que el uso del biberón anatómico jun -
to con el chupón fisiológico usados correctamente reduci -

rán de gran manera la necesidad y el deseo del niño para ejercicios suplementarios entre comidas y durante las — horas de sueño como son, la succión digital y los hábitos de la lengua.

CAPITULO V

SUCCION LABIAL

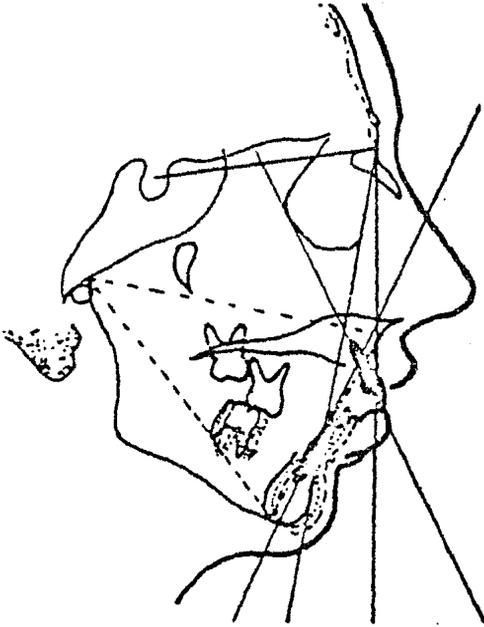
La succión labial o queilofagia es una actividad anormal la cual aparece en muchas ocasiones como resultado de una succión digital, pudiéndose presentar simplemente como una mordida al labio o bien como una succión labial con mayor fuerza.

Al presentar el niño la succión digital por un tiempo prolongado, sufrirá esta una serie de malformaciones bucales las cuales provocarán la aparición de actividades musculares compensatorias y que a su vez incrementan deformidades.

Cuando existe una sobremordida horizontal, le es más difícil al niño lograr un cierre normal de los labios para efectuar la deglución, y es por lo que coloca su labio inferior pegado a la cara palatina de los incisivos superiores, ejerciendo así una presión negativa sobre los dientes anteriores al intentar cerrar la boca.

En muchas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital se dan cuenta que al succionar el

bio inferior o simplemente mordidoselo, logran obtener la misma satisfacción, que obtenían al chuparse el dedo, y así poco a poco irán desplazando a la succión digital - para dedicarse por completo a su nuevo hábito que les parecerá más comodo y conveniente.



FUNCION ANORMAL DE LA MUSCULATURA PERIORAL QUE TIENDE A —
ACENTUAR LA MALOCCLUSION EN —
DESARROLLO.

MALFORMACIONES:

La presencia de succión labial va a causar una sobremordida horizontal completa. Es cierto que cuando ya existe una sobremordida esta va a ser una de las causas para que aparezca la succión labial, pero al aumentar esta succión va a provocar que la sobremordida sea mayor, efec

tuándose así un círculo vicioso.

Al colocar el niño el labio inferior sobre la cara palatina de los incisivos superiores y deglutir con una actividad anormal de los músculos, va a ejercer una sobrepresión sobre estos dientes labiolizándolos, y los incisivos inferiores por la misma sobrepresión van a tender a linguarizarse.

El labio superior no va a poder hacer contacto con el inferior como debería de ocurrir en la deglución normal, y tiende a volverse hipotónico, además que al dejar de funcionar se retrae o se vuelve corto. A su vez el labio inferior en casos severos muestra por sí solo los efectos del hábito, ya que su borde se encuentra abultado y se torna hipertrófico en algunos casos aparecen herpes crónicos acompañados de áreas de irritación.

TRATAMIENTO:

Para poder realizar un tratamiento correcto requeriremos antes de un buen diagnóstico, es decir que si por ejemplo existe una excesiva sobrenordida horizontal la actividad anormal del labio puede ser únicamente una actividad

compensatoria para poder deglutir más fácilmente. Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la oclusión, se puede asegurar que el paciente después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la mordida, lo único que hacemos es corregir un síntoma pero no el origen del problema. Es por lo que como primer paso del tratamiento deberemos de corregir la oclusión con la ayuda de un ortodoncista, y en la mayoría de los casos desterraremos así el mal hábito sin necesidad de ningún aparato rompe hábitos.

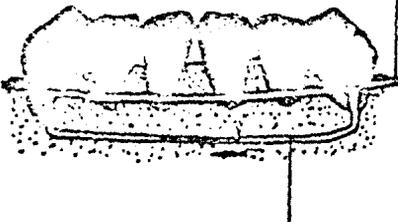
En aquellos casos en que nos encontramos con una oclusión que se puede considerar normal, o bien que ésta ya ha sido corregida y la succión labial persiste, la solución del problema es la colocación de un aparato labial. El aparato nos será también de gran utilidad en aquellas ocasiones en que el hábito sea primordialmente un tic neuromuscular.

Para la fabricación del aparato tomaremos primeramente dos impresiones con alginato, las que correremos para obtener los modelos de trabajo y se montarán dependiendo de la edad del paciente los primeros molares inferiores

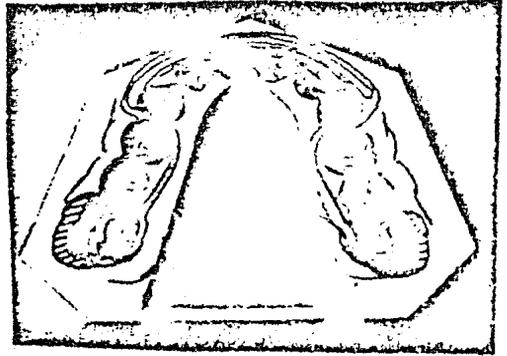
permanentes o los segundos molares primarios inferiores como pilares para el aparato, en estos se colocarán coronas metálicas o bien bandas ortodóncicas las que se ajustarán. Se toma un alambre de ortodoncia del número 0.040 el cual nos servirá como cuerpo del aparato y se ajustará lingualmente desde el primer molar inferior hasta el espacio interproximal comprendido por el primer molar primario inferior hasta el espacio interproximal comprendido por el primer molar primario inferior y el canino, en donde se pasa el alambre hacia labial y se lleva a la altura del tercio gingival de los incisivos hasta el lado opuesto para pasarlo también por el espacio interproximal del canino y primer molar primarios hacia lingual y llevarlo hasta el primer molar inferior. La porción labial del aparato deberá de quedar de 2 a 3 mm. aproximadamente separado de la cara labial de los incisivos, y además se deberá de revisar que el alambre no haga contacto con la cara palatina de los anteriores superiores, si esto sucede se doblará el alambre más gingival. Se toma posteriormente otro alambre principal de 6 a 8 mm. hacia gingival, llevándolo hacia el otro lado en el que se solda el extremo libre. Este alambre auxiliar debe de ir separado del tejido gingival aproximadamente 3 mm.

Se solda el alambre principal a las coronas y se prueba en el modelo, para quitar las posibles interferencias oclusales. Se limpia y se pule y ya puede ser cementado en la boca.

ALAMBRE BASE
DE 0.040



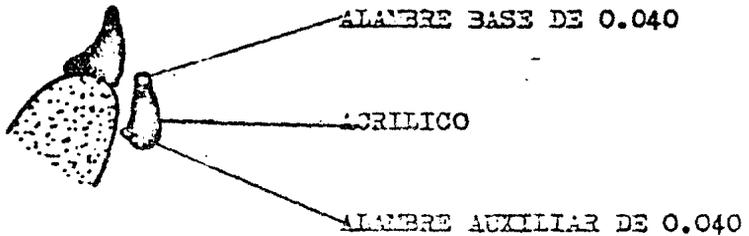
ALAMBRE AUXILIAR DE 0.040



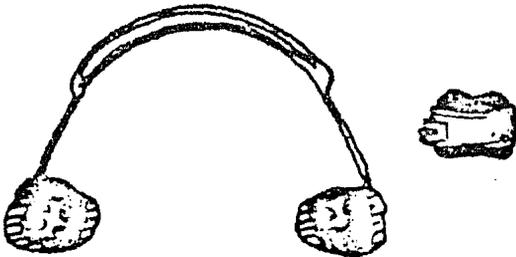
APARATO ORTOPÉDICO
PARA SUCCIÓN LABIAL.

La porción labial pueda ser modificada al agregar acrílico entre el alambre principal y el auxiliar, esto es con el fin de evitar la irritación del labio inferior.

Otra variante del aparato es en el que el alambre principal va totalmente por bucal.



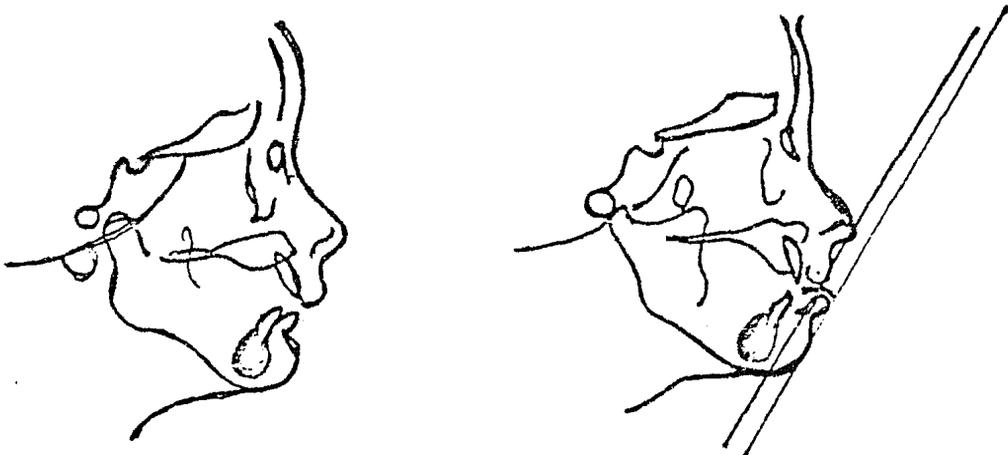
El aparato deberá de permanecer al igual que el de succión digital por varios meses en la boca y puede ser retirado por partes, se retira primero el alambre auxiliar y luego el resto del aparato.



APARATO PARA SUCCION LABIAL
POR MEDIO DE UN ARCO LINGUAL.

Una vez retirado el aparato es conveniente recomendar al paciente una serie de ejercicios con el fin de evitar — una reincidencia del hábito y para disminuir la hipotenci-
dad y flacidéz del labio.

Estos ejercicios deberán de realizarse de 15 a 30 mi-
nutos diarios y consistirán en bajar lo más posible y con -
fuerza el labio superior hacia los incisivos inferiores y -
subir el labio inferior por encima del superior.



Ejercicios labiales para incisivos superiores prominentes y espaciados y para labios hipotónicos y cortos. (A) -
Postura habitual con incisivos prominentes y labio corto. -
(B), Extensión del labio superior para aumentar la tonicidad y, cuando es combinado con la contracción enérgica del labio inferior, para retraer los incisivos.

CAPITULO VI

LENGUA PROTRACTIL

El hábito de lengua protractil es el acto en el cual el niño interpone o adelanta su lengua durante el acto de la deglución.

La lengua protractil se observa frecuentemente en niños que presentan una mordida abierta anterior y una protrusión de los incisivos superiores, pero las preguntas — que siempre se han venido haciendo dentistas e investigadores son: es el hábito la causa de estas deformidades? o bien es el resultado de la mordida abierta? Una respuesta concreta a esta serie de preguntas sería imposible, ya que esta variará de un sujeto a otro, y lo que en algunos podría ser la causa, en otros sería el resultado.

ETIOLOGIA:

Varios autores, entre ellos Anderson, Graber y Moyer afirman que el hábito de lengua protractil es el resultado de un hábito de succión digital, ya que después de que esta ha creado una mordida abierta anterior, la lengua se proyecta hacia este espacio ocupándolo, aumentándole, e —

impidiendo que este se cierre.

El acto de proyectar la lengua hacia adelante se realiza principalmente durante la deglución, y se provoca así un acto de deglución anormal.

Durante la deglución normal los músculos de la masticación actúan para poner en oclusión los dientes y mantenerlos así durante todo el acto, la punta de la lengua hace contacto con la papila incisal del maxilar y con las caras palatinas de los incisivos superiores el dorso y los lados de la lengua se acercan al paladar haciendo presión sobre este y los labios se encuentran cerrados suavemente.

En la deglución anormal los músculos de la masticación no trabajan para ocluir los dientes y realizar así el sellado bucal, sino que la lengua es protruida por entre los dientes superiores e inferiores realizando de esta manera la deglución.

Según varios autores, una de las causas de la deglución anormal es la persistencia de la deglución visceral o infantil aún después de que han hecho erupción los dientes. En la deglución infantil el niño deglute con sus rebordes-

gingivales separados, los cuales aún se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos primarios, forman estos una separación o barrera entre los labios y la lengua, y normalmente la forma de la deglución cambia, entrando en función los músculos de la masticación, pero en ocasiones no sucede así y la deglución visceral persiste.

MAIFORMACIONES:

El hábito de lengua protráctil, como ya se dijo, puede ser causado en algunos casos por una mordida abierta -- anterior, pero casi siempre el hábito es la causa y no el resultado.

Los distintos efectos, ya sean causados por el tamaño, la postura o la forma de la lengua o del acto de deglutir, van a repercutir grandemente en la estructura y constitución de los tejidos bucales.

La macroglosia es una de las causas que mayormente afectan a los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior y diastemas.

Durante la deglución la lengua ejerce una presión --

desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta presión es compensada por la fuerza que ejercen los labios y los carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, y ya que es protruida en cada deglución, y tomando en cuenta que deglutimos por lo menos 1000 veces al día, da como resultado la vestibularización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida abierta anterior y por consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito por demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario de ceceo así como problemas del lenguaje.

TRATAMIENTO:

Para poder realizar el mejor tratamiento es necesario obtener un buen estudio del hábito por medio de los signos y síntomas que manifiesta el paciente.

En aquellos casos en que las malformaciones sean debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será una glosectomía parcial o cirugía correctiva de la lengua combinada con agentes esclerosantes.

Las amígdalas deben ser revisadas para comprobar que

no es esta la causa de la protrusión lingual, ya que en los casos en que las amígdalas se encuentren inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua rozan produciendo un aumento del dolor, y por consiguiente un movimiento reflejo en el que la mandíbula desciende, separándose así los dientes, y la lengua se coloca entre ellos, originándose así un nuevo reflejo de deglución.

Antes de colocar un aparato rompen hábitos es recomendable instruir al paciente para deglutir correctamente. Se le indica que durante la deglución la punta de la lengua debe de estar colocada en la papila incisiva; se le hace deglutir varias veces para que localice perfectamente el lugar correcto; luego con una pastilla de menta o limón se le dice que la mantenga con la punta de la lengua contra el paladar, el niño segregará saliva y se ve obligado a deglutir, acostumbrándose poco a poco a deglutir correctamente.

Pocos van a ser los niños que logren vencer su hábito lingual tan fácilmente, pero de esta manera tendrán conciencia del lugar en que debe de colocarse la lengua. En los casos en que no se venza el hábito por medio de ejercicios el tratamiento más adecuado será la colocación

de un aparato rompehábitos.

Estos ejercicios consisten en que el niño extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde del bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero, el labio superior se extiende en la posición descrita anteriormente. El borde del bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonacidad de los labios. Este ejercicio debe realizarse de 15 a 30 min., diarios durante un período de cuatro a cinco meses.

El aparato que se utiliza para corregir el hábito de lengua protráctil es un arco lingual muy semejante al de la succión digital pero con unas pequeñas variaciones. El aparato lleva los mismos espolones aunque estos se encuentran más curvados hacia abajo con el objeto de formar una barrera que dé mayor protección a los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, de la sobrefuerza que ejerce sobre ellos la lengua durante la deglución.

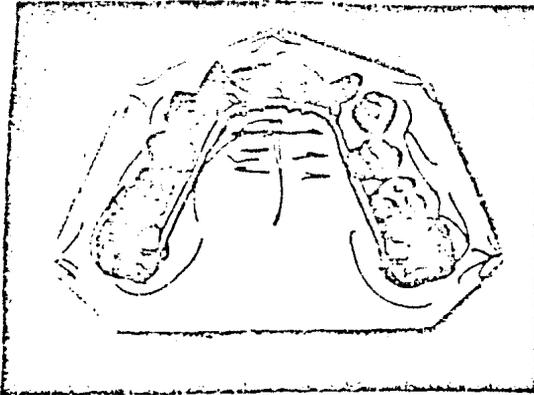
El aparato que se utilice para la corrección de este hábito lingual deberá de llenar dos objetivos, que son:

- A) Eliminar la fuerza que ejerce la lengua durante la deglución al ser proyectada esta hacia adelante.
- B) Reeducar a la lengua para que esta tome una postura correcta durante la deglución y en reposo.

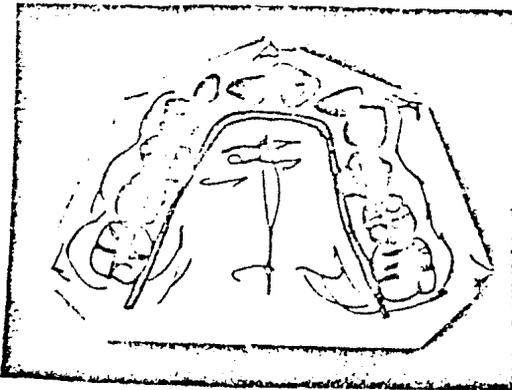
Otro aparato que también es utilizado, es el que consta, al igual que el mencionada con anterioridad, de un arco lingual, pero en la zona de los dientes anteriores tiene una serie de curvas en forma de "S" continuas, las cuales forman una barrera que protege a los dientes de la protrusión lingual; el aparato debe de quedar por abajo del borde incisal de los incisivos inferiores para brindarles también protección.

Este tipo de aparato tiene la ventaja que cuando la lengua es proyectada también contra la zona de los premolares o molares primarios y molares permanentes produciendo una mordida abierta posterior, este aparato es utilizado, colocando la zona de curvas en el lugar en donde la mordida abierta se presenta.

El tiempo de duración de este aparato o del anterior dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá variar de 4 a 9 meses. En muchas ocasiones la malformación es ya tan extensa que el aparato no puede resolver por sí solo la deformidad y es cuando se requiere también de un tratamiento ortodóntico.



APARATO CON CURVAS EN FORMA
DE "S" CONTINUAS.



CAPITULO VII

RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal es un hábito oral nocivo que — puede presentar frecuentemente los niños, y el cual muchas veces pasa desapercibido ante los padres y los cercanos al niño.

Para el niño, su manera de respirar lo parecerá normal, ya que por falta de conocimientos y a pesar de presentar una obstrucción nasal o alguna otra causa que predisponga la respiración bucal, va a pensar que todas las personas respiran igual que él.

ETIOLOGIA:

La respiración bucal puede deberse a varias causas — las cuales se pueden clasificar arbitrariamente dentro de tres grupos:

- A) Por problemas nasales
- B) Por problemas bucales
- C) Por costumbre

Los problemas nasales que causan una obstrucción en las vías respiratorias, son los que con más frecuencia — dan origen a la respiración bucal.

Los niños que padecen de una obstrucción nasal presentan una ventilación entorpecida, esta obstrucción puede ser total o parcial, pero indudablemente va a dificultar la inspiración y expiración provocando que el niño respire por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que más frecuentemente presentan los niños y que pueden dar origen a la respiración bucal tenemos las amígdalas y adenoides hipertróficas; cornetes demasiado grandes o inflamados, sinusitis crónica, rinitis medicamentosa, la cual es causada por ciertas drogas las que congestionan la mucosa nasal obstruyendo los conductos nasales, esto desaparece al suspender el medicamento; rinitis vasomotora, que es más bien un término bajo el cual varias enfermedades nasales sin un diagnostico específico son clasificadas; alergias que afectan a la mucosa nasal; y el tabique nasal desviado.

Ciertas maloclusiones dentales tales como incisivos superiores labiolizados o mordida abierta anterior, impiden

que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones en el mismo labio que al encontrarse corto no logra realizar el "sellado bucal" favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

En algunas ocasiones cuando la causa aparente de la respiración bucal ha sido eliminada, ya sea nasal o bucal, y el niño sigue respirando por la boca, presenta este una respiración bucal por hábito o costumbre.

ALTERACIONES:

Un aspecto típico que casi siempre presentan todos los respiradores bucales es que se conoce como "facies alienoidea" que se caracteriza por amplia distancia interpupilar, boca entre abierta, los dientes superiores anteriores se encuentran labiolizados, existe apilamiento de los dientes anteriores inferiores, hipotonía del labio superior e hipertrofia y aprietamiento del inferior, frecuentemente sobremordida, desarrollo sobre el piso de la nariz, y falta de crecimiento de la mandíbula.

En estudios realizados por otorrinolaringólogos, con probaron que las personas que presentan respiración bucal padecen con mayor frecuencia molestias en el aparato respi

ratorio.

En un exámen clínico de un paciente con respiración bucal podremos observar abundancia de cálculos dentales, - la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que causa la respiración anormal, las en - cías están crecidas en la zona labial de los incisivos su - periores, si el labio superior cubre parte de la mucosa - gingival, es posible notar una clara diferencia en el líni - te del tejido que se encuentra protegido. La intensidad - de la irritación variará según la porción expuesta al aire así como el grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente. Por lo general la zona más afectada es la an - terior del maxilar superior y toda la mandíbula se encuen - tran más protegidas del aire por los carrillos y la lengua pero en casos extremos la afección se puede extender en to - da la boca, provocando una inflamación crónica y la degene - ración progresiva de los tejidos gingivales, si no son so - metidos a tratamiento.

Durante la respiración bucal, la mandíbula se encuen - tra abatida y la lengua es colocada sobre los incisivos in - feriores con el fin de dejar un libre paso al aire, dando como consecuencia una ligera mordida abierta.

Debido a que la respiración se encuentra relacionada íntimamente con el habla, los pacientes que presentan respiración bucal así como las malformaciones resultantes de esta anomalía, padecerán de alteraciones en el habla.

TRATAMIENTO:

El primer paso que se debe de seguir para tratar a un niño con respiración bucal es revisar y comprobar que no presente ninguna obstrucción nasofaríngea, si esta obstrucción existe, es necesario remitirlo con un médico otorrinolaringólogo el cual realizará el tratamiento adecuado para el libre paso del aire a través de la nariz.

En ciertos casos cuando la respiración bucal es debida a alguna malformación dental, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de una función normal de la musculatura perioral logran reactivar el labio superior, permitiendo así el cerrado labial y estimulando la respiración nasal normal.

En algunas ocasiones a pesar de que la corrección nasofaríngea o la bucal, cualquiera que la indicada sea, ha sido realizada, el niño continúa respirando por la boca, debido

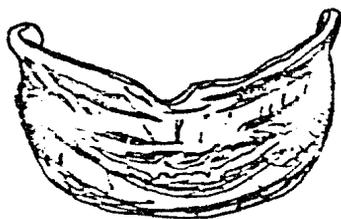
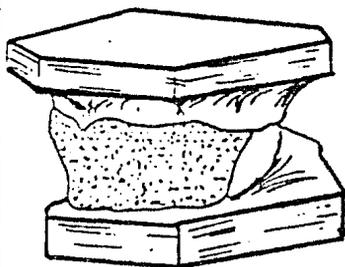
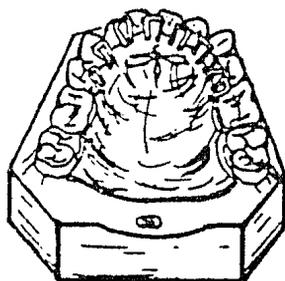
a la costumbre, y es en estos casos en que el cirujano dentista debe de colocar una placa bucal o pantalla vestibular que obliga al niño a respirar por la nariz.

Antes de colocar una placa bucal es de suma importancia comprobar y estar seguros de que el niño no presenta ninguna obstrucción nasal y puede respirar libremente por la nariz.

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que se fortalece la acción de los labios y evita la succión labial.

Para la construcción de la placa tomaremos impresiones tanto superiores como inferiores las cuales se articularán y mantendrán en oclusión; posteriormente con un lápiz se marca el contorno de lo que será el aparato, cuyo límite debe ser el surco vestibular evitándose las inserciones musculares. Se toma una hoja de papel estaño la que se coloca sobre el molde y se recorta siguiendo la línea, luego esta hoja de estaño se coloca sobre una hoja de plexiglas la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estaño. Una vez recortado el plexiglas se calienta y se adapta al modelo, se recorta y se pule y ya se puede colocar en la boca.

Esta placa se utilizará durante las noches y se mantendrá hasta que el hábito desaparezca.



CAPITULO VIII

BRUXISMO

El bruxismo que es considerado dentro de los hábitos orales infantiles uno de los que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y tejidos adyacentes, ha sido nombrado de distintas maneras, tales como bruxomanía, parafunción, neurología traumática, y más recientemente — briqueísmo y bricomanía.

Por bruxismo podemos definir a los movimientos de — trituración desgaste y rechinariento de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconsciente y es controlado de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen la existencia de este hábito a menos de que alguien se los haya — hecho notar, por consiguiente nuestro diagnóstico deberá — de basarse con mayor énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar los probables signos — y síntomas típicos de bruxismo, de los cuales se hablará — más adelante, y del interrogatorio a los padres o acompañantes del niño.

El desconocimiento de la existencia del bruxismo por parte de el paciente fue comprobado por Burdgaard-Jorgensen en un estudio de 496 pacientes, de los cuales el 88% padecía el hábito. A su vez Reding indicó que un 15% de los sujetos observados por él en un estudio presentaban bruxismo.

La práctica del bruxismo se presenta con mayor frecuencia e intensidad durante la noche, pero no se debe descartar la existencia de personas que lo realizan durante el día al encontrarse bajo una tensión y logran con el hábito una vía de escape.

ETIOLOGIA:

La etiología del bruxismo es un tema el cual hasta la fecha sigue siendo punto de discusión, sin embargo los estudios más recientes indican que las principales causas del bruxismo son sobrecarga psíquica o emocional, y las causas locales o bucales en las que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado del aumento del tono muscular, dicho aumento es causado por las interferencias oclusales, la tensión nerviosa o emocional

o por dolor o molestias.

Debemos de considerar que cualquier factor irritante al sistema nervioso, desencadenará una reacción la cual podrá tener su manifestación en el bruxismo o en cualquier otro hábito como la succión digital, la onicofagia, etc., estas irritaciones nerviosas pueden ser la angustia, el temor, agresiones reprimidas, frustraciones, tensiones emocionales, etc.

Dentro de los factores locales que van a dar origen a movimientos musculares no funcionales tenemos: las in-ter-fer-en-ci-as oclusales, que pueden ser causadas por cúspides prominentes, obturaciones mal ajustadas, hiperplasia gingival o cualquier enfermedad parodontal, irregularidades linguales, labiales o en los carrillos; dolor en la articulación temporomandibular y músculos masticatorios y molestias.

Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedades del sistema nervioso como son las meningitis, epilepsia, parálisis cerebral y deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo. Durante las horas de sueño las pesadillas pueden provocar rechinar de dientes.

MALFORMACIONES:

El número y la gravedad de las malformaciones producidas por bruxismo variará según la intensidad y el tiempo en el que este hábito se ha venido realizando, esto es debido a que la actividad muscular que se efectúa durante — las horas de sueño es sumamente variable, y las contracciones musculares pueden durar desde un segundo hasta un minuto cada una, pudiéndose producir hasta 250 contracciones — en un tiempo normal de sueño.

Los daños que con frecuencia son observados a causa del bruxismo se encuentran en las coronas de los dientes — las que presentan una reducción que va en aumento en su — longitud, y la cual es debida al desgaste causado por el — frotamiento de unas contra otras y que no coincide con el desgaste normal masticatorio o de deglución. Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes del esmalte afilados e irritantes, astillamiento de las coronas e inclusive fracturas de éstas y de las raíces.

En la pulpa también se presentan alteraciones como — son la hiperemia pulpar, hipersensibilidad principalmente al frío y en casos avanzados necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto, en la articulación temporomandibular y en los músculos masticadores, puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefalea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hipertrofia muscular masticatoria, la cual puede ser unilateral o bilateral. Esta hipertrofia puede influenciar en el desarrollo de la mandíbula y provocar una asimetría facial. La hipertonidad puede provocar que el niño se muerda la lengua, los carrillos o los labios.

TRATAMIENTO:

Debido a que el bruxismo es causado principalmente por factores psíquicos así como factores oclusales, el tratamiento a seguir se basará en la eliminación de ambos factores.

Se le deberá de proporcionar al paciente psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional o psíquica productora de la tensión muscular. El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el hábito reaparecerá. Los ejercicios relajantes,

así como la diaterapia pueden ser de gran ayuda para — disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxis — mo.

Es necesario también eliminar las interferencias o — clusales por medio de un ajuste para evitar la producción de una tensión muscular.

Se puede utilizar también una placa para mordida o — una férula oclusal. Una placa debe de lograr los siguien — objetivos:

- I) La eliminación de las interferencias oclusales — con el mínimo de abertura.
- II) Mantener a los dientes dentro de una posición es — table mientras el aparato es utilizado.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales, que han sido sugeridas como tratamiento para el bruxismo. Dentro de las placas bucales, que son las que — utilizan los ganchos Hawley a diferencia de las férulas — oclusales que mantienen unidos y sujetan varios dientes, — la que mejores resultados ha proporcionado es la ideada —

por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor en el área de los molares de cada lado de la arcada superior. La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores en donde hacen contacto los incisivos inferiores, el acrílico se extiende hasta el borde incisal de los anteriores superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien ajustada y estabilizada sobre los dientes evitando así el vaivén de estos.

Las férulas que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida para el tratamiento del bruxismo abarcan no solo el borde incisal de los anteriores sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores. La férula se fabrica sobre modelos montados en el articulador utilizando acrílico de fraguado en frío o en caliente in distintamente. Esta férula deberá tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

Estos dos dispositivos eliminarán o disminuirán gran deamente el bruxismo y evitarán el desgaste oclusal e incisal, además de que proporcionarán un relajamiento muscular

El uso de la placa debe de realizarse únicamente du rante la noche.

CAPITULO IX

OTROS HABITOS

Dentro de los malos hábitos orales infantiles existen algunos que no se llegan a presentar tan frecuentemente como los anteriores o bien sus repercusiones bucales - no son tan grandes. Es por esta razón que en este capítulo se abarcan estos hábitos, que a pesar de no tener la misma importancia que los ya mencionados es necesario hablar de ellos ya que el cirujano dentista debe de estar capacitado para atender cualquier tipo de hábito.

Según Angle existen ciertos hábitos de mímica los cuales son producidos por los músculos bucales, los que podrían causar deformidades en la cavidad oral o bien inhibir el éxito de un tratamiento de Ortodoncia. Hellman indicó que también el tartamudeo puede llegar a repercutir en la boca.

SUCCION DE CARRILLOS:

Aún no se sabe cuales son las causas exactas que producen la succión de carrillos. Existen autores que indi

can que tal vez este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital, es decir que pueda deberse a un simple impulso para satisfacer una necesidad oral o alimenticia la cual no fue debidamente satisfecha.

Un factor que puede dar origen a la succión de carrillos es una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito. Esto no quiere decir que el hábito solo se presentará cuando ya exista una mordida — abierta posterior, ya que en muchos casos el hábito va a ser el que produzca esta mordida abierta y creará un círculo vicioso, que mientras más dure y se incremente el hábito, mayor será la deformación, y mientras mayor sea la mordida abierta aumentará más el hábito.

Como tratamiento para este hábito podemos colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta. Este tipo de aparato tiene el inconveniente de que puede ser utilizado únicamente durante la noche. El aparato más adecuado para la corrección de este hábito es el que está formado por un alambre que va adaptado y se sostiene por bucal y lingual de los dientes en los que se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona —

de los molares y premolares, y en la parte bucal lleva una masa de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que los dientes continúen en su erupción para cerrar la mordida abierta.

HABITO DE CECEO:

El hábito de ceceo que correctamente es llamado sigmatismo, es un defecto en la articulación del fonema "s".

Los sigmatismos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, o deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación, etc. Muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio o prótesis. Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Para un estudio más completo de los sigmatismos, estos se han dividido según la causa, y así tenemos:

I) Sigmatismos linguolabial.- En este sigmatismo el

fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.

2).- Sigmatismo labiodental.- Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "f".

3).- Sigmatismo interdental.- Este es uno de los más frecuentes, y es debido a una protrusión lingual la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca — este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.

4).- Sigmatismo dental.- En este tipo la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debería sino contra los superiores debido a anomalías dentarias como apiñamiento inferior, giroversiones, linguoversiones, etc.

5).- Sigmatismo palatal.- Este defecto se presenta al retroceder la punta de la lengua y producir el sonido entre ésta y el paladar. Este hábito puede ser debido a — prognatismo o por una mordida abierta anterior en la que — la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El ceceo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protuída puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse hacia los lados, o bien provocar un paladar ojival al hacer presión sobre éste.

El tratamiento se basará primeramente en identificar la causa del sigmatismo, en los casos en que se debe a — problemas dentales como por ejemplo la falta de incisivos superiores, se hará la corrección de esta anomalía y el — paciente deberá de ser remitido a un terapeuta del lenguaje; en los casos en que la causa sea un mal empleo de la lengua se remitirá directamente al terapeuta para que una vez enseñado el niño a pronunciar correctamente el fonema "s" pueden ser corregidas las malformaciones que este hábito haya causado.

Debido a que el paciente está firmemente convencido — que su pronunciación es correcta, lo mejor será que el — terapeuta no intente corregirlo, sino por el contrario enseñarle un sonido completamente nuevo.

Los niños que padezcan de sigmatismo deben ser curados

preferentemente antes de que entren a la escuela, y en — los casos que la curación es reciente no es recomendable — que frecuenten a otras personas que ceceen, para evitar — una recaída.

ONICOFAGIA:

Los niños que presentan una tensión psíquica y emocional a menudo adquieren el hábito de morderse las uñas ya que encuentran así una vía de escape para esta tensión

Este hábito por lo general no aparece antes de los tres o cuatro años de edad y su duración es aproximadamente hasta los dieciocho años, pudiendo terminarse antes o después.

En estudio realizado se ha visto que un gran número de niños presenta o ha presentado este hábito. Michaels y Goodman vieron que de 475 niños y niñas observados el 45% de los niños y el 55% de las niñas presentaban onicofagia. Wechsler observó a 3000 niños de los 3 a los 18 años, los cuales se mordían las uñas.

La onicofagia raramente causará alguna maloclusión, en casos extremos podrá provocar una atrición en los dientes inferiores, pero por lo general este hábito desaparecerá o será substituido por otros hábitos como morder lápices o fumar al ser mayores.

HABITOS DE POSICION:

Existen investigadores que indican que las posiciones deficientes así como las prolongadas durante las horas de sueño, pueden producir malformaciones bucales así como fa-ciales y craneales.

Se ha mencionado que niños que duermen sobre un brazo pueden causarse una retrusión mandibular o una mordida a - bierta, o niños pequeños que por dormir en una misma posi-ción pueden moldear la cabeza produciendo una asimetría — facial.

Sobre este respecto se ha exagerado y poco se ha com-probado, lo que si puede suceder es que una maloclusión ya existente pueda ser acentuada pero no originada por esta - causa.

MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS:

Este hábito generalmente se ve en niños ya mayores y en personas adultas.

Se considera que este hábito es un modo de escape — también de una tensión emocional que puede presentar un niño o adulto. Según varios autores es la continuación — de diversos hábitos infantiles como la succión digital, — la succión de chupones, la onicofagia y otros.

El niño puede meterse cualquier objeto y mantenerlo en la boca mordiéndolo, así veremos niños en edad escolar morderán lápices o plumas, o niñas que abrirán pasadores para el pelo con la boca, etc.

Las malformaciones que puede producir este hábito dependerán del objeto que sea introducido a la boca, así — como la duración y la intensidad con que se practique.

CONCLUSIONES

I.- Debido al gran número de maloclusiones dentales producidas por los distintos tipos de hábitos, es de suma importancia el conocimiento de éstos por todo cirujano -- dentista.

II.- Requeriremos siempre de una buena historia clínica para lograr un diagnóstico correcto y así nuestro -- tratamiento podrá tener éxito.

III.- No se logrará realizar ningún tratamiento exitoso de succión digital si no hacemos consciente al niño de este problema y obtenemos su colaboración.

IV.- La naturaleza es sabia, y ningún biberón podrá substituir al pecho materno, por lo que siempre es preferible el amamantamiento, en los casos que no sea posible, el biberón anatómico es lo recomendado.

V.- No es aconsejable el uso de chupones, únicamente en aquellos casos en que se substituya por la succión digital.

VI.- El niño que padezca de respiración bucal solo podrá tener un tratamiento correctivo después de que se tenga la certeza de que tiene sus vías respiratorias li - bres.

VII.- Debido a su doble etiología, el tratamiento del bruxismo deberá de abarcar tanto el aspecto psicológico como el dental.

VIII.- Ya que el hábito de ceceo es producido por una incoordinación lingual, es necesario que el paciente sea remitido a un terapeuta del lenguaje complementado con un tratamiento dental.

IX.- Ningún aparato rompehábito deberá ser retirado inmediatamente después de que desaparezca el hábito, sino que hay que dejarlo un poco más de tiempo en la boca para evitar que el niño pueda recaer.

BIBLIOGRAFIA

BRANDT, S. Growth Prediction.

GROWTH PREDICTION, JOURNAL CLINICAL ORTHODONTICS

pp: 348 Vol. IX

ENLOW, D.H. Growth and Architecture of the Face.

JOURNAL AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

p: 645 -647

GRABER, T.M. Crecimiento y Desarrollo

ORTODONCIA

p: 26, 27, 29, 35-71

HITCHCOCK, P.H. Facial Growth and Occlusal Development

ORTHODONTICS FOR UNDERGRADUATES

p: 97, 113

HOYERS, R. Crecimiento y Desarrollo

ORTODONCIA

p: 9-38

BIBLIOGRAFIA

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA

"LOS SISTEMAS EN ORTODONCIA"

MEXICO INTERAMERICANA

1976

"PSICOLOGIA DEL NIÑO"

JERSELD ARTHUR T.

EUDEBA

1972

"ORTODONCIA ACTUALIZADA"

J.S. BRESFORD

L.M. CLINCH

J.R. HOLDEN

BUENOS AIRES MUNDI 1972

"ODONTOLOGIA PEDIATRICA"

SIDNEY B. FINE 4a EDICION ESPAÑOL

1976

"ORTODONCIA EN LA PRACTICA DIARIA"

RUDOLF HOLTZ

3a. EDICION INTERAMERICANA

"ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA"

T.M. GRABER

INTERAMERICANA 3a EDICION

1974

"ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE"

RALPH F. MC DONALD MURDI 1971

"PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS"

VOL XXII NUM. 5

REVISTA A.D.M. 1965

"MANEJO CLINICO DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL"

VOL. XXII NUM. 3

MAYO-JUNIO 1972

"RELACION ENTRE LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y LA ENSEÑANZA
ORTOPEDIATRICA"

EUÑO LARREIGO FSEDELEOSO

SP 1

COMO AYUDAR AL CHUPADEDOS A CONTROLARSE ?

VOL. XXIX NUM. 5

VOL. XXIX

SEPT. OCT. 1972

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL

EIJOU SIDNEY W.

ED. TRILLAS 1971

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

SICHENBAUM J. W. (1963)
 ZAHNÄRZTLICHE MITTEILUNGEN
 (JOURNAL DENTISTRY FOR CHILDREN 30-224)
 (FRANKFURT)

TOLLEY W. J. (1970)
 SCHWEIZERISCHE
 MONASTSCHRIFT
 FÜR ZAHNHEILKUNDE
 DE OSTSCHLAND 80-622

KRANZHELM A. (1972)
 CONGRESS OF EUROPEAN
 ORTHODONTICS
 FRANKFURT

HOFMATH A. (1931)
 DIE BEDeutUNG DER
 RÖNTGENFERN AN DIAGNOSTIK
 DER KLEINZAHNANOMALIE

FORSCHRIFTE 1232
 ORTHODONTIK
 DEUTSCHLAND.

ESTA EDICION
ESTUVO AL CUIDADO
DE SERVICIOS PERIODISTICOS
ESPECIALES DE MEXICO
IGNACIO MARISCAL 32-303
TEL. 5-35-22-39

ESTA EDICION
ESTUVO AL CUIDADO
DE SERVICIOS PERIODISTICOS
ESPECIALES DE MEXICO
IGNACIO MARISCAL 32-303
TEL. 5-35-22-89
MEXICO, D.F. C.P. 06030