

327
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Recibido
Silvia Jacobo Jimenez*

HABITOS ORALES INFANTILES
Y SU TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

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

LORENA ELIZABETH PANIAGUA MONTIEL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1988



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

INTRODUCCION

CAPITULO I.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA.

	Página
GENERALIDADES	
Caracteres generales del desarrollo.....	1
Desarrollo embriológico del paladar.....	4
Techo de boca - premaxila.....	6
Desarrollo de la lengua.....	7

CAPITULO II.

ERUPCION Y CRONOLOGIA DENTARIA.

GENERALIDADES

Definición del proceso de erupción.....	10
Desarrollo en general del germen dentario.....	13
Estadio de Campana.....	14

CAPITULO III.

HABITOS EN GENERAL.

Definición de hábito.....	17
---------------------------	----

Hábitos no compulsivos.....	17
Hábitos compulsivos.....	18
Factores que influyen en la iniciación del hábito.....	18
Factores que influyen en el comportamiento del niño.....	19

CAPITULO IV.

HABITOS ORALES Y SU TRATAMIENTO.

NO COMPULSIVOS

Síndrome de mamila.....	21
Interposición del Frenillo Labial.....	23
Respirador bucal.....	25
Frenillo lingual corto.....	29
Hábito de deglución.....	31
Hábito de postura.....	33

COMPULSIVOS

Succión digital.....	34
Morderse los labios (quelofagia).....	39
Mordedura de carrillo.....	41
Hábito masoquista.....	42
Abertura de pasador.....	42
Mordedura de uñas (onicofagia).....	43

Bruxismo.....	44
Empuje lingual.....	46
Hábitos de fonación.....	49
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52

INTRODUCCION

Es necesario destacar la importancia que tiene el desarrollo embriológico de cara y cavidad oral para poder notar como ha sido su desarrollo del niño y como es después modificado por un hábito, de aquí que, la gran cantidad de hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral, así como la inquietud que existe por establecer su etiología y - tratamiento, ha despertado un gran interés entre las diferentes ramas - profesionales médicas, como el cirujano dentista, foniatra, el psiquiatra infantil y médico general.

Por lo tanto el conocimiento del problema de los hábitos orales es de vital importancia, dada la frecuencia con que se presentan en la práctica profesional y repercute en la salud del niño, porque lo importante de todo esto no es el hábito en sí, ni los dientes sino el niño - íntegro, su sentimiento y su personalidad, porque si mediante el tratamiento de cualquiera de los hábitos se está cambiando la personalidad - del niño toda la validez del tratamiento es nula.

Es conveniente la cooperación de los padres para poder ayudar a tiempo a sus hijos, y la de los hijos para ayudarse a sí mismos, y así tener un mayor desenvolvimiento del niño, futuro adolescente en la sociedad.

CAPITULO I

DESARROLLO EMBRIONARIO DE LA CARA

CARACTERES GENERALES DEL DESARROLLO: Se comienza a desarrollar la cabeza y cuello a partir de la formación de los arcos branqueales.

Arcos Branqueales.

Estos se comienzan a desarrollar en los primeros días de la 4a. semana, como células de la cresta neural. Que emigran hacia lo que formará la futura cabeza y la región del cuello.

Cada arco está separado uno de otro por hendiduras prominentes llamadas surcos branqueales.

El primer arco branqueal o arco mandibular consta de dos prominencias; la primera prominencia mandibular que es la más grande formará la mandíbula y la segunda prominencia maxilar que es más pequeña dará lugar al maxilar superior, a la arcada cigomática y a la parte escamosa del hueso temporal.

El segundo arco branqueal o arco hioides forma el hueso hioides y regiones adyacentes del cuello. Los arcos branqueales sostienen las paredes laterales de la porción craneal del intestino anterior o faringe primitiva.

La mayor parte de la cara consiste en una prominencia redondeada formada por el cerebro anterior; cubierta por una delgada capa de mesodermo y ectodermo. Debajo de la prominencia redondeada, hay un surco profundo llamado depresión estomodeal.

Limitada por el arco mandibular y lateralmente por los procesos maxilares y hacia las extremidades cefálicas por el proceso frontonasal, que está formado por la proliferación del mesénquima ventral en relación con el cerebro externo constituyendo el límite craneal del estomodeo.

El estomodeo (fosa bucal) profundiza para encontrar el fondo del saco del intestino anterior, éstos dos están separados por la membrana bucofaríngea compuesta de 2 capas epiteliales.

Existe una bolsa ectodérmica adicional derivada del estomodeo llamada bolsa de Rathke que es el que formará el lóbulo anterior de la hipófisis.

Los procesos nasales medios y los dos nasales laterales provienen de los procesos frontonasales que a su vez se originan en la prominencia que cubre el cerebro anterior, lo más notable de este desarrollo de la cara es la formación y ahondamiento del estomodeo las fositas nasales y la división de la porción caudal del proceso frontonasal en los procesos nasal medio y los dos nasales laterales, éstos últimos están junto a los maxilares y separados de éstos por surcos llamados surcos nasomaxilares.

Para el final de la 5a. semana los ojos ocupan sitios delanteros en la cara y la oreja se ha comenzado a desarrollar. En este período -

cada prominencia maxilar se ha unido con la prominencia nasal lateral a lo largo de la línea del conducto nasolagrimal, éstos conductos aparecen en una situación paralela y media en relación a los surcos nasomaxilares.

En la última semana los procesos nasales medianos se funden entre sí con los procesos maxilares y luego se unen las prominencias nasales formando segmento intermaxilar; éste segmento origina el filtro del labio superior y la parte premaxilar así como su encía asociada y el paladar primario.

Los labios y los carrillos primitivos son invadidos por el mesénquima del segundo arco branqueal que origina los músculos de la cara.

El mesénquima del primer par de arcos branqueales origina los músculos de la masticación; la prominencia frontonasal forma la frente así como el dorso y el extremo de la nariz, las porciones laterales de la nariz se originan en las prominencias nasales laterales, las prominencias maxilares forman las mejillas y el labio superior, la prominencia mandibular origina el labio inferior, el mentón y región inferior de la mejilla.

El desarrollo definitivo de la cara se efectúa lentamente y va - - siendo dada por los cambios en las proporciones relativas de los componentes faciales.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL PALADAR

Se inicia en la 5a. y 6a. semana de vida intrauterina; la fusión de las diversas partes del paladar se completan alrededor de la 12a. semana.

Paladar Primario.

Durante la 5a. o 6a. semana de vida intrauterina, se forma una estructura conocida como paladar primario. Da origen sólo a una pequeña parte del paladar duro del adulto, su formación comienza con la elevación de los bordes de las fositas olfativas; las cuales, se forman a partir del proceso nasal medio en su parte central y de los procesos nasales laterales, y maxilares en su parte lateral.

Estas crecen hasta ponerse en contacto y unirse, reduciendo el tamaño de la abertura externa de las mismas, las ventanas nasales primarias, y transformandolas en fondos de saco.

La unión del proceso nasal medio con los procesos nasales laterales y los procesos maxilares, es el paladar primario. Mientras se forma el paladar primario el arco mandibular sufre cambios de desarrollo y origina un surco medio, y dos pequeñas fositas a cada lado de la línea media. Estas parecen desaparecer por la unión del epitelio que cubre sus paredes.

Paladar Secundario.

Es el esbozo del paladar duro y blando. Se desarrolla a partir de

dos proyecciones mesodérmicas horizontales, que se extienden desde las partes internas de las prominencias maxilares llamados procesos palatinos laterales, los cuales se dirigen hacia abajo de cada lado de la lengua.- A medida que se desarrolla la mandíbula y el cuello, la lengua se dirige hacia abajo.

Cuando sucede la palatogenosis los procesos palatinos laterales se alargan y comienzan a moverse hacia una porción horizontal superior a la lengua durante la séptima semana los procesos laterales se unen y se fusionan en la línea media con el paladar primario y el tabique nasal.

Tabique Nasal.

Se desarrolla como un crecimiento hacia abajo de la unión de las prominencias nasales medias.

La fusión de estas dos estructuras se completa posteriormente en la región de la vulva en la doceava semana.

Después se extiende, hueso de los maxilares y los palatinos hacia las prolongaciones palatinas y se forma el paladar duro u oseo las porciones posteriores de las prolongaciones palatinas no se osifican sino que exceden del tabique nasal y se fusionan para formar el paladar blando y uvula.

El paladar blando se forma por, la proliferación subepitelial del tejido mesenquimatoso que proviene del borde posterior de cada proceso palatino del maxilar.

La papila palatina se desarrolla muy lentamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar, las rugosidades palatinas cruzan la parte anterior del paladar como pliegues transversales - - irregulares.

La uvula.- Es la última porción del paladar que se forma.

El rafe palatino señala la línea de fusión de las prolongaciones o crestas palatinas, existe una sutura irregular que va del agujero incisivo lateral y el canino de cada lado.

PREMAXILA

Premaxila.

Los procesos palatinos medios derivan de la superficie posterior de los mamelones globulares, al fusionarse con los procesos palatinos laterales dan lugar a la formación de la PREMAXILA. Que es la parte más interior del paladar duro.

La premaxila sirve de implantación a los dientes incisivos superiores.

DESARROLLO DE LA LENGUA

Al final de la cuarta semana aparece una elevación mediana, algo regular en el suelo de la faringe, en dirección craneal inmediata al agujero ciego, esta elevación (el tubérculo impar) da la primera iniciación del desarrollo de la lengua.

El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular luego dos brotes distales de la lengua, de forma oval (tumefacciones linguales laterales) se desarrollan a cada lado del brote mediano de la lengua.

Estas elevaciones se originan en una proliferación del mesénquima en las ventromediales del primer par de arcos branquiales.

Los brotes distales mezclados de la lengua forman los dos tercios anteriores o partes bucales de la misma.

La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales, la cópula (yugo).

En la línea media, sobre la base del primer arco y segundo arco branquial, se desarrolla la glándula tiroidea; el conducto tirogloso, se origina en esta región creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo.

En consecuencia el tercio posterior de la lengua se desarrolla a partir de la porción craneal de la eminencia hipobranquial, esta eminencia

cia se desarrolla en posición caudal en relación con la cópula. La línea de fusión de las porciones anteriores y posteriores es señalada por una formación en V llamada surco terminal.

El mesodermo de los arcos branqueales forman el tejido conectivo, los vasos linfáticos y sanguíneos de la lengua y algunas fibras musculares, la mayor parte de la musculatura de la lengua proviene de mioblastos (células musculares primitivas) que emigran de los miotomas de los somitos occipitales. Estos mioblastos emigran hacia el interior de la lengua donde se diferencian para dar los músculos. El nervio hipogloso (par craneano No. 12) acompaña esta migración de los mioblastos e inerva la musculatura de la lengua cuando esta se desarrolla. Las papilas de la lengua aparecen, durante el estadio 22, alrededor de 54 días.

Las primeras en aparecer son las papilas caliciformes y foliadas en relación estrecha con las ramas terminales del nervio glosofaríngeo; después aparecen las papilas fungiformes cerca de las terminaciones de la cuerda del timpano, nervio facial.

Todas las papilas desarrollan esbozos gustativos. Las papilas se desarrollan durante el período fetal temprano.

Inervación de la lengua.

Los nervios sensitivos que inervan la mucosa de casi todos los dos tercios anteriores de la lengua, proceden de la rama lingual de la división mandibular del nervio trigémino, la cuerda del timpano, rama de es-

te nervio se distribuye en los botones gustativos en los dos tercios anteriores de la lengua. Excepto en las papilas circunvaladas, en los dos tercios anteriores de la lengua son inervadas por el glossofaríngeo, nervio del tercer arco branqueal.

El nervio laríngeo superior, rama del vago, del cuarto arco branqueal inerva una pequeña zona de la lengua por delante de la epiglotis.- Los músculos de la lengua son inervados por el nervio hipogloso, excepto el palatogloso que recibe inervación del vago.

CAPITULO II
ERUPCION Y CRONOLOGIA DENTARIA

Definición de Proceso de Erupción.

Los dientes humanos se desarrollan en los maxilares y no penetran en la cavidad bucal sino hasta haberse madurado la corona, los movimientos eruptivos comienzan en el momento de la formación de la raíz y continúan durante toda la vida del diente.

La erupción de los dientes deciduos y permanentes se dividen en - fase prefuncional los dientes se colocan en oclusión y en la fase funcional, continúan sus movimientos para mantener una relación apropiada con el maxilar y entre sí.

Los movimientos de los dientes se dividen en 3 fases 1) Fase Pre eruptiva 2) Fase Eruptiva Funcional 3) Fase Eruptiva Prefuncional.

Durante esta fase los dientes se mueven en diferentes direcciones y los movimientos se pueden dominar:

1) Axial movimiento oclusal en la dirección del eje longitudinal del diente.

2) Desplazamiento.- Movimiento corporal en dirección distal, mesial lingual o bucal.

3) **Inclinación o movimiento de lado.-** Alrededor del eje transversal.

4) **Rotación.-** Movimiento alrededor del eje longitudinal.

Fase Preeruptiva.

En esta etapa el órgano dentario se desarrolla hasta su tamaño total y se forman las sustancias duras de la corona, estando en este momento los gérmenes rodeados por tejido conectivo.

Fase Eruptiva Prefuncional.

Comienza con la formación de la raíz y se completa cuando los dientes alcanzan su plano de oclusión, hasta que sale a cavidad bucal.

Fase Eruptiva Funcional.

Los dientes continúan moviéndose durante toda su vida, con movimientos en direcciones oclusales.

El proceso de erupción es una interrelación de diversos factores, a saber, reabsorción, de las raíces de los dientes, temporales proliferación celular y aposición osea alveolar.

Cuadro 5. Cronología de la dentición humana *

Diente		Comienzo de la formación de la matriz del esmalte y la dentina	Cantidad de matriz del esmalte formada al nacimiento	Esmalte completado	Salida hacia cavidad bucal	Raíz completada	
Dentición primaria	Maxilar superior	Incisivo central	4 meses <i>in útero</i>	Cinco sextos	1½ meses	7½ meses	1½ años
		Incisivo lateral	4½ meses <i>in útero</i>	Dois tercios	2½ meses	9 meses	2 años
		Canino	5 meses <i>in útero</i>	Un tercio	9 meses	18 meses	3½ años
		Primer molar	5 meses <i>in útero</i>	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2½ años
	Maxilar inferior	Segundo molar	6 meses <i>in útero</i>	Puntas de cúspides aún aisladas	11 meses	24 meses	3 años
		Incisivo central	4½ meses <i>in útero</i>	Tres quintos	2½ meses	6 meses	1½ años
		Incisivo lateral	4½ meses <i>in útero</i>	Tres quintos	3 meses	7 meses	1½ años
		Canino	5 meses <i>in útero</i>	Un tercio	9 meses	16 meses	3 años
Maxilar inferior	Primer molar	5 meses <i>in útero</i>	Cúspides unidas	5½ meses	12 meses	2 años	
	Segundo molar	6 meses <i>in útero</i>	Puntas de cúspides aún aisladas	10 meses	20 meses	3 años	
Dentición permanente	Maxilar superior	Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7 - 8 años	10 años
		Incisivo lateral	10 - 12 meses	.....	4 - 5 años	8 - 9 años	11 años
		Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-15 años
		Primer premolar	11 - 13 años	.....	5 - 6 años	10-11 años	12-13 años
		Segundo premolar	2 - 2½ años	.....	6 - 7 años	10-12 años	12-14 años
		Primer molar	Al nacimiento	A veces indicios	2½ - 3 años	6 - 7 años	9-10 años
	Maxilar inferior	Segundo molar	2½ - 3 años	.....	7 - 8 años	12-13 años	14-16 años
		Tercer molar	7 - 9 años	.....	12 - 16 años	17-21 años	18-23 años
		Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	6 - 7 años	9 años
		Incisivo lateral	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7 - 8 años	10 años
		Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	9-10 años	12-14 años
		Primer premolar	11 - 2 años	.....	5 - 6 años	10-12 años	12-13 años
Maxilar inferior	Segundo premolar	2½ - 2½ años	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-14 años	
	Primer molar	Al nacimiento	A veces indicios	2½ - 3 años	6 - 7 años	9-10 años	
	Segundo molar	2½ - 3 años	.....	7 - 8 años	11-13 años	14-15 años	
	Tercer molar	8 - 10 años	.....	12 - 16 años	17-21 años	18-23 años	

* De Logan, W. H. G., y Kronfeld, R.: Development of the human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years. J.A.D.A., 20:379, 1935; con ligeras modificaciones por McCall y Schour.

DESARROLLO EN GENERAL DEL GERMEN DENTARIO

El proceso de desarrollo se divide en varias etapas, estas se denominan de acuerdo con la forma epitelial del germen dentario.

Lámina Dentaria.

Este se desarrolla en la sexta semana de la vida embrionaria, en esta etapa el epitelio bucal consiste en una capa basal de células cilíndricas y otra superficial de células planas, se origina un engrosamiento epitelial en la región futura del arco dentario extendiéndose a lo largo de todo el borde, libre de los maxilares. Es el esbozo de la porción --ectodérmica del diente, conocido como lámina dentaria.

Yema Dentaria.

En cada maxilar, salientes redondas u ovoides, que corresponden a la posición futura de los dientes deciduos y son las yemas dentarias, iniciándose así los gérmenes dentarios, apareciendo las yemas dentarias muy cerca del epitelio bucal.

Etapas de Casquete.

Conforme la yema va proliferando, no se expande uniformemente para transformarse en una esfera mayor, este crecimiento desigual da lugar a la formación de la "etapa de casquete" caracterizada por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema. Las células periféricas de la etapa del casquete forman el epitelio dentario externo - en la concavidad, formando una sola hilera de células cilíndricas.

Retículo Estrellado. (pulpa del esmalte).

Las células del centro del órgano dentario epitelial, que están entre el epitelio externo e interno, comienzan a separarse por el aumento del líquido intercelular y se disponen en una malla llamada retículo-estrellado, estas células adquieren forma reticular ramificada.

Papila Dentaria.

El epitelio dentario interno, comienza a multiplicarse bajo la influencia organizadora del epitelio proliferante del órgano dentario; se condensa para formar la papila dentaria que es el órgano formador de la dentina y del esbozo de la pulpa.

Saco Dental.

En el desarrollo del órgano y la papila dentaria, hay una condensación marginal en el mesénquima que lo rodea. En esta zona se desarrolla una capa más densa y más fibrosa que es el saco dentario primitivo.

El órgano dentario epitelial y la papila dentaria y el saco dentario son los tejidos formadores de un diente y su ligamento periodontal.

Etapas de Campana.

Cuando la invaginación del epitelio profundiza y sus márgenes continúan creciendo, el órgano del esmalte adquiere forma de campana. Las células mesenquimatosas en la papila dental adyacente al epitelio dental interno se convierten por proliferación en odontoblastos; estas células-

elaboran pre dentina y la depositan en sitios adyacentes al epitelio dental interno. En etapa posterior la pre dentina se calcifica y se convierte en dentina. Al engrosarse la dentina, los odontoblastos vuelven hacia el centro de la papila dental, pero en la dentina quedan incluidas - prolongaciones llamadas: prolongaciones odontoblásticas, estas prolongaciones también se llaman fibras dentinarias de Tomes.

Las células del epitelio dental interno adyacentes a la dentina - se convierten por diferenciación a ameloblastos. Estas células elaboran esmalte en forma de prismas o bastones sobre la dentina. Al aumentar el grosor del esmalte, los ameloblastos se vuelven hacia el epitelio dental externo. La formación de esmalte y dentina comienza en la punta (cúspide) del diente y progresa hacia la raíz futura.

El desarrollo de la raíz comienza después de la formación de dentina y esmalte esta avanza.

Los epitelio dentales internos y externos se unen en la región del cuello y forman un pliegue epitelial llamada: vaina radicular epitelial. Esta vaina crece hacia el mesénquima y comienza la formación de la raíz. Los odontoblastos adyacentes a la vaina elaboran dentina que se continúa con la de la corona. Al aumentar la dentina disminuye la cavidad -- pulpar a un conducto angosto por el cual pasan vasos y nervios.

Las células internas del saco dental se convierten por diferenciación en cementoblastos, las cuales elaboran cemento. El cemento se deposita sobre la dentina de la raíz y se une con el esmalte en el cuello-

del diente (unión de cemento y esmalte).

Al formarse los dientes y osificarse los maxilares, las células -
externas del saco dental también se tornan activas en la formación de -
hueso. Cada diente queda rodeado por hueso, excepto sobre la corona. -
El diente es sostenido en el alvéolo por el ligamento periodontal derivado -
del saco dental. Algunas fibras de este ligamento están enterradas -
en el cemento y otras están incluidas en la pared ósea del alvéolo.

CAPITULO III

HABITOS EN GENERAL

Definición de Hábito.

Un hábito es un modo de proceder, adquirido por la constante repetición de un acto igual. A cada repetición el acto se hace menos consciente ya que es originado por tendencias instintivas, al grado de ser relegado por completo al subconciente.

Para comprender el porqué se forman los hábitos, se deben conocer algunos factores o causas existentes, estas causas derivan del mundo exterior o interior en el que el niño se desarrolla en la sociedad, desde su etapa de la lactancia, hasta la etapa en que el se da cuenta del daño que ha ocasionado el hábito que adquirió.

Los hábitos orales se dividen en dos grupos:

Hábitos no compulsivos.

Estos son los que no impulsan emocionalmente y no son perjudiciales para el individuo, siendo utilizados como un escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos síquicos graves. Este hábito se abandona fácilmente.

Hábitos compulsivos.

Es cuando ha adquirido el hábito una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica del mismo cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo, realizarlo le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. El niño se vuelve introvertido y por lo tanto al efectuar dicho hábito adquiere la satisfacción deseada.

FACTORES QUE INFLUYEN A LA INICIACION DE LOS HABITOS

Para la iniciación de estos hábitos, los padres juegan un papel muy importante, y las causas podrían ser las siguientes:

- Falta de satisfacción en la forma de la alimentación, así como la posición del niño durante la misma.
- El destete significa para el niño una pérdida de gran seguridad y tranquilidad.
- Falta de amor y ternura maternal.
- Celos producidos por algunas diferencias de trato en el hogar.
- Sobreprotección del niño por parte de los padres.
- Dificultades y conflictos familiares.
- Separación de los padres.
- Falta de comunicación entre padres e hijos.
- Imitación de otros niños que practican algún hábito.

- Presión en sus estudios.
- Ansiedad provocada por el exceso de actividad, propia de las grandes ciudades.
- Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.
- Críticas exageradas de su conducta.
- Insuficiente o incorrecta salida para su energía, debido a que no se le proporcionan medios al niño para que esté activo y -- ocupado.
- Molestias que causa la erupción de la primera dentición.
- Dolor o trastornos nutricios.
- La deglución, relacionada con la interposición de la lengua en tre ambos maxilares.

Los hábitos son factores etiológicos de malposiciones dentales, - maloclusiones o malformaciones faciales, por interferencia de presiones normales y la producción de fuerzas anormales; ya que los dientes pueden ser movidos a posiciones deseables por ligeros estímulos de presión, y - se deduce que producen hábitos que pueden deformar fácilmente la cavidad bucal. El tipo de deformidad que un hábito produce se determina, observando el acto y la dirección de la presión.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de su

cesos establecidos, manifestados exteriormente como un patrón de comportamiento, esto es la acción, las actitudes y la personalidad del niño.

Este crecimiento también se refiere a la adquisición de formación de habilidades, y de intereses emocionales. La esfera psicológica como la física de desarrollo de la "maduración" es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innata. A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento hasta que tenga una edad considerable, donde esté listo para tal asimilación.

El medio ambiente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo; el crecimiento psicológico por lo tanto es en gran medida un producto de los potenciales heredados del niño y de su medio ambiente.

Un medio ambiente favorable asegura su óptima expresión y un mal ambiente puede retardar su óptima expresión.

CAPITULO IV

HABITOS ORALES

Existe un número variado de hábitos que se presentan durante la infancia, algunos de los cuales se consideran muy comunes a una edad determinada, en tanto que otros resultan perniciosos durante la misma, y la prolongación de éstos llega a ocasionar alteraciones en el crecimiento y desarrollo normal de los maxilares, así como crear alteraciones dentarias. Del mismo modo, también se afectan otras funciones tales como la deglución, fonación, masticación, expresión, además de la estética. Estas alteraciones son directamente proporcionales a la intensidad y frecuencia de la fuerza del hábito, en particular.

HABITOS NO COMPULSIVOS.Síndrome de Mamila.

Es un hábito creado por los padres, en donde la mamila es utilizada para mantener quieto y calmado al niño de tal manera que llega el momento en el que la mantiene en la boca el niño todo el tiempo, inclusive al dormir. El problema de este hábito no es la mamila, sino las consecuencias que trae el líquido azucarado o la leche que contiene la mamila por lo regular.

Mientras que el niño tiene la mamila, en períodos prolongados el líquido se acumula en los dientes anteriores y al tener este líquido hi-

dratos de carbono, propicia un medio para la producción de ácidos. Por lo tanto las consecuencias de este hábito son caries tempranas en los -- incisivos anteriores, primeros molares superiores e inferiores y caninos inferiores.

La incidencia de caries en los niños a temprana edad, se debe también a que las madres de éstos usen miel de abeja en su leche, y se ha comprobado que al utilizar miel de maíz (karo) la incidencia es más baja, debiéndose ésto posiblemente a la gran cantidad de carbohidratos que -- contiene la miel natural.

En ocasiones las caries están bastante avanzadas por lo que llegan a perderse los dientes.

Tratamiento.

El tratamiento será restaurar los dientes y el retiro paulatino de la mamila. Deberá comenzarse a darle al niño líquidos en vaso hasta que definitivamente ya no necesite la mamila.

Interposición del frenillo labial.

Es un hábito que se observa rara vez, se presenta entre los incisivos permanentes superiores, cuando estos están espaciados a cierta distancia, el niño traba su frenillo labial entre las piezas y lo deja en esa posición varias horas.

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

Para poder diagnosticar el frenillo labial agrandado o en malposición se puede observar, levantando el labio, pero sin embargo es imposible de esta manera, descubrir todos los frenillos agrandados, y es mejor basarse en radiografías.

El septum óseo normal entre los incisivos centrales superiores tiene forma de V y es bisectado por la sutura intermaxilar y a veces no es visible en las radiografías.

Cuando el frenillo labial se inserta en el lado palatino del septum, sus fibras atraviesan el hueso rodeándolo de manera que el septum tiene forma de pala, aún cuando las fibras se insertan tan profundamente como para no causar blanqueamiento al desplazarse el labio.

Tratamiento.

Una de las intervenciones quirúrgicas que con más frecuencia se -

hacen en combinación con la ortodoncia es la resección del frenillo labial superior, siendo esta una intervención simple y sin problemas, solo se cuida que se elimine por completo toda la inserción baja del frenillo en el espacio interdentario en el borde alveolar; pues esta es la causa de que no haya contacto entre los incisivos centrales, esta intervención quirúrgica sólo se debe practicar cuando se este seguro de la causa del diastema.

La indicación de la resección del frenillo es cuando este es notablemente grueso y su inserción es muy baja en el borde alveolar y si la erupción de los incisivos laterales no tiende a cerrar el espacio. Una vez eliminado el problema del frenillo se recurre a un tratamiento de ortodoncia para cerrar el espacio que existe entre estos dientes.

Respirador bucal.

En los niños es poco frecuente que respiren por la boca. La respiración bucal se clasifica en tres grupos de acuerdo con su causa etiológica.

- Por obstrucción - Por hábito - Por anatomía.

Por obstrucción.- Son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo nasal. Debido a que existe dificultad tanto para inhalar como para exhalar, al través de los conductos nasales, el niño se ve en la necesidad de respirar por la boca.

Algunos trastornos por obstrucción son:

- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto, este se corrige con intervención quirúrgica.
- Cornetes agrandados.
- Inflamación y congestión de la mucosa nasofaríngea y esta se corrige por contracción fisiológica o por intervención quirúrgica.
- Rinitis atrofica.
- Condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

Adenoides agrandado.- Esto ocurre en la faringe debido a la hipertrofia de las adenoides y de las amígdalas, siendo posible que se produzca en el árbol bronquial o en la laringe, cuando ocurre ésto, los recepto

res sensoriales en los vasos sanguíneos y en pulmones, envían señales al cerebro para incrementar el flujo de aire, como del tejido adenoideo o--faringeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca. Esto se corrige por sí solo al crecer el niño; el proceso fisiológico natural causa la con--tracción del tejido adenoideo.

Una de las adaptaciones más comunes es que el niño baje su mandí--bula y coloque la lengua más hacia adelante para permitir que el aire entre a la laringe con la menor resistencia.

Por hábito.- Una vez que se ha eliminado la causa de la obstruc--ción el niño adquiere el acto de respirar por la boca como una costumbre.

Por Anatomía.- Es cuando el labio superior es corto, lo cual impi--de cerrar por completo, a menos de que se lleve a cabo un gran esfuerzo.

Cualquier cosa que interfiera con la fisiología respiratoria nor--mal, puede afectar el crecimiento de la cara.

Los respiradores bucales parecen tener una elevada incidencia de--maloclusiones. En el respirador bucal el labio superior está elevado y--proyectado hacia adelante, el labio inferior se coloca entre la parte --vestibular de los incisivos inferiores y las caras linguales de los inci--sivos superiores, que a su vez están en vestíbulo versión, la lengua no--ocupa la totalidad de la cavidad bucal y esta colocada hacia abajo, per--mitiendo que las fuerzas musculares que actúan desde fuera estrechen el--paladar. Los incisivos inferiores al no estar en oclusión con los supe--

riores.

Hay una diferencia entre un respirador bucal y un respirador nasal y es la siguiente:

Respirador bucal.- Los labios de este respirador están separados en descanso para permitir respirar; las narinas mantienen el tamaño o se contraen en la inspiración indicada con los labios juntos.

Respiración nasal.- Mantienen los labios ligeramente juntos en - descanso, las narinas se dilatan en la inspiración indicada.

Tratamiento.

Antes de colocar este aparato se debe asegurar uno de que el conducto nasofaríngeo esté lo suficientemente abierto para permitir el inter cambio de aire. Edad apropiada para el aparato bucal de 10 a 12 años.

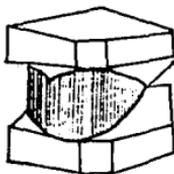
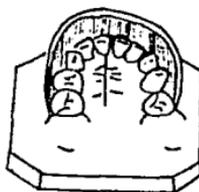
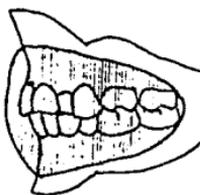
Protector bucal.- Se usa para corregir la respiración normal por la boca. Es un escudo sólido de plexiglass o resinas sintéticas inserta do en la boca, descansa contra los pliegues labiales y sólo debe tocar - las piezas anteriores superiores e inferiores por su cara vestibular y - deberá estar alejado de la encía bucal de estas piezas.

Una vez que se ajusta este protector al vestíbulo de boca, transfiere presión muscular de los labios a través del protector a las piezas.

Generalmente se coloca durante toda la noche para que el niño seforce a respirar por la nariz, evitando también que se muerda los labios.

y así favorece también la respiración nasal.

Función.- Es un aparato fijo que obliga al niño a respirar por la nariz, bloqueando el paso del aire por la boca y forzando así la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.



Pantalla bucal.

Se examina al paciente cada 3 semanas o mensualmente y se retira el aparato una vez que el niño haya aprendido a respirar por su nariz.

Los movimientos dentales se producen porque sólo se usa un tercio de tiempo, este movimiento es de naturaleza puramente fisiológico ya que usa los músculos del paciente.

Frenillo Lingual Corto.

La función del frenillo es limitar los movimientos de los tejidos. Muchas veces el frenillo del neonato es muy corto y se inserta cerca de la punta de la lengua en la mayoría de los casos no se corrige en los primeros años de vida.

Cuando existe en un niño en crecimiento, el frenillo lingual insertado anormalmente puede producir de modo indirecto una posición incorrecta de los dientes y causa anomalías de el lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un punto alto de la apofisis alveolar, la lengua adopta una posición relativamente plana en el piso de la boca y esto puede generar una posición anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir.

Otra consecuencia de la posición aplanada de el dorso de la lengua es que la bóveda palatina y el arco maxilar tienden hacer estrechos, dando como resultado una oclusión posterior cruzada y una anterior abierta.

La dificultad para mover la lengua con libertad puede imposibilitar la emisión correcta de ciertos sonidos, pero no siempre existe relación entre estos dos estados y se debe consultar con un Foniatra antes de la operación.

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial, es decir, con incisión total y plastia en Z.

Tratamiento.

El movimiento restringido de la lengua debe corregirse mediante una frenilectomía lingual extensa, seguida de ejercicios para mantener la movilidad de la lengua.

La edad ideal va a ser entre los 4 y 6 años de edad dependiendo de la gran cantidad de palabras que pronuncie el niño se libera el frenillo.

Técnica Quirúrgica:

Se anestesia a los lados del frenillo en donde se une la mucosa en el piso de boca un cuarto de cartucho a cada lado, y un pequeño punto de anestesia en la punta de la lengua. Luego se tracciona la lengua con un punto de sutura en la punta. Posteriormente con unas tijeras con buen filo se divide en dos el frenillo y la parte media se empieza a cortar hasta obtener el grado deseado de movilidad. Luego se sutura la mucosa, cuidando de no suturar las carunculas, la sutura se hará en línea sagital, mediante puntos separados. El sangrado se controla por presión o cauterización.

La cooperación entre el Cirujano Dentista y el Terapeuta del Lenguaje es esencial.

Hábito de deglución.

La lactancia infantil lleva asociada, sensaciones de gratificación. En el momento de nacer el niño es capaz de realizar ciertas acciones reflejas básicas, como la deglución y la respiración.

La deglución infantil o visceral se encuentra basada en un sistema-reflejo incondicionado en el cual los músculos faciales y peribucales inician la deglución; y la lengua es colocada contra el maxilar inferior, se parándose las encías por la lengua. La lengua descansa sobre las almohadillas gingivales inferiores y superior durante la alimentación y en reposo; hacia los 5 años de edad, la mayoría de los niños mantienen la lengua dentro del vestíbulo lingual durante la deglución.

El niño alimentado de forma artificial, en su actividad muscular no es normal y se acostumbra a la deglución anormal. Por eso se han ideado biberones lo más semejantes posible al pezón de la madre, para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales. Los más conocidos son los "Nuk Sauger". al niño alimentado con biberones funcionales se le debe agregar el uso de chupón especial o ejercitadores, que le acostumbrarán a colocar normalmente la punta de la lengua y así podrá pasar a la deglución adulta o somática cuando los dientes hagan su erupción.

Deglución normal.- Es cuando los incisivos entran en contacto momentáneamente, y la punta de la lengua toca la papila lingual de la arcada superior; el dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de la deglución, los labios se encuentran unidos íntimamente.

Deglución anormal.- Los dientes se encuentran a menudo separados, la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la sobremordida horizontal excesiva y el dorso de la lengua se aleja de la bóveda palatina. Las amígdalas grandes pueden acentuar el hábito de protrusión lingual, los labios no podrán cerrarse entre sí y el labio superior permanece sin funcionar, mientras que el músculo borboteador de la barba ejerce una presión fuerte hacia adelante y hacia arriba, proyectando el labio inferior contra la superficie lingual de los incisivos inferiores.

Para evitar problemas de la deglución, los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución viceral infantil prolongada, así como de las actividades de la lactancia que se extienden más allá del tiempo que debiera ser remplazado por un comportamiento maduro.

No todos los hábitos anormales relacionados con los chupones interconstruidos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daño. Estos casos se deben observar periódicamente y no se debe intervenir directamente.

Hábito de postura.

Estos hábitos se encuentran en niños que acostumbran dormir con las manos o el brazo sobre el carrillo o quienes al estudiar, apoyan una mano sobre la cara causando deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias. Durante la lactancia natural deberá hacerse sentado y no acostado, esto es para evitar presión sobre la mandíbula porque puede causar alteraciones en la misma, como puede ser -- retrognatismo inferior.

La postura es la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal un hábito susceptible a cambios y correcciones.

HABITOS COMPULSIVOS.

Succión Digital.

Al nacer el niño, desarrolla un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamadas reflejos de succión.

Los labios del recién nacido se encuentran muy adelantados en su desarrollo y son sensibles al tacto. De modo semejante, las yemas de los dedos son sensibles, así que si se llevan a los labios producen una respuesta inmediata en ellos, por lo que se mueven en un intento de succionar.

El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le produce satisfacción y le proporciona alimento para obtener energía. Pronto se fija este modo de reacción y si no se le da satisfacción con el pecho, encuentran un sustituto en el dedo de la mano. Evidentemente el reflejo de succión del niño responde a una necesidad y este influye en el y en sus situaciones iniciales para el aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico.

Con el término (succión de pulgar) se describe la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente durante el día como en la noche.

La mayoría de estos hábitos comienzan desde la vida intrauterina a los 8 meses de embarazo, ya que se observa que el embrión tiene introducido su dedo o dedos dentro de la cavidad bucal. No hay edad para dejar este hábito.

Los que aparecen durante las primeras semanas de vida están relacionados con problemas de lactancia. Sin embargo algunos se chupan el dedo o dedos durante la erupción dentaria, porque les provoca picazón -

o dolor y este es un medio de alivio para ellos. Otros niños más grandes usan este hábito para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superarse y es como una protección para ellos, principalmente en éstos se debe analizar el hábito en el sentido psicológico porque puede ser algún problema relacionado con su sociedad en general. Por ejemplo: falta de cariño, sobreprotección, maltrato, etc...

En los casos en que el hábito ha producido alteraciones en las posiciones dentarias, el problema se corrige sólo si el hábito se abandona -- antes de la erupción completa de los dientes anteriores permanentes o en el período de dentición mixta (6 a 12 años).

Si este hábito no se ha podido corregir antes de esta erupción ocasiona problemas de alineamiento y oclusión de las piezas y sólo podrá ser solucionado mediante tratamientos ortodónticos.

Se toma en cuenta el tipo de maloclusión que ocasiona este hábito, depende de la posición del dedo al succionar, contracciones musculares - orofaciales, la posición de la mandíbula durante la succión, el patrón - esquelético facial, la fuerza aplicada a los dientes, el proceso alveolar, la frecuencia y duración de la succión.

Uno de los problemas principales que provoca este hábito es la morrida abierta. El mal alineamiento de las piezas produce, una abertura - labial pronunciada de las piezas anteriores superiores y esto aumenta la sobremordida horizontal abriéndola, y puede haber una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas anteriores mandibulares.

Estas deformaciones se puede saber porqué mano ha sido provocada -- porque la constante succión produce callosidad en el dedo utilizado y -- siempre traerá un dedo más limpio que todos los demás dedos. Y además -- malformación en el mismo dedo.

Se considera que los segmentos posteriores maxilares pueden verse-- forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión y puede estrechar el arco y producir una mordida abierta cruzada posterior bilateral.

El paladar ojival es otra de las deformaciones ocasionadas por las fuerzas que aplica el pulgar sobre el paladar duro de una manera constante, dejando un marcado hundimiento.

La retracción de la mandíbula se presenta, si el peso de la mano o del brazo lo obligan a mantenerse en posición retrusiva.

La deformación del maxilar superior es notable en la mayoría de los casos, el sellado de los labios es deficiente, lo que conduce al hábito-- de tener la boca abierta, cuando no succionan el dedo, provocando así -- una respiración bucal durante el sueño.

Por lo tanto puede encontrarse que los chupadores de dedo tienen-- un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta, el labio superior-- se hace hiperactivo ya que debe ser elevado por contracciones del oblicuo lar a una posición entre los incisivos a una malposición durante la dé--glución.

Tratamiento.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá -- escoger el tipo más apropiado de instrumentos, después de tomar en consi-
deración: la edad del niño, su dentición y su hábito bucal.

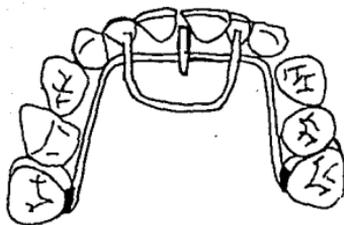
En ocasiones aunque el niño pudiera tener las mejores intenciones- de detener el hábito, será para él difícil recordarlo a menos que tenga- alguna forma de recordatorio. Este puede ser extraoral o intraoral.

Extraoral.- Consiste en colocar cinta adhesiva alrededor del dedo, o la colocación de una sustancia desagradable sobre el dedo o el uso de un guante completo, todo ésto es con el fin de tratar de algún modo de - ayudar al niño con su mal hábito.

Intraorales.- Se dividen en fijos y removibles.

Criba Fija.- Este aparato consta de dos bandas ortodónticas de - acero inoxidable, un arco palatino y una pantalla con dos espolones en - forma de U y un asa.

Las bandas van colocadas en los primeros molares superiores de ca- da lado junto con el arco palatino, y luego llevará la pantalla en medio del arco palatino y los espolones de puntas romas y el asa de la pantalla irán hacia el paladar.



Función.- Es la de dificultar al niño el hábito de succionar, -- evitar la deformación del segmento premaxilar, estimular el desarrollo de la deglución y de la postura lingual madura y su funcionamiento para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

La duración del aparato es de 4 a 6 meses si existe tendencia a la recidiva se prolonga un poco más el tratamiento.

Trampa de punzón (removible).- Es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa consiste en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor hawley o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizado como instrumento fijo.

La trampa puede servir para:

- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- Distribuir la presión a las piezas posteriores.
- Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

Morderse los labios (quelofagia)

La succión del labio consiste en introducir el labio superior o inferior, siendo más frecuente el inferior, detrás de los incisivos superiores se ejerce presión sobre las superficies linguales de los mismos, esto es debido a la actividad anormal del músculo borla de la barba al querer cerrar la boca, el labio superior se vuelve hipotón al no tener contacto con el inferior.

Los efectos producidos por la repetición constante de este acto son:

- 1) Protusión de los incisivos superiores.
- 2) Apilamiento de los incisivos inferiores.
- 3) Sobreentrecruzamiento vertical u horizontal.
- 4) Apertura de la mordida.

El mecanismo del hábito es el siguiente: -Se humedece el labio con la punta de la lengua- El labio inferior se dobla hacia atrás -La lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante- El labio inferior se aprisiona entre los incisivos de ambas arcadas y se ejerce una presión y el labio recobra lentamente su posición normal.

Al mismo tiempo el labio más activo muestra traumatismo ya sea de la succión o por la presión de los mismos dientes está enrojecido, se observan áreas así en superior y cuando es en inferior hay zonas de hipertrofia por la mordida de los incisivos superiores y cuando está muy arraigado a la superficie labial de la mucosa alveolar muestra áreas localizadas de enrojecimiento debido al traumatismo por ser constante contra el hueso alveolar.

El niño que tiene este hábito suele estar pasando por un stress emocional que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar.

Cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplanamiento -- marcado, los incisivos superiores son desplazados hacia arriba, hasta una relación protusiva.

Antes de colocar algún aparato se debe determinar las causas, porque intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. Por lo tanto primero se debe establecer la oclusión normal. El aparato puede ser eficaz cuando el hábito es primordialmente tic neuromuscular.

Tratamiento.

Está formado de dos bandas ortodónticas, alambre y acrílico. Se colocan las bandas en los primeros molares inferiores, un arco labial -- que irá de lado a lado, pasando por las caras vestibulares de canino a canino, este arco llevará un pequeño doblés a la altura de las caras interproximales de los caninos y premolares de cada lado. A la porción labial se le agrega acrílico entre los alambres de base y auxiliar. Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior.

Función.- Permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, esto mejora la inclinación axial y reduce la sobremordida. Se usa un período de 8 a 9 meses, el retiro del aparato se hace -- gradualmente.

Mordedura de Carrillo.

Es fácil que los niños usen los carrillos en la práctica de un hábito oral, ofrece dificultad para descubrirlo y corregirlo siendo éste - causante de maloclusiones por el estrechamiento de las arcadas, falta de contacto de las piezas dentarias con sus antagonistas y posiciones axiales que se producen.



Tratamiento.

Se utiliza una criba removible de acrílico y alambre para impedir el hábito de morderse el carrillo.

Hábito Masoquista.

El factor principal es la automutilación, en donde el niño siente-satisfacción al hacerlo. En ocasiones el niño dice que él mismo fue quien se provocó el daño. Por ejemplo: hay niños que movilizan un diente a tal grado que llegan a extraerlo de su alveolo, en otros casos utilizan una de sus uñas para traumatizar la encía, hasta el punto de que llegan a descu--brir el hueso alveolar.

Tratamiento.

Consiste en ayuda psiquiátrica para tratar de ayudar al niño a que no se cause más daño y para ésto se colocará una cinta adhesiva en el dedo o un barniz de sabor amargo.

Abertura de pasadores.

Este es otro hábito nocivo, que es común entre niñas de 8 a 9 años y consiste en abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores - para colocárselos en la cabeza; y a consecuencia de este hábito se ha - observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

Por la edad en la que se presenta, sólo es necesario llamar la - atención sobre los efectos nocivos que causan este hábito.

Mordedura de uñas. (onicofagia)

El origen de este hábito es después de un hábito de succión digital y por lo tanto es un acto de transferencia. Iniciándose éste entre entre los cuatro y cinco años de edad, y aumenta rápidamente después de los cinco años y alcanza su máximo en la pubertad, comienza a desaparecer después de los 15 años y rara vez se observa a los 30 años. Este hábito no es pernicioso y no ayuda a provocar maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos individuos que presentan este hábito, cuando tienen impurezas debajo de las uñas se observa una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

Cuando el niño es observado al morderse las uñas lo deja de hacer, pero si el hábito es muy arraigado es difícil que lo abandone aun cuando lo observen.

Tratamiento.

Consiste en:

- Reducir la tensión del ambiente.
- Aumentar el sentimiento de confianza en el niño y con ello aliviar las tensiones internas.

A veces es necesario manchar las uñas con colorantes o amargos para ayudar al abandono de este hábito. El resultado del abandono de este hábito a veces produce en el paciente, una sensación de superación en el control personal, por lo general los pacientes lo dejan por sí mismos.

Bruxismo.

Este hábito es muy dañino y puede afectar la conservación de los dientes y de la siguiente manera se define:

Es un frotamiento con fuerza de los dientes, se produce más comúnmente durante la noche en el sueño, aunque a veces también se observa cuando el niño está despierto. En ocasiones este hábito es definido como rechinar nocturno porque el rechinar es con tal fuerza que el ruido puede mantener despierto a las personas. El niño, se queja de dolor o sensibilidad en los músculos temporales y en la región de la articulación temporomandibular.

En la mayoría de los casos este hábito, se puede detectar en las coronas de los molares porque se encuentran aplanados y hay desgaste -- lingual de los dientes anteriores superiores.

Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y al stress, sobre todo en niños muy tensos e irritables, observándose también en enfermedades orgánicas como: epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

El bruxismo frecuentemente está asociado con desarmonía oclusal o una sobremordida excesiva, como interferencias oclusales o contactos prematuros también podrían ser desencadenantes de este hábito.

Tratamiento.

Este entra en el campo del médico, psicólogo y odontopediatra.

El aparato que se utiliza es llamado guarda nocturna y se usa -- para corregir el hábito del bruxismo. Se fabrica a base de caucho blanco y va protegiendo las superficies oclusales de los dientes, por lo -- tanto anula el rechinar y la sensación de satisfacción. Se utiliza durante la noche cuando el paciente duerme y se emplea cuando el niño es mayor de 8 años de edad.



Guarda Nocturna

empuje lingual.

En niños que presentan mordida abierta e incisivos superiores en protusión se observa hábito de empuje lingual. Como el empuje solo - - afecta a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentoniano no es afectado y de hecho puede ser fortalecido.

Este hábito provoca: Protusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque puede presentar depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

La deglución con la lengua adelantada puede ser etiológica de -- maloclusión y son de dos tipos:

- 1.- Deglución con empuje lingual simple: es un empuje asociado con una deglución normal y dientes juntos. Esta relacionada a un hábito de succión digital, aún cuando el hábito ya no sea practicado pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.
- 2.- Deglución con empuje lingual complejo: esta tiene una deglución con dientes separados y está relacionada con problemas nasales respiratorios crónicos, respiradores bucales, tonsilitis o faringitis.

Cuando las amígdalas están inflamadas; la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares fauciales agrandados. Para evitar esta si--

tuación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa.

La disminución de espacio en la garganta y el dolor precipitan - una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, -- mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares.

Durante la respiración bucal crónica se ve un espacio libre - -- grande, ya que, la arcada de la mandíbula y la protusión de la lengua - proveen una vía de aire más adecuada. Los maxilares quedan separados - en la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada.

Tratamiento.

Trampa lingual.- Este aparato consta de dos bandas metálicas de acero inoxidable y un arco palatino. Estas bandas van colocadas en los primeros molares superiores de cada lado, y soldadas con soldadura de plata a cada extremo del arco palatino, este arco irá en forma de V dos o tres veces, quedando una rejilla en medio del paladar de manera que - se extienda hasta un punto atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores sin tener interferencia en la erupción de los dientes permanentes y la trampa lingual será fija.



Función.- Es desplazar la lengua abajo y hacia atrás durante la deglución para impedir continuar con el hábito.

Este aparato tiene dos objetivos:

- 1.- Eliminar la proyección anterior enérgica y efectos a manera de embolo durante la deglución.
- 2.- Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no la introduzca a través del espacio incisal. Dependiendo del -- problema de mordida abierta la duración del tratamiento debe rá ser de 4 a 9 meses para la corrección autónoma de la malo clusión. La mejor edad para colocar este aparato es de 5 a 10 años de edad.

Hábitos de Fonación.

Después de los seis años de edad, la imperfección del lenguaje - puede ser clasificada como patológica. Los niños que hablan tan rápidamente que las palabras se vuelven deformadas e incorrectamente articuladas, han fallado en hallar un equilibrio entre el deseo de hablar y la habilidad para articular.

Tales efectos mal dirigidos son llamados "legorrea". La causa - es un innato lenguaje rápido, que hace que el sujeto acorte, omita y repita palabras. Generalmente se presenta en los niños pequeños antes de la pubertad. Esta no es la tartamudez verdadera, el niño no se da cuenta de que su lenguaje es raro, por lo tanto no hay ansiedad como en el tartamudo, estos niños se benefician de los ejercicios de lectura, en los cuales se hace un esfuerzo hacia un lenguaje más lento y una dicción más clara.

Tartamudez.

Es uno de los trastornos más comunes del lenguaje. Es una psiconeurosis y es tratado como un problema emocional. Esta es una enfermedad de la infancia, muchas veces es para llamar la atención de los padres o de las demás gentes que los rodea y ésto puede deberse por un -- exceso de sobreprotección hacia el niño y por lo tanto, se puede tratar de que los padres, se den cuenta del problema y pongan de su parte para que el niño reaccione sólo y deje este hábito que ha adquirido, por --- otra parte cuando la tartamudez no es por los motivos mencionados sino por situaciones mayores, las perturbaciones pueden afectar cualquier -

parte del mecanismo del lenguaje, tal como los labios, la lengua, los maxilares, la laringe o los músculos respiratorios. Estos pacientes en ocasiones tienen tics como espasmos. En el tratamiento tendrá que ser consultado con el Especialista Médico, Pediatra y Psicólogo.

Síntomas.

Si la persona trata de hablar y no puede, se ayuda por otros medios, y si sucede esto se agrava la situación en el intento para vencer su dificultad por el desarrollo de otros hábitos anormales. Otra forma de voz vacilante es la "embolalia", que consiste en una interposición de palabras superfluas no relacionadas con el resto del pensamiento - - (hoy tu sabes, tu sabes, ...).

Tratamiento.

La terapia consiste en distraer la atención del sujeto de su incapacidad, por medio de ejercicios de respiración, articulación, lectura y conversación. Se debe observar que sus demás compañeros no le hagan burla o no se le castigue al niño por su tartamudez. En el tratamiento activo debe apartarse de la mente del niño su defecto. Se debe considerar como un todo la personalidad en el tratamiento. Este se combina de terapéutica, tanto local como general, se compone de medidas - médicas, psiquiátricas, orientación social, entrenamiento de la voz y - medidas locales.

El estímulo del paciente, el desarrollo del carácter y el respeto a sí mismo son altamente importantes en el manejo del tartamudo.

CONCLUSIONES

Detectar un hábito oral a tiempo, proporciona una cavidad bucal sana, evitando así mal posiciones dentarias y deformaciones oseas provocadas por estos hábitos.

Por lo tanto es necesario dar orientación a los padres acerca de los problemas que causan estos hábitos, porque pueden adquirirlos sus hijos.

El cariño y la comprensión de los padres hacia sus hijos es primordial para evitar la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en sí mismos.

El Cirujano Dentista, podrá interferir exitosamente, cuando lo--gre hacer consciente al niño del daño que está causando a sus estructuras faciales, y motivarlo por medios psicológicos y ortodónticos a que abandone a la mayor brevedad el hábito.

Aún cuando existe una gran polémica, en cuanto el tratamiento a seguir en cada uno de los casos se ha llegado a reconocer en forma unánime, la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlos.

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

- Keith, L. Moore. Embriología Clínica. Interamericana 3a. Edición.
- Orban. Histología y Embriología Bucales. Prensa Médica Mexicana. 1981.
- Braham, Morris. Odontología Pediátrica. Médica Panamericana. 1984.
- Magnusson, B.O. Odontopediatría Enfoque Sistémico. Salvat, S.A. Edición Original.
- Mc Donald, R. Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mundi 1979.
- Hotz, Rudolf S. Odontopediatría. Médica Panamericana, S.A. Argentina. 1977.
- Moyers, R. Manual de Ortodoncia. Editorial Mundi. 1er. edición.
- Sidney, B. Finn. Odontología Pediátrica. 4a. edición. Interamericana.
- Graber, T.M. Ortodoncia Teórica y Práctica. Interamericana 1975.