

Universidad Autónoma de Guadalajara

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Odontología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Hábito de Proyección Lingual, como causante
de Malposición Dental.

Tesis

Que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

Presenta:

Alfonso García Nava

Asesor de Tesis

Dra. Ana Rosa Negrete Ramos

Guadalajara, Jalisco., 1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

INTRODUCCION .

GENERALIDADES .

CAPITULOS :

I.- Origen de la malposición dentaria por proyección-
lingual .

II.- Diagnóstico de la malposición dentaria por proyec-
ción lingual .

III.- Tratamiento y control de la malposición dentaria-
por proyección lingual .

CASUISTICA .

CONCLUSIONES .

BIBLIOGRAFIA .

INTRODUCCION

A la Odontología Infantil , al igual que a la Ortodoncia se le puede considerar como el servicio más necesitado , pero el más olvidado por el Cirujano Dentista . El valor de este servicio nunca será suficiente , ya que un tratamiento mal hecho durante la niñez , puede dañar tanto a la persona que la dejaría con problemas en el aparato masticatorio , ya en la edad adulta .

Para un Cirujano Dentista que decida trabajar con niños , deberá saber de antemano que no será fácil ; ya que requiere de gran conocimiento odontológico que muchas veces es parecido al del adulto . Sin contar con la naturalidad y facilidad que el Cirujano Dentista deba tener para establecer una comunicación placentera con el niño .

Sin embargo , el trabajar con niños es una experiencia sin igual puesto que a veces somos nosotros los que aprendemos de ellos .

La Odontología Infantil y la Ortodoncia requieren no tan solo de conocimientos normales , sino que se necesitan aún más conocimientos ya que se trata de organismos en una constante evolución física y mental .

El Cirujano Dentista que trabaja con niños , tiene tres responsabilidades :

- 1.- para con su paciente .
- 2.- para con su comunidad .
- 3.- para consigo mismo .

Aquí consideramos primero la responsabilidad del Cirujano Dentista para consigo mismo , ya que al ser exigente en los requisitos fijados por él mismo , el Odontólogo sirve simultáneamente mejor a su paciente y a su comunidad .

Es tan vasto el campo de la Odontología Pediátrica y de la Ortodoncia , que están cambiando constantemente , por lo que se recomienda estar siempre actualizados con ideas y mejores técnicas a medida que avanza la Odontología .

A fin de adelantarnos a las enfermedades , se está dando mayor importancia a la Odontología Preventiva , ya que estamos convencidos de que resulta más fácil y menos costoso el prevenir que el corregir alguna patología bucal por sencilla o complicada que ésta sea , de aquí la importancia de que formemos conciencia y responsabilidad en los padres de familia hacia la atención dental preventiva del niño .

GENERALIDADES

Durante los años de crecimiento y madurez de las personas , existen numerosas fuerzas , ya sean intrínsecas o extrínsecas , que actúan sobre el organismo humano .

Algunas de ellas son nocivas (drogadicción , alcoholismo , etc) y otras son benéficas (aseo bucal y personal , disciplina física , - etc.) , y al practicar dichas fuerzas se vuelven hábitos e instintos que indudablemente están compuestos por los mismos reflejos elementales .

El instinto es heredado , mientras que el hábito se adquiere o se desecha en el transcurso de la vida del ser humano . Por lo tanto se puede decir que los hábitos son sinónimos de vida

Para la mayoría de la humanidad el vivir requiere de un esfuerzo continuo , solo si desviamos ese esfuerzo nos señalará el control que tenemos sobre dicho esfuerzo o hábito .

Dentro de los hábitos perniciosos como el de proyección lingual, que causa la malposición dentaria , y aún más habiendo otros hábitos-pueden causar o bien incluir la facia de la persona convirtiéndola en una patología más severa . El niño afectado por algún hábito que cause la malposición dentaria , debe ser separado o desligado del hábito y muchas veces tenemos la necesidad de recurrir al psiquiatra o al psicólogo , para la necesidad de estabilizar al niño tanto mental co-

mo emocionalmente .

Es seguro que la mayoría de los hábitos y por lo tanto de deformaciones dentofaciales surgen de la inestabilidad emocional no solo - del niño , sino también de los padres . Por lo tanto , es necesario , estar en contacto con los padres y tratar de explicarles con la mayor inteligencia y diplomacia de la que seamos capaces , tratando de obtener su cooperación para el éxito del tratamiento .

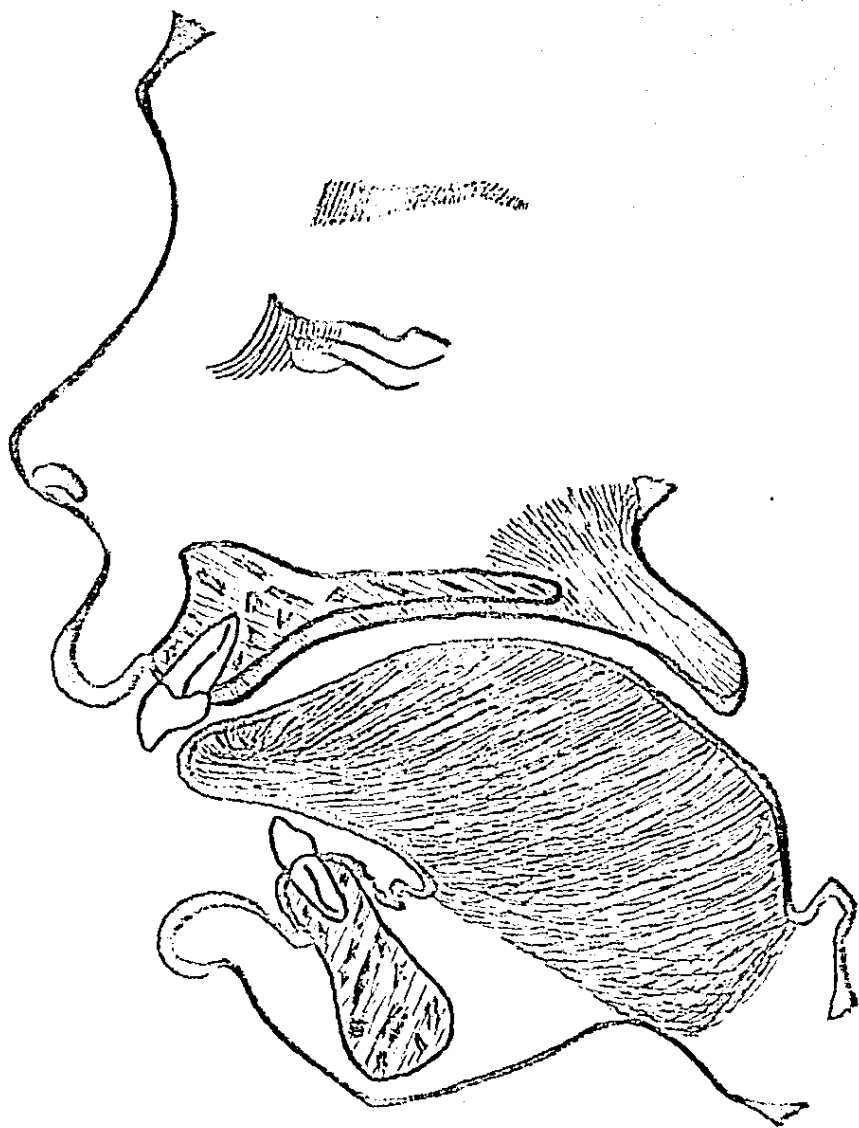
En cuanto a los hábitos se refiere , los podemos dividir en dos- grupos :

a.- compulsivos .

b.- no compulsivos .

a.- compulsivos .- se refiere a un hábito que ha adquirido una - fijación en el niño , y recurre a éste las veces en que él . se encuentra atacado en su mundo , cuando se le trata de quitar el hábito el niño tiende a sufrir , ya que el hábito lo- usa como escudo ante el mundo que le rodea .

b.- no compulsivos .- son los hábitos que el niño adopta o aban- dona de una manera fácil en su patrón de conducta de acuerdo al grado de madurez que éste tenga .



CAPITULO I

ORIGEN DE LA MALPOSICION DENTARIA POR PROYECCION LINGUAL .

El hábito de proyección lingual se puede presentar por separado, aunque lo más común es que vaya acompañado de otros hábitos nocivos - (5) , que influyeron de alguna u otra forma a la aparición de dicho - hábito .

De tal forma que el Ortodoncista debe fijar su atención no solo en una causa o etiología , sino en varias que agraban la fijación del hábito (6) .

Dicho lo anterior , tenemos los siguientes orígenes o causas del hábito de proyección lingual :

Hay muchas pruebas que indican que la proyección lingual se debe a un residuo o tipo de retención del mecanismo infantil de mamar (8).

Se indica también que la proyección lingual pueda deberse al hábito de chuparse los dedos (8) . Los dos hábitos anteriores producen una maloclusión (mordida abierta anterior) ; favoreciendo así el hábito de proyección lingual .

En un estudio el 54.2 % de los niños con hábitos de lengua , se encontraron antecedentes de chuparse los dedos (8) .

El hábito de proyección lingual puede deberse a una tensión emocional exagerada(10), de manera que el hábito nocivo pueda ser la forma de desahogo de las tensiones sufridas , sentidas y generadas por el niño(10) .

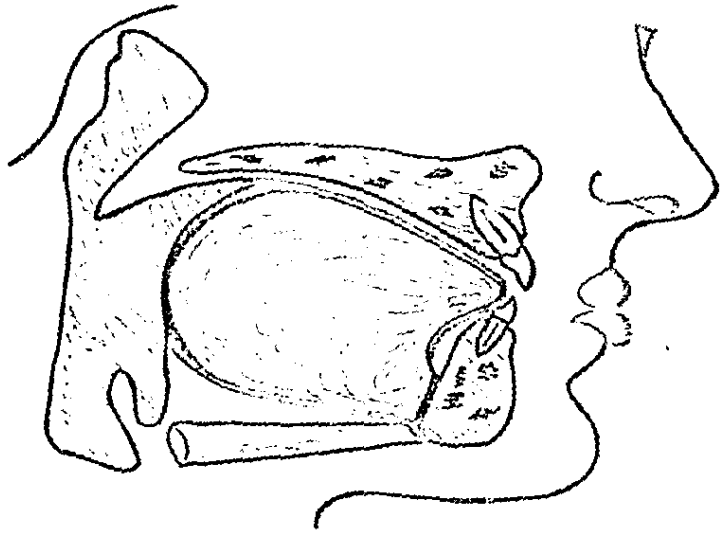
En ocasiones se da el caso de que el hábito nocivo se considere por el niño como una gratificación , por el cierto placer que produce (10) al haber logrado algo que el niño deseaba alcanzar . No se debe escapar también en este escrito la asociación que hay del hábito de proyección lingual con la forma de deglutir (8) , debido a que , al tener una deglución anormal el empuje o presión de la lengua sobre los incisivos centrales superiores y la papila interincisal , es exagerada favoreciendo así una vestibularización de los anteriores superiores y como consecuencia el hábito de proyección lingual .

Se afirma que el recién nacido al deglutir , empuja la lengua hacia adelante para crear un sello necesario para la deglución (4) ; a esto se le llama deglución infantil o vical ; ya erupcionados los anteriores superiores , son usados por la lengua para producir un sello necesario para la deglución (4) . ¿ Pero que pasaría si no hubiera la aproximación necesaria de los anteriores superiores con la lengua ? .

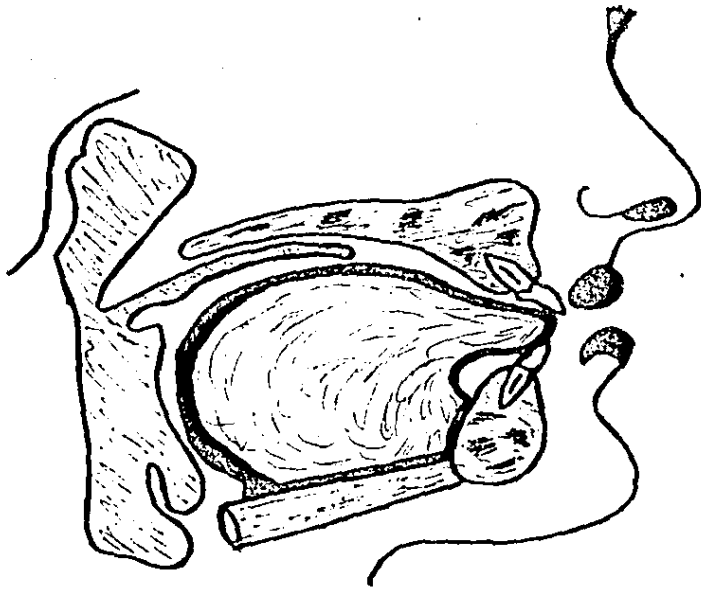
La lengua buscaría esa aproximación "diente-lengua" proyectándose hacia adelante .

Hago énfasis en que los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución vical prolongada(8) ; así como de las actividades de lactancia que se extiendan más allá del tiempo en que deberán ser reemplazadas por un comportamiento más maduro o somático .

En la deglución normal , los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdientaria-



DEGLUCION NORMAL



DEGLUCION ANORMAL

lingual de la arcada superior (8) . El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de la deglución , los labios se encuentran unidos íntimamente .

En la deglución anormal , los dientes se encuentran a menudo separados y se sabe que la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la sobremordida horizontal excesiva (8) , y que el dorso de la lengua se aleja de la bóveda palatina .

Al desplazarse la lengua hacia adelante en la sobremordida , entre los dientes superiores e inferiores , las porciones periféricas ya no se encuentran contiguas a las superficies oclusales de los segmentos bucales (8) . La sobre-erupción de los dientes posteriores se facilita creando una mordida abierta con dimensiones oclusal y postural idénticas .

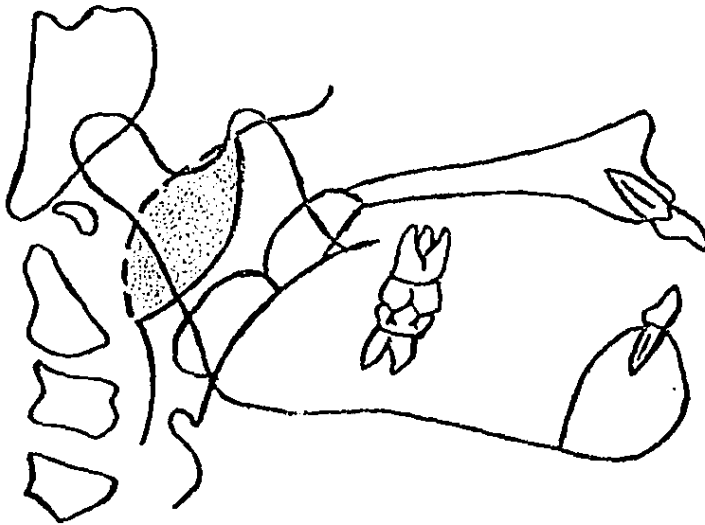
Es sorprendente la fuerza que ejerce la lengua sobre los dientes anteriores superiores durante la deglución , es mucha y frecuente (8) algunas separaciones de un poco más de 1.0 mm. pueden ser producidos por la lengua y engañarnos porque no parece haber espacio suficiente entre los dientes superiores e inferiores , y en esos espacios interponerse favoreciendo así la proyección lingual (5) . Sin embargo , un exámen minucioso de la lengua con los labios separados durante la deglución , nos revelará que la lengua presiona con tanta firmeza contra las superficies linguales que se ve un reborde de tejido lingual-isquémico acuñado en la separación (5) . La presión hacia adentro del labio , sostiene los dientes anteriores e impide que la separación sea aún mayor (5) .

No solamente el hábito de proyección lingual causa la mordida abierta (4) , también puede ser por mordisqueo del labio el origen de la separación dental .

En el hábito de la proyección lingual , juega un papel muy impor

tante la proliferación de tejido adenoideo (4) , que cierra la vía aérea nasal impidiendo así que el niño respire por la nariz y si lo haga por la boca , favoreciendo una maloclusión parecida a la del hábito de chuparse los dedos , con proyección lingual , esta proyección en casos graves no solo produce anomalías de tipo dental , sino también esqueletal (4) .

El tejido adenoideo hipertrofiado , causa movimiento hacia adelante de la lengua (4) , por el intento que hace el paciente para abrir la farínge oral .



El tejido adenoideo se encuentra localizado en la pared posterior de la nasofaringe (4) .

Los efectos que ocasiona el hábito de proyección lingual son :

- a.- Vestibularización de los anteriores superiores (mordida abierta) .
- b.- Respiración oral cuando la vía aérea nasal esté obstruída (4) .
- c.- Sobre-erupción de los dientes posteriores .
- d.- Se acepta también la mala formación de sonidos de ceceo , llamada sigmatismo (11) .
- e.- Estrechamiento del maxilar superior y paladar alto (11) .
- f.- En caso de proyección lingual posterior , provoca una falta de erupción de los dientes afectados (11) .
- g.- Al tenerse la mordida abierta por la proyección lingual , el labio superior se encuentra hipotónico y el inferior hipertónico (8) .
- h.- Al tener una mordida abierta con deglución anormal , la presión ejercida de la lengua a los dientes favorece su vestibularización (8) .

CAPITULO II

DIAGNOSTICO DE LA MALPOSICION DENTARIA POR PROYECCION LINGUAL.

El problema que nos plantea el diagnóstico en Ortodoncia es difícil de resolver (12) , por una parte un enfoque simplista permite su rápida aceptación en la práctica ; pero tiene el grave inconveniente de darnos una visión parcial del problema que intentamos resolver ; - que se traducirá en fracasos del tratamiento .

Hay ciertos tipos patognomónicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diagnóstico (6) ; sin embargo deberán recogerse y relacionarse sistemáticamente todo lo que se refiera al paciente . El historial y el exámen clínico de la proyección lingual nos proporcionarán los hechos esenciales necesarios para llegar a un diagnóstico acertado y por ende a un buen tratamiento (6) .

Se le deberá pedir al niño que extienda la lengua y así saber su estado en cuanto a forma , tamaño , movimiento y color (6) . El agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo (6) . Para poder examinar el dorso de la lengua en detalle , se deberá tomar de la punta con una gasa o algodón colocada entre el pulgar y el índice , y deberá extraerse delicadamente la punta de la lengua atrapada de esa forma (6) .

La lengua y los labios están integrados y sincronizados en su ac

tividad (13) , de esa forma puede verse la malfunción lingual , observando la malfunción de los labios y de la musculatura facial (13) .

Cuando los labios son separados por el espejo bucal , la actividad lingual normal es inhibida y lo que se observa es la acomodación al estiramiento de los labios y de los carrillos (13) . El problema - paradójico del exámen de la lengua es examinarla en sus funciones normales sin desplazamiento de ella o de los labios (13) .

Puntos recomendables al hacer un exámen de lengua :

- 1.- Se debe observar la postura de la lengua mientras la mandíbula está en posición postural (13) ; esto puede hacerse en un cefalograma donde el paciente deberá estar en posición erecta en el sillón dental .
- 2.- Observar la lengua durante los diversos procedimientos de deglución (13) . Es necesario observar la lengua durante la deglución inconsciente de saliva , agua , o durante la masticación .
- 3.- Se recomienda observar la función o papel de la lengua durante la masticación en forma consciente este procedimiento(13) es muy difícil , exepcto para las anormalidades más obvias , - este exámen se combina con la observación de la deglución durante la masticación .
- 4.- Observar el papel de la lengua en la dicción (13) .

Pueden verse dos variaciones significativas de la postura normal de la lengua (13) :

- a.- Lengua retractada o levantada en la que la punta de la lengua está retirada de todos los dientes anteriores .

En cuanto a la deglución con empuje lingual , tenemos dos modalidades (13) :

a.- Simple .

b.- Compleja .

La simple está caracterizada por contracciones de los labios ,— del músculo mentoniano y los músculos que elevan la mandíbula ; así — los dientes están en oclusión mientras la lengua protruye en la mordida abierta .

Estos pacientes respiran por la nariz y tienen historia del hábito de succión digital , que se cree sea el causante de la mordida abierta .

La compleja se define como un empuje lingual con una deglución — con dientes separados . Por consiguiente hay contracción de los labios , músculos faciales y del mentón .

Suelen ser respiradores bucales con historia de enfermedades respiratorias .

Es preciso realizar a fondo el exámen de los labios , piso de boca , paladar y naturalmente de la lengua , con el fin de detectar una posible patología de los tejidos (10).

Una lengua grande y potente con los bordes festoneados por la — presión de los dientes , es una estructura diagnóstica significativa de la proyección lingual (10); así mismo el color edematoso que se — presenta en la punta de la lengua al protruírse entre los incisivos — superiores e inferiores .

Aunque la forma y tamaño de la lengua , una masa de músculo intrínseco , puede comprobarse por observación directa , hay siempre alguna dificultad para determinar su posición en reposo y su conducta —

durante la dicción y deglución (14) .

El palpar la región del cuello y la submaxilar en el diagnóstico de la proyección lingual , nos dá una idea de la posible causa de dicha anomalía (10), en caso de resultar por adenoides hipertrofiadas o agrandadas , en tal caso se deberá remitir a un especialista para su atención .

El estrechamiento del maxilar superior y la sobre-erupción de los dientes posteriores es clásica de la proyección lingual , al igual que el sigmatismo o ceceo y la vestibularización de los anteriores (mordida abierta) .

En la proyección lingual posterior , el signo patognomónico es la falta de erupción del diente afectado , un cambio de color en el borde posterior de la lengua que se protruye y un posible cambio de color en la parte interna del carrillo en el punto donde hace contacto la lengua .

Los primeros fabricantes de tetinas de goma siguieron el modelo del pezón erecto en la lactancia sin considerar su anatomía durante la función o acto de mamar (2) . El niño al succionar el pecho , provoca una eversión del pezón para que penetre más profundamente en la boca (2) ; esto hace que la lengua se mantenga hacia atrás y ayude a desarrollar un patrón de deglución normal ; no obstante , no funcionaba de ésta forma , como no podía ser llevada hacia atrás como era necesario , el niño tuvo que desplazar su lengua hacia adelante para succionar y tragar (2) .

El resultado frecuente es una deglución atípica que genera incisivos centrales sobresalientes y espaciados (mordida abierta y proyección lingual) . El uso exagerado de tetinas de goma puede entonces generar la deglución atípica y por ende la proyección lingual que anteriormente se ha explicado (2) .

CAPITULO III

TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA MALPOSICION DENTARIA POR PROYECCION LINGUAL

Para el tratamiento y control del empuje o proyección lingual se describe la prescripción de un aparato el cual tiende a desplazar la lengua hacia abajo y atrás durante la deglución (8) . El aparato tiene unos espolones los cuales son doblados hacia abajo para formar una especie de cerca por detrás de los incisivos inferiores , esta cerca toma forma durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores , así se tendrá una barrera muy eficaz contra la proyección lingual .

El aparato para proyección lingual deberá intentar hacer dos cosas (8) :

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

Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición , esta se expande hacia los lados con las porciones perifé-

ricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores, esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente ; de esta forma se evita la sobre-erupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores (arcada superior) .

Este aparato estimula el acto de deglución maduro o somático , - mientras la lengua se adapta a su nueva posición y función .

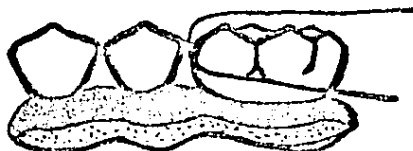
Antes de fabricar el aparato mencionado se hace una valoración - de los dientes que actuarán como soportes de dicho aparato ortodóntico (8) . Se toman los segmentos molares deciduos , o bien , si los - primeros molares permanentes han hecho erupción suficiente , son preferibles .

Se le toman al paciente las impresiones con alginato de ambas ar- cadas , y se corren en yeso . Aunque no es necesario , se recomienda el montaje de éstos modelos en un articulador de tipo bisagra o sim- ple (8) .

Después de tomar las impresiones hay que tomar en cuenta que debe existir una separación de 1.0 mm. en las caras proximales mesial y distal del diente elegido como soporte (8) , para esto se recomiendan alambres de bronce como separadores en esta visita .

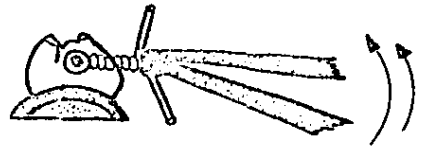
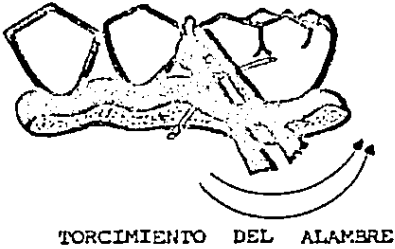
Técnica de alambre para separar puntos de contacto en los dien- tes elegidos para soporte :

- 1.- Pasar el alambre de latón o bronce rodeando el punto de con- tacto de la pieza elegida .

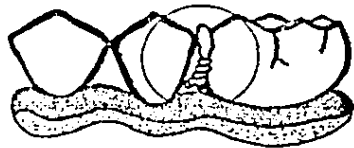
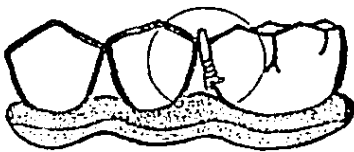


ALAMBRE DE 0.020

2.- Torcimiento del alambre de latón o de bronce



3.- Recortado del alambre de latón o de bronce , dejando una —
"cola de cerdo" , que es escondida debajo del área interpro-
ximal para evitar lacerar los tejidos blandos .



RECORTADO DEL ALAMBRE , DEJANDO UNA
"COLA DE CERDO" , HASTA DE 3.0 mm.



El procedimiento anterior se usa cuando se decide poner una corona metálica en vez de bandas de ortodoncia en los dientes elegidos como soportes (8) .

Se conforma después una barra palatina sobre el modelo , la barra es en forma de "U" de aleación de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 pulgada , la barra se adapta desde un extremo del modelo hasta el área de los caninos al nivel del márgen gingival . La barra deberá hacer contacto con las superficies palatinas de los molares deciduos o permanentes superiores . El alambre de la barra deberá de adaptarse al contorno del paladar para evitar irritarlo , y se lleva hasta el canino del lado opuesto ; después se dobla la barra hacia atrás a lo largo del márgen gingival haciendo contacto con las superficies palatinas de los molares ya sean deciduos o permanentes y de la corona metálica de ese mismo lado del modelo .

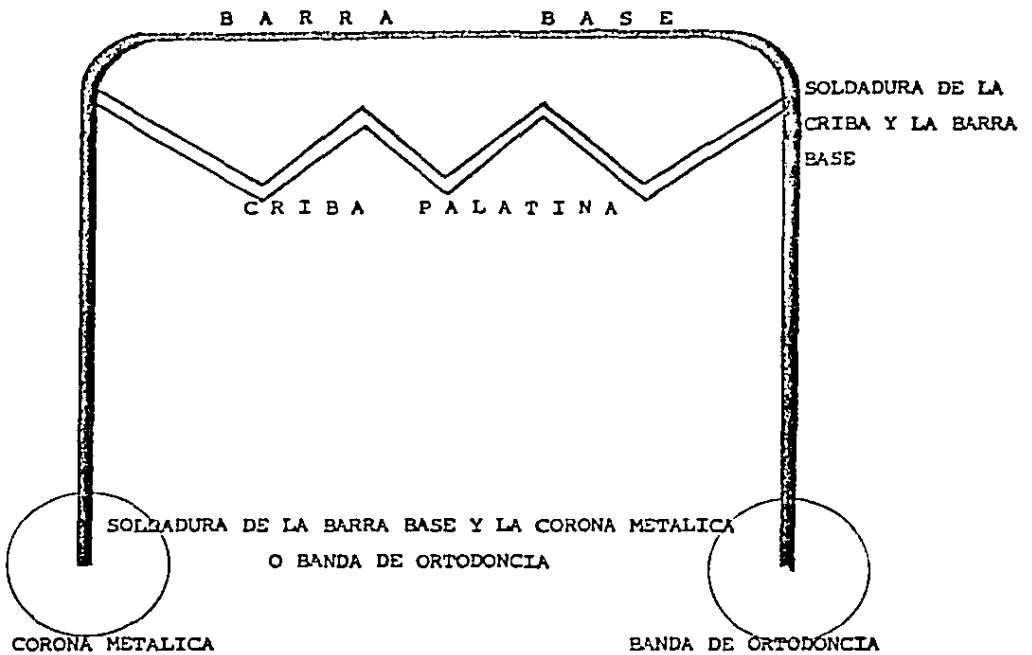
La oclusión no importa mucho en este momento . Después al reducirse la mordida abierta poco a poco , se tendrá cuidado de que no interfiera con la incisión .

Después de fabricar la barra , se puede construir la criba o trampa con el mismo tipo de alambre (0.040 pulgada) que se usó en la barra .

Un extremo del alambre de la criba será soldado a nivel del canino ; usando la pinza 139 se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de "V" de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto atrás del cíngulo de los incisivos inferiores , mas nunca deberá hacer contacto para no interferir con la erupción normal de los anteriores-inferiores . Después se solda la base y la criba , y por último se solda todo a las coronas metálicas .

Se limpia , se pule y se prueba en el paciente , al hacer la ---

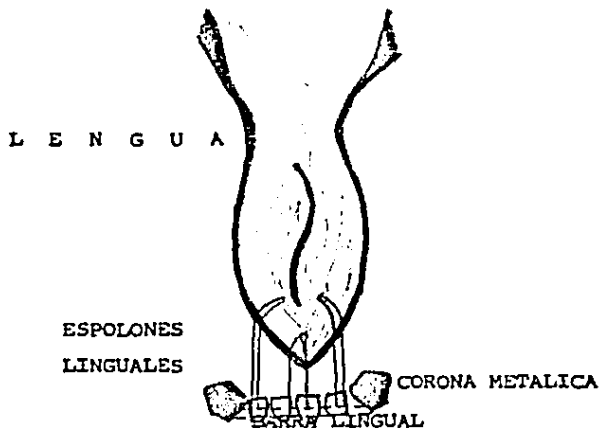
prueba se establece la circunferencia periférica correcta de las coronas de soporte , quedando así listo para cementarlo en el paciente .



Existen diversos métodos y aparatos para controlar el hábito de proyección lingual , aunque se consideran como variaciones del aparato anteriormente descrito , puesto que es el más usado para el control del hábito y de la maloclusión .

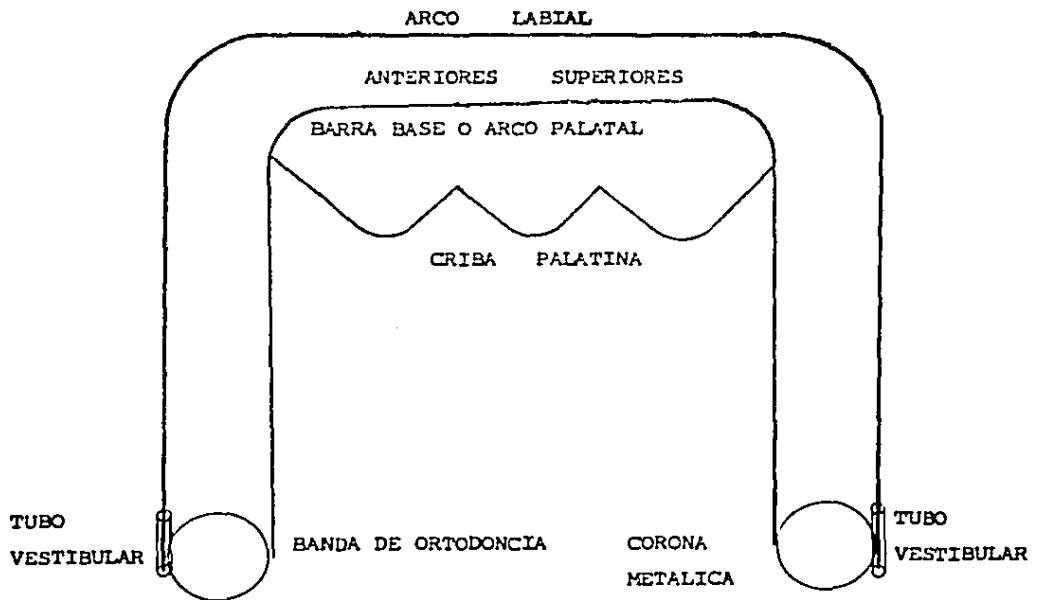
Podemos también fabricar un aparato inferior para el control , - tratamiento y re-educación del hábito de proyección lingual .

Este aparato inferior se compone de tres o cuatro espolones soldados a un arco lingual que se extiende de canino a canino , terminando en coronas metálicas o bien en bandas de ortodoncia , la barra y los espolones se pueden hacer con alambre de acero inoxidable o aleación de cromo-níquel de 0.040 pulgada . Los espolones se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritaciones en la lengua (8), los espolones , tienen la función de conservar la lengua lo más cerca namente posible al piso de la misma , se eligen los caninos como pilares .



Dependiendo de la mordida abierta y de la gravedad del problema-
que presente el hábito , pueden ser necesarios de 4 a 9 meses para la
corrección de la maloclusión y del hábito (8) .

Otras veces es de la preferencia de algunos Cirujanos Dentistas-
el uso de un refuerzo extrabucal , esto se soluciona colocando tubos-
vestibulares en las coronas metálicas o en las bandas de ortodoncia -
combinado con un arco labial (8) .



REFUERZO EXTRABUCAL (Arco Labial) .

La mejor edad para colocar estos aparatos , es entre los 5 y 10- años (8) .

Si se coloca después de esta edad es necesario un especialista - en Ortodoncia y aparatos ortodónticos más completos (8) . En caso de- que el niño muestre deseos de ser ayudado , el Odontólogo deberá ele- gir el tipo más apropiado de aparatología e instrumentos después de - tomar en consideración la edad del niño , su dentadura y el hábito bu- cal a corregir . En los niños de menos de 6 años en quienes solo es- tán presentes las piezas primarias , los aparatos removibles pueden - no ser bien aceptados debido a la inmadurez que presentan en la edad- de la dentición mixta , engrapar o tomar como pilares piezas permanen- tes en proceso de erupción , puede ser razón contraria a los aparatos fijos (8) . En este grupo que es entre los 8 y 9 años también se pro- duce la maduración del lenguaje .

Sin embargo un instrumento o aparato fijo puede dar la sensación en el niño de estar siendo castigado mientras que un aparato removi- ble puede permitirle la libertad de llevar el aparato solo en perio- dos críticos , como es el caso de llevarlo en la noche (8) .

Ciertamente para el Odontólogo , la mayoría de los aparatos remo- vibles rompehábitos son más fáciles de hacer y ajustar que los de ti- po fijo . La mayor desventaja de los aparatos removibles , es que el- niño los lleva sólo cuando él lo desea (8) .

Desde que se conoce la frecuencia de los hábitos de proyección - lingual como etiología de las anomalías dentofaciales se ha hecho muy importante la re-educación de la deglución del niño . El Ortodoncista puede dirigir los ejercicios linguales , o se puede recomendar a al- gún foneatra .

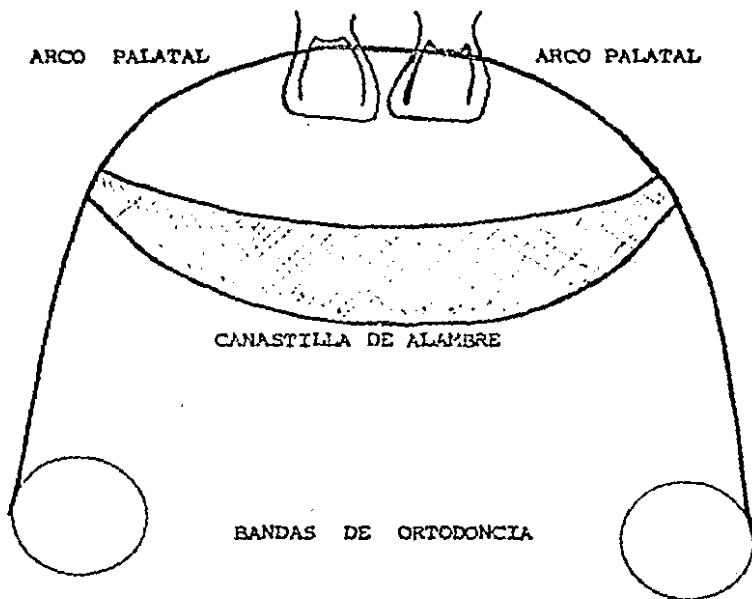
La re-educación se basa en que el niño se habitúe a colocar la -

punta de la lengua en el lugar indicado (12) , es decir en el paladar por detrás de los incisivos superiores ; esto se puede lograr colocando un anillo de goma para que el niño lo busque con la punta de la lengua hasta que se acostumbre a colocarla bien de una forma inconsciente . Casi siempre se logra que el niño se acostumbre a la deglución normal somática en poco tiempo .

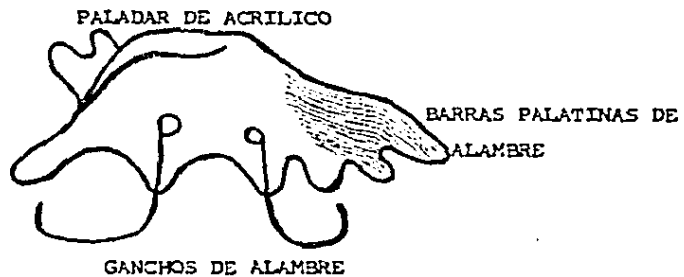
Cuando se corrige la interposición de la lengua entre los incisivos , se elimina un factor etiológico que en muchos de los casos causa anomalías dentarias (12) .

Se considera que los ejercicios musculares y la repetición del acto de tragar realizado con corrección , son poco eficaces en los niños menores de 6 años pues por su corta edad les es muy difícil controlar los movimientos de los labios y la lengua . En cambio de afirma que los ejercicios son eficaces en los adolescentes , sobre todo cuando existe "ceceo" , pues al estar conscientes de su dicción que es distinta a la sus compañeros por ser defectuosa , se proponen voluntariamente a colaborar en su re-educación . Se afirma también que el método más efectivo es la colocación de una canastilla de alambre adherida a un arco palatal con bandas en los molares para su fijación (5) .

Este aparato controla la lengua y le impide su protrusión contra los incisivos .



Especialistas en el tratamiento del hábito de proyección lingual recomiendan la construcción de una trampa de púas vertical , parecida a la usada en el hábito de succión del pulgar , exepto que las barras palatinas están dobladas en posición horizontal y se extienden hacia-abajo desde el paladar para evitar el empuje de la lengua hacia adelante , la trampa es construída de acrílico y se le pueden colocar — ganchos de la preferencia que se desee para su fijación en la arcada superior .



La técnica ortodóncica intrabucal corriente , es necesaria única mente con pecientes con malposición dentaria , pero sin anomalías esqueléticas pronunciadas (5) . En caso de modificar la morfología de -

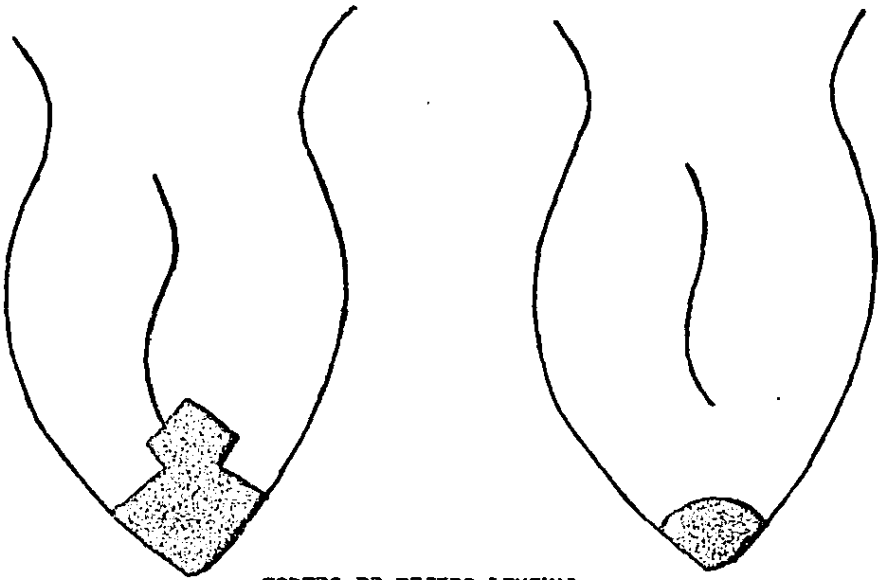
la mandíbula es lógico que se necesiten aparatos ortopédicos extrabucales . El tratamiento de pacientes con aparatos ortopédicos producen cambios en un período relativamente corto , siempre y cuando el tratamiento sea realizado durante un período de crecimiento bastante rápido (5) .

Los Odontólogos tienen la obligación de hacer notar a los pacientes jóvenes toda tendencia a la mordida abierta debido a esta anomalía estructural . El paciente deberá ser derivado al especialista para que éste aproveche los períodos de crecimiento del paciente .

Cuando hay mordidas abiertas anteriores por hábito de proyección lingual , los dientes posteriores tienden a sobre-erupcionar (5) , al grado que queda poco o ningún espacio entre la posición de reposo postural y la oclusión habitual , razón por la cual podemos disminuir la dimensión ocluso-vertical de los dientes posteriores , previendo que los dientes no volverán a erupcionar hasta la dimensión vertical que tenían .

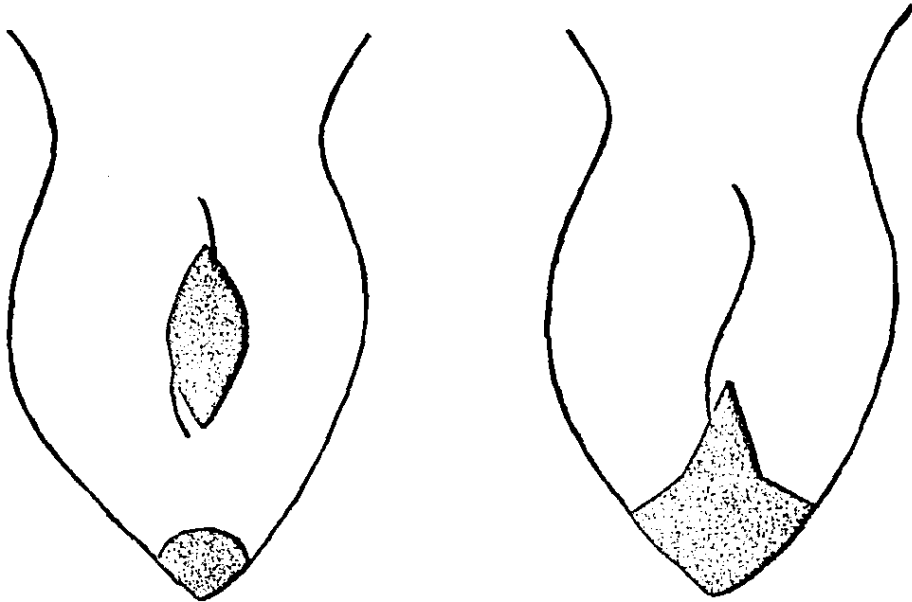
En caso de que la proyección lingual se deba a una macroglosia - (agrandamiento patológico de la lengua) ésta se puede corregir de una forma quirúrgica (9) .

Esta operación quirúrgica aunada con el tratamiento de la maloclusión , dará buenos resultados .

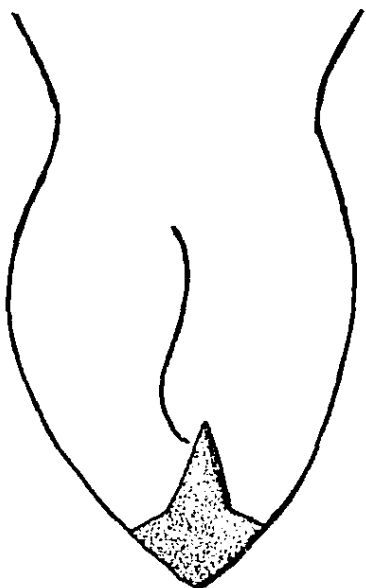


CORTES DE TEJIDO LINGUAL

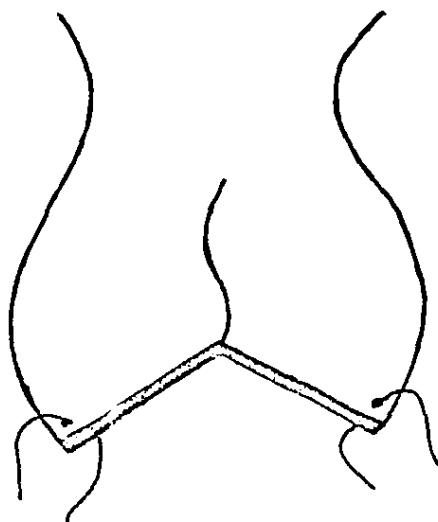
ESQUEMAS PARA LA ESCISION DE LA LENGUA EN CASOS DE UNA
MACROGLOSIA .



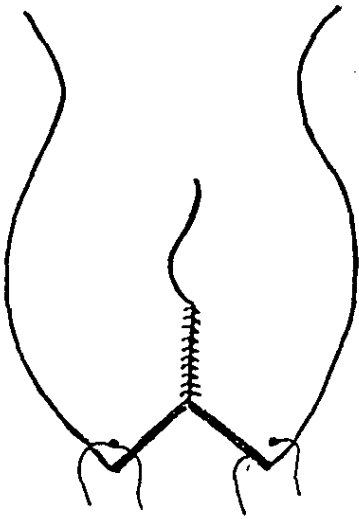
OTROS TIPOS DE CORTE DE TEJIDO LINGUAL



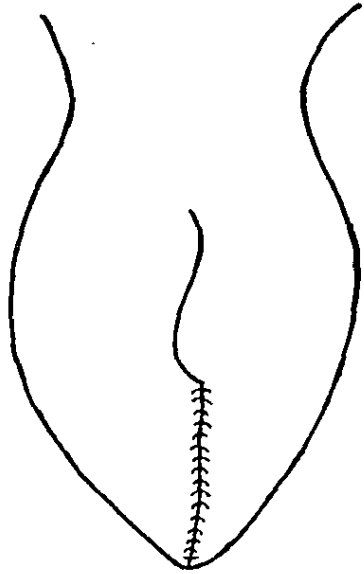
CORTE DE TEJIDO LINGUAL



FORMA DE TOMAR LOS TEJIDOS PARA
AFRONTAR LOS BORDES Y SUTURAR .



AFRONTAMIENTO DE LOS BORDES
Y SUTURA DE LENGUA .



LENGUA YA SUTURADA .

El tratamiento de la proyección lingual por adenoides hipertrofiadas , es en extremo controvertido (4) . La mayoría de los médicos están renuentes en ordenar la adenoidectomía en una forma indiscriminada , ya que este tipo de tejido funciona como un muy importante mecanismo de defensa del cuerpo . Sin embargo aún hay la posibilidad de hacer la adenoidectomía en forma parcial , en los casos en que producen maloclusiones no solo de tipo dental , sino también de tipo esqueletal (4) .

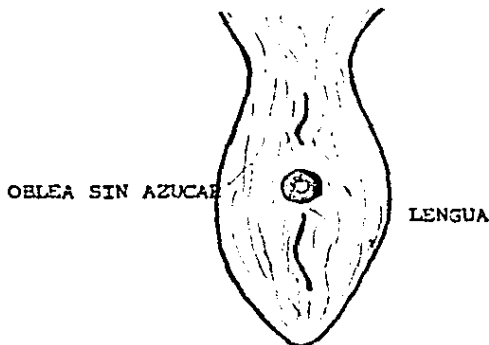
Debe hacerse mucho énfasis en que el dentista nunca deberá colocar un retenedor de lengua en los casos de tejido linfático hipertrofiado , ya que es probable que se ocasione la asfixia del paciente .

Según la habilidad , improvisación y pericia del Odontólogo , serán también los aparatos para corregir la proyección lingual .

En pacientes que presenten el hábito de empuje lingual se puede prescribir el ejercicio de la oblea sin azúcar para controlar el empuje y otros hábitos linguales (3) .

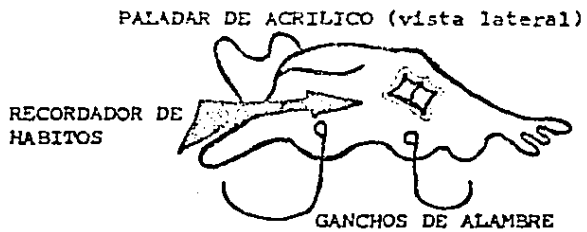
Ejercicio de la oblea sin azúcar :

1.- Colocar la oblea sin azúcar en la parte posterior de la lengua .



2.- Levantar la lengua hasta que toque el paladar .

3.- Colocar la punta de la lengua por detrás de la barra que indica la flecha en el recordador de hábitos .



4.- A medida que la oblea se disuelva , trague pero no permita - que su lengua se aparte de la barra .

5.- Continuar con el ejercicio hasta que la oblea se disuelva .

- 6.- Realizar el ejercicio por lo menos 3 veces al día .
- 7.- Llevar un récord por día de las veces que se haga el ejercicio .
- 8.- Traer el récord y el paquete de obleas a la cita .
- 9.- Siempre ubicar la lengua detrás del recordatorio removible .
- 10.- No hacer el ejercicio en presencia de personas ni mientras se mira T.V.
- 11.- No hacer este ejercicio sentado , en forma erguida ni acostado . Hágalo en posición reclinada o a medio sentar .

El recordador antes descrito es conocido también como pantalla bucal , puede ser de acrílico o de metal , removible o fija , dependiendo del grado de madurez y cooperación del paciente . Esta pantalla está construída con alambre de 0.05 x 0.38 mm. ; soldados entre sí ; los retenedores o ganchos son de 0.25 s. 0.71 mm.(3) .

En algunos casos puede usarse un arco vestibular construído con alambre de 0.76 mm.

El tratamiento del hábito de proyección lingual puede involucrar dos aspectos que son (8) :

- a.- El ortodóntico .
- b.- El psicológico .

En el segundo deberá remitirse a un psicólogo o psiquiatra , para su estabilidad tanto mental como emocional ; aunque estos problemas de personalidad no nos corresponden , los padres piden a menudo la intervención del Cirujano Dentista en casos en los que se encuen-

tra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones del hueso y posición del diente afectado . Se afirma que ántes de emprender algún tipo de tratamiento deberá examinarse cuidadosamente la duración, frecuencia , desarrollo osteogénico , herencia genética y estado de salud general del niño . Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito como el de proyectar la lengua podrá hacerlo conscientemente el niño mismo , guiado por el Odontólogo y sus padres , - pero únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito pernicioso .

Los niños a menudo cambian hábitos bucales primarios con hábitos bucales secundarios , tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz es posible desasociar el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario (8) , es decir , a veces inhibiendo el hábito secundario se pierden los deseos del hábito primario . Sin embargo hay otros métodos menos drásticos igualmente eficaces . Alguien proponía que los niños , con conocimiento de los padres , le hablaran por teléfono al consultorio a su dentista . Después de conversar , sugería simplemente que quien llamaba sonaba algo "mayor" , que naturalmente no podía ser el "niño" que ántes tuviera algún hábito ; - con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño . Si el niño lo deseaba , se concertaba una cita de refuerzo al consultorio ; esto era para asegurarse de que no presentaba el hábito y que esta información pudiera incluirse en el "registro especial de nuestro consultorio" .

Naturalmente que el procedimiento completo implica que los padres estén de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del Odontólogo en casa :

- 1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (1 a 2 semanas) .

2.- No criticar al niño en caso de que el hábito continúe .

3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño en caso de abandonar el hábito .

Sin esta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo a diestramiento del niño .

La mayoría de los aparatos e instrumentos intrabucales fabricados por el Odontólogo y colocados en la boca de el niño , con o sin el permiso de éste , son considerados por el niño como instrumentos de castigo . Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito . En la mayoría de los niños , estos aparatos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original , lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso . En estos casos el costo del tratamiento es demasiado elevado .

Las siguientes 5 preguntas deberá hacerse el Odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento o aparato rom pahábitos :

- 1.- Comprensión del niño : ¿ comprende plenamente el niño la necesidad de usar el aparato ? ¿ quiere el niño que lo ayuden?
- 2.- Cooperación paterna : ¿ comprenden ambos padres lo que está Ud. tratando de hacer y le han prometido cooperar totalmente en buena forma ?
- 3.- Relación amistosa : ¿ ha establecido Ud. una relación amistosa con el niño , de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa en vez de una sensación de castigo ?

- 4.- Definición de la meta : ¿ han elegido los padres del paciente y Ud. una meta definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar ?
- 5.- Madurez : ¿ ha adquirido el niño madurez necesaria para superar el período de adiestramiento que puede producir ansiedades a corto plazo ?

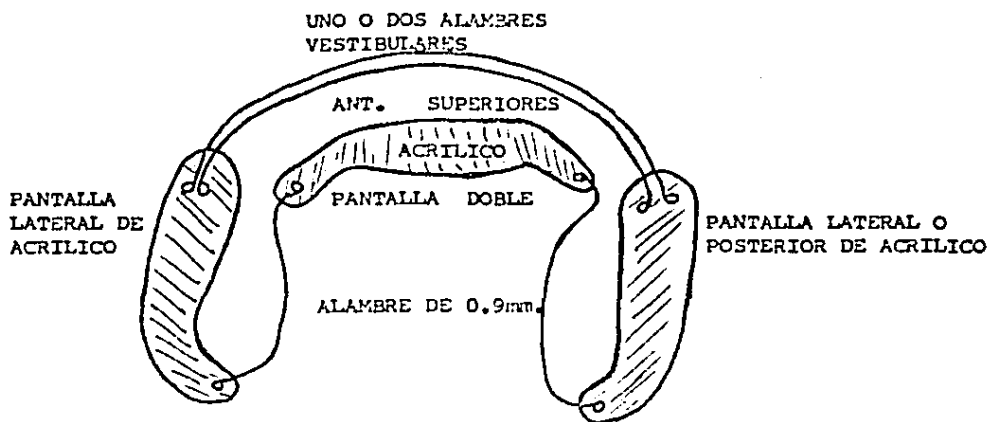
El Odontólogo que se formule estas preguntas y se asegure de que una por una las respuestas son positivas , generalmente puede sentirse seguro al aplicar un aparato de formación de nuevos y buenos hábitos . La mayoría de las personas que informan éxitos logrados con éste tipo de terapia o tratamiento , concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condenan a éste al fracaso .

A continuación se describen variaciones de aparatos que se pueden usar , consistentes en combinar una pantalla oral vestibular y una "doble pantalla oral" que pasa por palatino de los incisivos superiores , fijados una a la otra por dos alambres de 0.9 mm. que pasan a travez de la mordida en la zona del incisivo lateral y el canino .

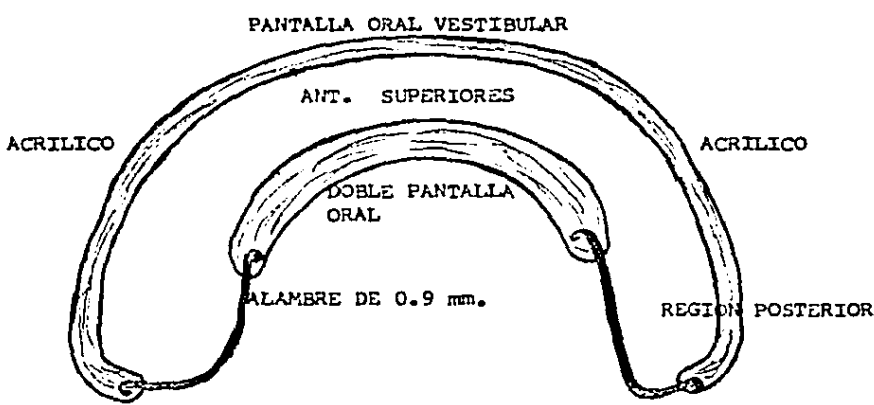
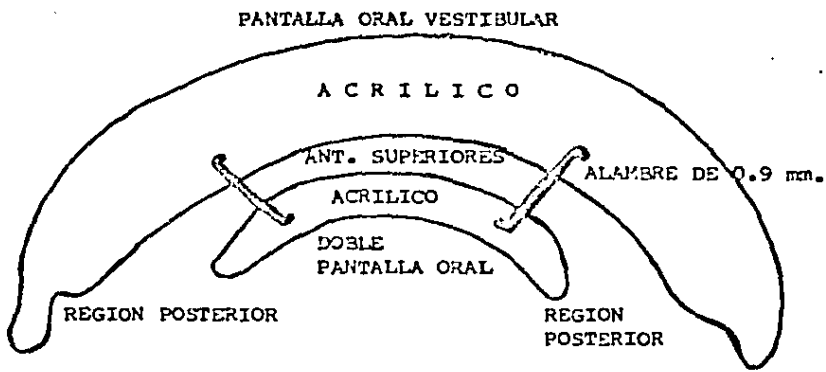
Este aparato es útil en caso de presentar el hábito de respiración oral o bucal , con empuje lingual y protrusión dentaria .

Es conveniente hacer notar que en las proyecciones linguales , - en los segmentos posteriores , aunque no son muy frecuentes , puede emplearse como tratamiento una criba para hábito en la parte posterior donde se presente la proyección lingual y así permitir la erupción de los dientes afectados .

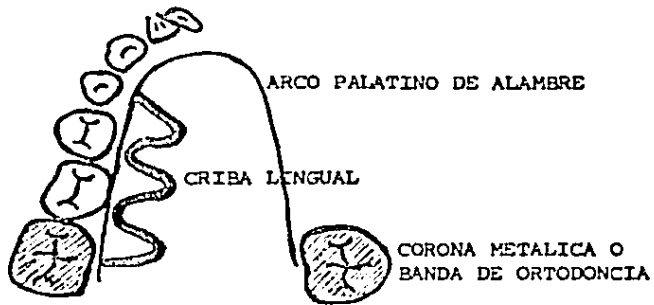
VARIACIONES DE DOBLES PANTALLAS ORALES PARA EL EMPUJE LINGUAL ANTERIOR Y POSTERIOR O LATERAL .



SE COLOCAN UNO O DOS ALAMBRES VESTIBULARES , DEPENDIENDO DE LA ESTABILIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITE PARA CADA PACIENTE (7)



VARIACIONES DE DOBLES PANTALLAS ORALES .



CRIBA PARA EL EMPUJE LINGUAL POSTERIOR O LATERAL .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Después de tener ya corregido el problema del hábito de proyección lingual se evalúa la necesidad puesto que se acomodan los dientes , de un ajuste o equilibrio oclusal (3) . Para realizar este ajuste oclusal se recomienda lo siguiente :

- a.- papel de articular delgado .
- b.- hojas de cera base .
- c.- piedras montadas pequeñas de distintas formas.
- d.- borlas con tierra pómez y hules para pulir y no dejar rugosidades .

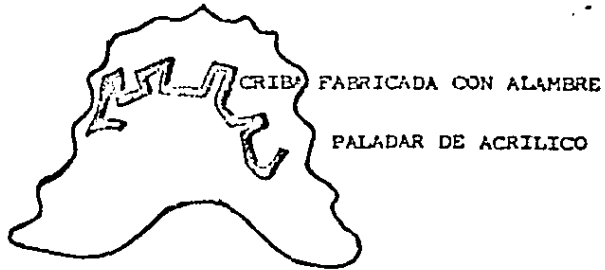
Una mordida en cera hecha en la posición de oclusión habitual es un gran punto de partida para determinar el ajuste oclusal (3) , o bien se puede usar el papel de articular delgado . Después de tomar la mordida en cera se examina sosteniéndola a la luz , se busca un contacto prematuro en los puntos en que la mordida en cera haya sido perforada .

Es conveniente raspar los modelos de estudio primeramente antes de desgastar los dientes (3) , esto se hace con el fin de asegurarnos que vamos por un buen camino . El desgaste debe ser con lentitud y en pequeñas cantidades revisando con el papel de articular pidiendo al paciente que muerda ligeramente . En una maloclusión con contactos prematuros , se escucha un golpe sordo y flojo , a diferencia del golpe agudo y firme en una oclusión céntrica o normal (3) .

En caso de que se haya hecho el desgaste oclusal y ya corregido el mal hábito , el control se hará con ayuda del fonetra o uno mismo ayudado con un recordatorio de hábito (6) ; se puede usar una pantalla bucal removible durante el tiempo que sea necesario , si se quisiera hacer más completo el control , se puede hacer un arco vestibular

lar sin hacer demasiada presión sobre los dientes , o bien usar una -
placa oclusal de Hawley , con porción palatina de acrílico , ganchos-
circunferenciales , de flecha o de bola con un arco vestibular .

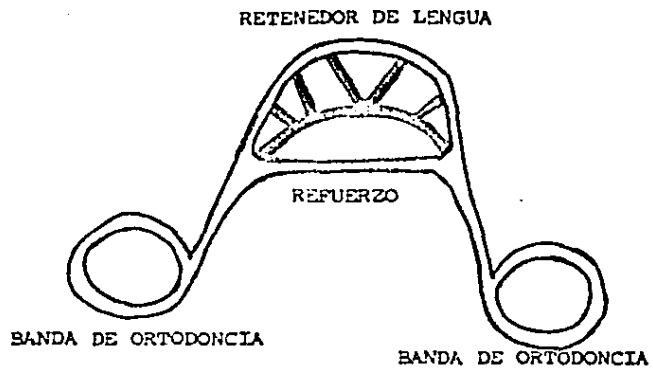
El tratamiento odontológico acertado , se basa en el diagnóstico
exacto y cuidadosa planeación del tratamiento (6) ; se debe tomar en-
cuenta el tratamiento del médico general para el niño , la re-educa-
ción del paciente , analizar la aparatología a usar de acuerdo a la -
cantidad de hueso existente , edad del paciente y riesgos que se a-
frontan , los movimientos que se deben de hacer y la atención psicoló-
gica que se deba dar al paciente , así como la cooperación y acepta-
ción de los padres del paciente .

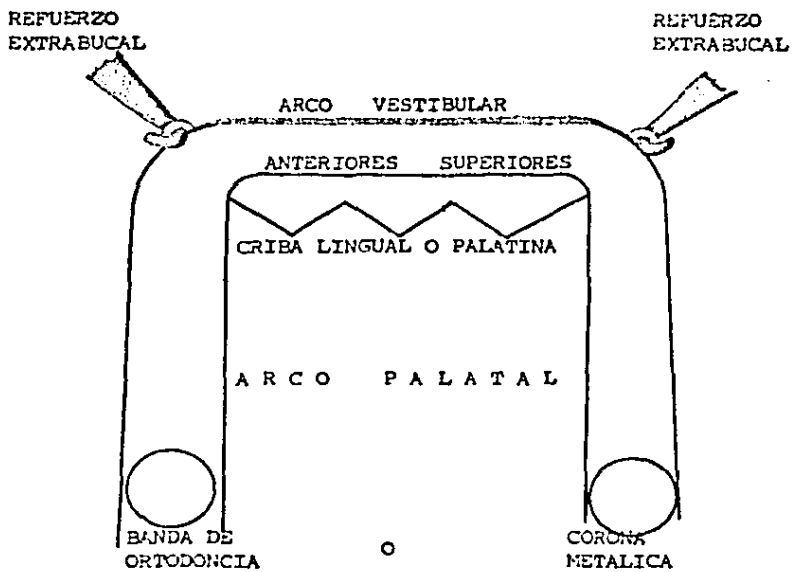


Estos aparatos se hacen de acrílico , combinados con asas de alambre los cuales controlan la malfunción lingual .

Pueden añadirse retenciones en posterior y evitar de esa forma - que el extremo posterior caiga cuando la lengua sea proyectada (7).

En el retenedor de lengua es importante ocluir los modelos durante la construcción del aparato para determinar la extensión del dispositivo .





CRIBA LINGUAL EN COMBINACION CON FUERZAS EXTRABUCALES ,
 CON FRECUENCIA ES NECESARIO COLOCAR BANDAS EN LOS ANTE-
 RIORES SUPERIORES Y EJERCER LA FUERZA EXTRABUCAL .

CASUISTICA

Caso No. 1

Nombre del paciente : Jaime Sahagún Alvaro .

Sexo : Masculino

Edad : 9 años .

Padecimiento : El paciente refiere ardor en la punta de la lengua , la cual se ve izquémica . Presenta mordida abierta anterior , con incompetencia labial . Existe la presencia de succión nocturna del pulgar izquierdo el cual se encuentra ligeramente distinto al derecho (un poco más largo) .

Etología : El paciente sufre la falta del padre desde los 8 años de edad , al parecer el hábito de succión nocturna del pulgar y la proyección diurna de la lengua se agravó 2- meses después del incidente .

De lo anterior se desprende que el niño sufre de una — tensión emocional a la que no está acostumbrado , esto posiblemente lo conduzca al hábito de chuparse el dedo pulgar por las noches y a proyectar la lengua durante el día .

Diagnóstico : Hábito de proyección lingual diurna y chupeteo del dedo

pulgar durante las noches .

Pronóstico : Anteriormente fué tratado por un especialista en lo referente a su cambio de conducta en su casa y en la escuela . El paciente presenta buena cooperación , pero solo con la ayuda de su madre . El pronóstico es favorable .

Actividades : Toma de modelos de estudio y de trabajo , historia clínica y motivación del paciente a través de pláticas con él y con su madre , la cual ayudó a implantar una meta a corto plazo .

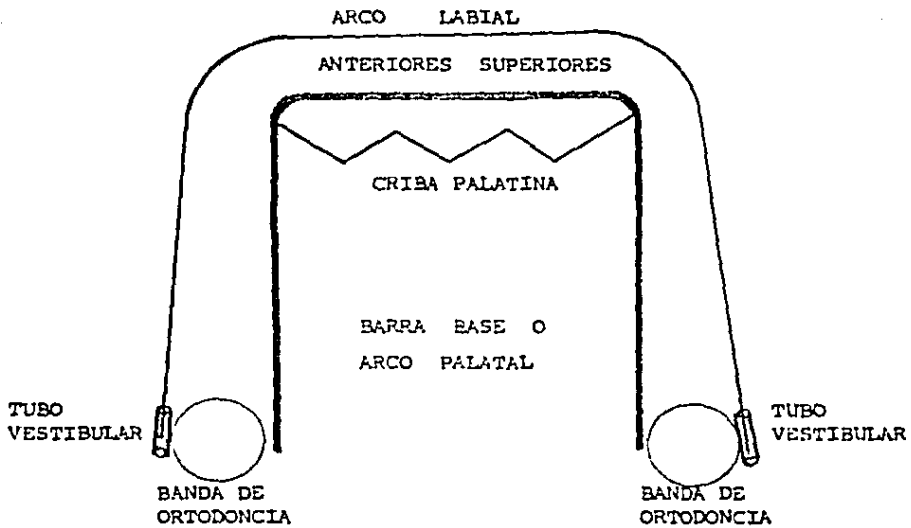
Plan de tratamiento : Será necesario en caso de persistir la tensión emocional remitirlo al psicólogo .

Se fabricó un aparato fijo con bandas ortodónticas y tubos vestibulares para dar cabida a un arco labial y cerrar el espacio existente en anteriores .

Se le soldó una barra base y a ésta una criba palatina para controlar el hábito de proyección lingual y de chupeteo del dedo pulgar . Se optó por poner el aparato fijo , ya que el hábito de chupeteo se presenta por las noches , y de no corregirlo persistiría la proyección lingual y la mordida abierta .

Fué necesario un tiempo de 6 meses con el aparato fijo y 3 meses con un recordatorio para evitar la reincidencia del hábito .

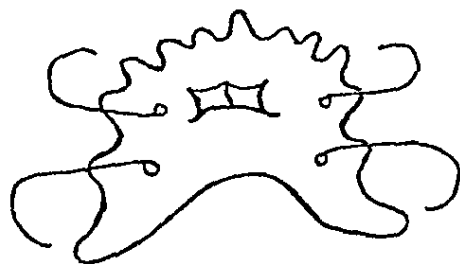
APARATOLOGIA USADA EN EL CASO No. 1



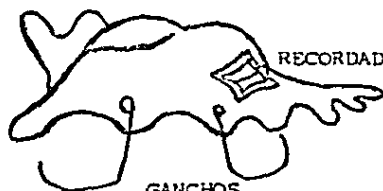
APARATO FIJO CONSISTENTE EN DOS BANDAS ORTODONTICAS ,
CON TUBOS VESTIBULARES , ARCO PALATAL , CRIBA PALATI-
NA Y ARCO LABIAL PARA LA CORRECCION DE LA PROYECCION-
LINGUAL .

RECORDADOR DE HABITOS USADO EN EL CASO No. 1

PALADAR DE ACRILICO



GANCHOS DE ALAMBRE



RECORDADOR DE HABITOS

GANCHOS

Caso No. 2

Nombre del paciente : Oscar Ruiz Sánchez .

Sexo : Masculino

Edad : 14 años .

Padecimiento : El paciente se presentó con una visible proyección lingual del lado izquierdo en la parte anterosuperior acompañado de una mordida abierta del mismo lado .

Etiología : La proyección lingual se presentó debido a un diastema pequeño entre el incisivo central superior izquierdo el cual aprovecha el paciente para jugar con la lengua en forma inconsciente , a la fecha el paciente refiere que esta actividad se volvió más frecuente . El problema tiene 2 años de duración aproximadamente .

Diagnóstico : Hábito de proyección lingual .

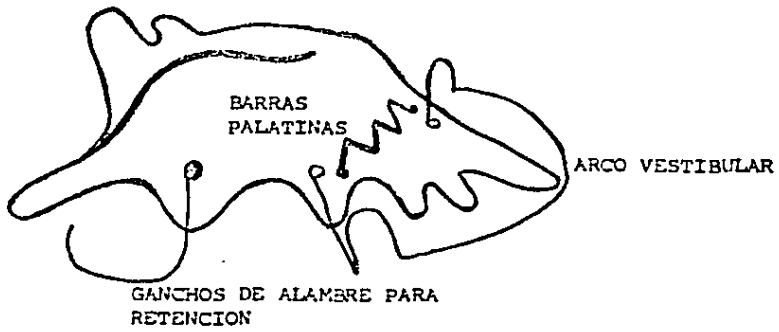
Pronóstico : Bastante favorable , ya que el mismo paciente plantea y acepta alternativas de tratamiento con tal de mejorar su estética .

Actividades : Toma de modelos de estudio y de trabajo , no se necesitó motivar al paciente ya que la cooperación era favorable y tenía consciencia de su problema bucal y lo que representa a su edad . Elaboración de historia clínica.

Plande tratamiento : Se construyó un aparato removible de acrílico con barras palatinas de alambre a manera de trampa , ganchos y un arco vestibular para corregir los dientes afectados . El tiempo de duración para corregir el hábito fué de 6 meses y 2 meses más con aparato similar pero sin arco vestibular en forma de recordatorio .

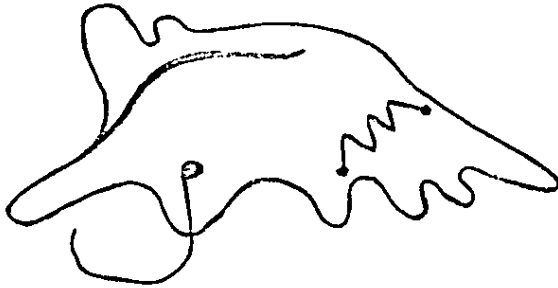
APARATOLOGIA USADA EN EL CASO No. 2

APARATO REMOVIBLE DE ACRILICO



RECORDATORIO USADO EN EL CASO No. 2

APARATO REMOVIBLE DE ACRILICO , SIN ARCO VESTIBULAR



Caso No. 3

Nombre del paciente : Sofía Arias Luna .

Sexo : Femenino

Edad : 9 años .

Padecimiento : La paciente presenta una proyección lingual con visible resequeadad del labio inferior por el constante contacto con la lengua y humedecimiento de saliva .

Etiología : El problema tiene aproximadamente medio año de duración y se le asocia con haber reprobado el año escolar por - su bajo y lento aprendizaje .

Diagnóstico : Hábito de proyección lingual no muy acentuado debido a - su poca duración , no existe mordida abierta .

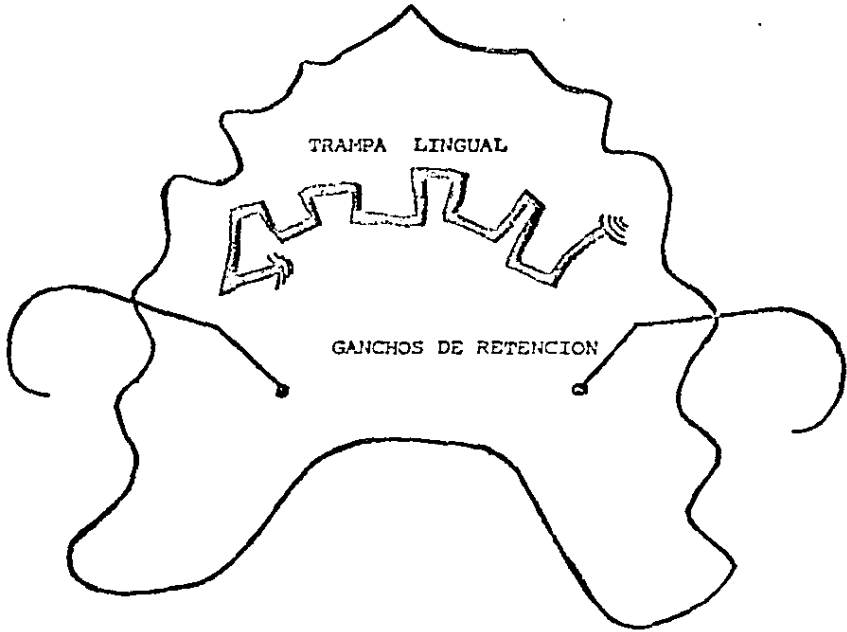
Pronóstico : Bastante favorable , teniendo recompensas con los ade-
- lantos que se obtengan con el tratamiento .

Actividades : Elaboración de una historia clínica , toma de modelos - de estudio y de trabajo , se le mostró al paciente un a parato a usar en un modelo de trabajo similar al de e-
- lla . Se platicó con el paciente tratando de motivarla- y mostrarle los beneficios que traerían la realización- del tratamiento y sobre todo su decisión de llevarlo a-
- cabo .

Plan de tratamiento : Se construyó un aparato removible de acrílico -- con una trampa lingual y ganchos de alambre . No hubo- necesidad de agregar arco vestibular puesto que no exis
- tía mordida abierta .

El tiempo de duración del tratamiento fué de 6 meses -- con la cooperación de la madre y con la maestra de la - escuela ya que ellas le motivaron por su lado .

APARATOLOGIA USADA EN EL CASO No. 3



APARATO REMOVIBLE DE ACRILICO PARA EL CONTROL
DE LA MALFUNCION LINGUAL .

Caso No. 4

Nombre del paciente : Ana Luisa Robles Castro .

Sexo : Femenino

Edad : 14 años .

Padecimiento : La paciente presenta enrojecimiento de la lengua en su parte derecha al igual que un desalineamiento de los — dientes posteriores , del lado derecho.

Etiología : El paciente relata tener el presente problema hace aproximadamente un año , y no le había dado la importancia adecuada por no perjudicar su estética dental ; el problema empezó con morder la lengua con el canino y el — premolar derechos hasta degenerar en costumbre y después en un hábito bucal .

Diagnóstico : Hábito de proyección lingual con alteración de posición del canino y el premolar derechos .

Pronóstico : Bastante favorable , mientras no se le afecte su estética bucal .

Actividades : Elaboración de la historia clínica , toma de impresiones para modelos de estudio y de trabajo , se le mostró al paciente dos clases de aparatos a usar , por considerar la paciente su estética como uno de los puntos príncipales de su persona .

Plan de tratamiento : Se le conformó a la paciente una criba para empuje lingual con bandas ortodónticas , la criba se soldó a un arco palatino , se le añadieron tubos vestibulares para poner un arco labial para poder alinear correctamente al canino y al premolar afectados .

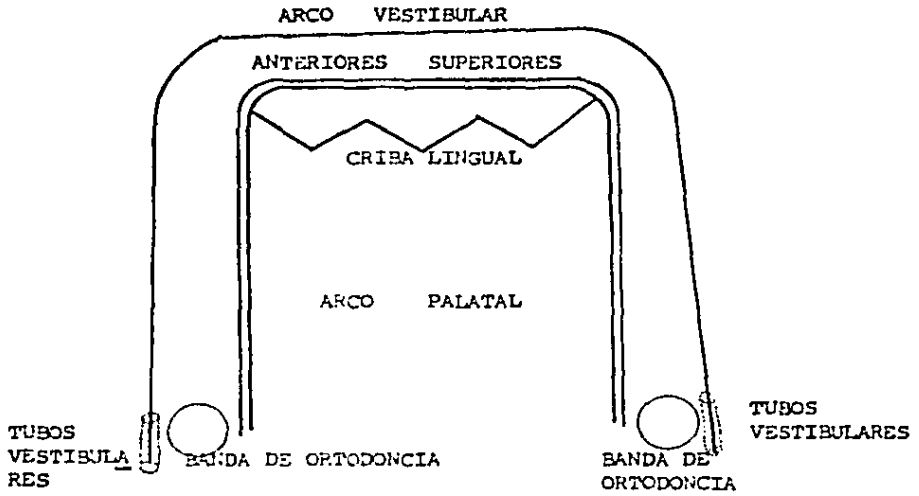
La criba confeccionada fué de forma lateral o posterior

y no palatina . Se le recomendó a la paciente el uso de los ejercicios linguales , tales como la repetición del acto de tragar en forma correcta , con el fin de romper el hábito pernicioso que presenta en forma inconsciente estos ejercicios reportaron una gran ayuda al paciente.

El tiempo del tratamiento fué de 6 meses con el aparato fijo y 1 mes más con los ejercicios linguales .

No hubo necesidad del recordatorio debido a la cooperación de la paciente .

APARATOLOGIA USADA EN EL CASO No. 4



APARATO FIJO PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PROYECCION LINGUAL .

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Caso No. 5

Nombre del paciente : Laura Díaz Salceda .

Sexo : Femenino

Edad : 9 años .

Padecimiento : La madre de la paciente refiere que de forma frecuente saca la lengua entre los dientes por las noches y raras veces chupa el dedo pulgar .

La paciente denota comportamiento defensivo cuando se le interroga a cerca de algo .

Etiología : La paciente tuvo el mal hábito de chupar el pulgar , el cual abandonó casi por completo a los 8 años apareciendo poco después el del empuje lingual por las noches , con poca frecuencia al principio y con mucha en la actualidad .

Hay poca separación de los dientes anteriores superiores .

Diagnóstico : Hábito de proyectar la lengua combinado con una reincidencia del hábito de chupar el dedo pulgar en forma ocasional .

Pronóstico : Es poco favorable , ya que siente que con este tratamiento su madre la quiere castigar por su conducta .

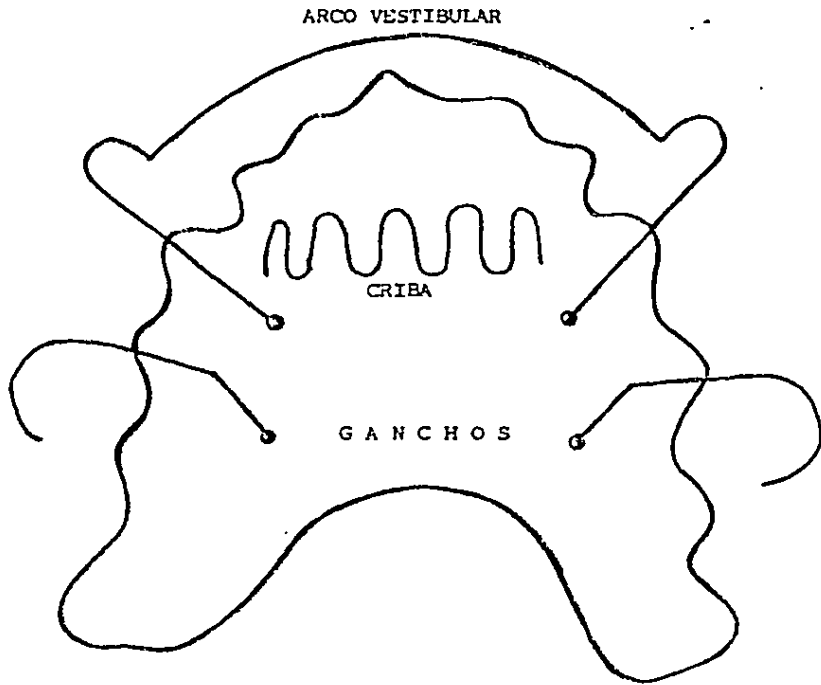
Actividades : Elaboración de historia clínica , toma de modelos de estudio y de trabajo , implementación de un programa de recompensas conforme a los avances del tratamiento consistente en la reducción del tiempo de las citas y del tratamiento ; en forma paulatina . Se le explicó a la paciente que el aparato debería llevarlo el mayor tiempo posible , sobre todo al dormir , a efectos de que su

tratamiento se acortara en tiempo y en esfuerzo para ella .

Plan de tratamiento : Se le confeccionó un aparato removible con criba ganchos y un arco vestibular .

La re-educación lingual tardó 3 meses con el arco vestibular y 1 mes más con la criba (sin arco) . Se le confeccionó un recordatorio con un paladar de acrílico pero sin criba ni arco vestibular , solamente con pequeños topes de acrílico para que ella colocara la lengua, el chupeteo del dedo pulgar no se presentó más

APARATOLOGIA USADA EN EL CASO No. 5



APARATO REMOVIBLE DE ACRILICO PARA EL TRATAMIENTO
Y CONTROL DEL EMPUJE O PROYECCION LINGUAL .

CONCLUSIONES

Es muy frecuente encontrar el hábito de proyección lingual asociado con otros hábitos nocivos , y en otros casos resulta como forma secundaria de otro hábito .

Se concluye en esta Tesis que el hábito de proyectar la lengua ocasiona y agrava la ya presente malposición dentaria , ya sea en anteriores o posteriores , afectando también la pronunciación de las palabras , la aperiencia interna y externa también es afectada .

Es muy frecuente que el paciente recurra a este mal hábito al tener ciertos desajustes emocionales con sus padres o por la falta de alguno de estos , y en algunos casos empieza como un jugueteo de la lengua con los dientes que , con el tiempo se vuelve un hábito pernicioso el cual tiene que ser atendido .

Estos pacientes al tener este mal hábito , que la mayoría de las veces es demasiado notorio se sienten un tanto cuantos aislados , inhibidos o desubicados , y al darles la ayuda adecuada o alguna alternativa posible a seguir para la corrección de su hábito se sienten comprendidos y estimados de tal forma que ayudan en todo lo posible a su restablecimiento dental , lingual y facial normal , todo esto se consigue poco a poco , ganándose la confianza y la estimación del pequeño paciente , ya que sin ella poco podríamos lograr , con esto concluyo que debemos tener la paciencia necesaria para el trato con los pequeños y en ocasiones para con los padres , puesto que son ellos quienes a veces dificultan el tratamiento de los niños al usarnos como una especie

de castigo , lo cual no debe suceder .

De igual forma concluyo que los padres deben tener especial cuidado con las relaciones que guardan con sus hijos , y prestarles la atención adecuada para evitar que este tipo de pacientes caiga en la desesperación y aburrimento por la tardanza requerida del tratamiento , o los pocos logros que a veces se tienen con los pacientes .

Es necesario que se considere al paciente como una persona completa , ya que también tiene una forma especial de comportamiento , edad, adaptabilidad social y emocional , y no solamente debemos de ver el -- problema dental que le afecte .

Respectos a los diferentes tratamientos de esta Tesis al igual -- que la aparatología usada aquí cabe mencionar que dieron resultados existosos en los pacientes , cumpliendo con su objetivo .

Los ejercicios musculares y linguales se recomiendan tan solo a -- los pacientes adolescentes y adultos y no a los niños por su poco dominio de la lengua .

No hubo oportunidad de poner en práctica alguna cirugía ya sea de lengua o adenoides , pero creo que se deberá usar en casos muy drásti--cos y bajo la vigilancia de especialistas en la materia .

El paciente que presenta el hábito de proyección lingual no es -- tan común como el que se chupa los dedos , y no son característicos de una sola región o clase social en donde los podamos encuadrar puesto -- que los problemas y desajustes emocionales y de conducta y a veces los malos tratos se presentan en todas las clases sociales sin tener un lugar característico de presentación .

La aparatología usada en los casos de esta Tesis fué aceptada en--su mayor parte por los pacientes tratados , aunque hubo quejas por el-

dolor normal y lógico que producen al haber presión para modificar la postura de los dientes a su normalidad .

El hábito de proyección lingual en sí , es raro encontrarlo por separado ; es decir sin estar asociado con otro hábito nocivo , más bien tiende a aparecer como hábito secundario a otro más general .

En cuanto al origen y al diagnóstico del hábito pueden escribirse una gran cantidad de hojas ; pero siempre será esencial un buen historial y examen clínico del paciente .

Para dar o escoger el tratamiento adecuado a seguir en la corrección de esta anomalía dental , se deberán de conocer el mayor número de métodos y aparatos a usar para así estar en condiciones de escoger el mejor de acuerdo al caso clínico y así aplicarlo con seguridad y confianza en el éxito que nos deberá caracterizar , o bien analizar una combinación de tratamientos tal que nos permite atacar el hábito pernicioso adecuadamente .

En el tratamiento de este hábito debemos de tener muy en cuenta que la reincidencia puede estar a la vuelta de dos o tres días , por eso se recomienda en esta Tesis que se lleve un especial cuidado con los recordatorios que empleemos , ya que debemos recordar que el problema del mal hábito no termina tan solo en la corrección dental y lingual a simple vista .

Es recomendable que el pequeño paciente a tratar , cuando presente problemas acepte la colaboración de otras personas , como la madre o el padre , los hermanos , la maestra , etc. para que haya una motivación constante a lo largo del tratamiento .

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

- 1.- Anderson , G.M. Ortodoncia Práctica .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1963
p.pág. 166-170
- 2.- Barnett , M. Edward . Terapia Oclusal en
Odontopediatría .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Médica Panamericana 1978
p.pág. 47-48
- 3.- Cohen , M. Michael . Pequeños Movimientos
Dentarios del Niño en Crecimiento .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Médica Panamericana , S.A. 1979
p.pág. 22 ; 75-76
- 4.- Chaconas , Spiro J. Ortodoncia .
Primera edición . México , D.F.
Editorial El Manual Moderno , S.A.
de C.V. 1982
p.pág. 203-216

- 5.-- Dawson , E. Peter . Evaluación Diagnóstica y Tratamiento de Problemas Oclusales .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1977
p.pág. 366-367 ; 370-373

- 6.-- Finn , Sidney B. Odontología Pediátrica .
Primera edición . México , D.F.
Editorial Interamericana 1976
p.pág. 1-2 ; 76-78 ; 326 ; 328-329 ; 333

- 7.-- Graber , T.M. Neuman , Bedrich . Aparatología Ortodóntica Removible .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Médica Panamericana , S.A. 1982
p.pág. 82-88

- 8.-- Graber , T.M. Ortodoncia Teórica y Práctica .
Primera edición . México , D.F.
Editorial Nueva Editorial Interamericana ,
S.A. de C.V. 1974
p.pág. 161-163 ; 302-306 ; 634-635 ; 650-655

- 9.-- Hinds , Edward C. Kent , John N. Tratamiento Quirúrgico de las Anomalías de Desarrollo de los Maxilares .
Primera edición . Barcelona , España
Editorial Labor , S.A. 1974
p.pág. 67-70

- 10.- Hirschfeld , Leonard. Geiger , Arnold . Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1969
p.pág. 65 ; 131-132

- 11.- Lundström , Anders . Introducción a la Ortodoncia .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1961
p.pág. 299-300

- 12.- Mayoral , José . Mayoral , Guillermo . Ortodoncia Principios Fundamentales y Práctica .
Tercera edición . Barcelona , España
Editorial Labor , S.A. 1977
p.pág. 117 ; 301-302

- 13.- Meyers , Robert E. Manual de Ortodoncia : para el estudiante y el odontólogo general .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1976
p.pág. 257 ; 282-288 ; 337-339 ; 735

- 14.- White , T.C. Gardiner , J.H. Introducción a la Ortodoncia .
Primera edición . Buenos Aires , Argentina
Editorial Mundi S.A.I.C.F. 1977
p.pág. 264