

870122
88
2g

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

APARATOLOGIA FIJA EN LA CORRECCION
DE HABITOS ORALES.

TESIS PROFESIONAL

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

ASESOR: DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS
GUADALAJARA, JALISCO 1986



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E .

INTRODUCCION.

GENERALIDADES.

CAPITULO I.-

HABITOS ORALES:

a.- Etiología.

b.- Clasificación.

CAPITULO II.-

SECUELAS DE LOS HABITOS ORALES:

a.- Sobre tejidos duros.

b.- Sobre tejidos blandos.

CAPITULO III.-

Selección de aparatología fija con sus ventajas y des-
ventajas.

CASOS CLINICOS.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

La Odontología, es una de las ciencias de la salud que --- abarca el estudio de una terapéutica destinada a prevenir el dete-- rioro del aparato dentario y el uso de procedimientos clínicos per-- tinentes para tratarlo o rehabilitarlo cuando esté dañado. Entre -- sus muchas ramificaciones está la prevención y la corrección, duran-- te el curso del crecimiento, de las malposiciones dentarias y de -- las deformaciones maxilo-faciales y la conservación o restauración de las cualidades estéticas bucal y facial.

La Ortodoncia interceptiva constituye no sólo una de las -- ramas de la Odontología, sino el elemento fundamental dentro del -- proceso de la corrección de las maloclusiones dentarias.

La Ortodoncia es la ciencia que se ocupa de la morfología facial y bucal en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo así como del conocimiento, prevención y corrección de las desviaci-- ones de dicha morfología y funciones normales.

Considero entonces: La aparatología fija en la corrección de hábitos bucales una de las áreas más importantes dentro de la -- práctica dental, de ahí mi afición por realizar el siguiente traba-- jo.

Conocer la etiología de los hábitos bucales, las secuelas que originan y el tratamiento para su corrección puede constituir -- el mejor servicio que se le puede prestar al paciente dental.

El camino que se va a seguir depende de los conocimientos que se tengan acerca de los principios biológicos y mecánicos básic-- os, del grado de habilidad necesaria para ir llevando a término --

las fases del plan de tratamiento del nivel de criterio y del necesario discernimiento para valorar los detalles.

Los aparatos fijos cuando están indicados y adecuadamente instalados dan los resultados más positivos, de salud y función natural.

Los aparatos fijos son los que menos riesgo tienen de que se los quite o los pierda el paciente.

El presente trabajo solo pretende dar una idea, de algunos aspectos que considero importantes en la corrección de los hábitos y el conocimiento de los aparatos fijos para su tratamiento.

GENERALIDADES .

En ésta tésis tratamos los principales aspectos de lo que llamamos hábitos orales.

Explicar cuál es la razón o el factor desencadenante en -- los niños para que la succión del pulgar, la proyección de lengua y el chupado del labio inferior se conviertan en hábitos orales.

Las secuelas que se forman a consecuencia de los hábitos -- orales se manifiestan tanto en tejidos duros como en los tejidos -- blandos y en ésta tésis consideramos los tres tejidos principalmen- te afectados que son:

A.- Neuromuscular.

B.- Esquelético.

C.- Dentario.

Hice una investigación de cuáles son las estructuras esta- dísticamente más afectadas, cuántos tipos del tamaño de la lengua - se pueden clasificar, etc., así como también la corrección de los - hábitos por medio de aparatología fija.

En ésta investigación se incluyeron 6 tipos de aparatos fi jos, cómo debemos de fabricarlos y en qué casos vamos a utilizarlos Y finalmente se explica cuáles son sus ventajas y desventajas.

Esta tésis la realicé principalmente para hacer notar la - diferencia que existe con los aparatos fijos y demostrar la efecti- vidad de ellos.

C A P I T U L O I.
HABITOS ORALES.

Hábito es la costumbre adquirida por la repetición de un mismo acto que se torna finalmente en automático.

Hábito es la parte del modo de ser de un individuo o de su temperamento. (6)



A.- ETIOLOGIA.

El niño desde el momento en que nace tiene bien desarrollado el mecanismo para chupar, y es su intercambio más importante con los demás, porque obtiene nutrición, y una sensación de euforia y -- bienestar que es indispensable en la primera parte de su vida.

Mediante el acto de mamar o chupar, el niño recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de -- seguridad, un sentimiento de calor por asociación a sentirse necesitado.

Los labios son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Después de desarrollar sinapsis -- el lactante no necesita tanto de ésta vía de comunicación.

Se ha dado mucha importancia a la controversia que existe entre la lactancia natural y artificial, y se ha comprobado que no -- se ha prestado atención a la gran importancia que constituye la lactancia natural. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades cinestésicas neuromusculares poderosas.

Al buscar una forma eficaz para alimentar al bebé por me-- dio de un aparato se ha olvidado la fisiología básica del acto de -- mamar.

LACTANCIA NATURAL:

Durante la lactancia natural la encía se encuentra separada una de la otra, la lengua es llevada hacia adelante a manera de -- émbolo, la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto cons

tante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. El niño siente calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino toda una zona extendida más allá de la boca. El calor de la madre todavía no se ha podido substituir con ningún aparato por muy eficiente que sea, - tampoco es substituíble el amor y el afecto.

LACTANCIA ARTIFICIAL:

Es cuando se utiliza el biberón que posee una tetilla similar al pezón de la madre pero sólo toca la membrana mucosa de los labios del bebé, falta el calor por asociación del seno y del cuerpo materno, y la fisiología no es imitada (1)

Por medio de la tetilla el niño no tiene que hacer igual - esfuerzo al mamar, debido al gran agujero que ésta tiene, el mamar - se convierte en chupar; se acelera la salida de la leche lo cual reduce el tiempo necesario para la lactancia.

Está comprobado que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

También estudios han comprobado que la lactancia con la tetilla artificial evita que el niño trabaje e impide el desarrollo normal del maxilar inferior, la leche cae casi directamente a la garganta y evita los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Las mamilas de punta roma hacen que el niño jale más aire

y deberá ser eructado con mayor frecuencia, se recomienda tardarse - media hora por lo menos en la lactancia por intervalos en la alimentación del niño y creemos que la tetilla artificial debidamente diseñada junto con el contacto materno y los mismos, reducirá significativamente el desarrollo de los hábitos anormales del labio y de la lengua.

Se recomienda a los padres no eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo normal, dos años y medio porque constituye la fisiología básica de la infancia. Después los niños buscarán otras satisfacciones ambientales. Pero muchos no lo harán y el hábito al acentuarse no desaparecerá por sí sólo como lo hubiera hecho - si no se intenta modificarlo. (8)

Los niños tratan de llamar la atención de sus padres metiéndose el pulgar en la boca, cuanto más se preocupan los papás en obligar al niño a que deje el hábito éstos se encaprichan más, lo mejor sería que los papás ignoraran a sus hijos.

El principal infractor es el padre que se encuentra muy -- trastornado, demostrando mucho enojo y recurriendo al castigo.

La succión del pulgar puede considerarse normal hasta los dos años y medio de edad, después de ésta se debe tratar de eliminar para evitar que se convierta en un hábito persistente. (10)

Se han realizado en muchos países varios informes epidemiológicos que han demostrado que la succión de los dedos tiene lugar - en aproximadamente el 20% de los niños examinados cuando los papás - observan la protrusión de los dientes anteriores, superiores primarios o permanentes que se está ocasionando con el chupado de dedo -- muestran una gran preocupación y recurren al dentista en busca de -- una solución. (9)

Observan también con mucha angustia la distorsión que sufre la nariz al ser aplastada frontal o lateralmente por el lado índice cuando hay succión del pulgar.

Los niños están aislados completamente y apartados de las actividades de su familia especialmente las intelectuales.

Cuando los papás le llaman la atención a los niños, éstos se esconden en diferentes partes de la casa para chuparse el dedo.

Muchas veces existen enfrentamientos demasiado desagradables entre padres e hijos, y terminan por golpear al niño tratando de solucionar el problema.

Cuando tratan al niño en una forma más intelectual tratando de que el niño entienda, se observa con frecuencia una frustración de los padres al no poder disuadir al niño y terminan con amenazas e insultos. Cuánto más se preocupan por forzar o convencer al niño, éste más se empeña en detener esa costumbre, se tornan más fuertes, tanto las reacciones como la fijación. " Lo hemos intentado todo: substancias amargas, aparatos desagradables, yeso, alimentos picantes, etc.; y todo ha fracasado ".

Hay padres que no creen que existe un problema real, que el succionar el dedo representa una necesidad psicológica, que el niño va a eliminar por sí sólo, cuando él crea que su necesidad de succionar está totalmente satisfecha.

Hay quienes nos preguntan si será falta de cariño porque alguna vez han leído en algún libro o revista que el chuparse el dedo significa falta de afecto hacia el niño. (8)

Otros que creen que el chuparse el dedo significa falta de

alimentación adecuada o el exceso de ella, durante los primeros meses de vida, a veces nos platican con certeza de que el niño se chupa el dedo porque los primeros meses de la alimentación con biberón, en muchas ocasiones se manifiesta que el hábito se ha reducido después del nacimiento de un hermanito o de algún hecho que altera la vida familiar en forma drástica (divorcio de los padres, muerte de una persona o animal muy querido por el niño).

Se relaciona el hábito de succión digital con inseguridad en el niño; sobre todo si éste es ya mayor de los ocho años.

Estas impresiones que con frecuencia nos manifiestan los padres en cuya familia hay uno o más niños con el hábito de succión digital, después de los tres años de edad.

Muchas veces el pediatra se encuentra al igual que los padres muy confuso respecto al significado de la succión digital y de los problemas que puede ocasionar en la vida emocional o en el aspecto físico del niño. Generalmente el médico apoya sus decisiones en su particular experiencia o en la que la literatura psiquiátrica ha publicado al respecto. (8)

El doctor Langford en 1939 escribió: " El pediatra encuentra difícil ayudar a los padres que vienen a él en busca de soluciones al problema de succión oral en sus hijos ".

El pediatra investiga cuáles son los daños que el hábito ocasiona, los factores que motivan al desarrollo y cuándo y cómo tomar medidas para resolver el problema adecuadamente.

El pediatra actualmente no ha cambiado mucho su actitud y trata de tranquilizar a los papás mientras el niño no cumple los tres años de edad, después de éstos, si persiste la costumbre entonces

ces recurre a la ayuda de los Psicólogos y Cirujanos Dentistas.

RESPUESTA DE LOS NIÑOS:

Cuando hemos preguntado a los niños menores de siete años y medio el porqué se chupa el dedo, nos responde generalmente que lo hace sólo para dormir, que ya no se lo va a chupar, ya no me lo chupo tanto, no sé, ya no me lo voy a chupar porque dice mi mamá que me van a salir los dientes como de bruja, ya no me lo chupo porque no quiero parecer conejo, solamente si me enoja, porque me gusta hacer enojar a mi mamá.

DESPUES DE LOS SIETE AÑOS DE EDAD:

No me doy cuenta, no sé, porque me gusta, no me lo chupo - solamente meto el dedo a la boca pero no me lo chupo, lo hago sin -- querer, etc. (8)

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de el tiempo duración e intensidad de cada periodo de succión.

Debe recalcarse que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de 2 fuentes:

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

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a qué mano pertenece el dedo ofensor. (16)

Se ha intentado analizar la etiología, de tiempo (frecuencia) duración o intensidad (fuerza) en asociación con la mentalidad, anormalidad sexo, hermanos y el ambiente.

La duración del hábito más allá de la infancia temprana no es el único factor; de igual importancia son la frecuencia y la intensidad. El niño chupetea sólo esporádicamente o sólo cuando se va a dormir, tal vez sufra menos daño que uno que tiene el dedo en su boca de manera constante.

También es importante la intensidad de este hábito. En algunos casos se puede escuchar el chupeteo en el cuarto continuo. En estos niños se puede observar la función del músculo peribucal y las contorsiones faciales, en otros, el hábito casi nada más es la inserción pasiva del dedo dentro de la boca. (6)

Mientras la duración del hábito de succión aumenta, la probabilidad del desarrollo de la maloclusión clase II se incrementa -- también; si el hábito se suspende en una temprana edad (antes de -- los 6 años) los efectos de la oclusión son transitorios. En los casos estudiados, ninguno de los niños que habían abandonado el hábito después de los 6 años, presentaban una oclusión normal a los 12 años (16)

Las alteraciones producidas por el entretenedor (chupón) parecen ser menores que las producidas por la succión digital dependiendo el grado de alteración, de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, por lo que se ha sugerido el uso del entretenedor como sustituto del dedo.

El conocimiento de la magnitud de los hábitos de succión - en niños de edad escolar es importante para la determinación de las diferentes variables que pueden actuar sobre la etiología de la maloclusión en una población determinada, así como también para el diseño de programas preventivos para la comunidad.

El hábito de chuparse los dedos produce, según el dedo y - la frecuencia, deformaciones de tipo variado. (17)

B.- CLASIFICACION:

A.- COMPULSIVOS:

Los hábitos compulsivos son aquellos en donde en el niño - se forma una fijación y recurre a ellos en sus momentos de inseguridad y muestra un desequilibrio emocional, además se retrae a si mismo.

Algunos autores opinan, que cuando el niño tomaba su alimento durante los primeros meses de vida era poca o no era suficiente en cada toma o lo tomaba demasiado rápido,

Estos hábitos se encuentran fuertemente arraigados en el niño adquiriendo una gran fijación, por lo que siente una gran ansiedad y angustia si no se trata de corregir por medios mecánicos.

Massler (1961) nos dice: " El chupador de pulgar compulsivo es el niño que se chupa el dedo todo el santo día. Cuando va a la cama se chupa el pulgar, se duerme pero el dedo no saca de la boca y mientras está durmiendo ustedes están oyendo la succión por qué?, -- ese es el que tiene la maloclusión? " (22)

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan -- una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. En su válvula de

seguridad.

Cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente se retrae hacia si mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la sa tisfacción que ansia.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales - compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

También puede haberse producido demasiada tensión en el mo mento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de -- alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura mater nales, juega un papel importante en muchos casos. (2)

NO COMPULSIVOS:

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos casos amenazan de castigo fuerte por -parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño -continua en la madurez, al verse sometido a presiones externas por -parte de sus padres, de sus compañeros de clase y de juego.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos.

De éstas situaciones no resultan generalmente reacciones -anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta.

No compulsivos son aquellos que se adoptan o abandonan fá-cilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste.

El niño no se molesta ni presenta ningún problema por abandonar éste hábito al contrario se muestra cooperador y tranquilo pa--ra adoptar una nueva conducta en donde siente que va a madurar.

Estos hábitos son relativamente sencillos de corregir ya -que se adaptan o abandonan con facilidad conforme el niño madura.(10)

Distinguiremos, pues, en primer lugar dos grandes grupos: aquellos que aparecen como consecuencia de la necesidad de descarga

de una tensión psíquica (la succión digital, la onicofagia), y los que tienen una base física en su génesis (deglución atípica, respiración bucal).

No existe una única causa o conjunto de causas externas de finidas que preocupen la aparición del primer grupo de hábitos, que en cualquier caso dependerá de las vivencias específicas de cada sujeto sobre el medio que le rodea, las formas de relación que con éste se establezca, la cualidad del medio social y familiar, etc., pero si podemos afirmar que la succión digital y la mordida de uñas en estadios avanzados del desarrollo, suponen una regresión del niño a antiguas formas de relación estructurada con el medio a nivel psíquico. Tanto la causa que origine estas formaciones sustitutivas, como el hacia dónde vayan encaminadas, (el " para qué "), dependerá de la propia vida y experiencia del sujeto.

La regresión a que nos referimos supone un mecanismo que - comporta una trayectoria de sucesión de estructuraciones psíquicas - que las ansiedades del sujeto recorren en una dirección determinada, es decir, es una realización en sentido inverso; supone el retorno - del sujeto a etapas " superadas " de su desarrollo. El niño, pues, en un momento o ante una situación conflictiva que no puede elaborar, - recurre a una forma de satisfacción anterior, propia de otra etapa - ya pasada.

Respecto al segundo grupo de hábitos, es decir, aquellos - que aparecen como consecuencia de un problema fisiológico, no tenemos más remedio que referirnos a la experiencia que nos trae la re-educación mecánica o rehabilitación de estos hábitos.

Es general el hecho de la aparición de un sinfín de dificultades para:

1.- Incorporar el manejo de los músculos que le son necesarios al sujeto, a fin de obtener la " normalidad " de su respiración oral y deglución atípica.

2.- Poner en práctica el resultado de este aprendizaje, de lo que resultaría un hábito " sano ". Se observará tal vez la costumbre como causa de ésta dificultad, sin embargo, es evidente que un - cambio de " costumbre " en otras áreas es mucho menos dificultoso. - Habremos de recurrir a otra explicación. En realidad hemos de considerar el hecho de que el niño ha organizado toda su primera fase del - desarrollo del aparato psíquico (oral), alrededor de un modelo de deglución y respiración obligado. Estos modelos defectuosos físicamente, al ser objeto de modificaciones, harán que el niño reactive toda una problemática inconsciente que permanece establecida, como anteriormente señalamos y que, para evitar que surja, organice toda una serie de resistencias que entrarán en pugna con el aprendizaje re- cién realizado. (8)

Vemos, que en realidad todos estos hábitos tienen que ver con una etapa del desarrollo anterior, pero donde se mantienen deter- minadas fijaciones. Ahora bien, entendemos que, aunque lo fundamen- tal es la vivencia que el sujeto tenga de cada hecho en cada momento y en relación con su historia, es indudable que dicha vivencia esta- rá predeterminada por la importancia que la familia tiene en el desa- rrollo del aparato psíquico. Así mismo no podemos olvidar el medio - socioeconómico y el momento histórico en que ese niño nace y crece, pues todo ello influiría de forma decisiva en su desarrollo, en defi- nitiva, en la modalidad de estructura psíquica que quede organizada.

Hablemos ahora de las repercusiones de los hábitos perni- ciosos en el psiquismo del individuo.

No vamos a referirnos, en esta ocasión, a aquellas que se -

derivan de las malformaciones físicas que muchas veces estos hábitos comparten y que tienen una indudable repercusión psicológica en el individuo que habremos de considerar a la hora de establecer un tratamiento en el mismo.

Es conocido el hecho de que un síntoma psicológico supone, por otra parte, la aparición de un cierto grado de beneficio psíquico para el sujeto, habremos de distinguir dos tipos de beneficios -- que se establecen alrededor de los hábitos perniciosos del primer -- grupo (solo ocasionalmente aparecen con los del segundo). El beneficio primario, al primero en aparecer cronológicamente tras la formación del hábito, y el secundario. Tal beneficio primario aparecería conjuntamente con el hábito en el sentido de que todo síntoma -- nos muestra una huida frustrada de la tensión provocada por un conflicto. Por muy molesto que sea el síntoma tiene un objeto fundamental que es conseguir evitar situaciones más dolorosas psíquicamente. Además, el hábito pernicioso, detectado como tal, supondrá la aparición de determinadas modificaciones en las relaciones del sujeto con su medio, principalmente el familiar, dado que la familia ofrecerá -- probablemente más atención al niño, lo que puede redundar en una mayor fijación del mismo...

Es decir, el sujeto puede comportarse entonces como si su hábito estuviese incorporado definitivamente en su personalidad sin posibilidad de ser eliminado y tratará de obtener inconcientemente -- el mayor número de ventajas narcísticas posibles de ésta situación. Nos encontramos entonces el hábito pernicioso como integrado en el -- aparato psíquico del sujeto. Es decir, aparece como parte integrante de la personalidad del niño y de la dinámica de la estructura familiar. (15)

Ciertamente, y a partir de lo anterior, podemos considerar lo que implica la corrección mecánica de dichos hábitos, supone no --

ya el desarrollo del aparato psíquico y el desconocimiento de la génesis así como de la génesis del hábito y su incorporación e integración en la personalidad del sujeto, con toda la problemática que - - ello comporta para el paciente, sino que además contribuye en ocasiones a la mayor fijación del hábito, pues puede ocurrir que se contribuya a la satisfacción de los deseos narcisísticos, o tal vez que el - sujeto sienta que se le priva de una parte de sí mismo. En ambos casos se impide o dificulta la rehabilitación. Los criterios moralistas que suelen ser utilizados en el tratamiento de corrección mecánica con aquellos sujetos con hábitos perniciosos a fin de obtener un abandono de los mismos, supondrá, por lo general, afianzar la situación familiar creada alrededor del hábito, lo que reforzará la actuación del paciente, retrasando o incluso impidiendo la rehabilitación o bien confundiendo al sujeto llevándolo al rechazo del tratamiento. Se hace, pues, necesario conseguir la integración de un nivel más en el tratamiento: el nivel psíquico. La consecución de la interdisciplinariedad respecto de la salud - enfermedad, es uno de los objetivos perseguidos hoy desde diferentes lugares. Ciertamente la aparición de la Psicología como disciplina auxiliar integrada metodológicamente en la atención de ciertos problemas, ha puesto de manifiesto la serie de satisfactorios resultados que dicha interdisciplinariedad puede acarrearlos. (14)

CLASIFICACION DE LOS MALOS HABITOS SEGUN CHEIRIF BERKSTEIN SIMON

I.- Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales:

- a.- Hábitos de succión.
- b.- Hábitos anormales de la respiración.
- c.- Hábitos anormales de la deglución.
- d.- Hábitos anormales de la fonación.

II.- HABITOS DIVERSOS:

De la lengua, de las mejillas, introducir cuerpos extraños en la cavidad oral, roerse las uñas, etc. (10)

III.- HABITOS DE POSTURA:

Presiones anormales: malos hábitos al dormir o estudiar, mimica, etc.

IV.- Hábitos nerviosos espasmódicos:

Respuesta del infante bajo stress, actividad paterna, etc.

Los hábitos los podemos dividir también en 2 tipos fundamentales:

- a.- Hábitos útiles y

b.- Hábitos dañinos.

HABITOS UTILES:

Respiración y deglución.

La respiración nasal proporciona un equilibrio entre las vías respiratorias altas y la mandíbula cuando esta se encuentre en posición de reposo.

La deglución normal y equilibrada de los alimentos es también con secuencia de la correcta respiración nasal.

Los obstáculos respiratorios altos; las adenoides, los pólipos, los cornetes desviados u otras deformidades de la nariz, obligan a una respiración bucal que puede dar origen, a anomalías dentales.

El hábito de la respiración bucal puede agravar una deformidad, ocasionada originalmente por un prognatismo inferior, pues el no respirar por la nariz, el niño tiende a abrir la boca hacia abajo y adelante, para facilitar la entrada de aire. La correcta respiración a través de los orificios nasales contribuye al equilibrio de las piezas dentales. Logrando con esto una oclusión funcional y estética.

El hábito de comer de forma determinada origina una deglución correcta y equilibrada.

Por el contrario cuando la masticación se efectúa en forma incorrecta, existiendo además una obstrucción en las vías respiratorias se favorece las degluciones anormales, con sus repercusiones en el aparato digestivo.

HABITOS DAÑINOS:

Los hábitos dañinos son múltiples y variados y dan origen a trastornos, deformaciones o enfermedades de variables características.

Podemos citar, entre otros: El hábito de comer en demasia y a diferentes horas. Puede originar trastornos de tipo digestivo, padecimientos dentales o enfermedades del mismo sistema.

El hábito de fumar origina padecimientos de índole variable, de acuerdo a la frecuencia con que se efectúe.

El hábito de ingerir bebidas alcohólicas, enferma de tal forma al individuo que puede llegar a destruirle física, social y económicamente.

El hábito del consumo de drogas de cualquier tipo, siempre altera la salud, llegando a la esclavización del individuo y, en algunos casos hasta causar su muerte.

Hábitos dañinos que repercuten en la cavidad bucal.

La respiración bucal, que con el tiempo, se desarrolla un paladar de tipo ojival y origina las desviaciones de las piezas dentales anteriores hacia vestibular, con hipotoncidad de los músculos del tercio inferior de la cara.

El hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga, formado por el cerebro, por el que tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Deberán por ello, examinarse las causas ambientales que --
puedan dar origen al hábito, principalmente cuando el paciente es un
niño. (14)

C A P I T U L O I I .
SECUELAS DE LOS HABITOS ORALES.

A.- SOBRE TEJIDOS DUROS:

SUCCION DEL PULGAR:

Voy a considerar en éste capitulo los tres tejidos afectados por hábitos orales, que son:

Neuromuscular.

Esquelético.

Dentario.

El 14% de todos los niños que se chupan el dedo producen - maloclusión ocasionada por el hábito, se menciona en libros de investigación que es poco probable que se produzca una maloclusión de clase II de Angle, y no una relación posnormal esquelética; pero se comprueba que un caso así es agravado por la succión digital. (3)

Los niños que se chupan el dedo provocan la proyección hacia adelante de sus incisivos superiores y el retroceso de su mandíbula, formando de ésta forma labioversiones o mordidas abiertas sagitales de varios milímetros (esto no sucede en todos los niños).(4)

LAS DEFORMACIONES SE MANIFIESTAN ASI:

I.- Los arcos deformados en los niños que se chupan el índice con la cara palmar dirigida arriba y afuera; las mordidas - -- abiertas y la inclinación vestibular de los arcos consecutivas a la macroglosia, etc.

Las direcciones incisivas en los defectos de la deglución bajo la influencia de presiones linguales anormales.

La succión del pulgar ocasiona retrognatismo inferior y -- prognatismo alveolar superior por ingresión de los dientes anterior-- res que no llegan al plano de oclusión por el obstáculo del dedo in-- troducido entre los dos arcos dentarios. (5)

Las estructuras más afectadas estadísticamente son el maxi lar inferior y su apófisis alveolar muy espialmente.

La succión sólo es perjudicial cuando el dedo permanece en la boca durante periodos extensos, convirtiéndose virtualmente en -- una parte integral y significativa de la matriz muscular.

Si los labios y la lengua proveen una matriz muscular firme, aún la succión prolongada intermitente puede ser tolerada. Se -- puede decir entonces que el efecto resultante de los hábitos depende primordialmente de circunstancias individuales.

La succión en forma intensiva del pulgar, que comienza en el 2do. y 3er. año, después de la erupción de los incisivos tempora-- les afecta a los incisivos y también a los caninos y molares tempora-- rios.

Si la succión es absolutamente discontinua antes del 5to. año de vida, los incisivos permanentes generalmente erupcionan y ex-- truyen en oclusión normal. Pero si la succión continua durante el -- 5to. y 6to. año, los incisivos permanentes en erupción se desvian ha-- cia la maloclusión.

La succión prolongada del pulgar o del labio inferior como sustituto de éste, lleva eventualmente a todos los dientes a una ma-- loclusión.

La diferencia entre los resultados potenciales de la apari

ción precoz de éste hábito y su instalación es significativa.

Su aparición precoz causa una severa pero muy localizada - distorsión en la posición de los incisivos temporarios, que puede de saparecer con la caída de dichos dientes.

Cuando la succión aparece en forma tardía, los incisivos - ya erupcionados son más estables y entonces la succión del pulgar -- puede mantener a los maxilares apartados y ocasionar una interrela-- ción de clase II en la región canina y molar, la que luego se trasmj tirará a la dentadura permanente. (7)

La succión de otros dedos o del chupete es potencialmente menos dañina para los dientes en erupción y los procesos alveolares.

El chupete, usualmente, inhibe la extrusión dentaria sólo temporalmente y produce una mínima distorsión de los procesos alveo- lares.

Si la succión, y particularmente la del pulgar, continua - hasta la edad de 8 ó 10 años, se hace más severa la distorsión alveo lar en la región anterior del maxilar, la cual es empujada hacia ade lante.

La succión de otros dedos produce a veces severas asime-- trias en la arcada superior; esto es especialmente riesgoso en el ca so de la succión del índice durante la erupción de los premolares y los caninos. (19)

PROYECCION DE LENGUA:

En condiciones de normalidad la lengua estimula el desarro

llo de las arcadas dentarias e interviene en todos los procesos funcionales que tienen como ámbito a la cavidad bucal.

Resulta difícil establecer un tamaño promedio para este órgano.

Por lo tanto solamente son identificables las lenguas exclusivamente grandes o pequeñas.

Una lengua larga que es desproporcionada con los maxilares por lo general se protruye hacia adelante, esto afecta a la erupción de los incisivos y al desarrollo de los procesos alveolares de dos maneras: La lengua puede empujar a los dientes hacia adelante y aumentar los espacios entre los incisivos protruidos, o bien protruirse entre las arcadas y producir mordida abierta.

El individuo con una lengua larga tiende a mantener la boca abierta y descender la mandíbula, éste cambio en la posición mandibular induce una extrusión adicional de los molares y causa una mordida abierta en la región incisal por donde la lengua se protruye

Una lengua de tamaño normal también puede protruirse a causa de la hipertrofia amigdalina o de los tejidos adenoideos, lo que da por resultado una protrusión del maxilar superior o mordida abierta.

Si la hipertrofia amigdalina y el tejido adenoide son extirpados y se libera el pasaje aéreo a la edad de 6 ó 7 años, la lengua puede volver a su posición normal, los síntomas aberrantes pueden desaparecer y desarrollarse una oclusión normal. (20)

En el empuje lingual fácilmente reconocible, el paciente presiona con su lengua hacia adelante a intervalos, por lo general -

cuando traga; esto ocasiona una protrusión dentaria con o sin mordida abierta.

DEBERA DISTINGUIRSE ENTRE:

A.- Una lengua larga descansando entre las arcadas superior e inferior que interfiere la erupción de los dientes y produce un gran espacio libre; cada vez que los dientes son llevados a contacto oclusal la lengua presiona contra ellos.

B.- La lengua de tamaño normal que es presionada contra los dientes durante la deglución; éste tipo es considerado como un empuje lingual persistente del patrón de deglución infantil establecido durante el periodo de succión.

C.- El empuje lingual que ocurre como consecuencia de la hipertrofia amigdalina e infecciones frecuentes de la garganta se trata de éste modo de evitar el dolor y la incomodidad en la faringe forzando la lengua hacia adelante.

Este hábito de empuje a veces persiste después que los problemas faríngeos han sido eliminados.

D.- El empuje lingual también puede suceder como un hábito aislado con estructuras normales o historias de condiciones patológicas. En éste caso la lengua empuja hacia adelante a intervalos frecuentes no solamente durante la deglución. Una coexistencia del empuje lingual, amígdalas infectadas o patrón de deglución infantil no necesariamente refleja una relación de causa a efecto.

Una lengua demasiado pequeña es rara; ocasionalmente ello puede suceder en asociación con otros síntomas de mal desarrollo embrionario o como resultado de una hipertrofia o atrofia a causa de -

enfermedades que afectan el sistema neuromuscular.

Las lenguas moderadamente pequeñas se encuentran con frecuencia, especialmente si el apiñamiento de los dientes es considerado como sintoma de un inadecuado soporte lingual para las arcadas dentarias. (14)

Las maloclusiones también se originan en una deficiencia de postura o comportamiento muscular, siendo la más común de ellas la proinclinación incisal superior debido a una deficiente postura muscular, conocida como labio superior hipotónico, aunque en realidad el labio no es atónico y probablemente tenga su tono normal, pero en reposo ocupa una posición anormal con ausencia de sellado labial.

Esto constituye un patrón neuromuscular infantil persistente y como resultado de su postura defectuosa, la presión labial sobre las caras vestibulares de los incisivos superiores está reducida o ausente y en consecuencia estos dientes erupcionan en una posición proinclinada. Para agravar el cuadro, el labio inferior se mete debajo de sus caras palatinas, y reforzando la presión hacia vestibular que produce la lengua, acentúa más todavía su inclinación labial hasta un límite en el que los labios no pueden juntarse, aún con gran esfuerzo.

Como efecto secundario de la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores, éstos a menudo se retroinclinan hacia lingual.

Si a todo éste cuadro agregamos una reducción del tamaño de las bases apicales, en la que casi siempre es el maxilar superior el más afectado, la postura labial defectuosa origina una pérdida de los puntos de contacto según Jarabak.

Esta disrelación de las bases apicales con los dientes man tiene durante el desarrollo una proporción constante y cuando erup-- ciona cada diente de los sectores laterales, comenzando por los cani nos, tiende a desplazarse hacia adelante por la presión del desarro- llo de su sucesor, sin el freno de los contactos proximales con los incisivos y de la presión del labio.

Cuando erupciona el primer molar permanente superior, su - desplazamiento hacia mesial será prácticamente el equivalente del an cho de un premolar. (13)

El hábito de morder la lengua provoca también hipoclusión de incisivos superiores e inferiores y prognatismo alveolar superior e inferior.

En una deglución anormal la interposición de la lengua en- tre los arco dentarios produce hipoclusión y vestibuloversión de los incisivos. (5)

No se sabe con certeza todavía a que se debe la causa de - hábito de proyección de lengua, a pesar de las muchas investigacio-- nes realizadas, solamente para la realización de mi tesis encontré - algunos factores adicionales que son:

- 1.- Respiración bucal.
- 2.- Arco maxilar angosto.
- 3.- Macroglosia.
- 4.- Alergias.
- 5.- Herencia.

6.- Patrón de crecimiento defectuoso.

7.- Pérdida prematura de dientes.

8.- Defectos foniatricos. (9)

CHUPADO DE LABIOS:

Independientemente de la succión del pulgar y de la proyección de lengua el niño mete el labio por debajo de los dientes anteriores superiores y muchas veces se presenta el labio partido.

ESTE HABITO PRODUCE:

1.- Prognatismo alveolar superior y retrognatismo alveolar inferior.

Estos hábitos crean una pauta definida en la arcada inferior, con los incisivos centrales y laterales apiñados e inclinados hacia lingual.

La presión del labio inferior, interpuesto entre los incisivos superiores e inferiores, no solamente retroinclina a los inferiores sino que sostiene hacia atrás a toda la arcada inferior, frenando su normal desarrollo anteroposterior.

Si no hay un hábito de morderse el labio inferior, los incisivos inferiores son gradualmente enderezados por la influencia de la lengua, mientras que los superiores se inclinan más hacia labial.

La proporción de cuánto se han desplazado hacia mesial los

segmentos bucales superiores y cuánto es mantenida en distal la arca da inferior, varia en los diferentes casos y sólo puede ser evaluada cefalométricamente. (16)

Cuando las coronas de los dientes de los sectores laterales superiores tienden a moverse hacia adelante, primeramente lo hacen inclinándose; después las fuerzas de la oclusión pueden verticalizarlos, haciendo que los ápices se desplacen hacia mesial, pero -- frecuentemente una interferencia con la oclusión producida por éste movimiento es tal que los dientes quedan permanentemente en posición inclinada.

A causa de ésta proinclinación los incisivos y los caninos pierden contacto con la lengua y consecuentemente la arcada superior adquiere la forma de V. Como las relaciones interincisales están alteradas, los incisivos inferiores sobreerupcionan hasta que encuentran el cingulum de los superiores o la parte anterior de la mucosa palatina.

Cuando las relaciones basales no son normales y la postura labial es normal, se desarrolla una clase II con inclinación normal de los incisivos superiores y sobremordida.

La clase II, y específicamente la división I siempre ha si do relacionada con la respiración bucal. (12)

Según Brodie, cuando se observa una posición posterior de la mandíbula, en la que se establece una distorelación de la arcada inferior, ello no se debe a cambios del crecimiento mandibular, sino que su posición es una consecuencia resultante de la ubicación distal de los cóndilos en la cavidad glenoidea y que además puede estar acompañada por una falta de crecimiento en la zona del mentón.

El labio inferior se ubica entre el espacio existente entre los incisivos superiores y los inferiores, inclinando hacia lingual a éstos, los que por falta de contacto oclusal con sus antagonistas se extruyen hasta entrar en contacto con la mucosa palatina.

También hay una pérdida del espacio para los premolares inferiores, que al no poder erupcionar correctamente originan con la posición de los incisivos y caninos una curva de Spee muy acentuada, con pérdida de la dimensión vertical, anterior, lo cual da lugar a un entrecruzamiento y un resalte muy marcado.

El maxilar superior recibe la presión de los músculos bucinadores, que se encuentran tensos por la depresión mandibular. El labio superior es corto y no llega a cubrir los incisivos superiores, sino que descansa, sobre el reborde alveolar. (19)

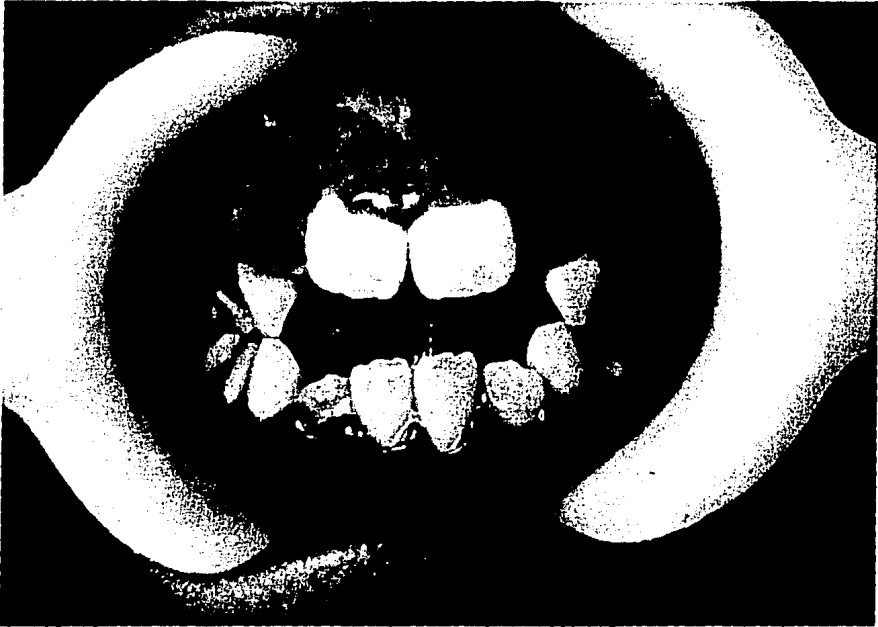
La interposición del labio inferior agrava con su presión la inclinación de los incisivos superiores en vestibuloversión.

La lengua, que constantemente tiende a humedecer a los labios secos, también favorece el desplazamiento hacia labial de las coronas de los incisivos superiores.

Para permitir el pasaje del aire a través de la boca abierta, la ubicación de la lengua durante las 24 horas del día es atrás y abajo del piso bucal, y a causa de ésta posición baja, no contrarresta las fuerzas laterales que los bucinadores ejercen sobre el maxilar superior.

No obstante estos conceptos, clásicos en Ortodoncia, es necesario dejar aclarado que la respiración bucal no está asociada indefectiblemente con una postura labial inferior y que un pequeño porcentaje de niños con cierre labial deficiente son respiradores buca-

les. (13)



B.- SOBRE TEJIDOS BLANDOS:

Durante la deglución, se muestra por demás activo el músculo mentoniano, algunas veces se le dice: " LABIO INFERIOR ACROBATICO ", al que muestra muy visible la pauta de deglución atípica, como causa funcional.

La presión labial inferior repetida constantemente demuestra ser la fuerza muscular predominante que apiña hacia lingual los inmaduros incisivos inferiores. (8)

Durante la búsqueda de hábitos bucales en la deglución se observa una mueca facial o una contracción excesiva del músculo mentoniano, una contracción normal de los músculos maseteros y temporal y una ubicación normal de la lengua contra los dientes y el paladar, para hacer una observación ordenada podemos verificar como sigue:

- A.- Perfil facial cóncavo, convexo o recto.
- B.- Observar si los labios cuando están en reposo están juntos o separados.
- C.- Posición de los labios durante la deglución, si cuando los cerramos forman sello, si el labio inferior cierra el sello presionando hacia arriba, por detrás de los dientes anteriores superiores.
- D.- Tensiones relativas de los labios superior e inferior al deglutir si permanece el labio superior pasivo o incompetente durante la deglución.

Todo lo anterior se deberá realizar observando al niño en el momento que no tenga conciencia de que lo está escrutando para verificar. (4)

También vamos a examinar la cavidad bucal para determinar el tamaño y la posición de la lengua en reposo. El descenso mandibular ocasiona el descenso de la lengua de la bóveda palatina y acentúa la presión de músculos laterales de la cara sobre la arcada dentaria superior ocasionando la migración mesial de la misma.

A.- Durante la deglución hay que observar la lengua, todos los niños la proyectan para formar sello de la deglución en esas condiciones.

B.- Observar la simetría de las posiciones incisales de -- los incisivos centrales y laterales superiores.

Las proyecciones linguales también pueden ser laterales -- con creación de una mordida abierta anterior asimétrica.

C.- Medir la mordida desde el borde incisal del lateral superior derecho al incisivo lateral inferior, y desde el central superior derecho al incisivo central inferior.

D.- Busque evidencias de respiración bucal, agrietamiento de la línea gingival o caries excesiva pigmentación de las caras vestibulares (tercio gingival), de los incisivos centrales y laterales superiores.

E.- Callosidades en el dorso de los dedos. (9)

El labio inferior cuando se interpone entre los incisivos superiores e inferiores, tiene una doble y distinta acción en ambos

maxilares. La mandíbula, por su posibilidad de movimiento desciende y es llevada (empujada lateralmente hacia atrás).

Es más complejo el desequilibrio muscular en el maxilar superior, el labio inferior propulsa directamente a los dientes incisivos superiores. (6)

COMO SECUELAS PODEMOS MENCIONAR LAS SIGUIENTES:

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo puede ser el labio superior o el inferior, produciendo como resultado la linguoversión o la labioversión, según de donde provenga la presión.

También se produce que el labio superior sea escasamente activo, generalmente corto, y el labio inferior, levantado o elevado no por la actividad del orbicular, sino por el mentalis o borla de la barba.

El músculo mentalis se contrae marcadamente, lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir.

El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir en lingual a los anteriores superiores, no en labial)

En los labios dependiendo del hábito se producen secuelas como:

- 1.- El labio superior proyectado hacia adelante y el inferior hacia atrás.
- 2.- Otras veces el labio se presenta grande.

- 3.- Hipertonicidad de los orbiculares.
- 4.- Labio superior rigido hipotónico.
- 5.- Labio inferior rigido hipertónico. (5)

C A P I T U L O I I I .
SELECCION DE APARATOLOGIA FIJA CON SUS VENTAJAS Y
DESVENTAJAS.

Con determinados niños, hay que usar más de una ruta y más de un medio de contención para tener éxito, con otros el sólo hecho de hacerlos concientes del hábito es suficiente.

Para que lo eliminen es absolutamente necesario que el paciente tome éste tipo de tratamiento como una ayuda que el Cirujano Dentista le ofrece para resolver su problema dental, y nunca como un castigo a un acto indebido.

A todos los medios de contención, debemos llamarles: " recordatorios ". (9)

EL APARATO TIENE VARIOS PROPOSITOS:

I.- Hace que el hábito del chupeteo carezca de sentido. -- Claro que el niño puede colocar su dedo en la boca, pero no obtiene satisfacción al hacerlo. Y rompe la fuerza sobre el segmento anterior.

II.- Debido a su construcción, el aparato evita que la presión del dedo continúe desplazando labialmente a los incisivos superiores, lo que evita un daño mayor y una función de los labios y la lengua anormales y distribuye la presión también a las piezas posteriores.

III.- El aparato obliga que la lengua vaya hacia atrás. Si el paciente es normal, niño sano, no se pueden observar resultados desfavorables, excepto el defecto del lenguaje sibilante temporal -- cuando se usa el aparato. Esto desaparece al retirarlo. (11)

FABRICACION DE LOS APARATOS FIJOS:

USO DEL ALAMBRE FORJADO:

El empleo de alambres en el laboratorio dental es lo suficientemente difundido como para presentar una problemática rica y compleja. No se han producido novedades técnicas o metalúrgicas de gran trascendencia en los últimos años, pero la demanda de aparatos ortodónticos sigue siendo intensa, razón por la cual el técnico se ve obligado a desarrollar las habilidades fundamentales en el manejo de los alambres forjados, y a mantener un grado de actualización en la materia.

Una de las razones del atractivo técnico de los alambres forjados reside en que constituyen algo así como un sortilegio natural: Cuanto más se trabajan, más se endurecen.

La razón de esta característica es sencilla para que conozca las estructuras moleculares de los metales. Un metal fundido y colado adquiere una estructura molecular perfectamente ordenada, semejante a la de cristal, que le confiere sus peculiares características. El metal forjado, en cambio, tiene su estructura molecular totalmente caótica, que tiende a ordenarse cuando dicho metal es doblado o " trabajado " de alguna manera.

Este progresivo ordenamiento le va dando al alambre (puesto que se trata generalmente de alambres) una mayor dureza y resistencia, características éstas que lo hacen singularmente apropiado para la creación de aparatos ortodónticos.

Tiene sin embargo limitaciones. Un exceso de trabajo lo hace quebradizo, razón por la cual es reducida la cantidad de manobras que pueden realizarse con él. La experiencia y la observación han permitido descubrir medios para aminorar este problema. Uno de -

los más empleados en el laboratorio dental es el " templado ", procedimiento por el cuál se calienta el alambre hasta aproximadamente la mitad de la temperatura necesaria para fundirlo; este procedimiento si bien no provoca cambios visibles en el metal, produce un reordenamiento molecular que reduce de manera notable la propensión a quebrarse de un alambre trabajado.

Los usos más comunes de alambres forjados se hallan en la confección de aparatos ortodónticos, generalmente para ser empleados en niños, y en la realización de ganchos retentivos para prótesis de acrílico. Como los primeros son relativamente, los accesorios más complejos desde el punto de vista del laboratorio, se le dedicará el primero y más largo capítulo de éste artículo. (18)

EL APARATO ORTODONTICO:

Esta auténtica " maldición " de muchos niños constituye -- uno de los resultados más altos de la tecnología de los metales forjados, a la vez que uno de los trabajos más frecuentemente encargados por el odontólogo al laboratorio dental.

También se trata de una de las aplicaciones básicas de los alambres forjados, de modo que se repasarán a continuación los procedimientos metalúrgicos más empleados para su confección. (19)

BANDAS ORTODONTICAS:

La banda ortodóntica de ajuste estrecho es útil para varios propósitos durante el tratamiento de una maloclusión:

I.- Protege el diente de las caries.

- II.- Se emplea para colocar los aditamentos para la aplicación de fuerzas ordodónticas y a veces también ortopédicas.

COLOCACION DE LA BANDA:

Se encuentran diferentes tipos de bandas ortodónticas preformadas y presoldadas. Existen diferentes técnicas para la adecuada colocación de las bandas de las diversas compañías. El procedimiento siguiente es el más empleado en la colocación de la mayor parte de - bandas que se encuentran en el mercado actualmente:

- 1.- El primer paso es seleccionar el tamaño que se ajusta al diente. Después de años de experiencia, esto deja - de ser un procedimiento de ensayo y error.
- 2.- Se debe realizar modelado de la banda para que amolde a la circunferencia del diente.
- 3.- La banda se ajusta contra el diente con fuerza sufi- - ciente para alcanzar la retención por si sola. Se adap- - tan los bordes oclusales de la banda para que amolden a la forma del diente.
- 4.- Se debe colocar una banda posterior para que la por- - ción oclusal de la banda se encuentre al mismo nivel - de los bordes marginales distal y mesial, y para que - el soporte se encuentre en el tercio medio de la super- - ficie facial del diente.
- 5.- El soporte debe estar centrado en la dimensión mesio-- - distal en una vista oclusal.

Con poca experiencia, el operador encontrará que es capaz de fabricar bandas adecuadas directamente dentro de la boca. Si considera a cada banda como una posible trampa para alimentos y detritos cariogénicos, y si se exige para sí mismo el mismo grado de competencia al hacer una banda que al hacer una incrustación proximal, no tardará demasiado en adquirir la habilidad clínica necesaria. El ajuste de las bandas deberá conformarse a los requisitos precisos de proximidad entre banda y diente en todas las zonas. No debemos depender del cemento para la retención. (10)

FABRICACION:

El dentista que desee formar las bandas directamente, puede obtener material para bandas en rollos. Puede utilizarse metal -- precioso o material de acero inoxidable, dependiendo de la preferencia del operador, su capacitación y la existencia de un aparato soldador, pasivador y soplete ortodóntico. Además de las pinzas para doblar alambre No. 139 y las pinzas para cortar alambre de tipo Bernard, y cualquier otro tipo de pinzas de consultorio o de pinzas para formar ganchos que pudiera ya tener, el dentista haría bien en -- conseguir pinzas similares a las de How, pinzas universales para formar bandas y pinzas para cortar ligaduras.

En el proceso de formación y ajuste de todas las bandas, -- el material para banda deberá pasar fácilmente a través de los contactos proximales. Si el material para banda o las bandas preformadas necesitan ser pasadas con fuerza por los puntos de contacto o la superficie en que se atasque el material. Deberán utilizarse alambres separadores.

Para la banda de molares, es fácil adaptar material para banda de 0.005 por 0.180 pulgadas y esto será suficientemente fuerte para resistir las fuerzas oclusales. Se rodea el primer molar con --

una tira de banda de aproximadamente 5 cm de largo y se lleva hasta el aspecto lingual con pinzas de consultorio (o pinzas para formar bandas). Con un obturador de amalgama, puede adaptarse cuidadosamente el material de bandas sobre la superficie vestibular, conservando la presión desde la superficie lingual retirando continuamente con las pinzas. Esto lleva el exceso de material hasta la superficie lingual. El tejido gingival deberá cubrir el margen periférico del material de banda. Para la mayor parte de los molares el material para banda de 0.180 pulgada de anchura resulta adecuado para extenderse justamente por abajo del margen y requiere poco o ningún recorte oclusal a nivel de los bordes marginales mesial y distal. (1)

Una vez que la superficie vestibular de la banda haya sido adaptada correctamente y todo el material sobrante haya sido llevado hasta el aspecto lingual, se coloca el obturador para amalgama firmemente en el surco vestibular para sostener el material de banda en su lugar, y se colocan las pinzas para formar bandas, o de consultorio, con los bocados sobre la superficie lingual del material para banda. Con presión fuerte pero controlada se juntan lentamente los bocados, manteniendo presión contra la superficie lingual. Sosteniendo las pinzas con los bocados íntimamente unidos y apretados contra el contorno lingual, se adapta nuevamente al diente el material tanto en la superficie vestibular como en la lingual.

A continuación, se retira la banda y se examina. Si fue formada correctamente, deberá estar registrado en forma clara al surco vestibular en la banda y deberá observarse claramente la forma del molar. Las proyecciones linguales deberán encontrarse al mismo nivel ni uno más alto o más bajo. Hay que conservar la unión vertical y tan paralela al eje mayor del diente como sea posible. La banda deberá colocarse hacia la porción anterior del diente. No suele ser necesario recortar la periferia gingivoproximal. El recorte proximal deberá ser mínimo para asegurar máxima retención de la banda.

Se aproximan los dedos extremos linguales y se llevan a soldar, de punto. Los extremos son soldados justamente en la unión. Con una " - incersión " del mismo material de banda se coloca paralelo a la - -- unión y se solda a cada lado de la costura para reforzar, se cortan los extremos linguales con tijeras para coronas y cuellos y se pule la superficie adecuadamente. Se coloca nuevamente en el molar y es - readaptada con el obturador de amalgama plano o llevandolo a su sitio con un palillo de naranjo y un martillo o un ajustador de bandas Swinehart. Asi se obtiene un ajuste más estrecho y adecuado.

Después que las bandas hayan sido ajustadas se colocan tubos horizontales vestibulares del tamaño deseado. Si sólo los molares requieren banda y se utiliza un arco de alambre pesado, el tubo más adecuado es de 0.040 ó 0.045 pulgada. Los tubos vestibulares, como los otros aditamentos, pueden ser soldados con aparato eléctrico o con soldadura ordinaria.

Algunos operadores prefieren soldar los tubos con soldadura corriente, porque creen que la masa de soldadura alrededor del tubo da mayor fuerza. Los tubos deberán ser paralelos a la superficie oclusal de la banda. Si los molares están girados el tubo deberá ser paralelo a la superficie vestibular y el arco de alambre ejercerá en tonces una acción correctora sobre la malposición. (19)

FABRICACION DE APARATOLOGIA FIJA:

Para la construcción de los siguientes aparatos siempre se toma una impresión con alginato en la primera visita y se vacian moldes de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos - en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar alambres de bronce separadores en esta visita.

A continuación, se fabrica el aparato sobre el molde para

colocarlo en una visita subsecuente. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte.

La porción mesial del primer molar permanente si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal.

A continuación se fabrica las bandas y se adaptan en los molares: (20)

A.- ARCO PALATINO:

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040 El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar decíduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular

Salvo que puede cambiarse la posición de la lengua y disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente. En el nicho del primer molar decíduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar decíduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. (21)

B.- ARCO PALATINO CON VENTANA:

Se fabrica el arco palatino como mencionamos arriba y el aparato de la parte central que en éste caso es la ventana consta de una asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba para formar la ventana con angulaciones aproximadas - de 45 grados respecto al plano oclusal.

El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos.

Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se solda el asa a la barra principal.

La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos.

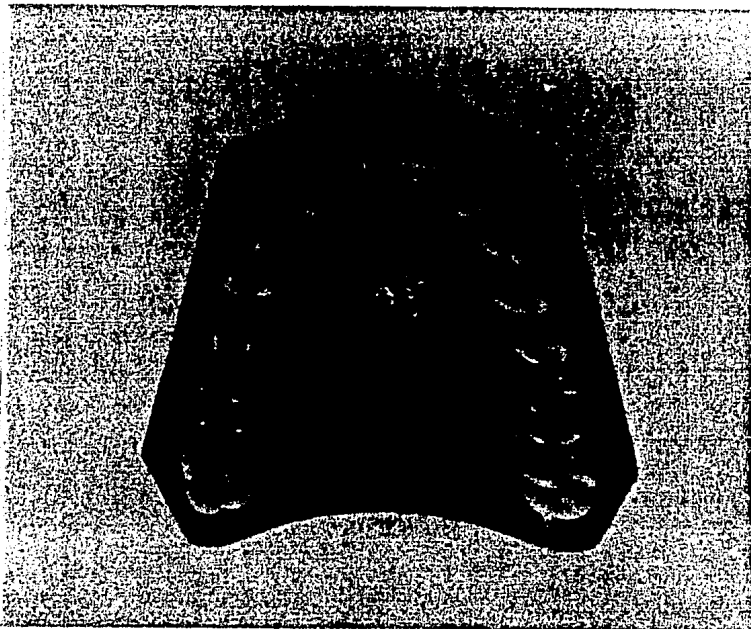
Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrando las bandas a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente, las bandas se abren hasta obtener la circunferencia deseada, según los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea o si hay dolor, se recorta más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. Después se coloca el aparato nuevamente y se le pide al paciente que muerda fuerte para adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si hay presión sobre la encía. Los incisivos inferiores no deben ocluir contra las proyecciones anteriores del aparato central.

Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, u el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida, se limpia el exceso de cemento y el resto se quita con un raspador de tipo universal 5 o 10 minutos después.

Este método de arco palatino con ventana es solamente eficiente, se controla el hábito de succión digital, controlamos hábitos de proyección de lengua que comunmente se asocian a los hábitos de succión digital.

Un inconveniente del arco palatino con ventana es que existe una interferencia con la correcta dicción durante un periodo cercano, a las dos semanas. También interfiere temporalmente con la correcta masticación de los alimentos. (9)



C.- ARCO PALATINO CON PICOS:

En muchas ocasiones nos damos cuenta que muchos niños requieren un recordatorio activo del hábito, pues de otra manera acomodan su reflejo de succión a los cuatro medios de contención descritos anteriormente, es generalmente el arco palatino con picos el que elimina la costumbre totalmente.

FABRICACION:

Al igual que el arco palatino con ventana vamos a fabricar este aparato, la única diferencia es que la parte central del aparato entre la línea intercanina se sustituye por espolones o picos.

Los espolones o picos se hacen con alambre del mismo calibre de un diámetro aproximado de 3 ó 4 mm., y se soldan al arco palatino uno por uno hasta soldar 5 espolones aproximadamente con un espacio de 3 mm., entre cada uno.

Este aparato se lleva de 4 a 6 semanas en la mayor parte de los casos. Un periodo de 3 meses en que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.(11)

CRIBA PARA HABITO DE CHUPARSE EL DEDO.

El sostenedor de acrilico en el aspecto labial de los incisivos centrales inferiores se encuentra 3 ó 4 mm., alejado de las superficies labiales para permitir que la lengua desplace estos dientes hacia adelante.

Los descensos a nivel de los nichos de los polares deciduos evitan que el aparato sea desplazado gingivalmente por las fuerzas funcionales. (6)

RETENEDOR DE LENGUA:

El aparato para el hábito de proyección lingual, una variante del aparato descrito anteriormente para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas cosas:

1.- Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución.

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

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias (además de aquellas que se hicieron para los modelos de estudio), y se corren con yeso. Se montan en un articulador de tipo de bisagra o anatómico. Los dientes de soporte de yeso se recortan en la forma señalada para el aparato interceptivo del hábito de chuparse el dedo descrito anteriormente. Se seleccionan las coronas de metal o se hacen las bandas y se contornean para ajustar a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos. Se hace un corte -- vestibular en la forma señalada para el aparato para eliminar hábito

de chuparse el dedo.

La barra lingual en forma de U, de aleación de níquel y -- cromo o de acero inoxidable, de 0.040 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevado el alambre hacia adelante hasta - el área de los caninos a nivel del margen gingival.

La barra deberá hacer contacto con las superficies lingua- les prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con tapiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Es ta línea se aproxima hasta la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior. El alam- bre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justa- mente por el aspecto lingual de esta línea, y se lleva hasta el canⁱ no del lado opuesto. A continuación se dobla la barra y se lleva has ta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las - superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

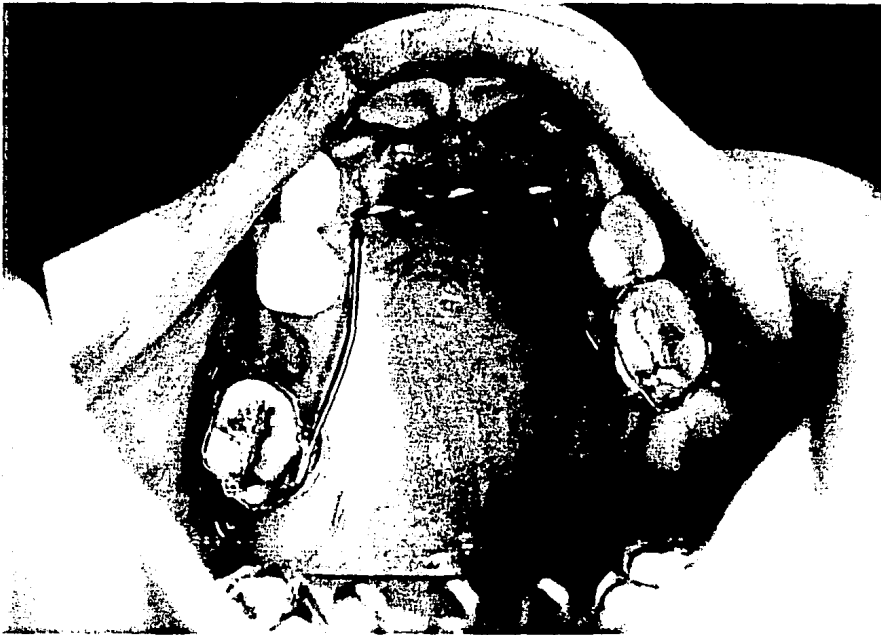
Una vez fabricada la barra base y esta haya asumido la po- sición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la -- criba. Se utiliza el mismo alambre que para la barra base.

Un extremo será soldado a la base en la zona del canino. - Utilizando la pinza 139 se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto just- tamente atrás de los cingulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No debe interferir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido - cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyec- ciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se --

soldan al alambre base mismo que se coloca sobre el modelo y se soldan a las coronas metálicas. Se limpia y se pule hacemos la prueba en la boca. El corte vestibular se solda y se cementa.

La mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del primer molar. Este problema se elimina en una semana.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta pueden ser necesarios de 4 a 9 meses para corregir la maloclusión. -
(5)



PANTALLA LINGUAL SUPERIOR:

Son eficaces en el readiestramiento del niño mayor para -- que abandone éstos hábitos, se usa durante 3 meses consecutivos después de los cuales se hace un " periodo de prueba ".

El uso de éstos aparatos exige cierta cooperación del niño

A estos aparatos también se les llama " trampas de lenguas ".

Cuando se usa éste tipo de aparato la lengua es readiestrada por nuevas posiciones y presiones, la presión se dirige más lateralmente y menos anteriormente en menos de una semana la lengua encuentra una posición cómoda y más correcta para anclar su punta entre el paladar y comenzar el acto de la deglución. (9)

PRESIONADOR PARA LABIO:

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren en yeso. Se pueden montar en un articulador.

Se recortan los primeros molares permanentes inferiores y segundos molares deciduos según la forma ya descrita. El dentista debe asegurarse de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas o se colocan bandas sobre los dientes pilares.

Se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, después de cruzar el espacio interproximal el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del labio opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. (2)

La procción anterior del alambre no debe hacer contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto se dobla el alambre más hacia gingival.

El alambre debe estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 ó 3 mm., para permitir que éstos se desplacen hacia adelante. A continuación debe agregarse un alambre -

de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgada, -- soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y -- llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. Este alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre -- de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se solda al alambre base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm., de los tejidos gingivales. Se solda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal. Se limpia y se pulle para cementar.

Un periodo de ocho a nueve meses de uso es aceptable. (1)

CEMENTACION:

Antes de cementar cualquier banda, cada diente deberá ser limpiado y pulido con pómez cuidadosamente, mientras se prepara el cemento, se deben retirar los carrillos con torundas de algodón, se deberá aislar el diente que recibirá la banda.

Se utiliza el mismo cemento que para cementar incrustaciones o coronas totales (oxifosfato de zinc.).

El procedimiento para mezclado es un poco diferente: Una mezcla típica se hace en dos minutos aproximadamente, cada vez se incorpora una porción de polvo y se mezcla completamente con la espátula sobre una zona amplia antes de agregar la siguiente porción de polvo de ésta forma se disipa el calor sobre la superficie de la loseta de vidrio, lo que reduce el tiempo de fraguado. Además puede utilizarse una mezcla más espesa a manera de masticue. Tal consistencia proporciona mayor fuerza y reduce la tendencia de los ácidos libres a grabar la superficie de los dientes. Una vez que el cemento haya alcanzado la consistencia adecuada, se coloca la banda limpia y seca sobre la yema del dedo índice. El pulgar se coloca sobre la periferia de la banda para estabilizarla y se llena con cemento. La banda es llevada al diente aislado y se coloca en su lugar apretando con el dedo índice o la yema del dedo corazón para hacer salir el cemento por abajo de la periferia gingival al deslizarse la banda hasta su lugar. Después se adapta el margen gingival y se retira el exceso de cemento moviendo un raspador de tipo universal en sentido paralelo al margen de la banda. (4)

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre las edades de tres y medio y cuatro y medio años de edad, preferiblemente durante la primavera o el verano, cuando la salud del ni-

ño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chupar - pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

Deberá informarse tanto el niño como a los padres que el - aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una " máquina para masticar " sana.

En virtud de la construcción del aparato éste evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios. El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y - normal. Como resultado la lengua tiende a ejercer mayor presión so--bre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos. Si los niños son sanos y normales, se observarán pocas secuelas desfavorables, salvo en defecto del habla temporal. (1)

VENTAJAS DE LOS APARATOS FIJOS:

- 1.- El uso del aparato es continuo y como el paciente no se lo puede quitar se asegura la cooperación y la fuerza aplicada.
- 2.- Es más fácil de controlar.
- 3.- La fuerza se aplica en forma controlada y es fácil colocar los anclajes.
- 4.- Los aparatos siempre se adaptan al movimiento dentario cuando son fijos.
- 5.- El aparato no es muy voluminoso.
- 6.- No puede ser retirado por el paciente.
- 7.- Se puede lograr el movimiento dentario, incluyendo el movimiento en totalidad, y la rotación e inclinación de la raíz de un diente, teniendo como único límite la tolerancia fisiológica de los tejidos.
- 8.- Los aparatos fijos se pueden preparar junto al sillón dental. (3)

Uno de los éxitos de los aparatos fijos es con aquellos pacientes poco cooperadores, los cuales no pueden llevar un aparato removible por la tendencia de éstos de quitarsela constantemente, el tratamiento de elección para la mayoría de los niños pequeños es el arco palatino con picos.

Otra de las ventajas sería:

- 9.- Que el profesional no necesita tener toda la confianza del niño y por lo tanto tampoco la habilidad para explicar los beneficios de la aparatología removible ni la responsabilidad en el uso del aparato para terminar con el hábito.

DESVENTAJAS DE LOS APARATOS FIJOS:

- 1.- Mayor susceptibilidad a la caries.
- 2.- Son antiestéticos.
- 3.- Se deben aplicar en pacientes maduros y bien cooperadores de lo contrario crean conflicto social y psicológico.
- 4.- La acumulación de restos de alimentos y cálculo salival alrededor del aparato causa que el esmalte se descalcifique o se produzca una gingivitis marginal. (4)

C A S O S C L I N I C O S .

CASO No. 1

NOMBRE:

Ma. del Socorro Marquez Cristerna.

EDAD:

13 años 3 meses

Se observo antecedentes patológicos individuales propios - de la niñez.

La paciente presentó hábito de chuparse el pulgar y morder se la lengua.

En los tejidos blandos se observó que el labio superior es taba en una posición posterior y el labio inferior estaba agrandado con hipotonicidad del superior e hipertonicidad del inferior.

Las amígdalas y adenoides eran normales.

También observamos proyección de lengua. Los labios en reposo se mostraron separados.

El labio superior cierra el sello presionando hacia arriba

En los tejidos duros presentó retrognatismo total superior e inferior con prognatismo alveolar superior e inferior y retroincli nación.

TRATAMIENTO:

Se colocó la rejilla de contención lingual para eliminar -

el hábito a los 8 meses, éste desapareció pues el paciente acudió a todas sus citas de observación, se mostró muy cooperador, después lo remitimos a Ortodoncia Correctiva para corregir la hipoclusión anterior, la mesiogresión inferior rotaciones y versiones.

CASO No. 2

NOMBRE:

Jesús Javier Medina Mazzoco.

EDAD:

11 años 8 meses

Se observaron antecedentes patológicos propios de la niñez el paciente presentó hábito de chuparse el dedo.

La exfoliación de los dientes 321 / 123 fue tardía con retardo de la erupción de las piezas permanentes.

En los tejidos blandos se observó también que estaban normales: Los labios en reposo están juntos al cerrarlos forman sello, el tamaño de la lengua es normal y no mostró caries ni pigmentación de las caras vestibulares.

En los tejidos duros existía prognatismo total superior, - con ligero retrognatismo total inferior, con proinclinación del maxilar y aumento del tercio medio superior.

TRATAMIENTO:

Se colocó el arco de nance y estuvimos controlando hasta - los 6 meses que desapareció el hábito, el paciente fué cooperador y se remitió a Ortodoncia Correctiva para corregir la hiperoclusión, - las distoversiones y cerrar los diastemas.

CASO No. 3

NOMBRE:

Monica Bernal Muro.

EDAD:

7 años 9 meses

Paciente que llegó al consultorio con antecedentes patológicos individuales propios de la niñez.

Con hábito de morderse la lengua.

En los tejidos blandos existía retrognatismo del labio superior y el labio inferior en posición hacia adelante con hipertonicidad del labio superior. La lengua se ubica contra los dientes y el paladar.

Los labios cuando están en reposo están juntos.

Durante la deglución se observa proyección de lengua.

En los tejidos duros observamos retrognatismo alveolar superior con prognatismo alveolar inferior y retroinclinación.

En anomalías de la oclusión: Se observó lingocclusión superior derecho (mordida cruzada posterior) hipocclusión del segmento anterior superior e inferior.

TRATAMIENTO:

Realicé la extracción seriada de los dientes:

$\frac{C}{/}$ $\frac{/BC}{/}$ $\frac{/}{C / C}$ y se colocó el arco palatino

con ventana a los 6 meses se eliminó el hábito y se retiró el aparato. Después se corrigió la mordida cruzada posterior derecha superior y la hipoclusión anterior y mordida cruzada anterior.

CASO No. 4

NOMBRE:

Sandra Hayde Solis Rodriguez

EDAD:

10 años.

Observé antecedentes patológicos propios de la niñez, se observó también hábito de succión pulgar.

En los tejidos blandos se encontró el labio superior en posición hacia adelante y el inferior hacia atrás, así como agrandamiento del inferior.

Se observó perfil facial convexo los labios en reposo están juntos y forman sello presentó proyección de lengua, el tamaño de la lengua es normal.

Presentó asimetría de las posiciones incisales de los incisivos centrales y laterales superiores.

Existía hipertonicidad de los orbiculares.

En los maxilares existía retrognatismo total superior e inferior con retroinclinación.

TRATAMIENTO:

Colocamos el arco palatino con picos durante 6 meses y el niño dejó de chuparse el dedo, lo remitimos a Ortodoncia Correctiva para corregir la vestibulo oclusión, la hiperclusión y las agresiones y versiones.

CASO No. 5

NOMBRE:

Ruth de la Mora Carbajal.

EDAD:

8 años.

Se observó maloclusión clase I tipo 2, con mordida cruzada derecha, el labio superior rígido hipotónico y el labio inferior rígido hipertónico la musculatura peribucal rígida.

Esta paciente presentó el hábito de chuparse el dedo y de empuje lingual. Observé una lengua grande y con proyección, presentó simetría de las posiciones oncisal de los incisivos centrales y laterales superiores.

También observamos respiración bucal, agrietamiento de la línea gingival y caries excesivas con pigmentación de las caras vestibulares de los incisivos centrales y laterales superiores.

TRATAMIENTO:

Colocamos la trampa de rompe hábito fijo y en seis meses - la paciente dejó el hábito. Fue cooperadora y asistió a todas sus citas con perseverancia.

CASO No. 6

NOMBRE:

Gabriela Marquez

EDAD:

12 años 4 meses.

Se observó antecedentes patológicos individuales propios - de la niñez.

El paciente presentó hábito de chuparse el dedo y morderse la lengua.

En los tejidos blandos se observó labioversión, y los días temas existentes entre los dientes anteriores superiores. Se observó una lengua grande y en proyección, agrietamiento en la línea gingival y presencia de caries.

En los tejidos duros presentó vestibulo-versión de los superiores y la linguo-versión de los inferiores en la vista oclusal - se aprecia la deformación del arco dental anterior por la proyección hacia afuera de los incisivos superiores en la mandíbula, notamos un ligero apiñamiento y giroversiones.

TRATAMIENTO:

Se trató psicológicamente, se colocó el arco palatino con picos durante 6 meses y medio y el niño dejó de chuparse el dedo, -- fué un paciente cooperador después lo remitimos a Ortodoncia Correctiva.

CASO No. 7

NOMBRE:

Roxana Felix

EDAD:

13 años.

Se observó antecedentes patológicos individuales propios - de la niñez.

El paciente presentó hábito de chuparse el dedo y morderse la lengua.

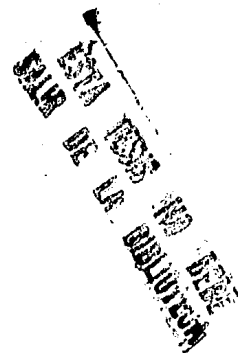
En los tejidos blandos se observó descenso de la mandíbula y descenso de la lengua de la bóveda palatina.

Se observó proyección de lengua.

Observamos también caries en los molares y callosidades en el dorso de los dedos.

TRATAMIENTO:

Primero lo tratamos psicológicamente después colocamos el arco palatino con picos durante 6 meses, después de los cuales dejó el hábito de chuparse el dedo y morderse la lengua, lo remitimos a - Ortodoncia Correctiva.



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

Es muy importante conocer la etiología de los hábitos bucales.

Debemos estudiar el comportamiento de un niño, el trato -- con sus padres y establecer un diálogo para ganarnos la confianza de nuestro paciente, ya que no sólo es beneficio y tranquilidad para él sino también para el dentista.

Es importante saber si un paciente ha valorado hasta el momento su problema, esto redundaría en deliberar en un momento dado - que tipo de aparatología es más conveniente utilizar.

Considero que las secuelas de los hábitos depende primor--dialmente de la duración de éstos y que el efecto resultante depende primordialmente de circunstancias individuales.

Los aparatos fijos son los que mejor resultado ofrece pues to que el paciente difícil no se lo puede quitar o el despreocupado no lo pierde.

Antes de la colocación de un aparato es importante expli--car al paciente las ventajas que nos ofrece, y lo que pretende lo- - grar, demostrarle que de ninguna manera se coloca como un castigo si no todo lo contrario, porque tanto sus padres como el dentista de- - sean lo mejor para su boca y para él.

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

1.- GRABER T.M.

Ortodoncia teoría y práctica
Editorial Interamericana
3a. edición, 1974
México 4 D.F., México
Pag. 323 - 324

2.- FINN SINDNEY

Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
4a. edición 1976
México
Pag. 98

3.- WHITE T.C.

Introducción a la Ortodoncia
Editorial Mundi
1a. Edición
Argentina
Pag. 110 - 114

4.- SIM JOSEPH

Movimientos dentarios menores en niños
Editorial Mundi
1a. Edición 1973
Paraguay, Buenos Aires
Pag. 243 - 245

5.- MAYORAL JOSE

Técnica Ortodóntica
Editorial Labor, S.A.
Edición 1976
Barcelona
Pag. 99 - 102

6.- CHACONAS SPIRO J.

Ortodoncia

Editorial el manual moderno

1a. Edición 1982

Pag. 198 - 200

7.- MORIYON JOSE MARIA

La valoración clínica y estadística del tratamiento --
funcional de la clase II/1

Revista Iberoamericana

Vol. I, i (9 - 54) 1981

Pag. 11 - 20

8.- ROTBERG SAUL DR.

El control clínico en el hábito de succión digital

Revista Asociación Dental Mexicana

Vol XXIX - No. 2

Marzo - Abril 1972

Pag. 71 - 75

9.- JUSTUS ROBERTO DR.

Tratamiento de la mordida abierta anterior; un estudio
cefalométrico y clínico

Revista Asociación Dental Mexicana

Vol. XXXIII No. 6 Nov. - Dic. 1976

Pag. 18 - 20

10.- CHEIRIF BERKSTEIN SIMON / RAJUNOV SARAFANOU SAMUEL DR.

Análisis de los hábitos orales

Revista Asociación Dental Mexicana

Vol. XXXVII/2 Marzo - Abril 1980

Pag. 95 - 97

11.- ROTBERG SAUL DR.

Manejo clínico del hábito de succión digital
Revista Asociación Dental Mexicana
Vol. XXIX - No. 3
Mayo - Junio 1972
Pag. 140 - 149

12.- DOTFO ANIVAL LUIS DR.

Etiopatogenia de la clase II
Revista Asociación Dental Mexicana
Vol. XXXIX No. 2
Marzo - Abril 1972
Pag. 12 - 18

13.- ROZENWURCEL MARIO DR. / THOMPSON ALEJANDRO A. DR.

Tratamiento Interceptivo de Anomalías de clase II la -
división (Angle) con interposición de labio inferior.
Revista Asociación Dental Mexicana
Vol. I Mayo 1981
Pag. 21 - 26

14.- MORENO GONZALEZ J.P. / OLABARRIA GONZALEZ MA. BEGOÑA / RIOBOO
GARCIA RAFAEL

Aspectos Psicológicos del desarrollo de los hábitos --
perniciosos de la deglución, fonación y respiración.
Revista Boletín de información dental.
Vol. XLII Julio - Agosto 1982
Pag. 33 - 35

15.- MORENO GONZALEZ J.P.

Aspectos Psicológicos del desarrollo de los hábitos per-
niciosos de la deglución, fonación y respiración
Revista Asociación Dental Mexicana
Vol. XXXVII No. 2 Marzo - Abril 1980
Pag. 24 - 29

16.- MORBON LAUCER FERNANDO D.D.S.

Los hábitos orales en el niño y sus traumas psicológicos.

Rev. Quintaesencia en español

Vol. 3 No. 12 Dic. 1981

Pág. 5 - 6 7 - 9

17.- GARCIA GODOY FRANKLIN DR. ODONT, M.S.

Habitos de succión en niños de 6 - 15 años de edad de Santo Domingo

Revista Quintaesencia Edición Española

Vol. 2 No. 7 Julio 1980

Pag. 2, 3 y 4

18.- MOZAIN ANA MARIA

Algunos usos del alambre forjado

Revista Tecnologia Dental

Vol. VI No. 1 Agosto 1983

Pag. 64 - 69

19.- HARVOLD, E.P.

" The activator in interceptive Orthodontics "

The C. V. Mosby Co.,

St. Louis 1974

Pag. 92 - 96

20.- LANGFORD W.S.

Thumb and Finger Sucking in Child hood

American Journal

Dis. Child 53

Pag. 1290 - 1300

21.- BOWLBY JOHN

Child care and the Growth of love

Penguin Books 1963

Pag. 78 - 82

22.- MASSLER, M.

El crecimiento emocional

Curso dictado en el congreso internacional odontológico Uruguayo - Montevideo, 1961