

57-A
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

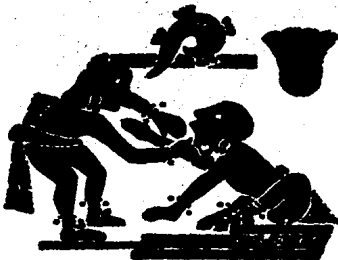
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES EN EL NIÑO

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a n

MIGUEL ANGEL CAZARES GUTIERREZ
YOLANDA ARACELI PEREZ ORTEGA



México, D. F.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alejandro Martínez'.

DIRIGI y REVISE
10 Nov. 1987
C. D. ALEJANDRO MARTINEZ S.

1987



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.

INDICE

Introducción	1
I. Diagnóstico	
- Historia clínica.....	2
- Examen radiológico.....	7
- Modelos de estudio.....	12
II. Características de la dentición infantil	
- Desarrollo de los arcos dentarios.....	14
- Desarrollo de la dentición.....	16
- Patrones normales de la erupción.....	18
- Morfología de los dientes primarios.....	19
- Espacios de desarrollo.....	26
- Espacios primates.....	26
- Planos terminales.....	27
- Clasificación de las maloclusiones.....	30
III. Hábitos bucales	
- Succión digital.....	37
- Hábito de chuparse y/o morderse los labios.....	48
- Lengua protráctil.....	53
- Bruxismo y bricomafia.....	59
- Ejercicios musculares.....	63

IV. Control del paciente

- Instrucciones a los padres y cuidados del aparato.....	65
- El niño y su aparato.....	66
- Citas de control.....	67

CONCLUSIONES.....	69
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	70
--------------------------	-----------

INTRODUCCION.

Por medio de esta investigación, trataremos de dar a conocer la importancia y trascendencia del control de los hábitos bucales, ya que en nuestro país, no se les ha dado la atención suficiente a los niños que presentan este tipo de problemas.

Las consecuencias son muy severas, ocasionando maloclusiones al igual que problemas psicológicos.

Sin embargo, todo odontólogo de práctica general debe de estar consciente de la magnitud de este tipo de tratamientos para poder ser llevados a cabo en nuestros pacientes infantiles, puesto que en la práctica diaria, nos enfrentamos a este tipo de problemas.

En ocasiones, por falta de información los padres llegan a ser culpables de este tipo de problemas, así como también pueden ser los dentistas, debido a que no pueden orientar adecuadamente a los padres, se les dificulta el manejo del niño o basándose en el tiempo empleado y los honorarios devengados, los resultados no son productivos para este.

Hoy en día, el odontólogo debe utilizar los medios preventivos que esten a su alcance, dándole así, la importancia que se merece la dentición infantil.

I. DIAGNOSTICO

C A P I T U L O I

HISTORIA CLINICA

Dentro de la odontopediatría es importante realizar un examen completo de la boca para poder efectuar el plan de tratamiento adecuado.

En la historia clínica existen tres divisiones:

1. Historia del caso e información general
2. Examen clínico:
 - condición general del paciente
 - condición local presente
 - examen dental
 - procedimientos suplementarios
3. Plan de tratamiento
 - diagnóstico
 - planeación

1. Historia del caso e información general.

A todo niño, antes de introducirlo al consultorio dental se le debe de elaborar el cuestionario de historia clínica y de información general.

La historia clínica en situaciones de emergencia se va a limitar generalmente a puntos esenciales en relación a la lesión que aqueja al niño y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que pudieran tener importancia en el tratamiento inmediato que se va a realizar.

El cuestionario debe de tener preguntas generales como: nombre del paciente, diminutivo, edad, fecha y lugar de nacimiento, dirección y teléfono, grado escolar, nombre del acompañante, si se le ha realizado alguna historia médica y/o odontológica pasada, añadiendo motivo y por último actitud tomada por el niño. Esta historia de caso se complementa mediante una plática con los padres.

2. Examen clínico.

El examen clínico se debe de efectuar con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos.

-Condición general del paciente.

- a) estatura y peso
- b) porte
- c) nivel de desarrollo de lenguaje
- d) piel y pelo
- e) manos
- f) temperatura

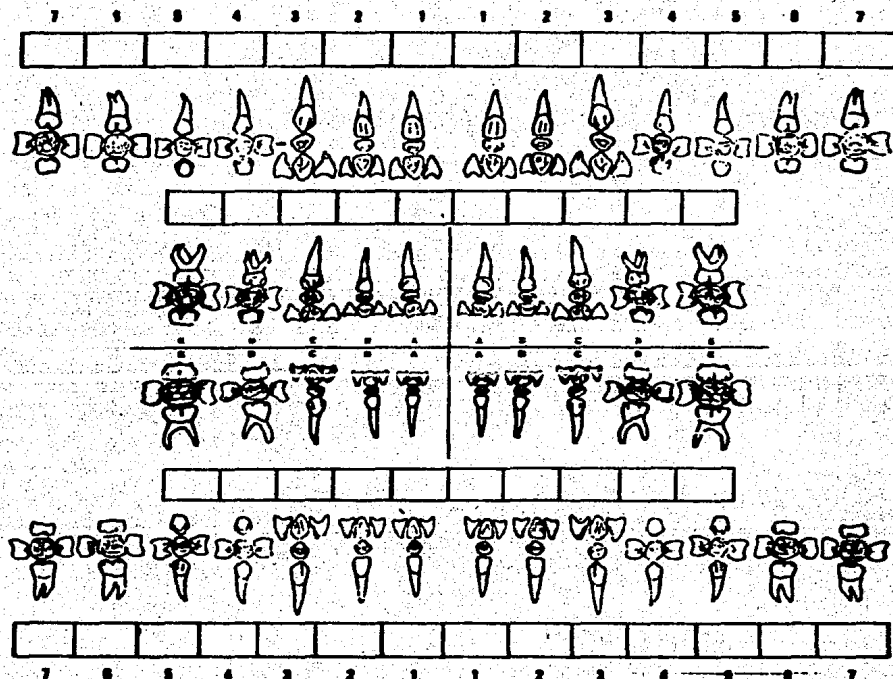
-Condición local presente.

La cavidad bucal es nuestra meta para el diagnóstico, la condición general del paciente sirve de introducción a la cavidad bucal del niño. No solo hay que enfocar la atención en los dientes, también se deben de atender otras áreas, como los tejidos blandos de la cavidad bucal y la faringe.

-Examen bucal.

Hay que hacer observaciones básicas de la dentadura en general antes de formular cualquier diagnóstico sobre los dientes indicados. Es muy importante conocer la clasificación de las anomalías de la dentición.

EXAMEN DENTAL



Color: Rojo ___ Caries y otras Patosis
Rojo y Azul ___ Caries Secundaria

Azul ___ Restauraciones
Triángulo Azul ___ Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo ___ Ausente (Congénito)
Flechas ___ Inclinación del Diente

Cuadrado ___ Sin Erupcionar
Flechas ___ Giroversión de Diente

(- -) (| |)

(())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (c) Cervical Solamente (ce)
Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)
Movilidad en el Diente (MV)
Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
		Izq.	Der.				
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslape Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión del Dedo	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros _____	

ERUPCIÓN Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Método y Frecuencia	_____				
Localización:	Supragingival	_____	Subgingival	_____	
Cantidad:	Poca		Mediana	Abundante	
Calcificación:	Buena	Pobre		Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta	
Radiográficamente	_____				

para efectuar un buen diagnóstico.

1. anomalías de número
2. anomalías de forma
3. anomalías de estructura y textura
4. anomalías de color
5. anomalías de erupción, exfoliación y posición

-Examen dental.

Existen diferencias anatómicas entre dientes deciduos y permanentes, por lo tanto es importante descubrir lesiones insipientes para que sean tratadas con prontitud.

Se llena una ficha en la cual se marcan los dientes existentes y los que estén ausentes se anota el motivo, las lesiones cariosas anotando el grado de estas; esto es para evaluar el tipo de tratamiento que requiere el diente, las obturaciones y restauraciones existentes, dientes sin erupcionar posterior a la época habitual de su erupción, todo tipo de malposiciones y cualquier tipo de anomalía.

EXAMEN RADIOLOGICO

La radiografía como ayuda para el odontólogo, es un instrumento importante de diagnóstico. Las observaciones más importantes del examen radiográfico son:

1. Desarrollo de la dentición y de los órganos de la masticación
2. Estado de la salud de todos los dientes erupcionados

Tal vez los niños necesitan más de la radiografía que los adultos ya que en ellos, lo principal son los problemas del crecimiento y de desarrollo y los factores que los pueden alterar.

Existen casos en donde no se puede prescindir de la radiografía, ya que proporciona básicamente información sobre tamaño, forma, posición densidad relativa y número de objetos abarcados en el área de esta. La radiografía presenta sus limitaciones, una de ellas, es que nos muestra una figura bidimensional de una tridimensional, además los cambios en los tejidos blandos no son visibles, la primera dificultad es la evaluación del área, cuando la radiografía está superpuesta a otra área.

Los problemas a los que nos podemos enfrentar en la obtención de radiografía en niños:

1. la boca es pequeña y muchas veces resulta difícil colocar la película
2. el niño puede ser un problema debido a alguna experiencia traumática anterior al tomarle radiografías dentales.

Se debe de proceder con cautela y mucha comprensión para asegurarle una buena experiencia al niño. Hay que explicarle lo que va a suceder, permitiéndole que sostenga la radiografía. Se trabajará rápidamente empleando kilovoltaje alto y tiempo de exposición corto. Se le hablará constantemente para distraerlo y ofrecerle confianza.

Se le puede pedir que fije su atención en un objeto de la habitación para evitar que nos fije la mirada.

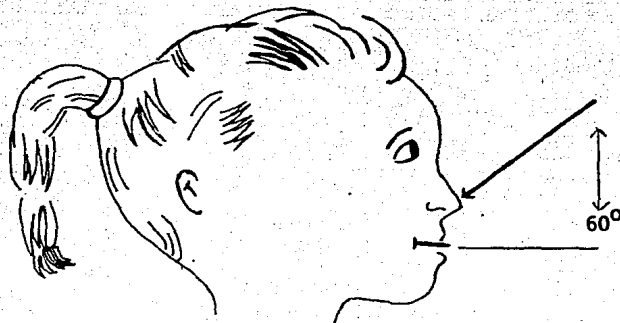
Siempre se debe de utilizar el mandil de plomo para cualquier exposición radiográfica para reducir la radiación que recibe el niño.

Técnica intrabucal.

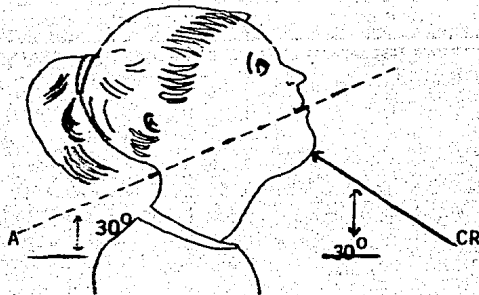
En la dentición primaria para obtener una serie completa, se usan dos películas del número 2 para las proyecciones oclusales anteriores y películas del número 0 para las proyecciones periapicales posteriores de aleta mordible.

La película más fácil de obtener es la proyección maxilar superior oclusal anterior, por ser la más fácil es la que se deberá obtener primero. Se coloca al niño con el plano oclusal paralelo al piso.

Se va a colocar la película del número 2 paralela al piso y se le pide al niño que muerda. El borde incisal de los dientes deberá coincidir con el borde de la película, colocandose el eje mayor de la película de oreja a oreja. El rayo central del aparato se va a dirigir a la punta de la nariz con un ángulo de 60° .



La segunda película va a ser la proyección oclusal inferior. La película se va a colocar igual que la oclusal superior, pero con el lado sensible de la película hacia los dientes incisivos inferiores. Ya que no se puede obtener un ángulo de 60° con el plano oclusal paralelo al piso, se va a colocar al niño de tal forma que la línea del ala de la nariz al tragus forme un ángulo de 30° con el piso y se va a dirigir el tubo del aparato hacia arriba con una angulación de 30° ; estos dos ángulos sumados nos van a dar 60° . El rayo central se va a dirigir hacia los ápices de los incisivos centrales.



Para la proyección de los molares superiores se utiliza la película 0, que se deberá doblar en su porción anterior para conformarse a la boca del niño, además del Rinn-Snap-A-Ray (nombre comercial para sostener la película dentro de la boca). El rayo central se va a dirigir a un punto sobre la línea que va del ala de la nariz al tragus, directamente abajo de la pupila del ojo, con una angulación vertical negativa de 10° . La angulación horizontal tanto para molares inferiores como superiores se determina usando el mango de plástico del instrumento como guía.

En la técnica intrabucal el paciente sostiene la película del número 0 en la boca mordiendo sobre una aleta. Las esquinas anteriores deberán ser dobladas, esto se hace para no afectar la encía y para no provocar dolor, ya que puede ser rechazada la película por el niño. El rayo central deberá ser dirigido entre los contactos (las áreas de contacto están alineadas en sentido anteroposterior), no perpendicular a la línea media del paciente.

La angulación horizontal se va a determinar pidiendo al niño que muerda sobre la aleta, se alinea el tubo del aparato con la aleta. Se utiliza una angulación vertical de 10° .

Dentición mixta: Aquí los primeros molares permanentes ya se encuentran en oclusión, Para las exposiciones se van a utilizar películas del número 2.

En la región anterior se utiliza una proyección oclusal. Para los incisivos centrales superiores se obtiene el plano oclusal con la línea del ala de la nariz al tragus, se coloca paralela al piso y se utiliza angulación vertical de 60° con el rayo central dirigido hacia la punta de la nariz. El eje mayor de la película se coloca orientado de atrás hacia adelante, de la nariz hacia la faringe. El borde incisal de los centrales deberá coincidir con el borde de la película.

Para el canino superior se va a utilizar una angulación vertical de 55° dirigiendo el rayo a través del punto de contacto del premolar y el canino.

Para los anteriores inferiores la línea del ala de la nariz al tragus se coloca a 30° respecto al piso, el tubo del aparato se coloca

a un ángulo de 30° respecto a la película pasando através de los ápices.

Para radiografías de molares superiores e inferiores se usan películas del número 2.

Para examen de aleta mordible se utiliza película del número 2- doblandose las esquinas anteriores de la película.

Película panorámica: Este tipo de película es más fácil de obtener que una serie de radiografías intrabucales. Una gran ventaja es que la radiación que se recibe es menor y cubre un área mayor que una serie total intrabucal.

El defecto que presenta este tipo de radiografías es la falta de detalle, por lo que se puede complementar con un examen de aleta mordible, para descíbrir las lesiones cariosas insipientes.



Colocacion del Rinn-Snap

MODELOS DE ESTUDIO

La toma de modelos de estudio en los niños se debe de realizar con ciertos cuidados; esto es para evitar un mal procedimiento que pueda ocasionar una mala experiencia dentro del consultorio, pudiendo repercutir en el manejo y comportamiento del niño para las siguientes sesiones.

Pasos a seguir en la toma de impresiones:

1. Se debe de escoger y adaptar el tamaño adecuado del portaimpresiones
2. Se deben de colocar barras de cera en los bordes del portaimpresiones para obtener una impresión nítida de fondo de saco, además de - que así se le evita molestias al paciente.
3. Primero se debe de tomar la impresión inferior, ya que esta causa - menos reflejo de náuseas.
4. Se le debe de pedir al paciente en la toma del modelo inferior que - levante la lengua, para obtener nitidez de el piso de la boca.
5. Para la toma de impresiones tanto superior como inferior, se deben - desplazar los carrillos con el dedo índice y pulgar, esto es para - que se permita fluir el alginato hacia la porción bucal.
6. En el transcurso de la gelificación del alginato se trata de distra - er al paciente.
7. En la toma de impresión superior se facilita el reflejo de náusea, - por lo que debe de tener cuidado. La posición del paciente no debe - de ser horizontal, sino vertical; se le indica al paciente que res - pire despacio por la nariz y que mire a la punta de su zapato.

Los datos obtenidos de los modelos de yeso sirven para confirmar las observaciones realizadas durante el examen bucal. Así podemos observar en los modelos pérdida prematura, retención prolongada, falta de espacio, amplitud de las lesiones cariosas para su evaluación de tratamiento, giroversión, malposición de dientes individuales, diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología de las papilas interdentarias son apreciadas de inmediato.

II. CARACTERISTICAS DE LA DENTICION INFANTIL

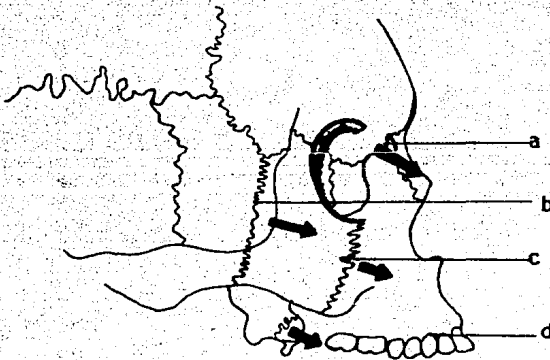
CAPITULO II

CARACTERISTICAS DE LA DENTICION INFANTIL

Desarrollo de los arcos dentarios.

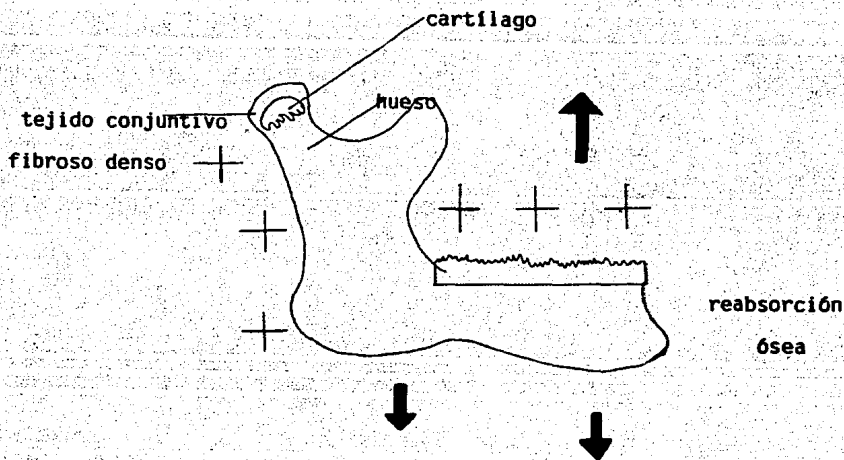
Maxilar superior. El crecimiento del maxilar superior es en di
rección frontal inferior, de acuerdo a los puntos principales del creci
miento que se encuentran casi paralelas entre sí, y son las suturas:

- a) Sutura frontomaxilar
- b) Sutura temporocigomática
- c) Sutura maxilocigomática
- d) Proceso piramidal del hueso palatino



Maxilar inferior. El patrón de crecimiento del maxilar inferior según el concepto normal, corresponde a una reabsorción anterior en la rama ascendente y apósito en la posterior, con aumento en la dirección-anteroposterior del cóndilo.

El crecimiento aposicional del hueso alveolar aumenta la dimensión superoinferior de la mandíbula. La prominencia del mentón se debe, no por depósito de hueso sino mediante la reabsorción ósea entre la cresta alveolar y el ápice dental.



Desarrollo de la dentición.

La erupción de los dientes primarios comienza aproximadamente a los seis meses de edad. Los primeros en erupcionar son los incisivos - centrales inferiores y uno o dos meses después los superiores correspondientes. El incisivo lateral lo hace aproximadamente ochos meses después seguido por el primer molar entre los 12 o 14 meses, el canino de los - 16 a los 18 meses y el segundo molar a los 2 años.

Normalmente entran en oclusión los 20 dientes temporales, los - que no suelen presentar curva de Spee, tienen escasa interdigitación - cuspídea, escasa sobremordida y muy poco apilamiento.

CRONOLOGIA DE LA DENTICION

TEMPORAL

Superior

<u>Diente</u>	<u>Erupción</u>	<u>Rafz completa</u>
A	7 1/2 meses	1 1/2 años
B	9 meses	2 años
C	18 meses	3 1/4 años
D	14 meses	2 1/2 años
E	24 meses	3 años

Inferior

A	6 meses	1 1/2 años
B	7 meses	1 1/2 años
C	16 meses	3 1/4 años
D	12 meses	2 1/4 años
E	20 meses	3 años

PERMANENTE

Superior

DienteErupciónRafz completa

1	7-8 años	10 años
2	8-9 años	11 años
3	11-12 años	13-15 años
4	10-11 años	12-13 años
5	10-12 años	12-14 años
6	6-7 años	9-10 años
7	12-13 años	14-16 años

Inferior

1	6-7 años	9 años
2	7-8 años	10 años
3	9-10 años	12-14 años
4	10-12 años	12-13 años
5	11-12 años	13-14 años
6	6-7 años	9-10 años
7	11-13 años	14-15 años

Patrones normales de erupción de los dientes.

- 1) Los dientes tienden a erupcionar a lo largo de la línea media - de sus propios ejes, hasta que encuentran resistencia, la que para - los dientes remplazantes, aparece bajo la forma de un diente tempora - rio cuya raíz deberá ser reabsorbida.
- 2) A medida que se produce la reabsorción, se crea un conducto en - el hueso alveolar através del cual se mueve el diente permanente, - presionado por su propia fuerza de erupción, gran parte proviene de - la formación de su raíz.
- 3) Si un traumatismo o una caries avanzada, hicieron perder su vi - talidad del diente primario, éste puede actuar como un desvío, forzan - do al diente permanente. La falta de espacio en el arco puede produ - cir un desvío similar o bloquear un diente en erupción.
- 4) Los factores genéticos pueden causar patrones eruptivos anorma - les, los que ha menudo se observan como de naturaleza familiar.

Características de la dentición infantil.-

La dentición infantil presenta 20 dientes, existiendo cinco en cada cuadrante, siendo estos más pequeños que los dientes permanentes.

Incisivo central superior primario.-

El incisivo central superior primario muestra una gran diferencia entre los ángulos distal y mesial en el borde incisal, el ángulo mesial es casi recto, en tanto que el distal es redondeado. La cara vestibular, casi siempre convexa, hace notoria prominencia cerca del borde cervical, formando así el cingulo vestibular, características de todos los dientes primarios. La cara lingual, presenta un tubérculo que generalmente bien desarrollado ocupa la mayor parte; se extiende a lo largo de los bordes proximales, hacia el borde incisal en forma de crestas marginales. La parte central de la superficie lingual es cóncava.

Su raíz está ligeramente comprimida en el sentido vestibulolingual. El eje de la raíz forma con el eje de la corona un ángulo que se abre hacia distal. Esto causa una divergencia de los dientes derecho e izquierdo.

Las medidas del incisivo central superior primario son:

Longitud total del diente	17.0 - 19.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	6.0 - 7.15mm
Altura de la corona	6.0 - 7.3 mm

Incisivo lateral superior primario.-

El incisivo lateral superior primario es muy similar al central pero la corona es más pequeña en todas sus dimensiones. El largo de la corona de cervical a incisal es mayor que el ancho mesiodistal. La forma

de la raíz es similar a la del central, pero es más larga en proporción con la corona.

Las medidas del incisivo lateral superior primario son:

Longitud total del diente	14.5 - 17.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	4.2 - 6.6 mm
Altura de la corona	5.5 - 6.8 mm

Canino superior primario.-

La corona del canino es más estrecha en cervical que la de los incisivos y las caras mesial y distal son más convexas. Tiene una cúspide bien desarrollada.

La cara vestibular es convexa, con su mayor prominencia en el borde cervical. Una cresta longitudinal conecta casi siempre el ángulo labial con la punta de la corona. El tubérculo de la cara lingual está a menudo dividida en una mitad mesial y otra distal por una cresta longitudinal que termina en el tubérculo dental o ángulo.

La raíz presenta un corte transversal triangular.

Las medidas del canino superior primario son:

Longitud total del diente	17.5 - 22.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	6.2 - 8.0 mm
Altura de la corona	6.5 - 7.8 mm

Incisivo central y lateral inferiores primarios.-

Estos difieren principalmente en el tamaño; el lateral es mayor que el central. Esta diferencia es, en la mayoría de las personas, más pronunciada en la dentición primaria que en la permanente.

El incisivo lateral presenta a menudo un ángulo distoincisal redondeado y a veces es similar al diente correspondiente del maxilar superior. Comparadas con las permanentes, las raíces incisivas son mucho menos aplanadas en sentido mesiodistal; de tal modo que, al corte transversal se acerca mucho más a una forma circular.

Las medidas del incisivo central inferior son:

Longitud total del diente	15.0 - 19.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	3.6 - 5.5 mm
Altura total de la corona	5.0 - 6.6 mm

Las medidas del incisivo lateral inferior son:

Longitud total del diente	15.0 - 19.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	3.8 - 5.9 mm
Altura de la corona	5.6 - 7.0 mm

Canino inferior primario.-

El canino inferior primario es, en conjunto, más estrecho y tiene, por lo tanto, un aspecto más esbelto que su antagonista. La concavidad de la cara lingual rara vez está interrumpida por una cresta longitudinal.

Las medidas del canino inferior primario son:

Longitud total del diente	17.5 - 22.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	5.2 - 7.0 mm
Altura de la corona	6.5 - 8.1 mm

Primer molar superior primario.-

Los primeros molares primarios de ambos arcos están formados -

por una anatomía difícil de comparar, puesto que ningún diente de la dentición decidua o permanente es tan complejo.

La cara oclusal es un cuadrilátero irregular. El borde distal - sigue una dirección vestibulolingual directa y por lo tanto se une a los bordes vestibular y lingual en ángulo recto. El borde mesial es oblicuo en dirección mesiovestibular a distolingual. Esto es causado por lo corto que es el borde lingual y lo estrecho que es la cara lingual de la corona.

La cara oclusal esta dividida en una parte vestibular y otra lingual mediante un surco mesiodistal profundo. Este no se extiende hasta los bordes mesial y distal, que se elevan en forma de crestas marginales. La mitad lingual de la corona se eleva en una cúspide cónica. La mitad vestibular de la corona puede ser descrita como una cresta larga y cortante, comprimida en dirección vestibulolingual. La parte media de la cresta es mas o menos puntiaguda. A veces, el punto de mayor elevación de la cresta vestibular llega a presentar una cúspide secundaria

La cara vestibular es más ancha en su parte mesial que en la distal. La cresta cervical es en especial notable en la mitad mesial del diente y llega a desarrollarse aquí un tubérculo hemisférico, el tubérculo de Zuckerkandl. También se observa un cingulo en el borde cervical de la cara lingual.

Tiene tres raíces que están en posición similar a la hallada en los molares permanentes. La raíz mesiovestibular es ancha en dirección vestibulolingual y comprimida en dirección mesiodistal; la raíz disto - vestibular es a menudo la más corta de este diente.

La raíz mas larga de este diente es la palatina, al corte transversal es de forma casi circular. Por lo general la divergencia de las tres raices es notable, lo cual se adapta a la ubicación intraradicular - que tiene en el primordio del primer molar permanente. Las raices palatina y distovestibular en ocasiones aparecen fusionadas.

Las medidas del primer molar superior primario son:

Longitud total del diente	14.0 - 17.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	6.6 - 9.8 mm
Altura de la corona	5.8 - 6.5 mm

Primer molar inferior primario.-

La cara oclusal de este es ovalada, con su diámetro mayor mesiodistal. La mitad vestibular de la corona, se eleva en dos cúspides aplastadas, que a menudo están separadas por solo una escotadura superficial. La cúspide mesial es siempre mayor que la distal. Las dos cúspides vestibulares están separadas de la porción lingual de la corona por un surco mesiodistal zigzagueante que termina en las crestas marginales mesial y distal. La mitad lingual del diente es más angosta que la mitad vestibular y en la mayor parte de los dientes presentan dos cúspides cónicas que están separadas entre sí, la distolingual es más pequeña que la mesiolingual.

Una cresta adamantina conecta con frecuencia la cúspide mesiovestibular con la mesiolingual, interrumpiendo la fisura central mesiodistal en la mitad del diente. La fisura se divide en una pequeña fosilla entre la cresta marginal mesial y la cresta transversal o vestibulo palatina y una fosilla mas amplia entre esta cresta y la cresta marginal distal. La cara vestibular del diente está inclinada hacia lingual, lo-

cual explica la relativa estrechez de la cara oclusal en dirección vestibulolingual. El cingulo vestibular está muy desarrollado y también puede existir un tubérculo en la porción mesiocervical de la cara vestibular.

Las dos raíces de este diente, mesial y distal, están aplanadas en dirección mesiodistal, especialmente la mesial. Las dos raíces divergen mucho para dejar espacio al primordio del primer molar inferior permanente. Las porciones apicales de la raíz pueden estar dobladas a modo de quedar una frente a la otra y llegan a abrazar en parte a la corona del sucesor en formación.

Las medidas del primer molar inferior primario son:

Longitud total del diente	14.0 - 17.0 mm
Diámetro mesiodistal de la corona	7.5 - 8.5 mm
Altura de la corona	6.6 - 7.0 mm

Segundo molar superior primario.-

La corona del segundo molar primario es más pequeña que la del primer molar permanente pero son muy similares en casi todos sus detalles. La única excepción es la prominencia ligeramente más notable de la cara bucal en su porción cervical. El cingulo vestibular nunca llega a desarrollar un tubérculo de Carabelli en la mitad mesial de la cara lingual, la cúspide distolingual puede estar ligeramente reducida.

Las raíces de este diente se asemejan mucho a las del primer molar permanente, pero por lo general su divergencia es más pronunciada.- Esto está relacionado con el hecho de desarrollarse el segundo premolar permanente, entre las raíces de su predecesor. A veces están fusionadas las raíces palatina y distovestibular.-

Las medidas del segundo molar superior primario son:

Longitud total del diente	17.5 - 19.5	mm
Diámetro mesiodistal de la corona	8.3 - 9.3	mm
Diámetro vestibulolingual de corona	9.0 - 6.7	mm
Altura de la corona	6.0 - 6.7	mm

Segundo molar inferior primario.-

El segundo molar inferior primario es una reproducción en pequeño del primer molar permanente. Las únicas diferencias son: la mayor prominencia del cíngulo vestibular y una mayor convexidad de las superficies proximales, lo cual produce una constricción notable de la porción cervical del diente. Las raíces divergen mucho en su mitad cervical pero sus ápices a veces convergen. En esto las raíces del segundo molar inferior primario se parecen a las del primero. La raíz mesial muestra a menudo indicios de una división en su porción vestibular y otra lingual.

Las medidas del segundo molar inferior primario son:

Longitud total del diente	17.5 - 19.5	mm
Diámetro mesiodistal de la corona	10.0 - 11.5	mm
Diámetro vestibulolingual de corona	8.5 - 9.2	mm
Altura de la corona	6.5 - 7.2	mm

Espacios de desarrollo.-

En las arcadas de la primera dentición, con frecuencia podemos encontrar como característica fisiológica, espacios interdentarios en la región anterior especialmente, tanto en superior como inferior.

Estos espacios nos dan una disposición correcta de los dientes de la segunda dentición, pero, aún existiendo estos espacios en ocasiones se pueden observar problemas de apiñamiento, que pudiera deberse a la desarmonía existente entre el tamaño del diente y el espacio existente en el largo de la arcada es decir, en relación al crecimiento óseo.

Denticiones primarias espaciadas.-

Baume fué el primero en poner nombre a los espacios hallados en las denticiones primarias con mayor frecuencia, entre los incisivos laterales y los caninos superiores, y también entre los caninos y los primeros molares inferiores. A estos espacios los denominó Espacios primates, ya que estos espacios eran observados en las denticiones de los monos.

Tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes.

Planos terminales de los segundos molares primarios.-

Durante el período de la dentición mixta, que dura normalmente de los seis a los trece años, la dentición es altamente susceptible a los cambios del medio ambiente, ya que muchas maloclusiones comienzan a presentarse en este período.

Baume enfatizó la importancia de los planos terminales de los segundos molares primarios como claves para predecir si el primer molar permanente erupcionará en una oclusión normal o de Clase I.

Existen dos maneras en que la oclusión molar Clase I, puede desarrollarse durante el período precoz de la dentición mixta:

- 1) Un escalón mesial en el plano terminal de los segundos molares primarios, permitió que los primeros molares permanentes erupcionaran directamente en oclusión normal.
- 2) Un plano terminal recto, mas un espacio primate inferior, cerrado por el empuje mesial de los molares primarios, conduce a una oclusión correcta de los primeros molares permanentes.

Moyers, denominó a esta última variante como desplazamiento mesial tardío, esto puede producirse con un plano terminal recto y una ausencia de espaciamiento intermediario que da como resultado una relación borde a borde terminal. Mas tarde, cuando se pierde el segundo molar inferior primario, se desplaza ligeramente hacia mesial durante la erupción del segundo premolar en que necesita menos espacio, dando como resultado una Clase I, de los molares de los seis años.

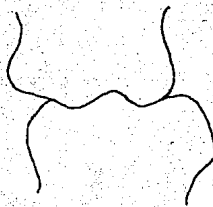
Influencia de los planos terminales de los molares primarios en la erupción del molar de los seis años.-

Existen cuatro tipos de planos terminales y su influencia sobre la oclusión molar permanente:

1) Plano terminal en un mismo nivel. Esto permitirá que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación de borde a borde. Más tarde cuando los segundos molares son exfoliados, el primer molar permanentemente se desplaza hacia mesial más que el superior. Esto ha sido descrito por Moyers como el desplazamiento mesial tardío, en una maloclusión de Clase I.



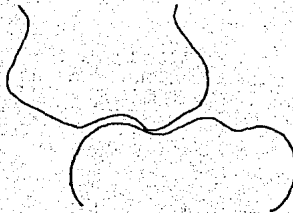
2) Plano terminal con escalón mesial. Esto permite que los molares de los seis años erupcionen en una maloclusión normal de Clase I.



3) Plano terminal con escalón distal. Esto permite que los molares de los seis años estén en una maloclusión de Clase II.



4) Plano terminal con escalón mesial exagerado. Esto permite que los molares permanentes sean guiados únicamente a una maloclusión de Clase III.



Clasificación de las maloclusiones.-

En la clasificación de las maloclusiones Angle, propuso utilizar las posiciones mesiodistales relativas de los molares superiores e inferiores de los seis años a medida que se ponen en contacto al cerrar - en céntrica.

Dewey y Anderson, han agregado al sistema de Angle, para describir diferencias precisas, entre las maloclusiones de Clase I, principalmente referidas a los problemas de espacio y excesivas malposiciones de dientes aislados o en grupo.

Angle dividió las oclusiones en tres grupos:

- Clase I. Personas con rasgos relativamente rectos.
- Clase II. Personas con un labio superior prominente y un mentón no también desarrollado.
- Clase III. Personas que muestran un mentón prominente cuyo arco y labio superior aparecen menos desarrollados.

Clasificación de Angle modificada de Hitchcock.

Clase I. A medida que el maxilar inferior cierra pareja y cómodamente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesio - vestibular del primer molar permanente superior entra en relación con el surco vestibular del primer molar permanente inferior.

Clase II. A medida que la mandíbula, llega hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, está en relación con el segundo premolar inferior y el primer molar inferior.

Clase III. A medida que el maxilar inferior cierra hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior; entra en relación con el surco distovestibular del primer molar permanente inferior.

Divisiones de la Clase II.

Angle, dividió después las denticiones de la Clase II en dos divisiones, determinadas por la inclinación axial de los incisivos superiores.

Clase II, división 1; los incisivos centrales son protrusivos.

Clase ii, división 2; los incisivos centrales superiores desde una posición vertical a una posición más inclinada a lingual. Los incisivos laterales superiores, suelen estar protruidos marcadamente hacia vestibular de los incisivos centrales.

Subdivisiones de la Clase II.

Cada división de la clase II, tiene una subdivisión, cada una de estas describe una dentición que tiene una relación molar de Clase II de un lado del arco y del otro una Clase I. Esto es que una Clase II está ubicada en cuatro categorías:

Clase II, división 1:

Relaciones molares de Clase II en ambos lados; centrales prominentes.

Clase II, división 1, subdivisión:

Relación molar Clase II de un lado; relación molar Clase I del otro, incisivos centrales prominentes.

Clase II, división 2:

Relación molar Clase II de ambos lados; incisivos centrales - casi verticales o inclinados a lingual, e incisivos laterales - protruidos.

Clase II, división 3, subdivisión:

Relación molar de Clase II de un lado; relación molar Clase I - del otro, incisivos centrales verticales o inclinados hacia lingual, con un solo incisivo lateral protruido, vestibularmente, - por lo general del lado de la Clase II.

Maloclusiones de la Clase III.

Angle describe a la maloclusión Clase III, cuando la relación - molar es tal, de ambos lados de los arcos. La Clase III, describe una - dentición en la cual existe una relación molar Clase I de un lado y, con una relación Clase III del otro.

Modificación de Dewey/Anderson de la Clase I de Angle.

Este sistema divide la Clase I de Angle, de modo que los factores obvios y repetidos tales como; el apiñamiento de los incisivos causados genéticamente o por el medio ambiente, disminución del espacio en el arco posterior como resultado de la mesialización de los molares permanentes, incisivos protruidos y mordidas cruzadas, pueden ser consideradas como entidades específicas de la maloclusión. Para Dewey/Anderson cada maloclusión de Clase I son llamados Tipos.

Clase I, Tipo 1:

Incisivos inferiores apiñados, incisivos superiores espaciados - normalmente.

Causa.- Músculo mentoniano hiperactivo

Incisivos superiores e inferiores rotados o apiñados.

Causa.- Por lo general genética.

Clase I, tipo 2:

Incisivos superiores e inferiores protruidos o espaciados, dando como resultado una mordida anterior; caninos en oclusión visto en la dentición primaria y mixta.

Causa.- Hábito bucal activo generalmente con un patrón de deglución pobre y una posición lingual inadecuada, en estado de reposo.

Incisivos superiores protruidos y espaciados pero con un arco inferior bien formado.

Causa.- Hábito de succión, empuje lingual leve, moderado y hábitos labiales, por lo general se observa en la dentición mixta de la mitad hacia adelante.

Clase I, Tipo 3:

Mordida cruzada anterior que involucra a uno o dos incisivos permanentes superiores.

Causa.- Posible Clase III precoz, también un traumatismo de los dientes primarios superiores provocando que los incisivos erupcionen lingualmente.

Mordida cruzada anterior que involucra a tres o cuatro dientes-incisivos superiores.

Causa.- Generalmente genética, mostrando menos potencial de crecimiento del maxilar inferior que lo normal, como en la Clase III.

Clase I, Tipo 4:

Mordida cruzada posterior, limitada a un molar de los seis años

Causa.- Bisplasia ósea menos en el maxilar superior.

**mordida cruzada posterior que involucra dos o más dientes, visu-
alizada como unilateral cuando los dientes están en oclusión.**

Causa.- Caninos primarios interdigitándose inadecuadamente, cre-
cimiento del maxilar superior en lateral.

**Mordida cruzada posterior, visualizada como bilateral cuando los
dientes están en oclusión.**

Causa.- Posible influencia de una Clase III en la familia; tam-
bién puede provenir de una rinitis alérgica o de hábitos de mor-
dida de carrillo.

Clase I, Tipo 5:

**Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 milímetros en un cuadrante
debido a la mesialización de uno o más molares de los seis -
años.**

Causa.- Pérdida precoz de los molares primarios, erupción ectó-
pica de los primeros molares permanentes, destrucción por caries
de los molares primarios.

Mordida abierta anterior.

Una mordida abierta anterior es, casi siempre, la indicación de
un viejo hábito bucal o el resultado de un patrón hereditario.

Este tipo de maloclusiones se encuentran clasificadas por Dewey/
Anderson como una Clase I, tipo 2 y una Clase II, división 1.

Estas maloclusiones son semejantes, y consiste en que los dien-
tes anteriores están protruidos en ambos casos. Sin embargo;

en la Clase I, tipo 2, los incisivos superiores están espaciados y la relación molar y canina es de Clase I. En ambas maloclusiones el labio superior aparece más corto y actúa de manera hipotónica de tal modo que los labios no presionan juntos ni cierran los dientes durante el acto de la deglución. El labio inferior, parece sobre actuar en una dirección hacia adentro y arriba para efectuar el sellado de la deglución. El labio puede acompañar esto, observándose lingualmente hacia arriba, hacia los incisivos superiores a medida que aumenta la sobre-mordida horizontal.

Los problemas de articulación de palabras, tales como el ceceo, pueden estar presentes; la lengua puede empujarse a través de la abertura entre los dientes anteriores durante un patrón de deglución normal, teniendo que mantener una mordida abierta, aún cuando haya cesado el hábito de succión. Durante la formación de sonidos tales como S,Z,C, el niño puede encontrar dificultad para sentir el contacto de la lengua con el paladar. Otros sonidos realizados por el labio inferior contactando con los bordes incisales de los dientes anterosuperiores como la F y la v, pueden sufrir una distorción, sustitución u omisión.

Mordida cerrada o profunda.

Aparece secundariamente a la pérdida de los dientes laterales los incisivos inferiores son cubiertos totalmente por los superiores con la configuración del arco dentario superior anterior y también de la parte maxilar correspondiente. El arco dentario superior es aplanado pero también alargado en sentido vertical.

La base apical es muy grande y desarrollada en sentido labial la espina nasal anterior sobresale hacia adelante prominentemente.

La parte inferior de la cara, por el contrario es acortada; - la parte blanda del mentón sobresale y es como consecuencia de la retrusión alveolar inferior, los dientes anteriores se encuentran a menudo apilados, los incisivos centrales superiores están invertidos, osea palatinizados, y los incisivos laterales están bien ubicados en el arco o en ocasiones desplazados en sentido labial.

Los dientes anteriores inferiores pueden estar bien ubicados - pero también estar inclinados hacia atrás.

El maxilar inferior se encuentra en distoclusión considerándosele como una mordida forzada y parece deberse a que como consecuencia del frente plano de la mandíbula es desplazada hacia atrás en su articulación y en neutroclusión se le interpreta como una adaptación local.

Es considerada como de etiología hereditaria.

III. HABITOS BUCALES

CAPÍTULO III

HABITOS BUCALES

SUCCION DIGITAL.

En el recién nacido los maxilares están poco desarrollados, - con el paladar plano, principalmente, de la carencia de evolución al - veolar.

La lengua llena el espacio entre los maxilares y la mandíbula, puesto que esta no ha crecido suficientemente hacia abajo y adelante - para alejar la lengua del paladar. Los procesos alveolares no son todavía lo bastante prominentes para separar la lengua de la pared bucal y de los labios.

El recién nacido necesita de muchas e importantes funciones - de la lengua y de los labios, que se efectúan en forma diferente, porque los dos grupos musculares no están aún separados por los dientes.

Este posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y - esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. - De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera etapa de la vida. Mediante el acto de chupar o de mamar el niño satisface aquellos requisitos - tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de - calor por asociación y sentirse necesitado.

Los niños amamantados en forma natural están mejor adaptados - y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan - menos mecanismos infantiles. Aconsejar a los padres eliminar el hábito - de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y -

medio de la vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente - nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades - buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará - de tal forma que no desaparece por si solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el mal hábito o la continua vigilancia del niño por los - padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, - un mecanismo para atraer la atención de sus padres, y genralmente lo consiguen. Ningún padre debería de fijarse en este hábito no obstante la provocación. Esta observación es aplicable a los niños de todas las edades. En los casos más persistentes siempre existe una hitoria clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos por desterrar el hábito. Esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación - del hábito en niños que se encuentran más alla de la edad del hábito normal. La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede ocasionar el hábito de la succión digital. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de la maloclusión hereditaria típica Clase II, división 1, es fácil pensar que el maxilar inferior - retrognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de la vida, no sule hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios -

entre los incisivos superiores, también podría formarse un leve apiñamiento en los incisivos inferiores.

El tipo de maloclusión que se desarrolla depende de la posición del pulgar y de otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos, y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo. Si en dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede demostrar los efectos del hábito, ya sea por una callosidad o alargamiento del dedo. La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o del brazo la fuerzan continuamente adopta una posición en retrusión.

Son hábitos accesorios típicos estirar un mechón de cabello, acariciarse la nariz con el dedo índice, o dar tirones al lóbulo de la oreja.

El hábito se observa con mayor frecuencia cuando no existe armonía en la relación materno-infantil.

Tratamiento.-

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe de intervenir en forma directa. En ocasiones, una plática franca con el niño podrá eliminar el hábito de chuparse los dedos, y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura. Por ejemplo, pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios 5 o 10 minutos antes de acostarse. Esto con -

frecuencia da suficiente satisfacción y relajamiento, disminuyendo la - necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse. La leche - tibia en ocasiones puede ayudar.

Si existe daño franco (maloclusión total), deberá hacerse una historia clínica completa, de preferencia con el niño fuera de la habitación. Si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los - hermanos, deberá considerarse la utilización del aparato.

Aparatología.-

Este problema se puede resolver por medio de aparatos, los cuales pueden ser fijos o removibles dependiendo del paciente. Entre estos tenemos la placa Howley, con la cual el paciente ya no tiene la misma - satisfacción, tiene el propósito de evitar una sobrefuerza en el segmento anterior, distribuir la fuerza existente sobre los dientes posteriores para recordar al paciente que está recayendo en su hábito y que este en vez de placenterlo resulte molesto.

También se usa con buenos resultados la Criba fija y por lo general el hábito desaparece en las primeras semanas.

Los aparatos se utilizan en un lapso de 4 a 6 meses, si el hábito persiste se colocarán aparatos un poco más agresivos.

Al igual que cualquier problema ortodóntico, deberán hacerse registros diagnósticos completos antes de instituir cualquier tratamiento. Si los agujeros apicales son amplios, es mejor posponer el tratamiento - hasta que cierren parcialmente. Es decir los cuatro incisivos superiores deberán haber hecho erupción cuando menos seis meses antes.

Primera visita.

Se hará una impresión correcta con alginato de la arcada superior incluyendo, si es posible, la tuberosidad. No deberán existir burbujas en la zona palatina. Se enjuaga muy bien la impresión, y se retira el exceso de agua, esto elimina la mucina y la tensión superficial de la impresión, lo que facilita el fluido del yeso.

Para vaciar la impresión se puede usar yeso blanco, muchos ortodontistas usan piedra blanca para la porción anatómica del molde y yeso para la restante, otra forma es mezclar yeso para modelos y piedra blanca en proporciones iguales y utilizarlo para todo el modelo. Se procede a hacer el vaciado.

A continuación, se hace el armazón de alambre. Con pinzas para doblar alambre del número 139 o pinzas para doblar ganchos y un alambre 0.032 pulgada (calibre 20) o 0.036 pulgada (calibre 19) de níquel y cromo o de acero inoxidable se harán los ganchos.

Los dobleces se hacen sosteniendo el alambre redondo firmemente con la punta de las pinzas y utilizando el dedo pulgar auxiliado por el dedo índice de la otra mano para hacer los dobleces deseados.

La proyección palatina del gancho deberá ser adaptada cuidadosamente a los tejidos y deberá ser de 1.5 a 2 centímetros de largo. Un asa circular plana o doblez agudo sobre el aspecto palatino proporcionará retención adicional dentro del acrílico.

Los ganchos retentivos pueden ser circunferenciales sencillos o de tipo de bola ya que ofrecen mayor retención, a la vez que reducen la posibilidad de problemas durante el tratamiento. Después de hacer los ganchos para los primeros molares permanentes, se construye el arco la-

bial de alambre. Se deberá primero comenzar haciendo un asa circular de retención plana que se extienda hasta el paladar. El alambre de 0.032 o de 0.036 pulgada se adapta a los tejidos palatinos y se lleva através - del nicho entre el canino deciduo y el primer molar deciduo (entre el canino y primer premolar del paciente mayor) hasta el aspecto labial. Se hace un doblez agudo, aunque bien redondeado, en sentido gingival pa ra comenzar la fabricación del asa vertical. El asa deberá ser de 10 a 12 mm. de longitud y deberá aproximarse, aunque no hacer contacto, a - los tejidos gingivales. Debemos tener cuidado y no llevar el asa dema - siado hacia arriba, para que no haga presión sobre las inserciones mus- culares e irrite las mucosas. El brazo mesial del asa deberá hacer un - doblez horizontal en el nicho entre el canino y el lateral y deberá de- cruzar el segmento incisal en el tercio medio de las coronas de los in- cisivos. El alambre deberá hacer contacto con la superficie labial de - cada incisivo, pero no deberá ser adaptado a las irregularidades indivi- duales de la maloclusión. En el nicho opuesto entre el incisivo lateral y el canino deciduo se forma un asa vertical del mismo tamaño y el alam- bre restante se adapta por encima del contacto entre el canino deciduo- y el primer molar deciduo, y se lleva hasta el aspecto lingual para for mar un asa circular de retención plana cerca del paladar. Las asas ver- ticales deberán ser aproximadamente de 5 mm. de ancho.

Cuando los ganchos y el alambre labial se encuentren correcta - mente adaptados y pasivos, podrán ser fijados a los modelos utilizando - una porción generosa de cera pegajosa en la superficie labial. La por - ción acrílica puede ser fabricada mediante encerado, enfrascado, hirvi- endo para eliminar la cera y curado bajo presión; o puede hacerse direc

tamente utilizando técnicas endotérmicas que permiten la aplicación de polvo y monómero directamente a la superficie del modelo, una vez que se haya pintado con separador.

Se procederá a pulir el acrílico.

Segunda visita.

En esta visita se colocará la placa Howley en el paciente, pero como esto generalmente constituye un gran "bocado" para el, conviene permitir un período de dos o tres semanas antes de hacer un ajuste para mover los dientes.

Se le pide al niño que lleve el aparato en todo momento salvo cuando coma, y aun entonces es posible. Pero se le aclarará que cuando se coloque o retire no deberá sujetarlo por el alambre labial.

Tercera visita.

En la tercera visita se corta de 5 a 6 mm de acrílico de la superficie lingual de los incisivos superiores, ya que los tejidos tienden a crecer y tornarse dolorosos si no se elimina la suficiente cantidad de acrílico.

Se cierran las asas verticales levemente uniendo los brazos verticales. Deberá revisarse la posición vertical del alambre labial después de cerrar las asas verticales, ya que se puede cambiar la altura del alambre labial desfavorablemente.

En las citas subsecuentes para ajuste deberán de hacerse a intervalos de tres o cuatro semanas.

CRIBA FIJA

Primero se adaptarán bandas o coronas directamente en la boca del paciente.

Se selecciona la banda que tenga la misma circunferencia oclusal del diente al cual se le va a colocar la banda, de tal manera que se asegure un margen oclusal bien adaptado. El tercio medio y el tercio gingival de la banda es necesario contornearlo de acuerdo a la anatomía del diente, especialmente cuando se trata de dientes primarios.

Si la banda se acopla a las áreas de retención bucal y lingual quedará bien ajustada y no se desplazará fácilmente. Una banda que es demasiado alta y que se coloca de forma incorrecta, se adaptará como una especie de "sombbrero", es decir, quedará suelta y se desplazará fácilmente.

La banda que ya está ajustada no tendrá márgenes abiertos al rededor de las áreas oclusal ni gingival. La banda en estos momentos debe tener su máxima retención, solamente sella la interfase banda-diente para prevenir la descalsificación de éste.

Se toma una impresión de preferencia total con todo y bandas o coronas; después de gelificado el alginato se retira de la boca, se quitan las bandas y las colocamos en la impresión fijandolas con la ayuda de un pequeño alambre, se corre la impresión con la banda o corona con yeso "blancanieves" y se obtiene el modelo de trabajo.

El aparato se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo calibre 0.036. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en

dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular.

En el nicho del primer molar deciduo y canino primario opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo, el alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y una asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45° respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones del asa central. La barra principal y el aparato soldado son a continuación soldados a las coronas o bandas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido está listo para la inserción.

Segunda visita.

En la segunda visita se coloca el aparato en el paciente sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos-

deberán ser recortados y doblados hacia el paladar.

En caso de que se hallan colocado coronas, estas abren la oclusión y constituyen el único contacto superior de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción poco después hasta ponerse en contacto con los antagonistas.

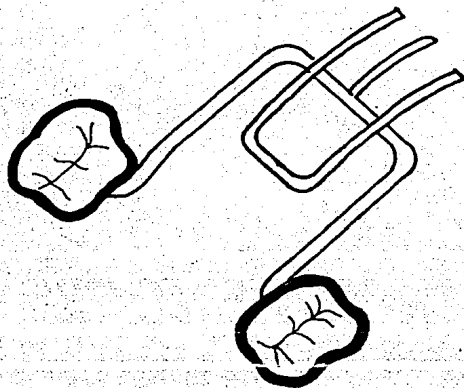
Al niño solo se le advierte que el aparato es un recordatorio.

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

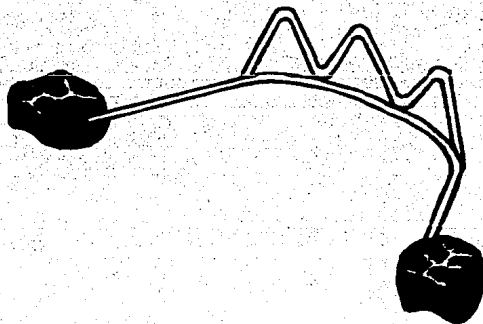
La dieta deberá de ser blanda durante los primeros días. Algunos niños salivarán excesivamente; otros se quejarán de que se les dificulta deglutir.

Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayoría de los niños no están concientes del aparato. Deberán hacer visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro semanas. El aparato se lleva de cuatro a seis meses en la mayoría de los casos. Un período de tres meses en que desaparece el hábito es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos, el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato. Después del intervalo de cuatro meses en que desaparece completamente el hábito, se retiran primero los espolones, tres semanas después, si no hay pruebas de recurrencia, se retira la extensión posterior; tres semanas después puede retirarse



Criba fija. Aparato para hábito de succión digital.



Aparato para el hábito de proyección lingual.

la barra palatina restante y las coronas o bandas. Si existe tendencia a la recidiva, es conveniente dejar un aparato parcial más tiempo.

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

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

HABITO DE CHUPARSE Y/O MORDERSE LOS LABIOS.

El hábito de chuparse los labios es una actitud compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil distinguir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. De igual manera que la lengua puede deformar las arcadas dentarias también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando este se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.

Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisal. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior puede ser notado por un dentista observador, aunque los padres no estén consientes del hábito.

Tratamiento.-

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desaparecer el hábito de labio. Si existe maloclusión de Clase II, división 1, o un problema desobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal. Generalmente, esto exige los servicios de un especialista en ortodoncia, así como terapéutica total. La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente, que ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero, si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aun persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

La actividad labial anormal casi siempre está ligada con malas oclusiones de Clase II, división 1, y problemas de mordida abierta. Y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular o, "un hábito nervioso", el aparato para el hábito de labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes. La lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

Aparatología.-

El tratamiento depende del daño ocasionado, si el hábito se debe a la mordida que obliga a la malposición del labio, se corrige primero ésta con aparatos, si por el contrario el paciente puede cerrar su boca correctamente y el hábito no ha llegado a hacer grandes estragos, se corrige primero el hábito; para el cual podemos utilizar un aparato llamado lip-bomper.

Primera visita.

Se le adaptarán bandas o coronas al paciente como se ha mencionado anteriormente, en los molares inferiores.

Se toma una impresión total con alginato y cuando gelifique se retira la cucharilla, colocamos las bandas en la impresión y las fijamos con un pequeño alambre para evitar que se muevan en el momento en que se vibre esta para correrla en yeso.

Una vez que ya obtuvimos nuestros modelos de trabajo, comenzamos a elaborar el aparato.

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 p^ásando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo o el canino y el incisivo lateral. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva a el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre es llevado atraves del nicho y hacia atrás, hacia el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies oclusales linguales de los premolares. La superficie labial no debe de hacer contacto con las superficies linguales de los dientes superiores al estar en oclusión.

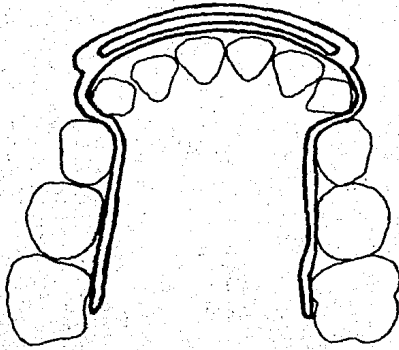
A continuación se suelda el alambre base a la corona o a las bandas. En la porción anterior se puede soldar un alambre adicional a unos tres milímetros de separación paralelo al primer alambre, o bien colocar una porción de acrílico en la parte vestibular del aparato de las mismas dimensiones.

Segunda visita.

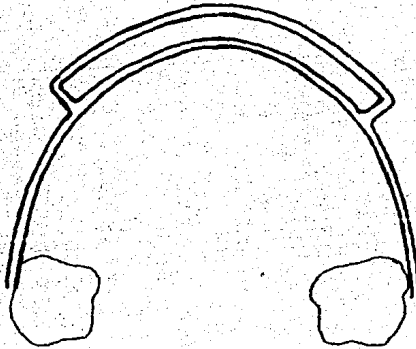
En esta visita se procede a cementar el aparato.

Este aparato se coloca entre 8 y 9 meses y se le recomienda al paciente que haga ejercicios musculares tratando de bajar el labio superior lo más posible y encima colocar el labio inferior, este ejercicio debe de hacerse entre 15 y 30 minutos al día.

Con el uso de este aparato no sólo se retira el hábito, sino que la proyección lingual sobre los dientes inferiores los empuja a su posición axial original reduciendo la sobremordida.



Lip-bomper. Aparato para el hábito de chuparse los labios.



Variante del Lip-bomper

LENGUA PROTRACTIL.

La actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia está asociada con el hábito de dedo, esto desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa la deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de estos por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter. En contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico sin función, y parece ser más corto y retraído, conocido como postura de descanso incompetente de labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

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

En algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de funcionar como fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida-

abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución, es decir, casi mil veces al día.

Con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior.

Hay una mayor tendencia al hábito de lengua en niños alimentados artificialmente.

En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esta no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomafia.

Es importante considerar el tamaño de la lengua así como su función. Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

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

No todos los hábitos de proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores. Puede existir mordida abierta posterior. Aunque no son frecuentes, estos hábitos pueden presentarse, provocando-

infraoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, posibles problemas funcionales y del habla.

Tratamiento.-

El aparato para el hábito de proyección lingual, es una variante del aparato para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espalones 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 eficaz contra la proyección lingual. Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para este hábito 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 durante la deglución y no se introduzca através de espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores. El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Aparatología.

Primera visita.-

Primero se adaptarán bandas o coronas directamente en la boca del paciente, los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho erupción suficiente, son preferibles.

Después de adaptadas las bandas o coronas se toma una impresión total con estas. Cuando el alginato haya gelificado, se retira de la boca y también las bandas para volverlas a colocar en la impresión fijándolas con alambre para correrlas con yeso "blanca nieves".

Tomamos otra impresión pero de la arcada inferior y también se corre en yeso.

Ya que se tienen los modelos de trabajo, se montarán sobre un articulador de bisagra o anatómico y comenzamos a elaborar nuestro aparato.

Utilizamos alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.036 pulgada, se coloca en forma de U por la parte palatina; se adapta comenzando con un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes de los segundos y primeros molares deciduos.

Después, se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior. El alambre base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto-

A continuación, se dobla la barra y se lleva hasta atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona o banda metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Como el aparato está siendo colocado para corregir una mordida abierta, la oclusión no nos concierne en este momento. Posteriormente, al reducirse la mordida abierta nos deberemos de asegurar de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieren en la incisión. Este es el motivo por el cual se construye la barra en sentido lingual respecto al margen incisal inferior.

Una vez que se tiene la barra base en la posición pasiva deseada sobre el modelo superior, puede formarse la criba. Se utiliza el mismo calibre de alambre que para la barra base.

Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza No. 139 o similar, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal forma que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera intervenir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base se les coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan, se les coloca sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Se limpia y se pule.

Segunda visita.-

En esta visita se volverá a probar el aparato pero en la boca del paciente y estará listo para ser cementado.

La mordida abierta aumenta por la intercepción de las coronas - en la zona del primer molar. Este problema localizado se elimina en una semana. El paciente ya no podrá proyectarse la lengua a través del espacio. El dorso es proyectado contra el paladar, y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas. Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión.

Tercera visita.-

En esta visita y en las subsecuentes podremos darnos cuenta de como el niño se va adaptando a su nuevo "funcionamiento" de la lengua.

Aunque no todos los aparatos tienen éxito por si solos, y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

Si se ha manejado el caso con cuidado y estudiado a fondo el problema, para asegurarse de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total, si se coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar los esfuerzos serán recompensados sistemáticamente.

BRUXISMO Y BRICOMANIA.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogenético, cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar. Los individuos nerviosos son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo.

La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios. Un número significativo de denticiones de ciduas muestran los efectos del bruxismo.

La bricomanía no puede ser estudiada clínicamente, pero posible mente se trata de una actividad concomitante.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionamiento de la oclusión en la mayor parte de los casos. Generalmente, existe una sobre mordida más profunda que lo normal; una restauración "alta", una unidad dental mal puesta, etc.. El proceso se convierte en un círculo vicioso al agravarse algunas características oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y el rechinar.

Aparatología.

Primera visita.-

Después de hacer modelos de estudio y obtener otros datos para el diagnóstico, se tomará otra impresión para obtener nuestros modelos de trabajo de la arcada superior e inferior.

Comenzamos a elaborar nuestra placa oclusal; para la cual es re comendable elaborar ganchos para el último molar, con el fin de mejorar

la retención.

Para estos utilizaremos una pinza para doblar ganchos y un alambre 0.036 pulgada (calibre 19) de níquel y cromo o de acero inoxidable. Estos pueden ser de tipo circunferencial sencillos o de tipo de bola.

Si la placa oclusal superior se utilizará durante un tiempo prolongado, es recomendable incorporar un alambre labial. Ya que el uso prolongado de esta sin una fuerza restrictiva ejerce una acción de desplazamiento labial sobre los incisivos, aumenta la sobremordida horizontal y puede estimular la separación y el desplazamiento anterior de los incisivos. La utilización del alambre labial evita el desplazamiento y mejora la retención.

Después de adaptar los ganchos y el alambre labial, la porción palatina puede ser encerada y curada mediante el enfrascado, lo que proporciona una reproducción más exacta y menos porosa. También puede utilizarse acrílico endotérmico y mezclarse el polvo y el monómero directamente sobre el modelo después de haberlo pintado con algún separador.

Para proporcionar la suficiente abertura a la mordida, se construye un plano liso que comienza aproximadamente a 1 mm del margen incisal y se lleva en sentido posterior hasta 1 cm. por detrás de los incisivos superiores. No deberá de preocuparse en este momento por la dimensión vertical, ya que esto puede solucionarse mediante la eliminación del exceso de acrílico sobre el plano cuando se ajuste el aparato en la boca.

Se pule y se lava.

Segunda visita.-

Se coloca en la boca del paciente y se revisa el ajuste de los-

ganchos y la adaptación del acrílico. Deberán quitarse todas las proyecciones agudas del acrílico hacia los espacios interdentarios. Los ganchos deberán hacer contacto ligeramente con los molares, pero en forma pasiva. El alambre labial deberá de hacer contacto con los incisivos - aproximadamente en el tercio.

La posición postural de descanso deberá ser determinada fuera de la boca. Después la colocamos dentro de la boca, y con ayuda de papel de articular, se reduce hasta un nivel de 1 ó 2 mm menor que la dimensión vertical, establecida con los incisivos inferiores en contacto con la placa oclusal, exceder de la posición postural de descanso.

Se le indicará al paciente que debe de llevar la placa en todo momento, salvo a la hora de comer.

Una vez lograda la dimensión oclusal vertical correcta mediante la erupción de los dientes posteriores, deberá reducirse el tiempo que se lleva la placa oclusal a la mitad, pero su utilización como un aparato retenedor deberá extenderse de seis a doce meses o más si es posible, dependiendo de la erupción lograda, edad del paciente, tipo de oclusión y tendencia individual a la recidiva.

RESPIRACION BUCAL.

El hábito de respirar por la boca también se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal. Este puede ser originado por una maloclusión.

Los especialistas en oído, nariz y garganta con frecuencia nos hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más frecuentes en quien respira por la boca. El efecto de la filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde y obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia. Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos del oído medio con frecuencia se ven asociados a esta situación. Tales padecimientos no son constantes; muchos otros factores están incluidos, entre los cuales encontramos la resistencia individual. Sin embargo, si existe peligro para la salud del niño y si la "facies adenoidea" va en detrimento de la apariencia del niño es conveniente la ayuda del ortodoncista. En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

EJERCICIOS MUSCULARES.

Sucede con frecuencia que un niño de siete u ocho años de edad presenta incisivos superiores ligeramente en protrusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo generalmente corrigen esta prominencia temporal. Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y lengua que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios musculares sencillos. Las características más obvias de este tipo de problemas son hipotonicidad y flacidez del labio superior. Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, manteniendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un periodo de cuatro a 5 meses, cuando el niño presente labio corto superior.

Quando la protrusión de los incisivos superiores constituye también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero, el labio superior se extiende en la posición descrita antes. El borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuerte posible contra el labio superior. Este ejercicio es muy útil en los niños que respiran por la boca y que no suelen juntar los labios en descanso; es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios.

En mínimo de 30 minutos diarios es necesario para lograr resultados. Cuando existe maloclusión franca de Clase II, división 1, con sobremordida horizontal excesiva y función muscular peribucal anormal, es

tos ejercicios son valiosos antes y durante el tratamiento ortodóntico. Existe un componente sensorial en el masaje labial, por lo que tal ejercicio bien puede servir de substitutivo para los hábitos de dedo y lengua, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar. Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse. Un emoliente suave o vaselina sencilla controla este problema.

Muchas veces se ve al niño antes de que se encuentre listo para recibir aparatos para mover dientes. Un sistema de ejercicio labiales - diarios del tipo descrito tenderá a contrarrestar la influencia deformante de la función peribucal muscular anormal compensadora asociada con la maloclusión, y aumentará la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios.

Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad labial, aquí también se puede sugerir que aprenda a tocar un instrumento de viento.

Es posible que todos los ejercicios de este tipo sean benéficos. Sin importar el ejercicio empleado, este deberá ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día durante un período de tiempo considerable, para que puedan lograrse los resultados positivos deseados.

IV. CONTROL DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES A LOS PADRES Y CUIDADOS DEL APARATO.

Existen varias consideraciones generales, que pueden guiar a los padres:

- 1.- Se les explicará a los padres la función y características de los dientes así como la gran importancia que tienen para el niño, tanto funcional como psicológica.
- 2.- El cepillado dental deberá ser supervisado en el hogar, es esencial, particularmente, si varios dientes tienen colocadas bandas para el uso de aparatos fijos y en caso de ser removible cuando no lo utilice se conservará en un vaso con agua y lo limpiará todos los días con su cepillo y pasta.
- 3.- Si el niño realiza actividades deportivas, se le enseñará como retirarse el aparato, y a los padres se les pide que le proporcionen una cajita plástica para guardarlo mientras el niño lleva a cabo su deporte.
- 4.- Los dientes primarios que estén flojos y cerca de su exfoliación, deberán informarse al odontólogo, no por ser importante a lo largo del tiempo, sino por la posibilidad de que los padres no puedan entender la pérdida de estos.
- 5.- El plan del uso de los aparatos como sea indicado por el odontólogo, debe ser estrictamente respetado. Ya que esperar buenos resultados en el tratamiento con un uso intermitente está obviamente lejos de la realidad.

- 6.- Todas las citas en el consultorio serán cumplidas escrupulosamente. Ellos deben de entender que las cancelaciones sin causa pueden alterar la rutina del consultorio.
- 7.- La pérdida o fractura del aparato darán como resultado que el tratamiento sea más prolongado innecesariamente y haciendolo más costoso por permitir que el niño descuide su aparato. Algunos padres solo requieran que se les reconozca sus esfuerzos para mantenerse en cooperación, otros, no cooperaran totalmente hasta que una presión moderada por el odontólogo los haga entender la importancia del tratamiento del niño.

EL NIÑO Y SU APARATO.

La edad del niño es importante para considerar sus responsabilidades y puedan ser delinadas por el odontólogo. En general, los niños menores de seis años deberán tratarse con aparatos fijos siempre que sea posible, por las siguientes razones:

- 1.- El niño debe de tener una idea general del porque se realiza un procedimiento del movimiento dentario menor. Su vanidad y madurez deben de ser halagadas por el odontólogo, de tal modo que este ansioso por ayudar en todas las formas a lograr los fines del profesional y sus padres.
- 2.- Una aspirina ayudará a aliviar los malestares iniciados después de colocar los aparatos.
- 3.- Hacer un contrato con respecto a la dieta y los cuidados en el ho-

gar, nada es más esencial que el cuidado que el niño reciba mientras está usando el aparato.

Indicarle que la higiene bucal personal significa mucho más que tan solo el cepillado diario de sus dientes, significa que todos los alimentos ricos en azúcares, pegajosos y chicles, deberán quitarse o disminuir para evitar el peligro de la actividad de la caries, durante su tratamiento.

También indicarle, mantener los dedos fuera de la boca, como así también aquellos de todos los pequeños amigos curiosos.

CITAS DE CONTROL.

Debemos de tomar en cuenta para nuestras citas de control la edad del niño, puesto que si se tiene de dos a seis años sus revisiones serán de tres a cuatro meses y si tiene de seis años en adelante sus citas serán cada tres meses.

En nuestras citas de control tenemos que observar lo siguiente:

1. Que no exista caries en los dientes de soporte y en general, y que no exista acumulación de placa dentobacteriana.
2. Que el aparato presente sus características iniciales del tratamiento, esto es que no se encuentre roto, que no esté desajustado, que los ganchos estén bien adaptados a los dientes.
3. La limpieza del aparato es otro de los objetivos que debemos observar en nuestras revisiones.

4. Que el niño este llevando su técnica de cepillado correcta.
5. Control radiográfico para verificar la erupción de los dientes.
6. Que la oclusión no esté alterada por el aparato.

CONCLUSIONES.

Como se ha podido observar en esta investigación, en muchas ocasiones, los hábitos bucales no son tratados correctamente, ya que no se les dá la importancia suficiente, o debido a su costo elevado a nivel particular, puesto que a nivel Institucional no se realizan estos tratamientos.

Para todo odontólogo de práctica general es muy importante tener los conocimientos necesarios para poder evaluar y determinar minuciosamente el aparato que el niño requiera, pero en ocasiones no podrá competir con los conocimientos de un especialista y tendrá que ser honesto, remitiendo por lo tanto a su paciente.

Los padres en este tipo de tratamientos juegan un papel muy importante ya que de ello depende el éxito del Odontopediatra en su trabajo a realizar, pero también de la orientación del especialista sobre la salud buco-dental de sus hijos a los padres.

BIBLIOGRAFIA

SICHER, Harry

Anatomía dental

editorial Interamericana, 1980

6a. edición

ESPONDA, rafael

Anatomía dental

editorial Interamericana, 1977

4a. edición

Odontopediatría

volúmen 1, UNAM, SUA, 1982

BARNETT, M.E.

Terapia oclusal en odontopediatría

editorial Buenos Aires, 1978

B. FINN, Sidney

Odontología pediátrica

editorial Interamericana, 1980

4a. edición

HIRSHFELD, Leonard

Pequeños movimientos dentarios

editorial Mundi, 1969

MARTINEZ, J.M.

Manejo del paciente en odontopediatría

revista ADM XXXVII, No. 3, 1980

Facultad de Odontología de la UANL.