



62
2 y

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"HABITOS BUCALES EN
ODONTOPEDIATRIA"**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta :

MARIA DEL ROCIO CRESPO CARREÑO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Durante muchos años los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños. Se consideran los hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares - inmaduros y sumamente maleables, y también cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, - que pueden volverse anormales si continúan estos hábitos - largo tiempo.

Por este problema también se interesan el pediatra - el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas y los padres del niño. En general, pueden decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan por los - cambios bucales estructurales que resultan de hábitos bucales.

Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptables del niño que exhibe algún hábito bucal.

HABITO.- Es la repetición sucesiva de un acto sin ningún fin benéfico, para el individuo con trastornos en las áreas donde se efectúa. Como succión del pulgar, succión labial, empuje lingual, empuje del frenillo, mordedura de uñas etc.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnósticos sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema,

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CRANEOFACIALES

El crecimiento y el desarrollo craneofaciales incluyen los factores que son responsables del tamaño y forma finales de la cara adulta, están regidos por el crecimiento de la base craneana, complejo nasomaxilar y la mandíbula.

DEFINICION: Desarrollo se puede definir como toda la serie de sucesos en secuencia normal entre la fertilización del óvulo y del estado adulto.

Existen 3 aspectos importantes del desarrollo-crecimiento.

- 1.- Aumento de tamaño
- 2.- Diferenciación celular
- 3.- Morfogénesis (los procesos por los cuales se alcanza la forma adulta.

El crecimiento puede definirse como los cambios normales de sustancia viviente.

El crecimiento es el aspecto cuantitativo del desarrollo biológico y se mide en unidades de aumento por unidades de tiempo, pulgadas por año, gramos por día etc.

El desarrollo enfatiza los cambios dimensionales normales.

El crecimiento y el progreso de desarrollo varían considerablemente durante las dos principales etapas del ser humano.

Durante la etapa prenatal, el aumento de estatura es del orden de 5000 veces, mientras que solo existe un aumento de tres veces durante todo el período posnatal.

En el período posnatal este ritmo de crecimiento diferencial también opera.

PERIODO DEL HUEVO

Esté período dura dos semanas y consiste en la segmentación del huevo y su insercción a la pared del útero, al final del período el huevo mide 1.5 mm de largo.

PERIODO EMBRIONARIO

Veintiún días después de la concepción cuando el embrión mide 3 mm de largo la cabeza comienza a formarse -- compuesta por el proencéfalo, en la porción más posterior -- se desarrolla la prominencia frontal y en su parte inferior se desarrolla la hendidura bucal.

Por debajo de la hendidura bucal hay 5 pares de arcos faríngeos que se unen en la línea media para formar los arcos bronquiales.

- 1.- Arco Mandibular
- 2.- Arco Hiodeo (a partir del cual se forma el hueso hiodes)
- 3.- A la Apófisis maxilar, el arco mandibular y la hendidura bucal se les denomina Estomatoideo.

Entre la tercera y octava semana de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara, se profundiza la cavidad bucal primitiva y se rompe la placa bucal.

Durante la cuarta semana el embrión mide 5mm de largo es fácil la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal.

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior.

El desarrollo embrionario comienza tarde después de otras estructuras craneales (cerebro, nervios cerebrales, ojos músculos).

En la quinta semana se distinguen el arco del maxilar inferior. Durante las dos ó tres semanas siguientes el proceso nasal medio y los procesos maxilares crecen hasta ponerse en contacto. La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5mm durante la séptima semana.

PERIODO FETAL

Entre la octava y décima segunda semana, el feto crece aún más, los cambios observados son principalmente aumentos de tamaño y cambios de proporción.

En la última mitad del período fetal, el maxilar superior aumenta su altura, mediante el crecimiento óseo entre las regiones orbitarias y alveolar.

La anchura del paladar aumenta más rápido que su longitud. Los cambios en la altura palatina son menos marcados.

CRECIMIENTO DEL PALADAR

El crecimiento del paladar surge aproximadamente a las seis semanas de la parte del maxilar superior. Contribuye a la formación del paladar y dan origen a una porción triángular media del paladar.

Los procesos palatinos continúan creciendo hasta unirse en la porción anterior con el tabique nasal que prolifera - hacia abajo.

Por la importancia de la lengua en su función y su papel ambiental sobre el esqueleto óseo. La superficie de la lengua y los músculos linguales provienen de estructuras embrionarias.

PALADAR FISURADO

El paladar fisurado es una de las anomalías más comunes de la región cráneo-facial. Los labios y paladares fisurados reconocen varios orígenes. Hay más de cien síndromes - cráneo faciales que involucran fisuras labiales y palatinas.

Uno es el Síndrome de Down (trisomía 21) lo cual indica que las aberraciones cromosómicas pueden desempeñar un papel.

También se pueden mencionar el Síndrome de Pierre Robin, Síndrome de Treacher Collins, enfermedad de Crouzon y Síndrome de Apert. Los defectos genéticos que reflejan un solo gen mutante también pueden producir fisuras.

Otra variable sería la resistencia de la lengua a la transportación de la láminas, y la lengua ofrece excesiva resistencia al movimiento horizontal ó ambos factores a la vez se pueden producir una fisura.

CRECIMIENTO DE LA LENGUA

El desarrollo de la lengua es de gran interes. Patten se refiere a la lengua inicialmente como un saco de membrana mucosa que se llena posteriormente con músculo en crecimiento. La superficie de la lengua y los músculos linguales provienen de estructuras embrionarias diferentes.

Durante la quinta semana de vida embrionaria, aparece en arco del maxilar inferior, protuberancias mesenquimatosas cubiertas con una capa de epitelio. Estas se llaman protuberancias linguales laterales.

La porción mayor de la lengua está cubierta por tejidos que se origina a partir del ectodermo. Las papilas de la lengua aparecen desde la octava semana de la vida del feto.

A las catorce semanas aparecen las papilas gustativas en las papilas fungiformes, y a las 12 semanas aparecen en las papilas circunvaladas.

Bajo la cubierta ectodérmica se encuentra una masa cinética de fibras musculares bien desarrolladas antes del nacimiento, ya que cumple con múltiples funciones que exige deglución y la lactancia. En ninguna otra parte del cuerpo se encuentra tan avanzada la actividad muscular.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR

El maxilar superior depende de la base del cráneo la posición del maxilar superior depende del crecimiento en la sindondrosis esenooccipital y esenoetmoidal.

Mientras que el crecimiento de la base del cráneo - se debe a la osificación endocondra, el hueso reemplaza al cartilago en proliferación, el crecimiento del maxilar superior es similar al de la bóveda del cráneo.

Las proliferaciones, de tejido conectivo sutura, - osificación y translación son los mecanismos para el cre cimiento de el maxilar superior.

El maxilar superior se encuentra unido parcialmente al cráneo por la sutura fronto-maxilar, la sutura cigomático-maxilar, cigomático temporal y perigopalatina.

CRECIMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR

El crecimiento del maxilar inferior aumenta entre la - octava y decimosegunda semana de la vida fetal.

El cartilago delgado (cartilago de Meckel), es causante del crecimiento del maxilar inferior, cercano al condocráneo, se puede observar el martillo, yunque y estribo del oído, están casi totalmente formados a los 3 meses.

El hueso comienza a aparecer a los lados del cartilago de Meckel durante la séptima semana. La osificación cesa - en el punto que será la Espina de Spix. La parte restante.

del cartílago de Meckel formará el ligamento esfenomaxilar y la apofisis espinosa del esfenoides.

El desarrollo y osificación tempranas de los huesos del sistema estomatognático es muy evidente en una radiografía de un feto de 69 mm.

Al nacer, las dos ramas del maxilar inferior son muy cortas, el desarrollo de los cóndilos es mínimo y casi no existe eminencia articular en las fosas articulares.

Una capa delgada de fibrocartilago y tejido conectivo se encuentra en la posición media de la sínfisis para separar los cuerpos mandibulares derecho e izquierdo.

Entre los cuatro meses de edad y al final del primer año el cartílago de la sínfisis es reemplazado por el hueso.

El cartílago de la cabeza del cóndilo, a diferencia de otras superficies articulares, está cubierto de tejido fibroso, hacia el cuello del cóndilo, el cartílago se calcifica y entonces puede ser reemplazado por hueso.

El crecimiento en la cabeza del cóndilo incrementa la altura de la cara así como su profundidad.

Junto con el aumento de dimensión horizontal del cráneo y por lo tanto, con la separación de las dos fosas glenoideas, los cóndilos se orientan en posición más lateral.

Como las apófisis horizontales de la mandíbula divergen de anterior a posterior, la parte posterior de las ramas ascendentes aumentarán en esa área la dimensión horizontal de la parte inferior de la cara.

ERUPCION DENTAL

Las piezas por si mismas contribuyen enormemente a la forma de la cara.

ORDEN DE ERUPCION EN DIENTES TEMPORALES

El orden normal de erupción en la dentadura primaria es la siguiente.

- 1.- Incisivos centrales
- 2.- Incisivos laterales
- 3.- Primeros molares
- 4.- Caninos
- 5.- Segundos molares

Los dientes mandibulares generalmente preceden a los maxilares.

Este orden no siempre se observa, se presento un caso en que el primer diente en hacer erupción era el incisivo lateral del maxilar. En otro caso los laterales primarios maxilares erupcionaron antes que los laterales primarios - mandibulares.

A continuación se mencionará el orden de Erupción en dientes temporales.

A los 6 meses de edad empiezan a erupcionar los centrales primarios maxilares, de los 7 a 8 meses erupcionan los laterales primarios mandibulares, y entre los 8 6 9 meses erupcionan los laterales primarios maxilares.

Al año de edad, hacen erupción aproximadamente los primeros molares. A los 16 meses aparecen los caninos primarios.

Se considera que los segundos molares primarios hacen erupción a los dos años.

Al parecer el orden de erupción dental ejerce más influencia en el desarrollo adecuado del arco dental que el tiempo real de erupción.

ORDEN DE ERUPCION EN DIENTES PERMANENTES

El primer diente permanente en hacer erupción es generalmente el primer molar permanente mandibular, a los 6 años aproximadamente el incisivo central permanente puede aparecer al mismo tiempo o incluso antes.

Los incisivos laterales mandibulares pueden hacer -- erupción antes que los demás dientes maxilares permanentes.

Entre los 6 y 7 años, hace erupción el primer molar -- maxilar seguido del incisivo central maxilar, entre los 7 y 8 años.

Los incisivos laterales maxilares permanentes hacen -- erupción entre las edades de 8 y 9 años.

El canino mandibular hace erupción entre los 9 y 11 -- años, seguido del primer premolar, el segundo premolar y el segundo molar.

En el arco maxilar se presenta generalmente una diferencia en el orden de erupción. El primer premolar maxilar hace erupción entre los 10 y 11 años antes que el canino maxilar que erupciona entre los 11 y 12 años de edad.

Después aparece el segundo premolar maxilar, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él.

"El molar de los 12 años" o el segundo molar debe aparecer a los 12 años de edad.

Las variaciones de este patrón pueden constituir un -- factor que ocasione ciertos tipos de maloclusión.

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

El odontólogo que guía con éxito a los niños, con la experiencia odontológica se da cuenta que un niño no mal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo hábitos, - dejándolos y modificándolos.

Este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda sufrir cambios en el consultorio entre una visita y otra, es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento.

No hay dos niños ni siquiera en la familia, que sigan exactamente el mismo esquema. Está en verdad tiene importancia para el dentista. Sin embargo en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación de tratamientos, se debe considerar ambas edades, fisiológicas y psicológicas.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por - ayudarlo.

Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de - la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

En un estado de enfermedad física prolongado. El en cierro por mucho tiempo en el hogar, ó en el hospital - pueden influir mucho en el proceso de aprendizaje.

Aunque estos problemas de personalidad entran clara mente en el área de trabajo de quienes tratan los aspect tos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención.

del odontólogo en los caso que se encuentra que en un hábito bucal está causando distorsiones de hueso alveolar y mal posición dental.

Algunos ortodoncistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención habrá que examinar cuidadosamente la duración del tratamiento, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño

Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo -- conscientemente el niño mismo, guado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión del dedo pulgar con hábitos secundarios tales como jalarse el cabello, hungarse la nariz, con frecuencia se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Los aparatos correctores para los hábitos están indicados solo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordatorio para cumplir esta tarea.

Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea doloroso y que no interfiera en la oclusión, este ha de actuar como recordador unicamente.

Se ha comprobado que para ayudar al niño a superar el hábito resulta útil una placa parcial removible que tenga una serie de ansas suaves colocadas por lingual de los incisivos.

El uso indiscriminado de los aparatos destinados a romper hábitos cuando el hábito es el resultado de un problema emocional, puede provocar una serie de reacciones indeseables.

Korner y Reiger informaron que la insercción un aparato del tipo de "horquilla" para heno" entre niños no solo fracaso en el logro del cese del hábito de succión, sino que hasta concentro la atención del niño en la succión del pulgar.

Además se observaron síntomas acentuados, como terrores nocturnos, descontrol esfinteriano diurno, transtornos del habla, rechazo de los alimentos sólidos.

Algunos odontólogos practicaron un enfoque totalmente distinto, si resultaba evidente que el niño queria dejar el hábito, este enfoque implica la cooperación de los pa-

dres y su consentimiento para ignorar el hábito y no mencionarlo al niño, se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleva el pulgar a la boca y que cada semana llame al odontólogo e informe de su progreso en la cesación del hábito.

Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito es evidencia de lo que se progresa e indicio de que finalmente el niño lo dejará.

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante. Los padres demuestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar rezongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito.

Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareña antes de que el niño pueda superar el hábito.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consisten en la aplicación de los instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar ó un dedo del niño con substancia comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado ó adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada.

Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común, se basa en la aceptación del niño para romper el hábito, deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de inegable importancia.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITO NOCIVO

La mayoría de los instrumentos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de este, son considerados por el niño 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 instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aprente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un "niño nervioso". En estos casos, el costo de la curación es demasiado elevado.

Preguntas que deberá hacerse el odontólogo de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos.

1.- Comprensión del niño: Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento quiere el niño que - le ayuden.

2.- Cooperación paternal: Comprenden realmente los padres lo que se está tratando de hacer y le han prometido cooperación total.

3.- Relación amistosa: Ha establecido usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de este exista una situación de "recompensa" en vez de una situación de "castigo".

4.- Definición de la meta: Han elegido los padres del paciente y usted una "meta" definitiva en términos de tiempo en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar.

5.- Madurez ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo.

El odontólogo inteligente que se formule estas preguntas y se asegure de que una por una, las respuestas afirmativas, generalmente puede sentirse seguro al aplicar un instrumento de formación de nuevos hábitos. La mayoría de las personas que informan de éxito logrado con este tipo de instrumento concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres a aceptar el tratamiento casi siempre condenan al fracaso.

REFLEJO DE SUCCION

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar y por igual de contradictorias para la corrección del hábito. Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año develaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado flujo rosópicamente en el niño, contracciones bucales y otras - respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos los presentes al nacimiento. Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta obvia.

Aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y el oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia.

A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales.

Si el objeto provoca una sensación agradable, puede - tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe, y muestra su desagrado contorsionando la - cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto. El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina proyección. El rechazo de un objeto "malo" se denomina introyección. Este comportamiento lo podemos observar en la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de la alimentación y succión del niño neonatal.

Estas pruebas bucales evidentemente no sólo sirven - para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino que también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno ó malo.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, - al introducirse sudeo ó pulgar en la boca. El pulgar -- mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio, satisface la - necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o de separación de la madre.

La succión del pulgar en el bebé es un problema que preocupa al pediatra y a los padres, pues a veces un problema de alimentación puede ser la causa de la iniciación del hábito.

La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido (mamá) y con demasiada tensión presente durante el acto de lactancia.

Aunque se ha dicho con frecuencia que la succión del pulgar es normal los dos primeros años de vida, muchos niños normales se chupan los pulgares por períodos breves durante la primera infancia no están bien asesorados los odontólogos que dicen a los padres que no se preocupen, que el niño finalmente dejara el hábito y que no habrá efectos perjudiciales. Es cierto que muchos dejan el hábito en sus años preescolares, pero algunos lo conservan durante los años escolares y a veces a la edad adulta. Aún cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptado, por lo tanto debe ser desalentado tan pronto como haya evidencias de que se está desarrollando cualquiera que sea la edad del niño.

Salzmann cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares superiores e inferiores y sobre los arcos dentales, incluida la oclusión dental, depende de una cantidad de factores incluyen la frecuencia con que se practique el hábito, la duración del hábito, el desarrollo óseo, la dote genética, el estado de salud del niño y otros más, también importantes.

Traisman observó 2,650 bebés y niños desde su nacimiento hasta los 16 años. De este número el 45.6%, se succionó los pulgares en algún momento durante el período de observación. Pero un 75% comenzó durante los primeros tres meses de vida aproximadamente; el 25% restante comenzó durante el resto del primer año. La edad promedio en que se interrumpió del hábito fueron entre los 3 y 8 años de edad. Algunos los dejaron solo a los 12 a 15 años.

Rákiso efectuó un estudio seriado de 69 niños que tenían el hábito de succión. En el 60% el hábito se interrumpió después de una duración de menos de dos años. Los niños de este grupo tenían lo que se consideraban una oclusión normal. En el estudio de 413 niños con maloclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de cuatro años. Se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar era un factor casual en la producción de una maloclusión en especial de segunda clase.

En casos aislados la deformidad parecía corregirse por sí misma en la dentición temporal, si se había practicado el hábito por menos de cuatro años. En la mayoría las instancias parecía haber una tendencia demostrable en la dentición permanente a superar gradualmente las influencias novitas al hábito.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para el consuelo y compensación.

La mayoría de los niños dejarán de succionarse el pulgar a los 5 años. Si el hábito persistiera, los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplina y que puede ser ayudado a sí mismo.

Los hábitos bucales no son peculiares de ningún grupo de niños Calisti y colaboradores, informaban que había una cantidad superior significativa de hábitos bucales en el grupo socioeconómico superior que en los grupos medio e inferior.

Aunque el odontólogo es con frecuencia el primero, y algunas veces, el único consultado respecto del hábito, - la succión del pulgar no suele ser un problema odontológico. Pero es obligación del odontólogo buscar evidencias del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles si el hábito no fuera abandonado y en casos elegidos, intentar ayudar al niño a superar el hábito.

Si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar de la fase de succión a actividades masticatorias. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto, como algo masticable. En niños mayores, el empleo de películas o transparencias puede ser útil para mostrarles como el hábito de succión del pulgar les perjudicará la boca si no lo abandonan.

Ninguno de los enfoques correctos tendrá éxito sin antes tener una cuidadosa historia clínica bien complementada en un intento por descubrir la causa. Hablando como el niño y los padres, a menudo el odontólogo podrá establecer si el hábito está relacionado con un problema de alimentación ahora se prolonga como hábito vacío, si es adquirido por imitación, o si es el resultado de un problema emocional.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación.

El niño puede tener temores como a la obscuridad, o a la separación de los padres, o a los animales e insectos. Después revelará a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres, algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS

Las opiniones sobre los efectos de hábito de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente, se concuerda que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas. - Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años) puede producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

Debe afirmarse que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes: 1) de la posición del dedo de la boca, y 2) de la acción de la palanca que ejerza el niño contra, las otras piezas y el alveólo por la fuerza que genera en sí, además de succionar, presiona las piezas.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores su periores. Esto aumenta la sobre mordida horizontal y abre la mordida.

Hecho como el no querer ir a la Escuela, los conflictos en el hogar también pueden estar relacionados con el hábito y otros problemas de adaptación. Por lo tanto el problema de succión puede no ser un síntoma resuelto, aislado, sino-

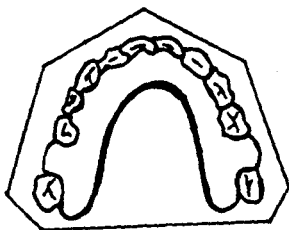
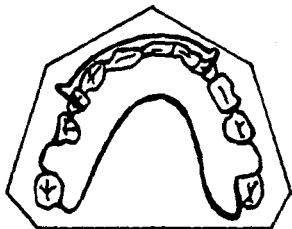
uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultado de acontecimientos pasados.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nocivos y aceptables socialmente. El éxito inicial de conducta del niño se puede lograr por medio de halagos.

Al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres de los compañeros de juego y de clase. Los hábitos - que se adopten y se abandonen fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denomina compulsivos.

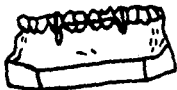
ARCO LABIAL



DESCANSO OCLUSAL

ACRILICO

ASPECTO LABIAL



Aspecto de el instrumento simple retención para el espacio

CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS

Existen varios instrumentos para romper hábitos bucales que pueden ser contruidos por el odontólogo.

La manera de clasificarlos es, fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, se toma en consideración la edad, su dentadura y su hábito bucal.

Los niños de menos de 6 años, en quienes sólo están presentes, las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño.

En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles.

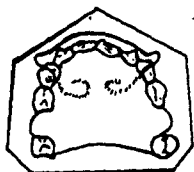
En este grupo, entre los 8 y 9 años de edad también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado" mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos como en la noche.

Sin embargo debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales.



HILO SOBRE CUSPIDE
DEL CANINO



ARCO LABIAL

CANINO

ACRILICO

Arco labial doblado para evitar interferencia oclusal en el arco apuesto.

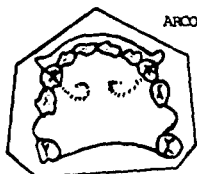
El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase. Primera división, y casualmente también succione su pulgar no justifica la conclusión de que - succionar el dedo, por sí sólo, produjo la maloclusión de - segunda clase. Deberá considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La observación de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes al caso.

TRAMPA CON PUNZON

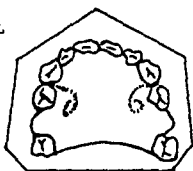
Una trampa con punzón es un instrumento reforzador de hábitos que utiliza un recordador afilado de alambre para evitar que el niño continúe con el hábito. La trampa puede consistir en un instrumento de acrílico removible como el retenedor Hawley o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden ser utilizadas para:

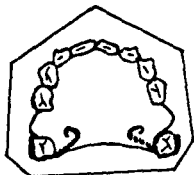
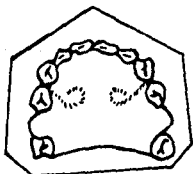
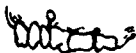
- 1) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2) Distribuir la presión a las piezas posteriores.
- 3) Recordar al paciente que es para mejorar su hábito.
- 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.



ARCO LABIAL

ESPOLON
INTERPROXIMAL

RIZO



Muestran medios de retención de complejidad relativa

TRAMPA CON RASTRILLO

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón pueden ser aparatos fijos o removibles, sin embargo, como el tefmino implica, este aparato en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene puas romas ó espolones que se proyectan de las barras transversales ó el retenedor de acrílico, hacia la bóveda palatina, las puas dificultan - no solo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

OTROS HABITOS BUCALES

En los hábitos de succión sólo utilizan los dedos ó el pulgar en posiciones variadas sino que también otros tejidos como mejillas labios ó lengua, se utilizan frecuentemente para sustituir a los dedos. Cuando se requiere tratar la costumbre de empuje lingual, las determinaciones no son muy optimistas actualmente se desconoce la etiología que produce.

EMPUJE LINGUAL

En los niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual, sin embargo no ha sido comprobado si produce la mordida abierta ó si está permite al niño empujar los incisivos superiores e inferiores entre los espacios existentes.

Al igual que la succión del pulgar el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores como mordida abierta anterior, se piensa en el hábito de succión del pulgar sin embargo debe extenderse a pensar en un posible hábito de empuje lingual o un lengua agrandada que pueden ser de igual importancia a la formación de mordida abierta y piezas anteriores.

TRATAMIENTO

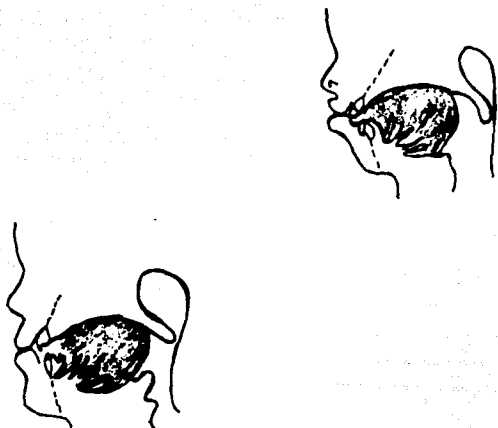
El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante la deglución. Esto hasta que el niño llegue a una edad suficiente para que pueda cooperar. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, para llevar los incisivos a una alineación adecuada.

A los niños con más edad preocupados por su apariencia y ceceo, se les puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición.

Puede construirse una trampa de púas vertical. Se hace igual para evitar la succión del pulgar excepto con las barras palatinas, están soldadas en posición horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

EMPUJE DE FRENILLO

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse desplazando las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.



A. La posición de la lengua en la acción normal de deglución lleva el paladar detrás de los incisivos superiores.

B. Con deglución retrógrada y empuje lingual, donde se produce la mordida abierta, la lengua se extiende entre las piezas superiores e inferiores que descansan en las superficies linguales de las piezas anteriores.

MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito anormal desarrollado, después de la edad de succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión-del pulgar a la de morderse las uñas.

En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas. Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Sin embargo, ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar, un hábito, como cualquier conducta no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de la forma física ó moral, al niño mismo o a quienes le rodean.

Morderse la uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar gomas de mascar, cigarrillos, cigarro puros, lápices, gomas de borrar, ó incluso las mejillas ó la lengua de la persona como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

HABITOS DE POSTURA

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raros, y deberá formularse su diagnóstico. O tratarse indifucualmente, por separado. En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortópédica.

HABITOS DE ABERTURA DE PASADORES

DE PELO

Otro hábito nocivo, fue común entre las mujeres jóvenes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practican este hábito se han observado incisivos desgastados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

A esta edad, para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

HABITOS MASOQUISTAS

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos de naturaleza masoquista. Un niño examinado utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

El hábito habfa privado completamente a la pieza del tejido gingival, marginal, exponiendo el hueso alveolar.

El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

RESPIRADORES BUCALES

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1.- Por obstrucción
- 2.- Por Hábito
- 3.- Por Anatomía

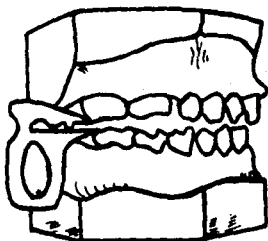
Los niños que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción-completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal como existente dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

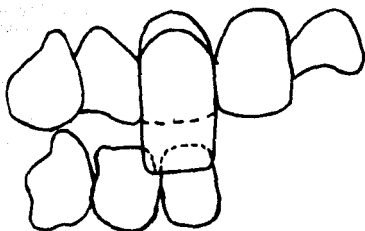
El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos debe poder se distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño.

También debe diferenciarse el segundo tipo de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan cras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.



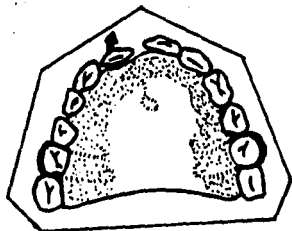
MEDIDA ABIERTA ANTERIOR, SE MIDE CON UN VERNIER
LA INTENSIDAD DE LA ABERTURA.
PARA CONTROL DESPUES DEL TRATAMIENTO.



CORONA DE ACERO ANTERIOR

LEVEMENTE RECORTADA

Uso de corona para corregir una mordida cruzada anterior.



ACRILICO

RESORTE EN PRESION
CONTRA EL INCISIVO

Uso de resorte digital para corregir una mordida
cruzada anterior.



RESORTE DIGITAL

AJUSTABLE

ACERO DE 0.022 pulg
(0.55 m m)

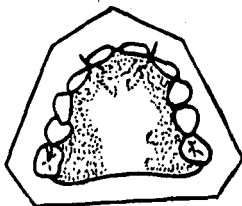
(0.8 m m) 0.026 pulg
0.032 pulg (0.65 m m)



SOLDADURA

EXTREMIDAD LIBRE DE

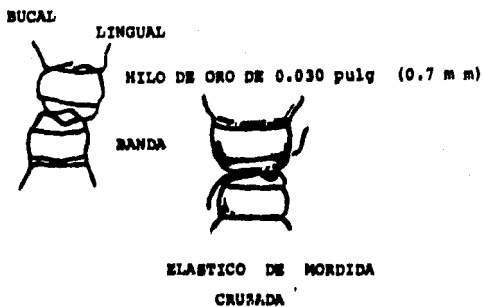
0.026 pulg (.65 m m)



A

B

Cierre de espacio entre incisivos superiores.



Corrección de mordida cruzada posterior simple.



ARCO LABIAL

PLANO DE MORDIDA
DEL ACRILICO

Abertura de mordida y retracción de incisivos
maxilares en protusión.

TRATAMIENTO

PROTECTOR BUCAL

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme ó está en posición reclinada.

Si esta posición persiste, el odontólogo debe decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquea el paso del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse que el conducto nasofaríngeo este suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada ó ejercicio físico.

Masler y Swamer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos - antes de palicarsela el algodón a los orificios nasales para - que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz.

O sólo lo hace una gran dificultad y cuando se lo piden - deberá enviársela a un rindólogo, que este formúle su diagnóstico y corrija la situación.

Si el niño respira, sin dificultad al pedirselo, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "Facies Adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores hacen protusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares pro los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos del maxilar superior se juntan dando un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión en niños que respiran por la boca, los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para para corregir la respiración por la boca, el protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa sobre los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche antes de ir a la cama, y se deja pues to toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal puede servir para multiplicar prótesis, y debería utilizarse más extensamente.

El protector bucal puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales.

El que generalmente se utiliza es el hecho con resinas sintéticas.

B R U X I S M O

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo, ó frotarse los dientes entre sí. Esto es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto.

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír - los sonidos a distancia. El niño puede producir aticcción considerable de la pieza, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la obscuridad. Tal vez tenga un origen emocional, ya que - ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas.

Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como epilepsia y meningitis, así como transtornos gastrointestinales.

T R A T A M I E N T O

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada - sobre los dientes durante la noche. El caucho blando - no forma una superficie dura y resistente al frotamiento de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria la construcción de una férula de caucho blando es la misma de la del protector bucal.

ORTODONCIA PREVENTIVA

Puede ser definida como la base de la ciencia y arte de la ortodoncia dirigida a reconocer y eliminar las irregularidades y malposiciones en el complejo dento-facial - en desarrollo y se aplica a la eliminación de factores - que pueden conducir a una maloclusión en una dentición - que el resto se está desarrollando normal.

Sus funciones de preservar el "status quo" oclusal - salvaguardandolo de toda influencia ambiental como serian la lengua, con hábitos nocivos, labios y pulgares succionados, es decir todos lo hábitos que pueden dañar en forma permanente la oclusión.

Toda operación que tienda a brindar un cuidado adecuado para el fin de restaurar todo diente ó sus dimensiones normales y preservar los contactos vecinos en forma natural al igual que poner un mantenedor de espacio en - donde se ha perdido un molar primario, son considerados como funciones de la ortodoncia preventiva.

MORDIDAS ABIERTAS

Objetivo.- El objetivo de este tema es demostrar que el cambio en la fusión y en la posición de la lengua automáticamente cierra las mordidas abiertas anteriores.

Las maloclusiones son el principal problema al que se enfrenta el ortodoncista, de las más frecuentes son las mordidas abiertas. Uno de los peores hábitos que impiden una retención satisfactoria es la lengua protráctil que provoca las mordidas abiertas.

ETIOLOGIA.- Algunas mordidas abiertas pueden ser provocadas por el hábito continuo de succión digital que impide la total erupción dentaria. La lengua ocupa el espacio interdental durante el acto de la deglución como en su posición postural de descanso (aunque el hábito digital ya no este presente). Sin embargo existen individuos con mordida abierta que nunca tuvieron el hábito de succión digital, por lo tanto este no es el único factor etiológico.

Straub atribuye la mordida abierta al mal diseño del chupon y de las mamilas que utilizaban para su alimentación los niños de corta edad.

TRATAMIENTO DE LA MORDIDA ABIERTA

Pueden existir mordidas abiertas anteriores por lo menos en dos maloclusiones de clase diferente.

El primero presenta protusión con exagerado resalte, mientras que el segundo no presenta ningún resalte. Es importante separar los dos tipos. Bien podría ser causada una situación de apiñamiento al procurar mover dientes frontales superiores no espaciados hacia un alineamiento normal para corregir una mordida abierta no protusiva.

Muchas veces se verá que estos casos necesitan extracciones que proporcionen el espacio requerido para permitir el buen alineamiento de los dientes.

TRATAMIENTO PARA LA SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS

Uno de los tratamientos más adecuados para los niños de más de seis años habituados a chuparse el dedo. Consiste como primera medida, aliviar al niño todas las presiones paternas posibles con respecto al hábito.

Es necesario no abrumar al niño, sino orientarlo psicológicamente durante el examen inicial. Si el niño se muestra inmaduro en relación a quienes lo rodean, con frecuencia no sería un buen candidato para las medidas correc

tas, ya sea por aparatos ó enfoques psicológicos.

Hay que recordar que todo aparato de ortodoncia preventiva somete al niño cierta carga psicológica. Este stress agregado en algunos niños produce el resultado opuesto a lo que se desea, es decir aumentar la frecuencia de succión digital.

Los aparatos fijos como los linguales y palatinos superiores parecen ser más eficaces en el adiestramiento del niño mayor que se aleje de estos hábitos. Habitualmente, se asigna un período de tres meses como meta hacia la cuál se trabajará. El niño ha logrado cambios apreciables en sus hábitos para este entonces, se podrá quitar con confianza el aparato para un periodo de prueba.

Pero si se despiertan signos de ansiedad en el niño, como por ejemplo un retorno a la enuresis, las pesadillas y los episodios frecuentemente de llanto, se debe pensar en retirar el aparato.

El uso de estos dispositivos exigen cierto grado de madurez en el niño. en el niño nervioso, inmaduro, y no cooperador, el odontólogo hará bien en retirar el tratamiento hasta que el niño sea mayor.

Las alabanzas son las terapéutica que mejor actúa en los niños. Los elogios deben ser sinceros, y se debe dar al niño cuanta oportunidad sea posible para que compartalas responsabilidades. Si el aparato fuera removible las indicaciones del profesional.

CONCLUSIONES

En los temas anteriores se habló acerca de la importancia etiológica de las fuerzas anormales que actúan sobre los dientes por desarmonía muscular o por hábitos.

Estos factores pueden ser responsables de las posiciones anormales de dientes aislados o grupos dentarios en denticiones que se desarrollan en adultos. En el niño, la presión pueden causar alteraciones importantes en las zonas dentofaciales.

Si los hábitos ó fuerzas excesivas son bastante intensas y frecuentes, afectan los cambios direcciones y el crecimiento progresivo de los maxilares. Esto puede ser causa de maloclusiones o acentuar una displasia esquelética ya existente. Por lo tanto, es necesario eliminar o aliviar estos factores para permitir la realización del potencial del crecimiento inherente al patrón esquelético del niño.

En muchos casos, el cese de hábito tal, por ejemplo succión de dedo permitirá la corrección espontánea de la protusión anterior creada por ese hábito por la fuerza anterior de los labios.

Succión de pulgar ó dedos.- La succión del pulgar o dedos es responsable frecuentemente de la protusión de los dientes anteriores, de la deformación de crecimiento del proceso alveolar en la zona premaxilar. En algunos casos la presión ejercida sobre la mandíbula es tal que afecta su postura y la dirección de crecimiento.

La experiencia clínica indica que no todos los que tienen el hábito de succión de dedos llegan a tener protusiones anteriores. La fuerza contrarrestante normal de los labios

y la resistencia de la cortical ósea vestibular son factores importantes de variabilidad además de los hábitos de succión varían de manera considerable cuanto a su intensidad y dirección en todos los niños, ya no es lo mismo mantener el pulgar en la boca sólo al dormir que al tenerlo - toda la noche succionándolo y también durante el día.

Hace algún tiempo los hábitos de succión digital después de los 4 años eran considerados como expresión de un comportamiento infantil, se describieron esos niños como inseguros, inadaptables emocionalmente y se suponía que el hábito era reflejo de problemas psicológicos más profundo.

Dicha actitud originaba a menudo un sentimiento de culpa ó falta de adaptación entre padres e hijos lo cual causa tensiones que reforzaban el hábito.

Algunos estudios cuantitativos serios pusieron en duda la validez de estas conclusiones psicológicas.

Sin embargo la coexistencia del hábito de succión del pulgar con problemas de conducta o psicológicos evidentemente identificables, señalan que debe ser causante en cualquier intento de interrumpir ese hábito en pacientes de ese tipo ya - que la forma insensible por parte del dentista de encarar el problema casi nunca logra detener el hábito y puede exacerbar los problemas emocionales generales.

También la alimentación con biberón en lactantes fue mencionada como factor contribuyente al desarrollo de hábitos - de succión, sin embargo, los estudios realizados a este respecto condujeron a la conclusión de que no hay diferencia significativa en la incidencia de los hábitos de succión en los niños alimentados con objetos artificiales.

El Dr. Benjamin Spok sugiere que es más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención ya que al momento de prestar atención a la succión del pulgar es cuando el bebé trata de introducirlo por primera vez es decir se debe

El Dr. Benjamin Spok sugiere que es más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención ya que al momento de prestar atención a la succión del pulgar es cuando el bebé trata de introducirlo por primer vez es decir se debe pensar el porque lo hace, por insuficiencia en el momento de alimentarlo y así también tratar de satisfacerle deseos insatisfechos con eso la introducción del pulgar en la boca lo cual crea el hábito.

Se ensayo el método de impedimentos mecánicos tales como trampas o recordatorios o envolturas de brazo, para evitar la succión del pulgar. El niño que se presta para llevar tales dispositivos voluntariamente quizá sea del tipo de niño que responderá favorablemente a nuestra sugerencia e interrumpirá dicho hábito de manera espontánea.

Por lo tanto el succionador persistente quita el dispositivo aumentando el sentimiento de culpa la tensión entre si y sus padres posibles puede tener reacciones negativas que regresen al hábito.

La proyección lingual puede ser causante de Mordidas Abiertas.

No todos los hábitos pueden ser causante de Mordidas Abiertas.

El uso inadecuado de los instrumentos puede resultar perjudicial en ciertos casos.

El tratamiento precoz con aparatos fijos es valioso en algunos niños menores con succión del pulgar, evitando así algún tipo de mal oclusión ó mordida abierta.

No todos los casos se resuelven, dependerá del niño y el tratamiento que se le aplique.

Cuando el tratamiento afecta al niño emocionalmente debe suspenderse.

Para que el tratamiento funcione también dependerá de la cooperación que tengan los padres.

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

BRAHAM, Odontología Pediátrica,
Editorial " PANAMERICANA "
Buenos Aires, Argentina 1984.

DR. SIDNEY FINN, Odontología Pediátrica,
Editorial " INTERAMERICANA "
México 1976.

SAMUEL LEYT, Odontología Pediátrica,
Editorial "MUNDI"
Buenos Aires, Argentina 1980.

DEPAOLA DOMINICK P., Odontología Preventiva,
Editorial " MUNDI "
Buenos Aires, Argentina 1981.

SAEZMANN J.A., Principios de Ortodoncia
Editorial "SALVAT"
México 1980.

MACDONALD, RALPH E., Odontología para el niño
y el adolescente.
Editorial " MUNDI " 2da. Edición
Buenos Aires, Argentina 1975.