

2 of
67



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA FACULTAD
DE ODONTOLOGIA S.U.A.**

" HABITOS ORALES "

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

SUSANA CARRERA SANCHEZ

SUSANA MORALES ZARAGOZA

FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

Mayo de 1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

SUMARIO

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	DEFINICION.....	3
3.	CLASIFICACION.....	4
4.	ETIOLOGIA.....	7
5.	DIAGNOSTICO.....	10
6.	HISTORIA CLINICA ESPECIFICA PARA HABITOS ORALES.....	13
7.	BRUXISMO.....	17
8.	SUCCION DE CARRILLOS.....	22
9.	RESPIRACION ORAL.....	24
10.	SUCCION LABIAL.....	30
11.	PROTRUSION LINGUAL.....	34
12.	SUCCION DIGITAL.....	40
13.	RELACION DE HABITOS DE SUCCION Y EMPUJE LINGUAL CON- LA MALOCCLUSION.....	46
14.	CAUSAS DE PROYECCION DE LENGUA.....	49
15.	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.....	51

16.	JUEGOS ORALES.....	53
I.	INVESTIGACION DE CAMPO.....	54
	(MATERIALES Y METODOS).....	55
II.	HISTORIA CLINICA DEL CASO.....	57
III.	TABLAS Y GRAFICAS DE LA INVESTIGACION DE HABITOS - MAS FRECUENTES.....	63
IV.	RESUMEN.....	69
V.	CONCLUSION.....	70
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	72

INDICE DE FOTOS

1.	ASPECTO CLINICO DE UN PACIENTE DONDE SE OBSERVA EL DESGASTE INCISAL.....	19
2.	MODELOS DE ESTUDIO DEL MISMO PACIENTE.....	20
3.	ASPECTO CLINICO DE UN NIÑO DE 8 AÑOS QUE PRESENTA- RESPIRACION BUCAL.....	23
4.	PACIENTE DE DOCE AÑOS DE EDAD AL QUE SE LE COLOCO- UN LIBUMPER PARA CORREGIR EL HABITO DE SUCCION LA BIAL.....	31
5.	PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA HABITO DE- PROTRUSION LINGUAL.....	35
6.	NIÑO DE 7 AÑOS DE EDAD CON HABITO DE SUCCION DEL - DEDO INDICE DE LA MANO IZQUIERDA.....	38
7.	NIÑO DE 7 AÑOS DE EDAD QUE MUESTRA CONSECUENCIAS - POR LA PRESENCIA DE UN HABITO ORAL.....	39
8.	PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD, LA CUAL PRESENTA HABITO DE SUCCION DE PULGAR.....	44
9.	NOTESE LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR DE LA MISMA PA- CIENTE.....	45
9-A	ACERCAMIENTO DE LA BOCA DE LA MISMA NIÑA DE 8 AÑOS EN DONDE SE APRECIA LA MORDIDA ABIERTA.....	45 A
10.	PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD, EN LA CUAL SE OBSERVA - MORDIDA ABIERTA ANTERIOR COMO CONSECUENCIA DEL HA- BITO DE SUCCION DEL PULGAR.....	52

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

- PORCENTAJE DE HISTORIAS CLINICAS REVISADAS.....	63
- PORCENTAJE DE MUJERES CON HABITOS ORALES.....	64
- PORCENTAJE DE HOMBRES CON HABITOS ORALES.....	65
- DE ACUERDO AL NIVEL SOCIO-ECONOMICO MUJERES.....	66
- DE ACUERDO A NIVEL SOCIO-ECONOMICO HOMBRES.....	67
- DE ACUERDO A EDADES QUE FLUCTUAN ENTRE 6-12 AÑOS DONDE SE PRESENTA MAYOR INCIDENCIA.....	68

INTRODUCCION

EL ENFOQUE EN LA ODONTOLOGIA HACIA LA RAMA DE TRABAJO INFANTIL, REQUIERE-ALGO MAS QUE CONOCIMIENTOS DENTALES COMUNES DEBIDO A QUE ESTAMOS TRATANDO CON ORGANISMOS EN PERIODO DE FORMACION Y EL NIÑO ESTA ADQUIRIENDO CONSTANTEMENTE HABITOS, MODIFICANDOLOS, DEJANDOLOS O REFORZANDOLOS.

LOS HABITOS PERNICIOSOS, PRINCIPALMENTE LOS DE TIPO BUCAL, NO DEBEN SER -TRATADOS SOLAMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DENTAL, SINO SOCIAL, PUESTO --QUE DEBEMOS TOMAR EN CUENTA, QUE UN NIÑO ADEMAS DE SU CRECIMIENTO FISICO, ESTA ATRAVEZANDO POR UN DESARROLLO MENTAL.

EL CONOCIMIENTO RESPECTO A LA TRASCENDENCIA QUE PUEDE TENER UN MAL HABITO ES POCO CONOCIDA POR LOS PADRES, A ESTO SE DEBE QUE NO LE DEN LA IMPORTANCIA QUE TIENE Y SON MUY POCOS LOS NIÑOS QUE SON ATENDIDOS ADECUADAMENTE.

ES SUMAMENTE IMPORTANTE ABORDAR EL PROBLEMA DEL DESARROLLO DE HABITOS PERNICIOSOS BUCALES EN NIÑOS, POR LA EXTRAORDINARIA SIGNIFICACION POSTERIOR-QUE TENDRAN, PUESTO QUE AL EJERCER PRESIONES DESEQUILIBRADAS Y DAÑINAS SOBRE LOS BORDES ALVEOLARES INMADUROS, VAN A PROVOCAR MALOCLUSIONES DE DIFERENTES TIPOS Y GRAVEDAD.

LA PREVENCION DE LAS ALTERACIONES QUE PRODUCEN, ASI COMO EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE ESTOS HABITOS ES DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA NO SOLO PARA EL ODONTOLOGO SINO PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE -SE INTERESAN EN LA SALUD INTEGRAL DEL INFANTE, YA QUE LAS DEFORMACIONES-ANATOMICAS Y FUNCIONALES VENDRAN A REPERCUTIR EN LA SALUD FISICA Y PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTE Y DURANTE LA EDAD ADULTA.

DEBE INTEGRARSE EN FORMA PRIORITARIA A LOS PADRES DE FAMILIA, PUES SON -ELLOS QUIENES POR EL ESTRECHO CONTACTO CON EL NIÑO, PUEDEN CONOCER LAS -CAUSAS POR LAS CUALES SE HA DADO ESE HABITO Y COADYUVAR CON EL ESPECIALISTA EN LA CONSECUICION DEL TRATAMIENTO ADECUADO.

EN MUCHAS OCASIONES ES EN MANOS DEL CIRUJANO DENTISTA DONDE SE ENCUENTRA

LA SOLUCION Y EL EVITAR QUE EL CASO SIGA AVANZANDO HASTA TERRENOS DONDE POSTERIORMENTE SERA MUY DIFICIL CORREGIR EL DAÑO CAUSADO. ES OBLIGACION NUESTRA TRABAJAR ARDUAMENTE EN ELIMINAR LOS HABITOS PRESENTES, CORREGIR LOS CUANDO YA HAN AFECTADO Y SOBRE TODO CREAR UNA CONCIENCIA EN LOS PADRES Y LOS NIÑOS PARA EVITAR PROBLEMAS POSTERIORES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE MALOS HABITOS.

DEFINICION

SE DEFINE A UN HABITO, COMO LA MANERA DE ALCANZAR CIERTO FIN QUE PUEDA -
RESPONDER A DISTINTAS NECESIDADES.

LOS HABITOS SE FORMAN GRACIAS AL ENTRENAMIENTO, ES DECIR A UNA REPETICION
ORGANIZADA DE UNA MANERA DETERMINADA Y CON UN FIN CORRECTO. EL HECHO DE-
QUE APAREZCA UN HABITO NO SIEMPRE INDICA QUE ESTE SEA MALO, PUESTO QUE EN
LA INFANCIA DEBEN FOMENTARSE LOS BUENOS HABITOS CON EL FIN DE MODELAR Y -
ACRECENTAR UNA MEJOR SALUD.

CUALQUIER TIPO DE HABITO SEA UTIL O DAÑINO PUEDE LLEGAR A REALIZARSE IN--
CONSCIENTEMENTE SI ES REPETIDO CONSTANTEMENTE. UN EJEMPLO DE ESTO SON LOS
ACTOS QUE REALIZAMOS COTIDIANAMENTE COMO: VESTIRNOS, CAMINAR, SUBIR ESCA-
LONES, EN TODOS ESTOS ACTOS OBSERVAMOS COMO LOS NIÑOS REQUIEREN DE UN EN-
TRENAMIENTO Y UN ESFUERZO CONSCIENTE, SIN EMBARGO EL ADULTO A FUERZA DE -
REPETICION ES CAPAZ DE REALIZAR ESTOS ACTOS DE MANERA INCONSCIENTE.

ENTONCES DEFINIMOS EL HABITO COMO LA PRACTICA FIJA PRODUCIDA -
POR LA CONSTANTE REPETICION DE UN ACTO Y A CADA REPETICION EL-
ACTO SE HACE MENOS CONSCIENTE Y SI SE REPITE A MENUDO, ESTE --
PUEDE LLEGAR A RELEGARSE POR COMPLETO AL SUBCONSCIENTE, CONVIR-
TIENDOSE EL HABITO EN UN MODELO MENTAL INCONSCIENTE.

CLASIFICACION

ES DIFICIL DAR UNA CORRECTA CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES, DEBIDO A LOS DIFERENTES CRITERIOS QUE EXISTEN AL RESPECTO, PERO PODRIAMOS CLASIFICARLOS DE ACUERDO A SU CONSTANCIA O AL TIPO DE HABITO DE QUE SE TRATE.

LA CLASIFICACION RESPECTO A LA CONSTANCIA Y A LA TRASCENDENCIA DEL HABITO ES LA SIGUIENTE:

- A) ACTOS BUCALES COMPULSIVOS
- B) ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

SE CONSIDERA COMO COMPULSIVO.- AQUEL HABITO EN EL CUAL SE HA ADQUIRIDO UNA FIJACION DEL MISMO EN EL NIÑO.

LOS NO COMPULSIVOS.- SON LOS QUE SE ADOPTAN O ABANDONAN FACILMENTE EN LA CONDUCTA DEL NIÑO, EN LA ETAPA DE MADURACION.

LA CLASIFICACION EN CUANTO AL TIPO DE HABITO QUE DISTINTOS AUTORES MENCIONAN ES LA SIGUIENTE:

1.- HABITOS PERNICIOSOS

- A).- HABITOS DE SUCCION
- B).- HABITOS ANORMALES EN LA RESPIRACION
- C).- HABITOS ANORMALES EN LA DEGLUCION
- D).- HABITOS ANORMALES EN LA FONACION

2.- HABITOS DIVERSOS

- A).- LENGUA
- B).- MEJILLA
- C).- CUERPOS EXTRAÑOS
- D).- MORDEDURA DE UÑAS

3.- HABITOS DE POSTURA

- A).- PRESIONES ANORMALES
- B).- MALOS HABITOS AL DORMIR

C).- MIMICA

4.- HABITOS NERVIOSOS ESPASMOTICOS

A).- RESPUESTA DEL NIÑO BAJO STRESS

B).- ACTITUD PATERNA

OTROS AUTORES CLASIFICAN LOS HABITOS EN PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

LOS HABITOS PRIMARIOS.- SON TODOS AQUELLOS QUE SE PRESENTAN GENERALMENTE - POR UN PROBLEMA EMOCIONAL PROFUNDO O PUEDEN SER PRODUCTO DE LA RETENCION - DEL INSTINTO DE SUCCION Y DEGLUTIR DE FORMA INFANTIL; PUEDEN SER SIMPLES - CUANDO NO SE ASOCIAN A OTRA Y COMBINADOS CUANDO SE ASOCIAN A OTRA; POR - - EJEMPLO: TAPARSE CON LA COBIJA.

LOS HABITOS SECUNDARIOS.- GENERALMENTE SE ADQUIEREN A PARTIR DE UN HABITO PRIMARIO, PUEDEN PRESENTARSE SOLOS O ACOMPAÑADOS DE UN HABITO PRIMARIO, - UNO DE LOS HABITOS SECUNDARIOS QUE SE OBSERVA CON FRECUENCIA, ES EL DE CHU PAR EL EXTREMO DE UNA COBIJA, COGERSE LA OREJA DURANTE LA SUCCION DEL PULGAR O ENREDARSE EL CABELLO, HABITO DE LENGUA COMO CONSECUENCIA DE UN HABITO DE SUCCION DIGITAL, ETC.

LOS DAÑOS CAUSADOS POR LOS HABITOS ORALES ESTAN EN RELACION CON EL TRIO DE FACTORES QUE MODIFICAN EL HABITO Y SON:

DURACION.- ES EL TIEMPO QUE LLEVA ESTABLECIDO EL HABITO.

FRECUENCIA.- LA CANTIDAD DE VECES QUE EL HABITO ES REALIZADO O REPETIDO EN UN CIERTO TIEMPO.

INTENSIDAD.- ES LA FUERZA CON QUE SE EJECUTA EL HABITO.

HAY HABITOS QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMO NORMALES EN CIERTO PERIODO DEL DE SARROLLO, POR EJEMPLO, EL HABITO DE SUCCION DIGITAL PUEDE CONSIDERARSE COMO NORMAL HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD, SIN EMBARGO SU PERMANENCIA MAS ALLA DE

ESTE PERIODO OCASIONARA DAÑOS QUE IRAN EN RELACION A LOS 3 FACTORES QUE MODIFICAN EL HABITO.

ETIOLOGIA

EL ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LOS DIVERSOS HABITOS NO SIGUE UN PATRON DEFINIDO, NI ES IGUAL EN CADA UNA DE LAS INVESTIGACIONES, SINO QUE EN CADA CASO, LA ETIOLOGIA PUEDE SER DIFERENTE Y EL INVESTIGADOR DE DICHO CASO TRATA DE EXPLICARLO SEGUN SE FUE PRESENTANDO.

EN TERMINOS GENERALES SE HA PENSADO QUE LAS CAUSAS QUE PUDIERAN LLEVAR AL DESARROLLO DE UN HABITO BUCAL SON:

- 1.- INSTINTO
- 2.- INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA PARA LA ENERGIA
- 3.- DOLOR O INCOMODIDAD
- 4.- TAMAÑO FISICO ANORMAL DE CIERTAS PARTES DEL CUERPO
- 5.- IMITACION
- 6.- CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO EN EL HOGAR
- 7.- DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES
- 8.- PRESION ESCOLAR
- 9.- ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL EXCESO DE ACTIVIDAD PROPIA DE LAS GRANDES - CIUDADES
- 10.- PROGRAMAS EN LA TELEVISION IMPROPIOS, DE VIOLENCIA O TEMAS NO APTOS - PARA MENORES.
- 11.- DEBIDO A MOLESTIAS QUE CAUSA LA ERUPCION DE LOS PRIMEROS DIENTES
- 12.- FALTA DE SATISFACCION ORAL EN LA FORMA DE ALIMENTACION
- 13.- SISTEMA DE ALUMBRAMIENTO Y TIPO DE ALIMENTACION.

PARA PODER ENTENDER MAS ESTE FENOMENO, DEBE ANALIZARSE EL DESARROLLO ORAL DEL NIÑO, PARA SUGERIR PROCEDIMIENTOS EN CUANTO AL ABANDONO DE ESTA COSTUMBRE.

EL BEBE NACE CON EL REFLEJO DE SUCCION POR INSTINTIVO DE SUPERVIVENCIA, YA QUE SOLO ASI PUEDE ADHERIRSE AL PECHO Y ASEGURAR EL ALIMENTO. FREUD PLANTEA QUE ADEMÁS DE SER UN REFLEJO PRIMITIVO, EN SI ES PLACENTERO, DE LO QUE SE DEDUCE QUE LA PRINCIPAL FUENTE DE PLACER PARA EL BEBE (DENOMINADA ETAPA ORAL) RESIDE EN LA BOCA Y LABIOS. POR ELLO CUANDO EL RECIENTE NACIDO YA NO DESEA ALIMENTO, QUIERE SEGUIR SUCCIONANDO.

SE HA OBSERVADO QUE EN OCASIONES, EL NEONATO SE IRRITA Y LLORA (AUN ALIMENTADO, LIMPIO Y SIN SINTOMAS QUE INDIQUEN ENFERMEDAD), Y SE TRANQUILIZA AL PROPORCIONARLE UN CHUPON.

POSTERIORMENTE, AL INICIARSE LA DENTICION, EL PLACER DE MORDER PUEDE REEMPLAZAR AL PLACER DE SUCCIONAR.

ASI, SI SU DESARROLLO CONTINUA EN FORMA NORMAL, EL NIÑO VOLVERA A SUBORDINAR LO ANTERIOR A OTRAS FORMAS DE PLACER.

AHORA BIEN, ¿POR QUE HAY ALGUNOS NIÑOS A LOS QUE SE DIFICULTA DICHO REEMPLAZO? LA TEORIA PSICOANALITICA DICE QUE COMO RESULTADO DE CIERTAS CONDICIONES (SOBREFRUSTRACION O SOBREGRAFICACION), PARTE IMPORTANTE DE ESTA CARGA PLACENTERA PUEDE PERMANECER FIJA EN LA ZONA ORAL (BOCA-LABIOS) Y, COMO CONSECUENCIA, LOS IMPULSOS A SUCCIONAR Y MORDER PERMANECERAN EN EL CARACTER DE LA PERSONA; EN OCASIONES OTROS OBJETOS SERVIRAN PARA SUS PROPOSITOS: UNA FRAZADA, UN MUÑECO, EL DEDO O EL CHUPON. ESTOS OBJETOS LLAMADOS DE TRANSICION SE CONSIDERAN COMO ETAPAS NORMALES POR LAS QUE PASA EL NIÑO, PERO SE CONVIERTE EN PROBLEMA CUANDO SOBREPASA LA EDAD EN QUE EL NIÑO PUEDE SEPARARSE DE SU MADRE SIN TANTA ANSIEDAD (TRES AÑOS APROXIMADAMENTE). SE OBSERVA QUE A ESTA EDAD DICHO HABITO SE ACENTUA EN SITUACIONES DE TENSION DEL INFANTE, ES DECIR QUE POR MEDIO DEL OBJETO DESCARGA LA TEN-

SION.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO ESTO ES INTERPRETADO COMO LA SATISFACCION DE NECESIDADES INFANTILES, RESULTADO DE UNA FIJACION A NIVEL ORAL. SI EL NIÑO USA EL CHUPON COMO TRANQUILIZANTE, AL SENTIRSE PRESIONADO (POR SUS PADRES Y SU MEDIO) PARA DEJARLO, MENOS LO HARA YA QUE LA TENSION INTERNA - INCREMENTA, CREANDOSE ASI UN CIRCULO VICIOSO DIFICIL DE DETECTAR Y ROMPER. LAS BURLAS, LOS CASTIGOS O LA LIMITACION FISICA DAN CASI SIEMPRE RESULTADOS POBRES, PUES EL NIÑO SE SENTIRA HUMILLADO Y COACCIONADO; MUCHOS PADRES PODRAN AFIRMAR EL "EXITO" DE SUS METODOS AL LOGRAR QUE SU HIJO ABANDONE EL HABITO AL LLEVARLO AL DENTISTA BAJO LA AMENAZA (A VECES CUMPLIDA) DE QUE - SE LE PONDRÁ UN APARATO EN LA BOCA. ESTO ES NEGATIVO EN FUNCION DE DOS HECHOS: 1) TENSIONARA AL NIÑO Y 2) LO PREDISONDRA EN CONTRA DEL PROFESIONAL EN TAL FORMA QUE, CUANDO TENGA QUE ASISTIR CON EL PARA UN TRATAMIENTO REAL, PRESENTARA OPOSICION.

POR ULTIMO, LOS ADULTOS NO SE PERCATAN DE QUE TARDE O TEMPRANO EL PEQUEÑO DERIVARA SU CONDUCTA A OTRAS FORMAS, POR LO GENERAL POCO ADECUADAS (ENURESIS, REBELDIA, PROBLEMAS DE SUEÑO, ALIMENTACION, ETC.)

ES IMPORTANTE HACER RESALTAR QUE DETRAS DE ESTA CONDUCTA EXISTE UN FONDO - DE ANSIEDAD QUE EN OCASIONES ES RELATIVAMENTE FACIL DE SOLUCIONAR SI SE DETECTA Y TRATA A TIEMPO, SIN EMBARGO LOS PADRES SE DESESPERAN Y EN ARAS DE TENER RESULTADOS RAPIDOS AGRAVAN UN PROBLEMA QUE QUIZA NO LO ERA TANTO.

DE MAYOR RESULTADO ES SER PACIENTE, TOLERANTE Y BUSCAR EL FONDO DEL CONFLICTO (CON O SIN AYUDA PROFESIONAL SI LOS PADRES SON LO SUFICIENTEMENTE SENSIBLES PARA DETECTARLO), Y ENCONTRAR CANALES ADECUADOS PARA QUE EL NIÑO ELIMINE SUS TENSIONES Y EL HABITO.

DIAGNOSTICO

EL DIAGNOSTICO ES LA RAMA DE LA MEDICINA QUE ESTUDIA LOS SINTOMAS DE UNA ENFERMEDAD PARA IDENTIFICARLA.

SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN DEBE HACERSE UN EXAMEN COMPLETO DEL NIÑO PARA PODER OBTENER NUESTRAS PROPIAS CONCLUSIONES.

DEBEMOS ELABORAR UNA HISTORIA DEL CASO QUE INCLUYA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- A) MOLESTIA PRINCIPAL DEL PACIENTE
- B) HISTORIA PRENATAL, NATAL Y POSNATAL DE LA INFANCIA DE NUESTROS PACIENTES.

EXAMEN CLINICO

- A) VALORACION GENERAL DEL PACIENTE
- B) RECONOCIMIENTO DETALLADO DE LA BOCA
- C) EXAMENES SUPLEMENTARIOS Y PRUEBAS ESPECIALES

DIAGNOSTICO

QUE ABARCARA TODAS LAS ANORMALIDADES, ETIOLOGIA E IMPORTANCIA DE MANERA SUBSTANCIAL.

DIAGNOSTICO DE LOS PROBLEMAS DE HABITOS ORALES

- 1.- POR MEDIO DEL INTERROGATORIO AL PACIENTE.
- 2.- EXAMINANDO LAS CALLOSIDADES CAUSADAS POR LA SUCCION DEL PULGAR U OTROS DEDOS.
- 3.- ESCUCHANDO SU DICCION.
- 4.- OBSERVANDO LAS ACCIONES DE LA LENGUA DURANTE EL HABLA Y LA DEGLUCION.
- 5.- CONVERSANDO CON LOS PADRES.
- 6.- OBSERVANDO SUS MUSCULOS PERIBUCALES Y LABIALES.

NOTA: SE DEBE TENER CUIDADO PARA EVITAR UN EXCESIVO CELO AL INTERROGAR A LOS JOVENCITOS ACERCA DE LOS HABITOS ORALES. YA QUE LOS CHICOS CLA SE I TIPO 2 TIENDEN A NO SER FELICES, LENTOS PARA MADURAR Y PUEDEN PRESENTAR GRANDES PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO PARA EL ODONTOLOGO: EN ESTE TIPO DE MALOCCLUSION SE ENCUENTRAN MAS NIÑOS QUE NIÑAS.

DEBIDO A QUE UN HABITO ORAL ES CASI SIEMPRE INVOLUCRADO, SE DARAN EJERCICIOS ESPECIALES O ASESORAMIENTO PARA AYUDAR AL READIESTRAMIENTO EN LA DEGLUCION, PARA EVITAR LA RESPIRACION BUCAL NOCTURNA Y READQUIRIR LOS PATRONES DE HABLA CORRECTOS.

READIESTRAMIENTO.- EL READIESTRAMIENTO DEL HABITO ORAL, PLANTEA PROBLEMAS PARA LA MAYORIA DE LOS ODONTOLOGOS GENERALES, POR LO QUE DEBERA CONSULTARSE CON UN FONOAUDILOGO O UN MILOGISTA ORAL ENTRENADO, TERAPISTA DE LENGUAJE O LIC. EN AUDICION Y LENGUAJE.

LOS APARATOS DE ELECCION SON VARIADOS.

BUSQUEDA DE HABITOS ORALES.- SE OBSERVARA QUE SI DURANTE LA DEGLUCION HAY UNA MUECA FACIAL O UNA CONTRACCION EXCESIVA DEL MUSCULO MENTONIANO, UNA CONTRACCION NORMAL DE LOS MUSCULOS TEMPORAL Y MASETERO Y LA COLOCACION NORMAL DE LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES Y PALADAR; Y SI EL PATRON DEL HABITO DEL NIÑO ES ESENCIALMENTE NORMAL DEBERAN SEGUIRSE LOS SIGUIENTES PASOS PARA DETECTAR EL HABITO ORAL:

- 1) CUANDO EL NIÑO NO TIENE CONOCIMIENTO DE LO QUE SE ESTA BUSCANDO SE CHECARA LO SIGUIENTE:
 - A) PERFIL FACIAL
 - B) POSICION DE LOS LABIOS
 - C) POSICION DE LOS LABIOS DURANTE LA DEGLUCION
 - D) TENSIONES RELATIVAS DE LOS LABIOS SUPERIOR E INFERIOR DURANTE LA DEGLUCION

- 2) EXAMINAR LA CAVIDAD BUCAL PARA DETERMINAR EL TAMAÑO Y POSICION DE LA LENGUA EN REPOSO.
 - A) OBSERVAR QUE HACE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCION SI ES POSIBLE.
 - B) OBSERVAR LA SIMETRIA DE LAS POSICIONES INCISALES DE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES SUPERIORES
 - C) MEDIR LAS DIMENSIONES OVERJET Y OVERBITE. SI SE PRESENTAN
 - D) BUSCAR EVIDENCIAS DE RESPIRACION BUCAL
 - E) BUSCAR CALLOSIDADES EN EL DORSO DE LOS DEDOS DE LA MANO PARA ENCONTRAR EL DEDO SUCCIONADO CON MAS FRECUENCIA

AHORA HAREMOS MENCION DE LOS HABITOS ORALES MAS COMUNES DE MENOR A MAYOR INCIDENCIA, LOS CUALES SON:

- A) BRUXISMO
- B) SUCCION DE CARRILLOS
- C) RESPIRADOR ORAL
- D) SUCCION LABIAL
- E) PROTRUSION LINGUAL
- F) SUCCION DIGITAL

HISTORIA CLINICA ESPECIFICA PARA HABITOS ORALES.

TIPO DE HABITO _____ NOMBRE _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

REMITIDO POR: DENTISTA _____ MEDICO _____ OTRO _____ ESPECIFICAR _____

ANOMALIAS CONGENITAS: _____ ESPECIFICAR _____

HOGAR

A) CON QUIEN VIVE EL NIÑO _____

B) NOMBRE, EDAD, SEXO DE LOS HERMANOS: _____

C) CARACTER DE LA MADRE: _____

D) PROBLEMAS CON LOS PADRES: _____

ALIMENTACIONA) ALIMENTACION CON PECHO MATERNO: _____ DURACION _____ MESES _____
EDAD AL DESTETE _____ MESES.B) LACTANCIA POR BIBERON _____ DURACION _____ MESES _____ EDAD AL DESTETE _____
MESES.

C) HABITOS ALIMENTARIOS ACTUALES: _____

D) COMENTARIOS: _____

HABITOS DE SUEÑO

A) SIESTAS, REGULARIDAD, DURACION, POSICION: _____

B) DE NOCHE, CANTIDAD, HORAS, FRECUENCIA DE LAS INTERRUPCIONES, NORMALIDAD, ETC.: _____

C) COMENTARIOS: _____

W.C.

A) ¿CUANDO EMPEZO A CONTROLAR ESFINTERES?: _____

B) ¿CON QUE FRECUENCIA MOJA SU CAMA?" _____

C) ¿TIENE COMPLETO CONTROL DE ESFINTERES?: _____

D) TEMORES DESUSADOS: _____

E) COMENTARIOS: _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL

A) TIPO DE PERSONALIDAD: _____

B) HABITOS DE JUEGO: _____

C) PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: _____

D) RELACION CON LOS AMIGOS: _____

E) REACCION BAJO TENSION: _____

F) LE GUSTA VER PROGRAMAS DE T.V., FRECUENCIA Y TIEMPO: _____

SALUD GENERAL

A) ¿COMO ES SU ESTADO DE SALUD GENERAL?: _____

B) ¿CON QUE FRECUENCIA TIENE RESFRIADOS?: _____

C) ¿EN QUE EPOCAS DEL AÑO SE ENFERMA?: _____

HABITOS

- A) ¿QUE TIPO DE HABITOS PRACTICA?: _____
- B) ¿LO ACOMPAÑA OTRO HABITO?: _____
- C) ¿PRESENTA CAMBIOS DE COLOR, CONSISTENCIA O CALLOSIDADEJ EN ALGUN DEDO O MANO?: _____
- D) PROFUNDIDAD DEL PALADAR DURO: _____
- E) RESPIRA POR LA NARIZ Y CON LA BOCA CERRADA SIEMPRE: _____
- F) DETECTA DIFICULTADES RESPIRATORIAS CONTROLANDO LA RESPIRACION Y EL PASO DE AIRE: _____
- G) OBSERVAR TIPO DE DEGLUCION Y POSICION DE LA LENGUA: _____
- H) LESIONES EN LOS LABIOS: _____
- I) ¿CORRESPONDEN SU DICCION Y SU EDAD?: _____
- J) ¿PRESENTA MORDEDURAS EN LOS CARRILLOS?: _____
- K) ¿INTRODUCE CUERPOS EXTRAÑOS EN SU BOCA?: _____
- L) ¿PRESENTA INDICIOS DE ALGUN HABITO MASOQUISTA?: _____
- M) ¿SE COME LAS UÑAS. CON FRECUENCIA?: _____
- N) ¿EJERCE PRESIONES DAÑINAS EN SU BOCA AL DORMIR, ESTUDIAR O POR PERIODOS PROLONGADOS?: _____

ACTITUD CLINICA

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- ¿EL PACIENTE TIENE MAS DE 3 AÑOS DE EDAD? | SI | NO |
| 2.- ¿ESTA OCASIONANDO PROBLEMAS FAMILIARES EL HABITO? | SI | NO |
| 3.- ¿ESTE HABITO ESTA AUMENTANDO DE INTENSIDAD, FRECUENCIA Y DURACION | SI | NO |

- | | | |
|--|----|----|
| 4.- ¿ESTA CAPACITADO POR SU EDAD Y CAPACIDAD DE DISCERNIMIENTO PARA ENTENDER LOS DAÑOS QUE LE PUEDEN CAUSAR SU MAL HABITO? | SI | NO |
| 5.- ¿EL HABITO SE PRESENTA DURANTE TODO EL DIA? | SI | NO |
| 6.- ¿HA MANIFESTADO EL NIÑO ESPONTANEAMENTE SU INTENCION DE ELIMINARLO? | SI | NO |
| 7.- ¿EL HABITO ESTA CAUSANDO UNA MALOCCLUSION? | SI | NO |
| 8.- ¿ESTA CAUSANDO ESTE HABITO LA FORMACION DE OTROS NUEVOS? | SI | NO |
| 9.- ¿LOS PADRES ESTAN DISPUESTOS A UTILIZAR MEDIOS ORTODONTICOS EN EL TRATAMIENTO DEL HABITO? | SI | NO |
| 10.- ¿ESTA EMPEORANDO LA MALA RELACION ESQUELETICA? | SI | NO |
| 11.- ¿PRESENTA BUENA SALUD EL NIÑO? | SI | NO |
| 12.- ¿PSICOLOGICAMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES? | SI | NO |

BRUXISMO

AL BRUXISMO SE LE CONOCE COMO: PARAFUNCION, NEURALGIA TRAUMATICA, EFECTO - DE KAROLYI Y NEUROSIS DEL HABITO OCLUSAL.

DEFINICION: RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACION DE LOS DIENTES SIN- PROPOSITOS FUNCIONALES DURANTE LA NOCHE.

BRUXOMANIA: HABITO DE RECHINAR LOS DIENTES DURANTE EL DIA. EXISTE EL BRU-- XISMO EXCENTRICO Y CENTRICO. EL BRUXISMO EXCENTRICO ES EL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACION DE LOS DIENTES EN EXCURSIONES EXCENTRICAS, TIE- NE DOBLE FONDO ETIOLOGICO:

- A) DE DOBLE CARGA PSQUICA COMO ES: AGRESION REPRIMIDA, TENSION EMO- CIONAL, ANGUSTIA, TEMOR Y FRUSTRACION.
- B) INTERFERENCIAS OCLUSALES COMO SON: TRAUMATISMOS OCLUSALES MODERA- DOS O DEFECTOS OCLUSALES MENORES, COMO ES UNA CUSPIDE PROMINENTE; EN INDIVIDUOS NEUROTICOS PUEDE DAR COMO RESULTADO HABITO DE TRITU- RACION.

EL BRUXISMO CENTRICO: ES EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES EN CENTRICA.

SECUELAS:

- HIPERTROFIA COMPENSADORA DE ESTRUCTURAS PERIODONTALES
- ENGROSAMIENTO DEL HUESO ALVEOLAR
- AUMENTO DE LA TRABECULACION DEL REBORDE ALVEOLAR
- MAYOR ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL POR ABUNDANCIA DE FIBRAS CO- LAGENAS
- Y UNA MEJOR INSERCIÓN DE LAS FIBRAS DE CEMENTO.

SIGNOS Y SINTOMAS

- PATRONES DE DESGASTE OCLUSAL O INCISAL EN JOVENES
- ASTILLAMIENTO O FRACTURA DE LOS DIENTES
- MOVILIDAD DENTARIA

- LOS DIENTES PRESENTAN CON FRECUENCIA UN SONIDO SORDO A LA PERCUSION Y ODONTALGIA AL MORDER
- HIPEREMIA PULPAR CON HIPERSENSIBILIDAD AL FRIJO
- NECROSIS PULPAR
- AUMENTO DEL TONO E HIPERTROFIA DE MUSCULOS MASTICADORES
- ADOLORAMIENTO DE LOS MUSCULOS MASTICADORES Y SENSIBLES A LA PALPACION
- DOLOR EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
- EXOSTOSIS DE MAXILARES.

EL BRUXISMO ES UN HABITO FRECUENTE EN NIÑOS; GENERALMENTE LO HACEN DURANTE EL SUEÑO, PERO PUEDE OCURRIR DURANTE EL DIA.

ETIOLOGIA

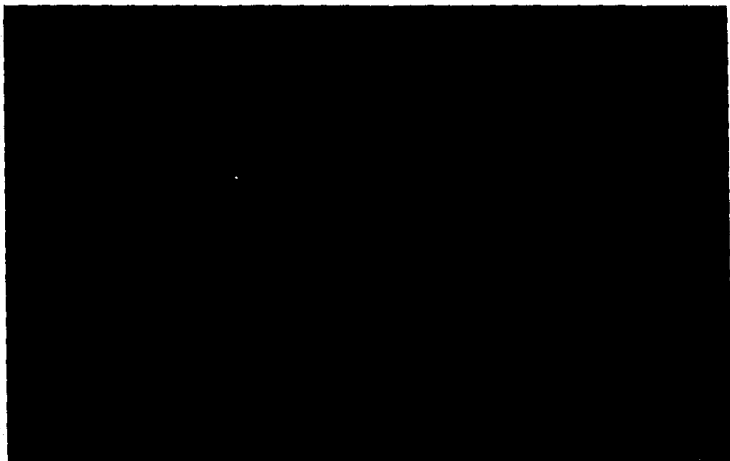
LA ETIOLOGIA DE ESTE HABITO ES CONTROVERTIDA, PUEDE DARSE EN NIÑOS CON PRURITO ANAL DEBIDO AL ENTEROBIUS VERMICULARIS.

LA ATRICION SEVERA, ALGUNAS VECES PUEDE SER OBSERVADA EN NIÑOS PUBERES Y ESTA ASOCIADA ALGUNAS VECES CON EL BRUXISMO, ALGUNOS PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL MUESTRAN ATRICION EXCESIVA CAUSADA POR REFLEJO MUSCULAR BRUXISTA.

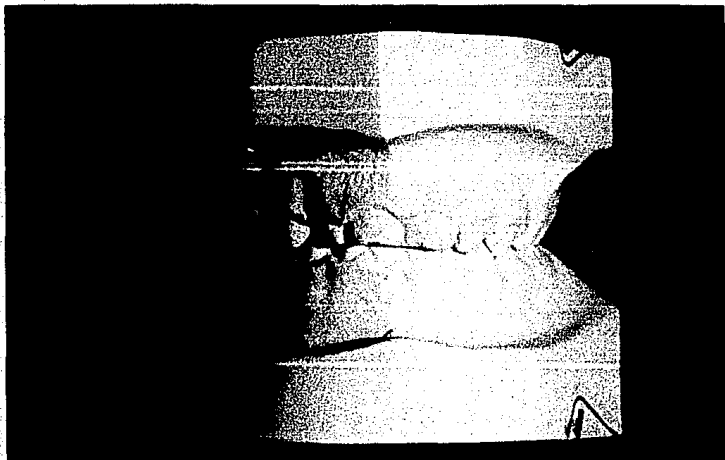
VARIOS INVESTIGADORES CREEN QUE HAY UNA BASE EMOCIONAL PARA ESTE HABITO, PUESTO QUE MUCHOS DE LOS NIÑOS BRUXISTAS SON IRRITABLES; NO OBSTANTE SON NECESARIAS MAS INVESTIGACIONES SOBRE ESTA CUESTION.

TRATAMIENTO

- PSICOTERAPIA
- AUTOSUGESTION
- HIPNOSIS
- EJERCICIOS RELAJANTES Y FISIOTERAPIA
- MASAJE
- CALOR



ASPECTO CLINICO DE UN PACIENTE BRUXISTA DONDE SE OBSERVA
EL DESGASTE INCISAL.



MODELOS DE ESTUDIO DEL MISMO PACIENTE.

- ELIMINACION DEL DOLOR
- AJUSTE OCLUSAL
- PLACAS Y FERULAS PARA MORDIDA

EN NIÑOS CON DENTICION PRIMARIA EL USO DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE PARA RESTAURAR TEJIDO CORONARIO Y RECUPERAR LA DIMENSION VERTICAL.

EN NIÑOS CON DENTICION MIXTA EL TRATAMIENTO SERA LA PROVISION DE FERULAS - DE GOMA BLANDA QUE BRINDARAN ALIVIO.

CON ALGUNOS NIÑOS PUEDE SER VENTAJOSO CONSULTAR AL PEDIATRA.

SI EL HABITO ES DAÑINO PARA LA A.T.M. PUEDE SER ESTABLECIDO UN FERULIZADO PERO NO SIEMPRE ES EFECTIVO EN NIÑOS.

SUCCION DE CARRILLOS

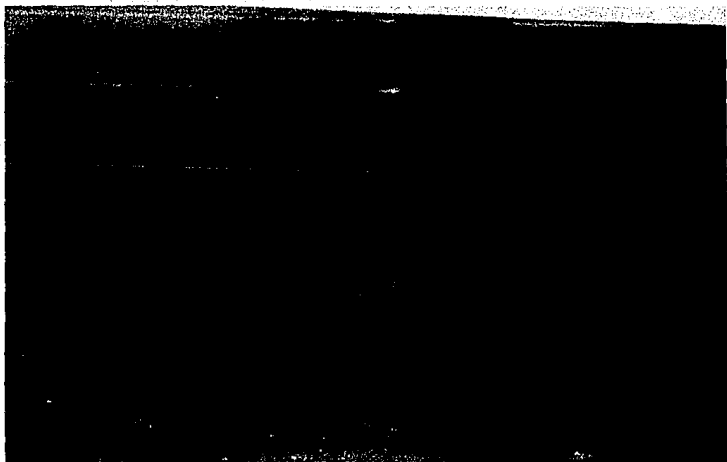
GENERALMENTE SE ACOMPAÑA CON MORDEDURA DE CARRILLOS, (MILCOPAGIA).

LOS PACIENTES COLOCAN LA PARTE BUCAL GRUESA ENTRE LOS DIENTES MANDIBULARES Y MAXILARES CON LA PORCION LINGUAL DE LOS DIENTES EN LA REGION POSTERIOR, - DANDO COMO RESULTADO UNA MORDIDA ABIERTA UNILATERAL.

ETIOLOGIA.- EL NIÑO QUE CAE EN ESTO SUELE ESTAR PASANDO POR STRESS EMOCIONAL QUE CON FRECUENCIA ES EL RESULTADO DE INFELICIDAD Y CONFLICTOS EN EL HOGAR.

TRATAMIENTO.- CONSISTE EN LA COLOCACION DE UN APARATO PARA SEPARAR EL CARRILLO DE LOS DIENTES. SI EL PACIENTE COOPERA, PUEDE RESTABLECERSE Y POR SI SOLO SE RECUPERA.

PARA UN MAYOR EXITO DEL TRATAMIENTO SE DEBE CONTAR CON LA AYUDA DEL PSICOLOGO INFANTIL, PSIQUIATRA O CONSEJERO DE LA FAMILIA, EL ODONTOLOGO LLEVARA EL HABITO A LA ATENCION DE LOS PADRES Y EFECTUARA RECOMENDACIONES DE ASESORAMIENTO TERAPEUTICO.



ASPECTO CLINICO DE UN NIÑO DE 8 AÑOS QUE PRESENTA
RESPIRACION ORAL.

RESPIRACION ORAL

LA ESPIRACION Y LA INSPIRACION POR BOCA PUEDE CONducIR A VARIOS PROBLEMAS OROFACIALES.

FISIOLÓGICAMENTE EL AIRE EXPULSADO POR LOS PULMONES DEBE SUBIR POR LA TRÁQUEA, PASAR POR FOSAS NAALES Y SALIR POR NARIZ, ESTE MECANISMO AYUDA AL DESARROLLO DE LA NARIZ Y AL CRECIMIENTO DEL TERCIO MEDIO DE LA CARA.

MECANISMO DE RESPUESTA BUCAL.

LA MANDIBULA SE ABRE, LOS LABIOS SE SEPARAN LA LENGUA SE DEPRIME Y SE CREA UNA SALIDA PARA EL AIRE.

ETIOLOGIA.- LOS FACTORES ETIOLOGICOS QUE PUEDEN SER CAUSANTES DE LA RESPIRACION BUCAL SON:

- DEFORMIDADES Y OBSTRUCCIONES NASOFARINGEAS
- OBSTRUCCION PREVIA DE VIAS RESPIRATORIAS
- HIPERTROFIA DE CORNETES
- DESVIACION DEL TABIQUE NASAL
- RINITIS ALERGICA
- HIPERTROFIA DE ADENOIDES Y AMIGDALAS
- MACROGLOSTIA
- IRRITACIONES FRECUENTES DE LA MUJOSA NASAL, CAUSADAS POR FRECUENTES-PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN LAS VIAS AEREAS ALTAS.
- DISTURBIOS SISTEMICOS POR CONTROL MUSCULAR ANORMAL Y DISFUNCION NERVIOSA
- LABIO SUPERIOR ANORMALMENTE CORTO
- CICATRIZ ALREDEDOR DE LA BOCA
- EN MALOCCLUSIONES DE LA DENTICION MIXTA DE CLASE II, DIVISION I, CON RESPIRACION BUCAL ASOCIANDOSE A MENUDO CON EXCESIVO TEJIDO LINFOIDEEPIFARINGEO.

CONSECUENCIAS

EN LA RESPIRACION NASAL, EL AIRE CHOCA CONTRA EL PALADAR Y FAVORECE EL CRECIMIENTO DEL PALADAR, LA LENGUA ESTA APOYADA EN EL PALADAR POR LO QUE AYUDA A SU DESARROLLO.

EN LA RESPIRACION ORAL AL FALTAR ESTA PRESION EL PALADAR DEJA DE ESTAR ESTIMULADO Y TIENDE A CONTRAERSE LATERALMENTE, LO QUE PRODUCE EL LLAMADO PALADAR OJIVAL QUE SE VE FAVORECIDO POR LA DISTENSION DE LOS MUSCULOS BUCCINADORES, MEJILLAS Y SE CREA UNA MORDIDA CRUZADA BILATERAL, AL PROTUIRSE EL MAXILAR Y SEPARARSE LOS LABIOS LA LENGUA ESTA BAJA Y AVANZADA, EL LABIO INFERIOR SE INTERPONE ENTRE LOS INCISIVOS LO QUE DA LA DEGLUCION ATIPICA.

OTRO DE LOS PROBLEMAS OROFACIALES QUE SE PRESENTAN POR ESTE HABITO PUEDEN SER:

- PATRON DE CRECIMIENTO MAS VERTICAL
- RADIOGRAFICAMENTE REVELA UNA LONGITUD FACIAL MAYOR
- TENDENCIA HACIA MANDIBULA Y MAXILAR RETROGNATICOS
- INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES EN POSICION RETRUSIVA
- MORDIDA CRUZADA POSTERIOR POR MAXILAR ESTRECHO
- TENDENCIA A MORDIDA ABIERTA
- MALOCCLUSION CLASE II Y CLASE III
- ENCIA HIPERPLASICA E INFLAMADA (POR AIRE SECO)

EVALUACION

EN LA EVALUACION AL PACIENTE CON ESTE HABITO ES IMPORTANTE CUIDAR QUE EL PACIENTE ESTE DESPREVENIDO. LA MAYORIA DE LAS PERSONAS CUANDO SE PERCATAN QUE SE ESTA OBSERVANDO SU MODO DE RESPIRAR LO HARAN POR LA NARIZ. A UN RESPIRADOR ORAL QUE SE LE SOLICITA CERRAR SUS LABIOS Y RESPIRAR PROFUNDAMENTE NO MODIFICARA APRECIABLEMENTE EL TAMAÑO Y CONTORNO EXTERNO DE LAS NARINAS. UN RESPIRADOR NASAL, GENERALMENTE TIENE BUEN CONTROL SOBRE LOS MUSCULOS ALARES Y PUEDE DILATAR LAS VENTANAS NASALES CUANDO RESPIRA PROFUNDAMENTE.

OTRO MECANISMO DE DIAGNOSTICO, ES LA COLOCACION DE UNA PEQUEÑA MOTA DE ALGODON O UN PEDAZO DELGADO DE PAPEL ALTERNATIVAMENTE ENFRENTA DE LA NARIZ Y DE LA BOCA. EL ALGODON Y EL PAPEL SE MOVERAN DE ACUERDO AL MOVIMIENTO DEL AIRE DE LA NARIZ O DE LA BOCA. ESTA PRUEBA ES MAS SEGURA CUANDO LOS NIÑOS ESTAN DORMIDOS PARA EVITAR QUE SE DEN CUENTA, POR LO QUE SE INSTRUIRA A LOS PADRES PARA LA REALIZACION DE ESTA PRUEBA EN CASA. UN ESPEJO PUEDE SER USADO TAMBIEN PARA EVALUAR LA COLOCACION DE LA NEBLINA DE AIRE CALIENTE EXPULSADO.

EN ALGUNOS CASOS ES NECESARIA LA CONSULTA AL OTORRINOLARINGOLOGO, PARA TERMINAR LA EXISTENCIA DE ADENOIDES O AMIGDALAS GRANDES O PROBLEMAS DEL SEPTUM NASAL.

TRATAMIENTO

PARA CORREGIR EL HABITO PRIMERO ES NECESARIO LA REMOCION DE LA CAUSA ANATOMICA O FUNCIONAL.

EN ALGUNOS CASOS DE RESPIRACION ORAL, PUEDE CONTINUAR EL HABITO AUN DESPUES DE LA CORRECCION DE LA PATOLOGIA, SI LA CAUSA NO ES PSICOLOGICA SE INSTRUIRA AL PACIENTE CON EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE LABIO.

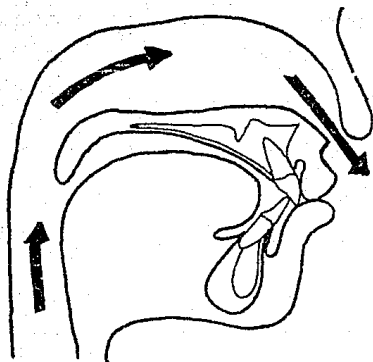
LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS CONSISTEN EN INHALAR Y EXHALAR PROFUNDAMENTE POR 5-10 MINUTOS DE 3-4 VECES DIARIAMENTE CON LOS LABIOS CERRADOS FRENTE A UN ESPEJO. SE PUEDEN UTILIZAR VARIOS METODOS PARA REEDUCAR AL PACIENTE A RESPIRAR A TRAVES DE LA NARIZ.

EL PACIENTE, NO LOS PADRES, COLOCARAN UNA TAPA O UNA BANDA ADHESIVA A LA BOCA POR UNOS MINUTOS CADA DIA (MENOS DE 5 MINUTOS Y DE 3 A 4 VECES AL DIA).

APARATOLOGIA

PANTALLA ORAL.- PUEDE SER COLOCADA UNA PANTALLA ORAL POR EL PACIENTE. LA PANTALLA ORAL TIENE LA VENTAJA QUE PUEDE SER ACTIVADA POR EL INCREMENTO DE ESPESOR DE ACRILICO EN AREAS SELECTIVAS Y PUEDE AYUDAR A REPOSICIONAR LOS DIENTES.

RESPIRACION NORMAL

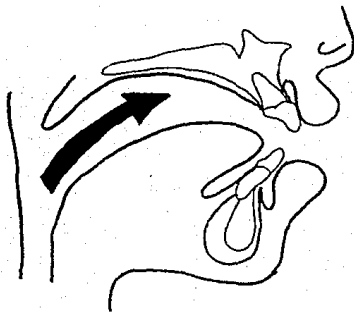


FISIOLOGICAMENTE EL AIRE EXPULSADO POR-
LOS PULMONES, DEBE SUBIR POR LA TRAQUEA,
PASAR POR LAS FOSAS NAALES Y SUBIR POR
LA NARIZ.

- LA RESPIRACION NASAL ES MAS DIFICIL QUE LA BUCAL POR LO QUE LA PANTALLA REQUIERE PEQUEÑOS ORIFICIOS AL INCIO DEL TRATAMIENTO E IRLOS CERRANDO GRADUALMENTE A MEDIDA QUE EL PACIENTE SE ADAPTA.
- ALEJA LA PRESION DEFORMANTE DE LABIOS Y LENGUA SOBRE DIENTES ANTERIORES, SUPERIORES E INFERIORES.
- DESALIENTA TANTO LA SUCCION DEL PULGAR COMO EL EMPUJE LINGUAL, ASI COMO LA POSICION POSTURAL ANORMAL DE LA LENGUA Y LOS LABIOS.
- ESTIMULA EL EJERCICIO MUSCULAR AUMENTANDO LA TONACIDAD Y SIRVIENDO COMO LIBERADOR DE TENSION.
- LA PRESION HACIA LINGUAL DE LA PANTALLA ORAL PUEDE RETRUIR INCISIVOS SUPERIORES Y ENDEZARLOS, CERRANDO AL MISMO TIEMPO LOS ESPACIOS.

INSTRUCCION AL PACIENTE

- DEBERA USARLO TODAS LAS NOCHES Y DURANTE EL DIA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE.
- HACER EJERCICIOS CON LOS LABIOS VARIAS VECES AL DIA DURANTE 30 A 40 MINUTOS CADA 24 HORAS.
- LOS LABIOS DEBEN MANTENERSE EN CONTACTO TODO EL TIEMPO PARA AUMENTAR EL EFECTO DEL APARATO Y MEJORAR EL SELLADO LABIAL.
- SE CONTROLA AL PACIENTE CADA 6 U 8 SEMANAS UNA VEZ QUE SE HA ADAPTADO Y SE TIENE LA SEGURIDAD DE QUE SE USARA.



RESPIRADOR BUCAL

PUEDE SER CONSTRUIDA DE CUALQUIER MATERIAL COMPATIBLE CON LOS TEJIDOS ORALES, NO DEBEN SER IRRITANTES A LA MUCOSA VESTIBULAR. SE DEBE TENER CUIDADO EN LA SOBREEXTENSION DEL ACRILICO PARA PROTEGER EL DELICADO TEJIDO.

CON UNA ANSA DE ALAMBRE A LA PARTE ANTERIOR DE LA PANTALLA, TOMANDO DEL ANSA Y AL MISMO TIEMPO TRATAR DE RESISTIR LA FUERZA CON LOS MUSCULOS LABIALES, OTROS UTILIZAN UN BOTON E HILO INSERTANDO EL BOTON EN LINGUAL Y DANDO INSTRUCCION AL PACIENTE DE QUE HAGA EJERCICIOS DURANTE POR LO MENOS MEDIA HORA POR DIA, TIRANDO EL HILO Y RESISTIENDO LA TRACCION ANTERIOR -- QUE SE HACE SOBRE LA PANTALLA CON LOS LABIOS.

PANTALLA VESTIBULAR.- ESTA PUEDE HACERSE CON PEQUEÑOS CRIFICIOS EN LA PANTALLA E IRSE REDUCIENDO GRADUALMENTE DE TAMAÑO, AL TIEMPO QUE EL PACIENTE SE ACOSTUMBRA A UTILIZARLO.

ESTE APARATO ES UTIL PARA REDUCIR O ELIMINAR LA RESPIRACION BUCAL POSTOPERATORIA Y PARA AUMENTAR LA NASAL.

DOBLE PANTALLA ORAL.- SE FIJA LA PANTALLA VESTIBULAR OTRA LINGUAL MAS PEQUEÑA CON DOS ALAMBRES DE 0.9 MM. QUE PASAN A TRAVES DE LA MORDIDA EN LA ZONA DEL INCISIVO LATERAL.

ES UTIL EN LOS CASOS DE EMPUJE LINGUAL Y MORDIDA ABIERTA.

ESTE APARATO TIENE EL POTENCIAL DE ELIMINAR SIMULTANEAMENTE LA RESPIRACION BUCAL, EL EMPUJE LINGUAL Y LA PROTRUSION DENTARIA.

VENTAJAS DE LA PANTALLA ORAL DOBLE

- IMPIDE LA RESPIRACION BUCAL
- LA ACTIVIDAD AEREA NASAL ESTIMULA LOS TEJIDOS DE NARIZ, DE LOS SENOS Y LA CIRCULACION PARAMASAL, PUEDE TENER INFLUENCIA FAVORABLE SOBRE EL CRECIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS CONTIGUAS.

SUCCION LABIAL

LAS ANOMALIAS DE POSICION NO SOLO SON CAUSADAS O INTENSIFICADAS POR CIRCUNSTANCIAS ANATOMICAS, ESQUELETICAS O DENTARIAS, TAMBIEN EL HABITO DE MORDER Y/O CHUPARSE EL LABIO INFERIOR CONDUCE A UN RESALTO OVERJET SAGITAL AUMENTADO ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES HACIA LABIAL Y LOS INFERIORES HACIA LINGUAL, PUDIENDO SER ESTA INCLINACION TAN FUERTE QUE LOS SUPERIORES YA NO CUBREN A LOS INFERIORES EN SENTIDO VERTICAL (OVERBITE) ORIGINANDO UNA MORDIDA ABIERTA, PRODUCIENDO UNA LESION SEMICIRCULAR EN EL LABIO INFERIOR, ESTA LESION ESTA SUJETA A GRIETAS Y A INFECCIONES SOBRE AGREGADOS COMO EL IMPETIGO. CUANDO LA SITUACION ESQUELETICA ES NORMAL GENERALMENTE BASTARA CON SUPRIMIR EL HABITO PARA CONSEGUIR LA NORMALIZACION EXPONTANEA.

SIN EMBARGO PARA EVITAR LA APARICION DE ESTOS PROBLEMAS ES RECOMENDABLE DESACOSTUMBRAR A LOS NIÑOS NO MAS ALLA DE LOS 2 O 3 AÑOS DE EDAD.

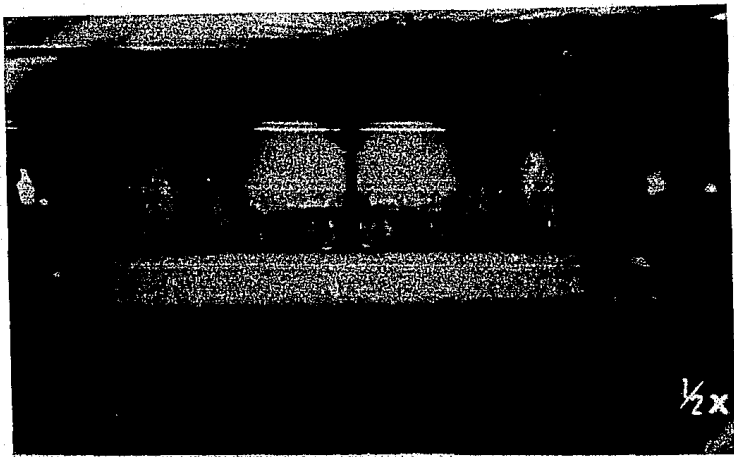
NO ES POSIBLE DAR UNA RECETA UNIVERSAL CONTRA LOS HABITOS, EL ODONTOLOGO JUNTO CON LOS PADRES BUSCARAN LA SOLUCION PARA CADA CASO EN PARTICULAR HACIENDO USO DE HABILIDAD PSICOLGICA, ADEMAS DE LOS ARTIFICIOS MECANICOS.

LAS MAL POSICIONES DENTARIAS OCASIONADAS POR ESTE HABITO SE DEBE GENERALMENTE A LA FUERZA EJERCIDA POR EL LABIO INFERIOR ENTRE LOS DIENTES MANDIBULARES Y MAXILARES, LA CUAL ES CAPAZ DE MOVER LOS INCISIVOS MAXILARES LABIALMENTE Y LOS MANDIBULARES LINGUALMENTE, GENERALMENTE SE PRESENTA EN ESTE HABITO UN MUSCULO MENTONIANO HIPERACTIVO DANDO COMO RESULTADO UN COLAPSO DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL ARCO.

EN ESTOS CASOS ESTA INDICADO UN ARCO DE SOPORTE LINGUAL COMO MEDIDA PREVENTIVA.

TRATAMIENTO

ESTA INDICADA LA CONSTRUCCION DE UN "LIPBUMPER" COMO MEDIDA PARA INHIBIR LA PRESTION MUSCULAR Y MENTONIANA SOBRE LOS DIENTES.



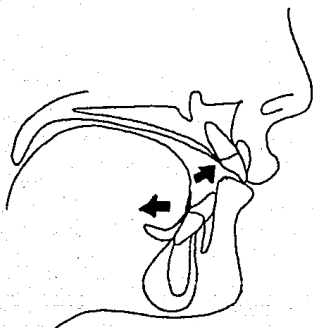
PACIENTE DE DOCE AÑOS DE EDAD AL QUE SE LE COLOCO
UN "LIPBUMPER" PARA CORREGIR EL HABITO DE SUCCION
LABIAL.

DISEÑO

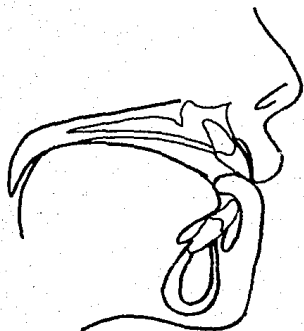
BANDAS CON TUBOS SE COLOCARAN SOBRE LOS MOLARES, UN ARCO LABIAL DE ALAMBRE (DE 0.040) CONTORNEANDO, EL ACRILICO SE COLOCA SOBRE EL ALAMBRE LEJOS DE LOS DIENTES Y SIN INTERFERENCIA OCLUSAL, DOS CONTORNEADORES SON SOLDADOS AL ALAMBRE, SE DEBE TENER CUIDADO AL ELABORAR EL LIPBUMPER DE ACRILICO PARA NO PROVOCAR IRRITACION EN LA MUCOSA LABIAL.

ESTE DESPLAZA AL LABIO ANTERIORMENTE HACIENDO DIFICIL QUE SE RETRAIGA Y -- QUEDE ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES.

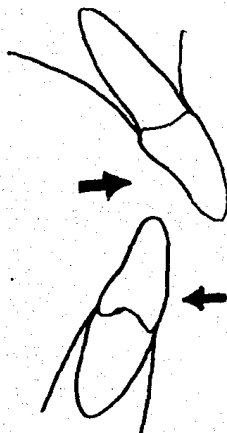
EL LIPBUMPER PUEDE SER REMOVIBLE O FIJO SEGUN EL TIPO DE PACIENTE. PARA EL MEJOR FUNCIONAMIENTO DEL APARATO ES NECESARIO LA COOPERACION DEL NIÑO.



HABITO DE LABIO



MORDISQUEO DE LABIO INFERIOR



PROBLEMA DE POSICION CAUSADO POR EL HABITO

PROTRUSION LINGUAL

EN ESTE HABITO LA LENGUA TOMA UNA POSICION ANORMAL DURANTE LA DEGLUCION, EN MUCHOS CASOS OCASIONA PROTRUSION Y FORMACION DE DIASTEMAS EN - LOS DIENTES MAXILARES, PRODUCIENDO UNA MORDIDA ABIERTA, PUESTO QUE LA CONTINUA INTERPOSICION DE LA FUERTE MUSCULATURA DE LA LENGUA FRENA EL DESARROLLO VERTICAL NORMAL DE LA APOFISIS ALVEOLAR Y DE LOS DIENTES.

LOS HABITOS DE POSICION ANORMAL DE LENGUA Y DE PROTRUSION LINGUAL SON DIFICILES DE CORREGIR.

EN LOS CASOS MAS SEVEROS, LA LENGUA PROTRUYE ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES-MAXILARES Y MANDIBULARES.

AUNQUE PARECE SER QUE ESTE HABITO TIENE UN DECREMENTO NORMAL A MEDIDA - QUE AUMENTA LA EDAD, SE PRESENTA EN EL 97% DE LOS RECIEN NACIDOS, EN UN -- 80% ENTRE LOS 5 Y 6 AÑOS Y A LOS 12 AÑOS SOLO SE OBSERVA EN UN 3%.

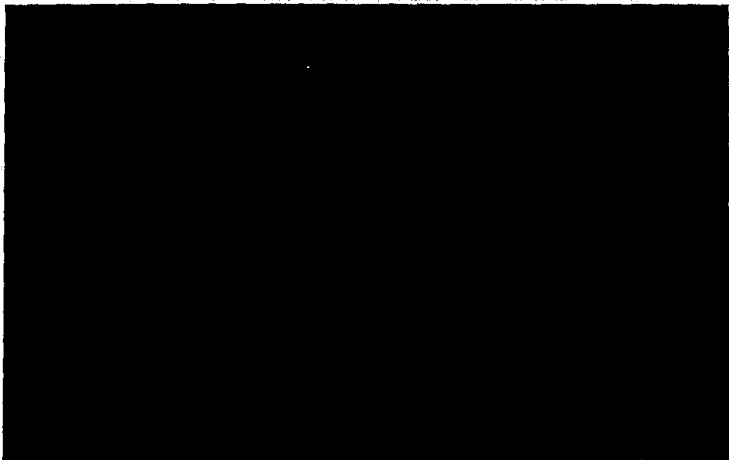
EL MOMENTO MAS FAVORABLE PARA UNA CORRECCION ESPONTANEA DESPUES DE HABER - SUPRIMIDO EL MAL HABITO SE PRESENTA EN LA EPOCA DEL RECAMBIO DE LOS DIEN-- TES ANTERIORES, CUANDO SE DA A LOS DIENTES PERMANENTES LA OPORTUNIDAD DE - ERUPCIONAR HACIA UNA POSICION NORMAL.

CONSECUENCIAS

- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
- DEGLUCION ATIPICA

TRATAMIENTO

- COLOCACION DE ELASTICOS ORTODONTICOS
- PANTALLA PALATINA QUE PUEDE SER REMOVIBLE O FIJA
- EJERCICIOS CON OBLEA SIN AZUCAR, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE:
 - A) SE COLOQUE LA OBLEA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA
 - B) LEVANTE LA LENGUA HASTA QUE LA OBLEA TOQUE EL PALADAR
 - C) COLOQUE LA PUNTA DE LA LENGUA DETRAS DE LA BARRERA DEL RECORDADOR DE HABITOS REMOVIBLES DE ACRILICO, AL TRAGAR UBIQUE LA LENGUA DETRAS DEL RECORDATORIO LINGUAL.



PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA HABITO DE PRO
TRUSION LINGUAL.

- D) AL IRSE DISOLVIENDO LA OBLEA, TRAGUE PERO NO PERMITA QUE LA LENGUA SE APARTE DE LA BARRA
- E) SE CONTINUA EL EJERCICIO HASTA QUE LA OBLEA SE DISUELVA
- F) SE RECOMIENDA POR LO MENOS 3 VECES AL DIA ESTE EJERCICIO.

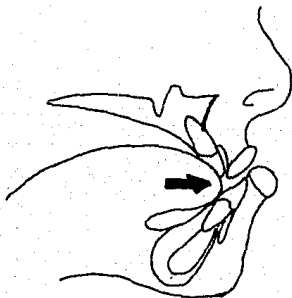
RECOMENDACIONES AL PACIENTE

- NO HACERLO MIENTRAS MIRA TELEVISION O EN PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS
- NO HACER ESTE EJERCICIO SENTADO EN FORMA ERGUIDA NI ACOSTADO.
- HACERLO EN POSICION RECLINADA (MEDIO SENTAR)

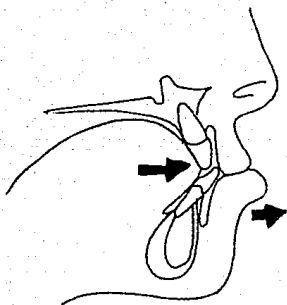
LA TERAPIA MIOFUNCIONAL PUEDE SER DE AYUDA PARA ALGUNOS NIÑOS Y ESTARIA INDICADA UNA CONSULTA PARA EVALUAR LA NECESIDAD DE LA TERAPIA.

EL READIESTRAMIENTO EN ESTOS PACIENTES PARA LLEVARLOS A UNA DEGLUCION MAS ACCEPTABLE REQUIERE DE UNA FONIATRIA O TERAPISTA DEL LENGUAJE, ENTRENADO EN TERAPIA LINGUAL.

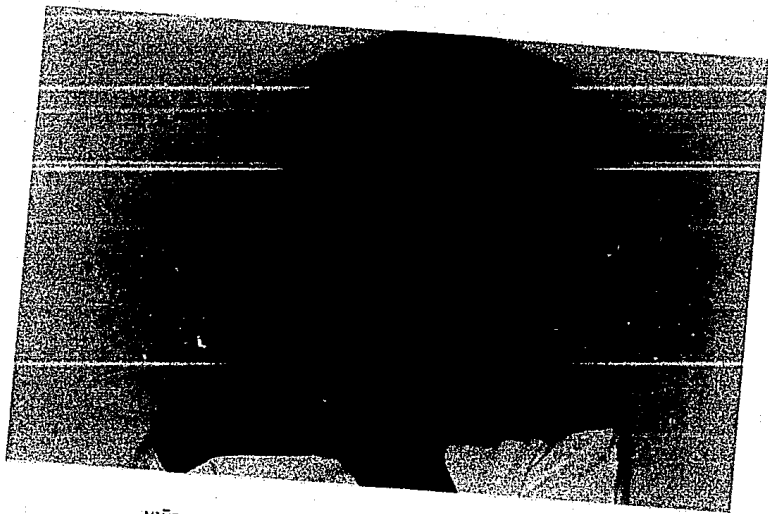
ES OPINION DE MUCHOS FONIATRAS; UN NIÑO QUE PROTRUYE LA LENGUA AL DEGLUTIR, LO HARA TAMBIEN AL HABLAR DANDO COMO RESULTADO UN "CECEO".



PROTRUSION LINGUAL

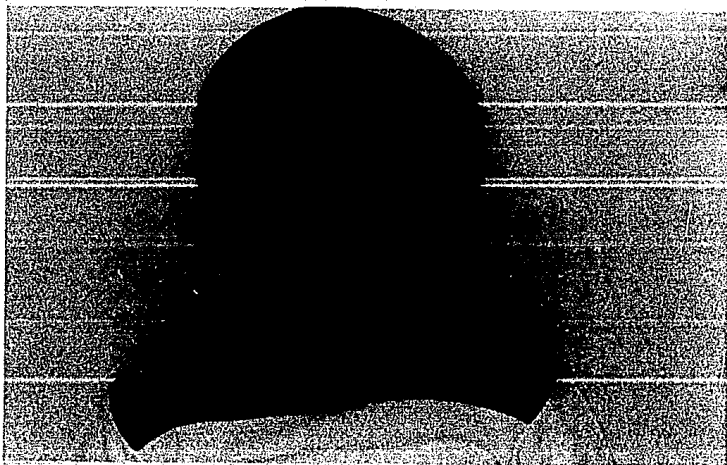


**PROTRUSION LINGUAL, FAVORECE AL
PROGNATISMO.**



NIÑO DE 7 AÑOS DE EDAD CON HABITO DE SUCCION DEL DEDO INDICE
DE LA MANO IZQUIERDA.

SUCCION DE DEDO



NIÑO DE 7 AÑOS DE EDAD QUE MUESTRA CONSECUENCIAS POR LA
PRESENCIA DE UN HABITO ORAL.

SUCCION DIGITAL

LA SUCCION DEL PULGAR U OTRO DEDO ES EL HABITO MAS FRECUENTE PRODUCTOR DE ANORMALIDADES EN LAS RELACIONES MANDIBULARES.

DURANTE LA PRIMERA INFANCIA (0 A 3 AÑOS) SE ADQUIEREN HABITOS ORALES QUE PUEDEN CONSIDERARSE NORMALES, TAMBIEN SE PRESENTAN EN NIÑOS QUE ESTAN -- IRRITADOS O TIENEN HAMBRE.

INFORMES EPIDEMIOLOGICOS HAN DEMOSTRADO QUE LA SUCCION DE DEDO TIENE LUGAR APROXIMADAMENTE EN EL 20% DE LOS NIÑOS EXAMINADOS.

LA SUCCION DIGITAL ES UNA ACTIVIDAD ESPONTANEA QUE PUEDE PRESENTARSE POCO DESPUES DEL NACIMIENTO.

ALGUNAS INVESTIGACIONES MUESTRAN EVIDENCIAS DE QUE PUEDE PRESENTARSE AUN EN LA ETAPA PRENATAL.

ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS TRES MESES SU INTENSIDAD SE AUMENTA HASTA LOS -- SIETE MESES Y DESPUES GENERALMENTE DECRECE CON EL DESARROLLO DE OTRAS AC TIVIDADES MOTORAS.

SE CONSIDERA CONDUCTA NORMAL EN LA PRIMERA ETAPA DE LA INFANCIA, SI EL HA BITO NO SE HA RETIRADO PARA LA EDAD DE 4 A 5 AÑOS DEBERA CONSIDERARSE UN TRATAMIENTO.

KLEIN, DISTINGUE ENTRE:

SUCCION SIGNIFICATIVA, LA CUAL SUGIERE LA EXISTENCIA DE UNA RELACION PSI COLOGICA DIRECTA CAUSA EFECTO Y LA; SUCCION VACIA, LA CUAL SE REFIERE A -- UNA ACCION DE CHUPARSE EL DEDO SIN CAUSA DETECTABLE (HABITO SIMPLE).

ZADIK.- ENCONTRO UNA ASOCIACION INVERSA ENTRE SUCCION DE UN DEDO Y SUCCIO NAR UN CHUPON, ALGUNAS VECES ES POSIBLE INTENTAR UN SUSTITUTO DEL DEDO POR UN CHUPON DE DISEÑO APROPIADO QUE PUEDE SER MENOS DAÑINO, EL CUAL DEBE -- SER SUPRIMIDO EN EL MOMENTO CORRECTO. (EN LA PRIMERA INFANCIA) EL NIÑO --

PUEDE SER PRIVADO MAS FACILMENTE DEL CHUPETE QUE DE LA SUCCION EXCESIVA DE LOS DEDOS.

LAMENTABLEMENTE LA POSICION VENTRAL DEL LACTANTE TAN EN BOGA HOY EN DIA LE PROPORCIONA UNA OPORTUNIDAD CASI IDEAL DE ENCONTRAR SU PULGAR PARA LA SUCCION, MIENTRAS QUE EL CHUPETE EN ESA POSICION SE CAE PRONTO DE LA BOCA Y - MOLESTA AL NIÑO AL QUEDARLE DEBAJO DE LA CARA.

FRECUENTEMENTE EL HABITO ES DEJADO ANTES DE LA APARICION DE LOS DIENTES -- PERMANENTES, CUANDO EL PEQUEÑO COMIENZA LA ESCUELA DEBIDO A LA PRESION DE- LOS COMPAÑEROS.

LA MORDIDA ABIERTA ESTA EN MUCHAS OCASIONES ASOCIADA CON UN ININTERRUMPIDO, CONSTANTE Y PERSISTENTE HABITO DE SUCCION DIGITAL, FRECUENTEMENTE CON DES- PLAZAMIENTO OSEO DE LAS ESTRUCTURAS ANTERIORES Y/O CAUSAR LINGUOVERSION.

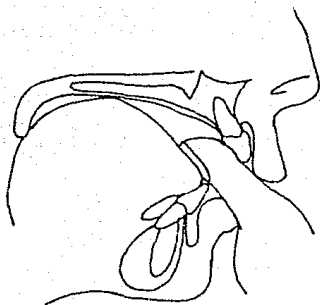
AUN CUANDO EL HABITO NO ESTE PRESENTE POR MUCHO TIEMPO, LA LENGUA O EL LA- BIO PUEDEN INTRODUCIRSE EN EL ESPACIO ABIERTO PERMITIENDO EL DESARROLLO DE MALOCLUSIONES Y PROBLEMAS DE DICCION.

LOS DEFECTOS DE DICCION SON PARTICULARMENTE NOTADOS EN EL USO DE PALABRAS- QUE CONTENGAN LAS LETRAS "S O Z", EL SONIDO SE ESCUCHARA COMO "TH" CON LA- LENGUA OCUPANDO EL ESPACIO ENTRE LOS DIENTES.

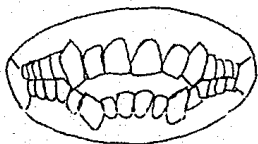
SI EL HABITO ES ELIMINADO ANTES DE LA APARICION DE LOS DIENTES PERMANENTES LA MORDIDA ABIERTA SE CORREGIRA SOLA. SI EL HABITO PERSISTE ES FRECUENTE- EL DESARROLLO DE PROBLEMAS OCLUSALES.

EN EL MANEJO DE UN HABITO DE SUCCION DIGITAL LA EDAD DEL NIÑO Y EL TIPO DE MALOCLUSION PRESENTE SON DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA. LA DURACION, INTENSI- DAD Y FRECUENCIA DEL HABITO DEBERAN SER MEDIDAS.

SE HA OBSERVADO QUE ESTE HABITO ESTA PRESENTE EN EL 50% EN NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD, DEL 15 AL 20% EN NIÑOS DE 6 AÑOS Y EL 5% EN NIÑOS DE 9 A 14 AÑOS.



SUCCION DIGITAL



MORDIDA ABIERTA CAUSADA POR
HABITO DE SUCCION DIGITAL.

TRATAMIENTO, -

ES IMPORTANTE QUE LA FAMILIA NO RIDICULICE NI PRESIONE AL PEQUEÑO, PORQUE CUANDO SE INVOLUCRAN PROBLEMAS EMOCIONALES, DIFICULTARA EL TRATAMIENTO Y DISMINUIRA LA COOPERACION DEL PEQUEÑO.

ANTES DE INTENTAR CUALQUIER APARATOLOGIA SE DEBERAN USAR METODOS MAS SENCILLOS; COMO EL COLOCAR VENDAS EN EL DEDO, PASTAS O SOLUCIONES DE SABOR - DESAGRADABLE UNTADAS EN EL DEDO, LOGRAR LA COOPERACION DEL NIÑO MEDIANTE EL ENTENDIMIENTO DEL DAÑO QUE SE ESTA CAUSANDO A SU DENTADURA, MUCHAS VECES CON ESTO SE LOGRA QUE UN HABITO QUE ERA INCONSCIENTE LLEGUE A TRANSFORMARSE EN CONSCIENTE HASTA DESAPARECER.

CUANDO ESTAS MEDIDAS FALLAN ENTONCES SERA NECESARIO RECURRIR A LA APARATOLOGIA COMO: PANTALLAS ORALES, APARATO DE HOWLEY, EL MAS UTILIZADO ES LA TRAMPA DIGITAL QUE PUEDE SER SENCILLA O CON ESTIMULO (RASTRILLO).

EL TIEMPO QUE DEBE ESTAR EN EL PACIENTE PARA QUE EXISTA UN 91% DE EXITO SERA 10 MESES.

SE DEBERAN ESTABLECER METAS A CORTO PLAZO PARA PERMITIR QUE EL NIÑO OBSERVE UN EFECTO POSITIVO DEL APARATO Y FORMA INMEDIATA DE EXITO.

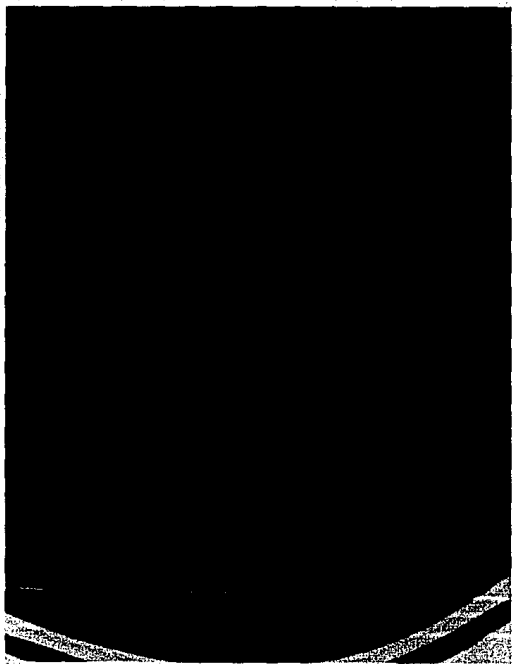
EL EXITO DEL USO DE UN APARATO REMOVIBLE DEPENDE DE LO SIGUIENTE.

- GANAR LA TOTAL CONFIANZA DEL NIÑO
- EXPLICAR AL NIÑO LOS BENEFICIOS DEL APARATO Y MOLESTIAS QUE PUDIESENTENER
- FABRICACION
- BANDAS O CORONAS DE ACERO INOXIDABLE
- ALAMBRE DE 1 MM PARA SOLDAR POR PUNTAS O MEDIANTE SOLDADURA LAS PROLONGACIONES DE LA PANTALLA PALATINA

LAS ANSAS O PROLONGACIONES SE INCLINAN HACIA PALATINO DE MANERA QUE QUEDEN POR DETRAS DE INCISIVOS SUPERIORES. EL DISEÑO DE ESTE APARATO TENDRA QUE SERVIR PARA CORREGIR EL MAL ALINEAMIENTO O LA ROTACION DE LOS DIENTES PARA QUE EL NIÑO VEA LA SENSACION DE EXITO DEL APARATO Y REFUERCE EL DESSEO DE INTERRUPTIR EL HABITO.



PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD, LA CUAL PRESENT
TA HABITO DE SUCCION DE PULGAR.



NOTESE LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
DE LA MISMA PACIENTE.



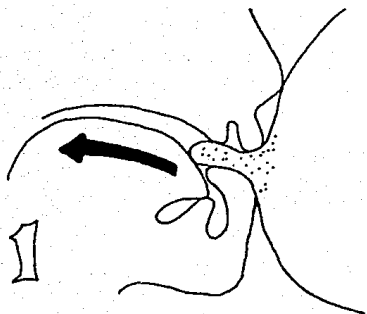
ACERCAMIENTO DE LA BOCA DE LA MISMA
NIÑA DE 8 AÑOS EN DONDE SE APRECIA-
LA MORDIDA ABIERTA.

RELACION DE LOS HABITOS DE SUCCION Y EMPUJE LINGUAL CON LA MALOCCLUSION

UN PATRON DE DEGLUCION NORMAL DE UN BEBE ES MUY PARECIDO AL EMPUJE LINGUAL, CON LA PUNTA DE LA LENGUA INTERPUESTA ENTRE LOS REBORDES GINGIVALES PARA CONTACTAR EL LABIO INFERIOR Y OBTENER UN SELLADO PARA LA DEGLUCION.

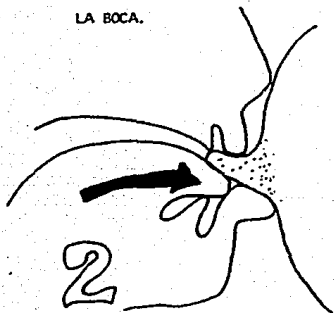
FISIOLOGIA DE LA DEGLUCION.

- LA LENGUA DEL NEONATO ESTA RESTRINGIDA EN SUS MOVIMIENTOS QUE SUELEN SER HACIA ARRIBA Y ABAJO.
- EN LA 4A. SEMANA DE VIDA. LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA HACIA ATRAS, AL PRINCIPIO ESTE MOVIMIENTO PRODUCE UNA PROYECCION DE LA PUNTA DE LA LENGUA HACIA ABAJO, HACIA EL FRENILLO Y MAS TARDE LA LENGUA SE PROYECTA AL LABIO INFERIOR.
- EN LA 12A. SEMANA A LA PRESENTACION DEL PEZON LA LENGUA APLANADA PUEDE ESTAR EN EL BORDE DEL LABIO O MAS ALLA, LA LENGUA SE TORNA ACTIVA Y FORMA UN SURCO DE MANERA RITMICA.
- A LAS 16 SEMANAS EN REACCION DEL ALIMENTO SOLIDO LA LENGUA TIENDE A EYECTAR LOS ALIMENTOS A CAUSA DEL PREDOMINIO DE LA PAUTA DE PROYECCION LINGUAL.
- A LA PRESENTACION DEL PEZON O CUCHARA LA LENGUA VA HACIA ATRAS Y HASTA PUEDE HUNDIRSE A MODO DE ANTICIPACION.
- LOS MOVIMIENTOS LATERALES DE LA LENGUA RELACIONADOS CON LA MASTICACION SE TORNA MAS DEFINIDA, LOS CARRILLOS PARECEN HUNDIRSE Y COOPERAR CON LOS MOVIMIENTOS LATERALES DE LA LENGUA.
- A LOS 2 AÑOS, EL NIÑO TIENE CIERTA HABILIDAD PARA PASARSE LA LENGUA POR EL LABIO SUPERIOR.
- A LOS 3 AÑOS EL NIÑO BARRE TODO EL LABIO SUPERIOR CON EL MAYOR CONTROL DE LA LENGUA LLEGA UNA TRANSICION MAS RAPIDA DE DEGLUCION ATIPICA A UNA DEGLUCION ADULTA.
- HABITUALMENTE A LOS 5 AÑOS LA MANDIBULA TIENE CONTACTO MOLAR POSTERIOR EN LA DEGLUCION, CON LA LENGUA UBICADA DETRAS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y MANTENIENDO LOS LABIOS RELAJADOS.



DÉGLUCION INFANTIL

EN UNA PRIMERA FASE RETRAEN LA LENGUA AL TIEMPO QUE INTRODUCEN EN LA BOCA EL PEZON, ACOMPAÑADO DE LABIO INFERIOR QUE ENTRA EN LA BOCA.



EN UNA SEGUNDA FASE EMPujan LA LENGUA Y EL LABIO FUERA DE LA BOCA.

PATRON NORMAL DE LA DEGLUCION

- DURANTE LA DEGLUCION LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION FACIAL NO SON USADOS.
- LOS MUSCULOS DE MASTICACION TRAEN LOS DIENTES Y MANDIBULA JUNTOS Y LOS MANTIENEN JUNTOS DURANTE EL ACTO COMPLETO DE LA DEGLUCION, CON LOS LABIOS CERRADOS Y EN ACTITUD DE REPOSO.
- LA PUNTA DE LA LENGUA SE CONFINA AL ARCO DENTAL DURANTE LA DEGLUCION.

PATRON ANORMAL DE LA DEGLUCION

- POR CONTRACCION LABIAL
- FALLAS CON EL SEGMENTO BUCAL O EL CONTACTO DE MOLARES, EN OTRAS PALABRAS LOS DIENTES PERMANECEN CERRADOS.
- POR PROTRUSION DE LENGUA ENTRE INCISIVOS Y/O LOS DIENTES BUCALES DURANTE EL ACTO DE DEGLUCION.
- LA POSICION ANTERIOR DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCION ES NORMAL EN LOS LACTANTES POR LO QUE MUCHOS CREEN QUE ES UNA ETAPA NORMAL DEL DESARROLLO.

LA TRANSICION DE LA FORMA INFANTIL DE DEGLUTIR A LA DEL ADULTO PUEDE OCURRIR HASTA LA PUBERTAD.

NO OBSTANTE EN LOS NIÑOS QUE TIENEN HABITO DE SUCCION DIGITAL, CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR PROPORCIONAN UNA VIA PERFECTA PARA LA PROTRUSION LINGUAL, CUANTO MAS PERSISTENTE SEA EL HABITO DE SUCCION DEL PULGAR, MAS DIFICIL SERA QUE EL PATRON DE LA DEGLUCION MADURE HACIA LO NORMAL.

ES NECESARIO CONSIDERAR QUE LAS MAL POSICIONES DE LOS DIENTES ANTERIORES CAUSADOS POR LA SUCCION DEL PULGAR SE MANTENDRAN O EMPEORARAN POR UN HABITO DE DEGLUCION ABERRANTE.

CAUSAS DE LA PROYECCION DE LA LENGUA

ES UNA DE TRES CONDICIONES O LA COMBINACION DE ELLAS.

- 1).- MOVIMIENTO HACIA EL FRENTE DE LA LENGUA ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES PARA TOCAR EL LABIO INFERIOR DURANTE LA FASE INICIAL DE LA DEGLUCION.
- 2).- DIRIGIR LA LENGUA HACIA EL FRENTE ENTRE O CONTRA LA DENTICION ANTERIOR CON LA MANDIBULA ABIERTA DURANTE EL HABLA.
- 3).- UN MOVIMIENTO DE LA LENGUA HACIA EL FRENTE CONTRA O ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES CUANDO SE ESTA EN REPOSO.

RAZONES ANATOMICAS.

- LA LENGUA CRECE CASI AL TAMAÑO DEL ADULTO A LA EDAD DE 8 AÑOS.
- LA MANDIBULA TIENE UNA DIMENSION DE 50% DE LA DEL ADULTO PARA ESTA EDAD.
- LAS AMIGDALAS Y LAS ADENOIDES ALCANZAN CASI DOS VECES EL TAMAÑO DEL ADULTO, A LOS DOCE AÑOS Y ENTONCES RETROCEDEN.

ESTA COMBINACION DE UNA LENGUA GRANDE EN UNA CAVIDAD ORAL PEQUEÑA, REQUIERE QUE EL NIÑO TRANSPORTE LA LENGUA EN POSICION ALTA Y AL FRENTE PARA CONSERVAR ABIERTAS LAS VIAS RESPIRATORIAS.

EN LA PUBERTAD, ENCONTRAMOS UN CRECIMIENTO ACELERADO DE LA MANDIBULA Y UNA DISMINUCION EN LA CANTIDAD DEL TEJIDO LIPOIDE CONTRIBUYENDO AMBOS A UN INCREMENTO EN EL ESPACIO OROFARINGEO Y A UN CAMBIO DE LA LENGUA A UNA POSICION MAS POSTERIOR.

LA RETRACCION DE LA LENGUA PARA LA DEGLUCION NORMAL ES DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE LA LENGUA HACE MUCHO PARA DAR FORMA AL REBORDE ALVEOLAR Y AYUDA A ESTABLECER LA INCLINACION AXIAL DE LOS DIENTES EN ESPECIAL LOS INCISIVOS.

A MEDIDA QUE EL NIÑO MADURA LA ACTIVIDAD DE EMPUJE LINGUAL VA DISMINUYENDO HACIA LO NORMAL, CON CAMBIOS EN LA POSICION LINGUAL Y AL CIERRE DE LOS DIENTES DURANTE LA DEGLUCION.

TRATAMIENTO.

LA PANTALLA VESTIBULAR HA RESULTADO SER UN APARATO VERSATIL Y POR CIERTO SUMAMENTE SIMPLE EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES TEMPRANAS DEL ARCO DENTARIO CUANDO SON CAUSADAS O AGRAVADAS POR UNA FUNCION MUSCULAR DEFECTUOSA.

YA QUE LOS LABIOS EJERCEN PRESION A TRAVES DEL PLASTICO CONTRA LA PARTE ANTERIOR DE LA DENTADURA Y SU SOPORTE ALVEOLAR Y EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PANTALLA ES ANCHA PARA MANTENER LA PRESION DE LOS CARRILLOS ALEJADOS DE LOS DIENTES POSTERIORES (2 A 3 MM) DE SEPARACION DE CADA LADO EN LA ZONA DE PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS, ASI PERMITE QUE LA LENGUA MOLDEE Y EXPANDA LOS ARCOS DENTARIOS ANGOSTOS.

CON ESTE APARATO SE PUEDEN INTERCEPTAR LA RESPIRACION BUCAL, SUCCION DEL PULGAR, EL HABITO DE CHUPAR EL DEDO Y PARA CORREGIR LAS PROTRUSIONES ALVEOLARES EN DESARROLLO O LAS MORDIDAS ABIERTAS.

EL READIESTRAMIENTO PARA UNA DEGLUCION NORMAL, SERA A BASE DE EJERCICIOS MUSCULARES SUPERVISADOS POR EL ODONTOLOGO, EL KINESIOLOGO Y EL FONIATRA.

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

LOS NIÑOS QUE PRESENTAN MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, TIENEN GENERALMENTE ANTECEDENTES DE UN HABITO DE SUCCION Y AUN CUANDO EL HABITO ORIGINAL SE HA YA ERRADICADO LA MORDIDA ABIERTA PERSISTIRA SI EXISTE UN EMPUJE LINGUAL-MODERADO.

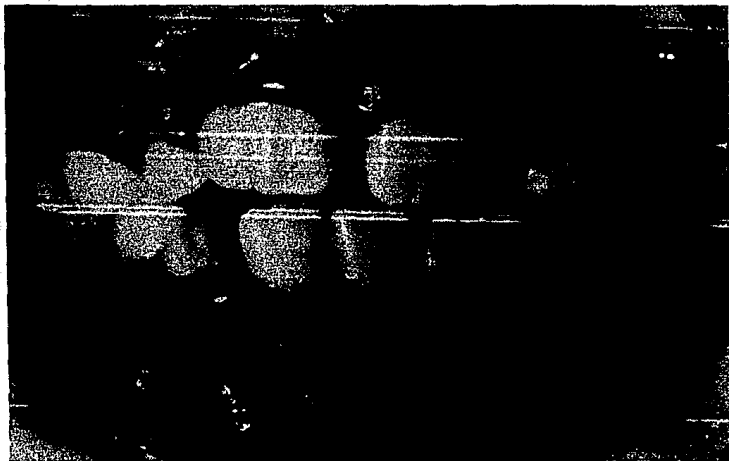
DEBEMOS RECORDAR QUE LA MORDIDA ABIERTA A LA QUE NOS REFERIMOS ES LA ESPACIADA Y QUE LOS DIENTES INVOLUCRADOS SON LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES Y QUE PUEDE SER TRATADA POR EL ODONTOLOGO GENERAL O EL ODONTOPEDIATRA, YA SEA CON EL USO DE UNA PANTALLA ORAL REMOVIBLE SOSTENIDA EN SU LUGAR POR PRESION LABIAL O CON EL USO DE APARATOS QUE EJERCEN FUERZA DE-RESORTE CONTRA LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS INCISIVOS PARA RETRO-CEDERLOS A SU CORRECTO ALINEAMIENTO.

EN EL TRATAMIENTO DE LA MORDIDA ABIERTA, EL EXITO DEPENDERA DEL CUIDADO-QUE SE PUSO EN EL DIAGNOSTICO Y EN LA SELECCION DE LA APARATOLOGIA, ASI-COMO LA COOPERACION DEL NIÑO Y SU DESEO DE AYUDAR AL ODONTOLOGO EN LOS PASOS DEL TRATAMIENTO.

DISTORSION DEL ESPACIO EN EL ARCO POR LOS HABITOS ORALES.

LA MAYORIA DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN HABITOS ORALES DE LARGA DURACION -PRESENTAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA ARCOS DISTORSIONADOS, COMO SIMETRIA-PERTURBADA DE LA PORCION ANTERIOR DE LOS ARCOS SUPERIOR E INFERIOR, PERDIDA DE ESPACIO PARA LA ERUPCION DE LA DENTICION PERMANENTE.

LOS HABITOS DE SUCCION, EMPUJE LINGUAL Y COMPRESION LABIAL INCISAL PUE-DEN TRATARSE POR MEDIO DE APARATOLOGIA SELECCIONADA CUIDADOSAMENTE.



PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD, EN LA QUE SE OBSERVA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR COMO CONSECUENCIA DEL HABITO DE SUCCION DEL PULGAR.

JUEGOS ORALES

EN REALIDAD SON OTROS TIPOS DE HABITOS ORALES CAPACES DE CAUSAR UN MOVIMIENTO O POSICION ANORMAL DE LOS DIENTES Y ENTRE LOS QUE PODEMOS AGRUPAR:

- MORDISQUEO DE LA LENGUA
- EMPUJE LINGUAL LATERAL - (PROVOCA FESTONEAMIENTO EN LA LENGUA POR LA FUERZA EJERCIDA)
- MORDISQUEO DE CARRILLOS
- IMPULSION DEL FRENILLO (PROVOCANDO DIASTEMAS ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES)
- MORDER O CHUPAR ALGUN OBJETO

EL ODONTOLOGO DEBE CONSIDERAR QUE SIEMPRE HAY UNA RAZON PARA UNA MALPOSICION DENTARIA, EL ESCRIBIR "CAUSA DESCONOCIDA" SE DEJARA SOLAMENTE COMO ULTIMO RECURSO.

I. INVESTIGACION DE CAMPO

MATERIALES Y METODOS

EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION SE UTILIZO EL SIGUIENTE MATERIAL:

101 EXPEDIENTES

4 LAPICES

2 GOMAS

20 HOJAS DE PAPEL

CALCULADORA

COMPUTADORA

METODO

EN UN PERIODO DE OCHO DIAS SE REVISARON 101 EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DE LA UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

LOS HALLAZGOS ORALES ENCONTRADOS FUERON DIFERENTES, POR LO QUE SE LES CONSIDERARA COMO UNA SOLA ENTIDAD.

CASO CLINICO

MATERIAL

PACIENTE FEMENINO DE 2 AÑOS 10 MESES DE EDAD CON HABITO DE SUCCION DIGITAL.

HISTORIA CLINICA DE HABITOS ORALES

MODELOS DE ESTUDIO

MODELOS DE TRABAJO

DIAPOSITIVAS Y FOTOGRAFIAS

BANDAS PREFABRICADAS

ALAMBRE ORTODONTICO

RADIOGRAFIA PANORAMICA

METODO

SE HA OBSERVADO A LA PACIENTE DURANTE 2 AÑOS 10 MESES SE ELABORO LA H. C. DE HABITOS ORALES.

PRIMERAMENTE SE INTENTO ERRADICAR EL HABITO CON METODOS SENCILLOS POR MEDIO DE ALABANZAS Y TRATANDO DE QUE ENTENDIERA EL DAÑO QUE ESTA CAUSANDO A SU DENTADURA, AL FRACASAR ESTAS MEDIDAS, SE RECURRIO A LA APARATOLOGIA, LA CUAL CONSISTE EN UNA TRAMPA DE DEDO,

PASOS

- 1.- TOMA DE FOTOGRAFIAS Y DIAPOSITIVAS
- 2.- OBTENCION DE LOS MODELOS DE ESTUDIO Y TRABAJO
- 3.- RADIOGRAFIA
- 4.- DISEÑO DEL APARATO Y FABRICACION DEL MISMO
- 5.- COLOCACION DEL APARATO

PRONOSTICO

FAVORABLE, DEBIDO A QUE EL HABITO ESTA PASANDO DE LA INCONSCIENCIA A LA CONCIENCIA. Y SU FRECUENCIA A DISMINUIDO ASI COMO LA INTENSIDAD Y DURACION.

CASO CLINICO

SE OBSERVA PACIENTE FEMENINO DESDE SU ETAPA PRENATAL HASTA LA FECHA.

PACIENTE LA CUAL OCUPA EL TERCER LUGAR EN SU FAMILIA, CON PADRES DE NIVEL SOCIO-ECONOMICO ALTO, RAZONABLES Y COOPERADORES.

DURANTE LA ETAPA PRENATAL NO SE OBSERVO NINGUNA ALTERACION, A LOS 7 MESSES DE GESTACION SE REALIZO ULTRASONIDO EL CUAL NO REGISTRO NINGUNA ALTERACION.

AL TERMINO DEL EMBARAZO, EL CUAL FUE DE 40 SEMANAS DE GESTACION, SE INDUJO EL TRABAJO DE PARTO DURANTE 12 HORAS, SIENDO ESTE PARTO NORMAL.

SE LE INICIO LA ALIMENTACION CON LECHE MATERNA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 3 MESES DE VIDA, COMBINADO CON BIBERON.

DESPUES DE TRES MESES DE VIDA SE LE INICIO LA ALIMENTACION SOLIDA, COMPLEMENTADA CON FORMULA.

EL HABITO DE SUCCION DEL PULGAR SE PRESENTO A LOS 4 MESES DE VIDA, A LOS 7 MESES DE VIDA DISMINUYO SU FRECUENCIA PRESENTANDOSE UN HABITO SECUNDARIO (ENREDARSE EL CABELLO CON EL DEDO INDICE DE LA MANO IZQUIERDA).

HASTA LA FECHA ESTE HABITO SE PRESENTA EN LA PACIENTE CUANDO QUIERE -- DORMIR.

SI HABLAMOS DE LA TRIADA DE FACTORES QUE MODIFICAN EL HABITO, PODEMOS-DECIR QUE SU DURACION Y FRECUENCIA HA DISMINUIDO, SIN EMBARGO LA INTE^NSIDAD HA AUMENTADO, POR LO QUE SE OBSERVA EL DIGITAL PULGAR CON CALLOSIDADES.

LO QUE HA OCASIONADO UNA DIMENSION HORIZONTAL Y VERTICAL ANORMAL.

TRATAMIENTO

PARA LA ELIMINACION DEL HABITO SE HA INTENTADO HACER COMPRENDER A LA PACIENTE POR MEDIO DE SUS PADRES, EL DAÑO QUE ESTA OCASIONANDO ESTE HABITO A SU DENTADURA Y A SU DEDO.

OBSERVANDOSE QUE EL HABITO ESTA PASANDO DE LA ETAPA " INCONSCIENTE A LA CONSCIENTE " .

SIN EMBARGO SE COLOCO APARATOLOGIA PARA AYUDARLE A ELIMINAR EL HABITO.

PRONOSTICO

SE PIENSA QUE ES FAVORABLE PORQUE LA NIÑA MANIFIESTA EL DESEO DE ELIMINAR EL HABITO Y ESTA COOPERANDO.

HISTORIA CLINICA ESPECIFICA PARA HABITOS DE NIÑOS.

TIPO DE HABITO succión de pulgar NOMBRE Penisse Gpe. Real Carrera
 DIRECCION 2a. Cerrada av. IMAN. Mz. FL26 TELEFONO 664-18-04
 REMITIDO POR: DENTISTA _____ MEDICO _____ OTRO _____ ESPECIFICAR _____
 ANOMALIAS CONGENITAS: NO ESPECIFICAR _____

HOGAR

- A) CON QUIEN VIVE EL NIÑO Con sus padres.
 B) NOMBRE, EDAD, SEXO DE LOS HERMANOS: F. Elizabeth, 8 años
Karina, 7 años.
 C) CARACTER DE LA MADRE: Activa
 D) PROBLEMAS CON LOS PADRES: Ninguno

ALIMENTACION

- A) ALIMENTACION CON PECHO MATERNO: SI DURACION 30' MESES 3
 EDAD AL DESTETE 3 MESES.
 B) LACTANCIA POR BIBERON SI DURACION 2' MESES 2/11 EDAD AL DESTETE _____
 MESES.
 C) HABITOS ALIMENTARIOS ACTUALES: Dieta normal
 D) COMENTARIOS: La niña todavía se reusa a dejar por completo el biberón.
Existe sobreprotección por parte del padre.

HABITOS DE SUEÑO

- A) SIESTAS, REGULARIDAD, DURACION, POSICION: Una vez al día, durante hora
y media, posición ventral.

B) DE NOCHE. CANTIDAD, HORAS, FRECUENCIA DE LAS INTERRUPCIONES, FORMALIDAD, ETC.: Duerme por lo general de 10 a 12 horas.

C) COMENTARIOS: sin interrupciones

W.C.

A) ¿CUÁNDO EMPEZO A CONTROLAR ESFINTERES?: A los 2 años

B) ¿CON QUE FRECUENCIA MOJA SU CAMA? -----

C) ¿TIENE COMPLETO CONTROL DE ESFINTERES?: SI

D) TEMORES DESUSADOS: NO

E) COMENTARIOS: Ninguno

COMPORTAMIENTO SOCIAL

A) TIPO DE PERSONALIDAD: Activa

B) HABITOS DE JUEGO: Corre, hojea revistas, alimenta a sus muñecas.

C) PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: NO

D) RELACION CON LOS AMIGOS: Buena

E) REACCION BAJO TENSION: Tímidez

F) LE GUSTA VER PROGRAMAS DE T.V., FRECUENCIA Y TIEMPO: SI
de 1 a 2 horas diarias.

SALUD GENERAL

A) ¿COMO ES SU ESTADO DE SALUD GENERAL?: Buena

B) ¿CON QUE FRECUENCIA TIENE RESFRIADOS?: Cada 6 meses

C) ¿EN QUE EPOCAS DEL AÑO SE ENFERMA?: En invierno.

HABITOS

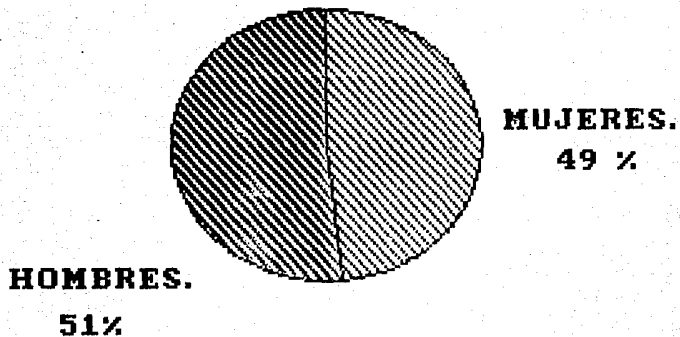
- A) ¿QUE TIPO DE HABITOS PRACTICA?: Succión del pulgar
- R) ¿LO ACOMPAÑA OTRO HABITO?: enredarse el cabello
- C) ¿PRESENTA CAMBIOS DE COLOR, CONSISTENCIA O CALLOSIDADES EN ALGUN DEDO O MANO?: SI, en el dedo pulgar derecho.
- D) PROFUNDIDAD DEL PALADAR DURO: normal
- E) RESPIRA POR LA NARIZ Y CON LA BOCA CERRADA SIEMPRE: SI
- F) DETECTA DIFICULTADES RESPIRATORIAS CONTROLANDO LA RESPIRACION Y EL PASO DE AIRE: NO
- G) OBSERVAR TIPO DE DEGLUCION Y POSICION DE LA LENGUA: Devolución infantil
- H) LESIONES EN LOS LABIOS: NO
- I) ¿CORRESPONDEN SU DICCIÓN Y SU EDAD?: SI
- J) ¿PRESENTA MORDEDURAS EN LOS CARRILLOS?: NO
- K) ¿INTRODUCE CUERPOS EXTRAÑOS EN SU BOCA?: NO
- L) ¿PRESENTA INDICIOS DE ALGUN HABITO MASOQUISTA?: NO
- M) ¿SE COME LAS UÑAS, CON FRECUENCIA?: NO
- N) ¿EJERCE PRESIONES DAÑINAS EN SU BOCA AL DORMIR, ESTUDIAR O POR PERIODOS PROLONGADOS?: NO

ACTITUD CLINICA

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- ¿EL PACIENTE TIENE MAS DE 3 AÑOS DE EDAD? | SI | NO |
| 2.- ¿ESTA OCASIONANDO PROBLEMAS FAMILIARES EL HABITO? | SI | NO |
| 3.- ¿ESTE HABITO ESTA AUMENTANDO DE INTENSIDAD, FRECUENCIA Y DURACION | SI | NO |

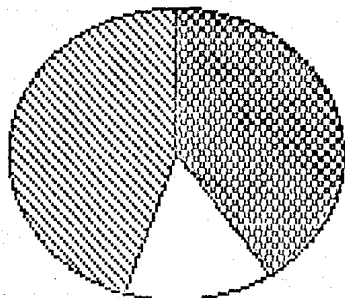
- | | | |
|--|----|----|
| 4.- ¿ESTA CAPACITADO POR SU EDAD Y CALIDAD DE DISCERNIMIENTO PARA ENTENDER LOS DAÑOS QUE LE PUEDEN CAUSAR SU MAL HABITO? | SI | NO |
| 5.- ¿EL HABITO SE PRESENTA DURANTE TODO EL DIA? | SI | NO |
| 6.- ¿HA MANIFESTADO EL NIÑO ESPONTANEAMENTE SU INTENCION DE ELIMINARLO? | SI | NO |
| 7.- ¿EL HABITO ESTA CAUSANDO UNA MALOCLUSION? | SI | NO |
| 8.- ¿ESTA CAUSANDO ESTE HABITO LA FORMACION DE OTROS NUEVOS? | SI | NO |
| 9.- ¿LOS PADRES ESTAN DISPUESTOS A UTILIZAR MEDIOS ORTODONTICOS EN EL TRATAMIENTO DEL HABITO? | SI | NO |
| 10.- ¿ESTA EMPEORANDO LA MALA RELACION ESQUELETICA? | SI | NO |
| 11.- ¿PRESENTA BUENA SALUD EL NIÑO? | SI | NO |
| 12.- ¿PSICOLOGICAMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES? | SI | NO |

% EXPEDIENTES REVISADOS.



% DE MUJERES CON HABITOS.

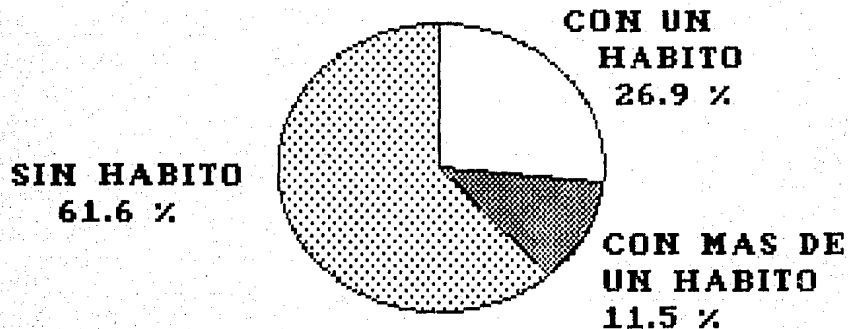
SIN HABITO
45 %



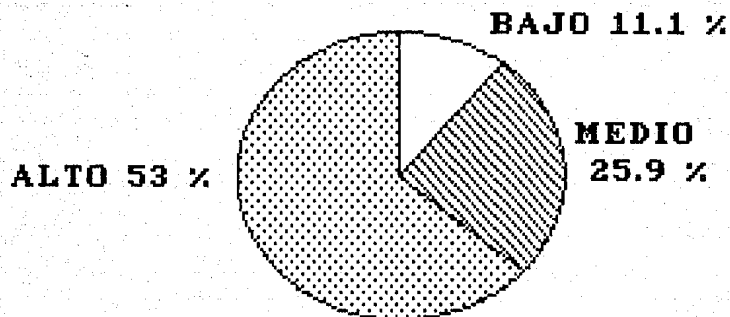
CON UN
HABITO
40.8 %

CON MAS DE UN
HABITO 14.2 %

% DE HOMBRES CON HABITOS.

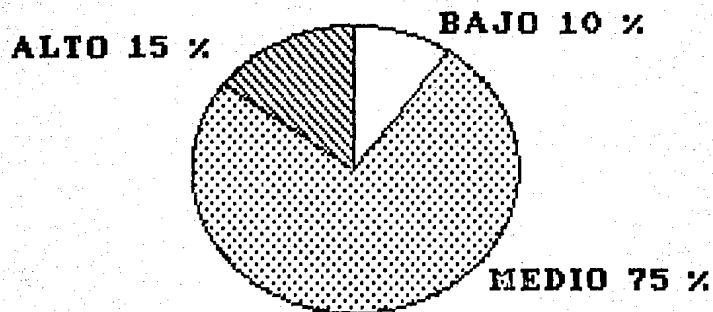


DE ACUERDO A NIVEL
SOCIO-ECONOMICO.



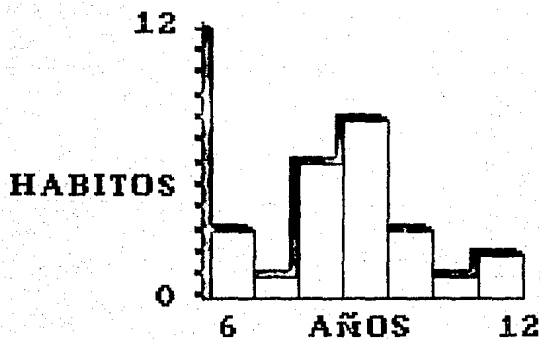
(MUJERES)

DE ACUERDO A NIVEL
SOCIO-ECONOMICO.



(HOMBRES)

DE 6-12 AÑOS CON
HABITOS ORALES.



RESUMEN

SE OBSERVA QUE LA MAYOR INCIDENCIA DE HABITOS ES EN MUJERES Y QUE EL NIVEL MEDIO ES DONDE MAS SE PRESENTA.

ASI COMO QUE LA MAYORIA DE LOS HABITOS ESTAN LIGADOS A PROBLEMAS PSICOLOGICOS O EMOCIONALES Y QUE PARA EL TRATAMIENTO DE ESTOS, ES NECESARIO QUE SE TRABAJE EN EQUIPO (PADRES-PACIENTE-ODONTOLOGO).

CONCLUSIONES

LOS HABITOS ORALES PUEDEN SER PRODUCTO TANTO EN PROBLEMAS PSICOLOGICOS - COMO BIOLÓGICOS Y SE DEBEN ATACAR TOMANDO EN CUENTA SU ETIOLOGIA, BUSCANDO LO MAS ADECUADO A CADA CASO DE MANERA QUE SE AYUDE EFECTIVAMENTE A LA SALUD FISICA Y MENTAL DEL PACIENTE.

AL PRODUCIR DEFICIENCIAS ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS, PSICOLOGICAS Y ESTETICAS, LOS HABITOS ORALES PERNICIOSOS HACEN QUE EL NIÑO SE SIENTA DIFERENTE A LOS DEMAS PRODUCIENDOLES INADAPTACION SOCIAL Y PERDIDA DE LA SEGURIDAD EN SI MISMO.

EL PRIMER PASO IMPORTANTE A REALIZAR EN LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO - PRECOZ DE LOS HABITOS PERNICIOSOS ORALES, ES EL PROPORCIONAR UNA ADECUADA EDUCACION A LOS PADRES, RESPECTO A LOS PROBLEMAS QUE ESTOS OCASIONAN, PARA QUE SEAN ELLOS LOS QUE NOS AYUDEN EN LA CORRECCION DE LOS PEQUEÑOS-PACIENTES.

SE LES HACE COMPRENDER EL EFECTO NOCIVO QUE CAUSAN ESTOS EN LA CARA Y -- LOS MAXILARES, OBLIGANDOLOS A PRESTAR MAYOR ATENCION EN LA PREVENCION PARA EVITAR LA CORRECCION POSTERIOR; PREVENCION QUE POR MUCHAS RAZONES NO ES LOGRADA CON EFICACIA HASTA LA FECHA.

ES IMPORTANTE REALIZAR UN ESTUDIO CUIDADOSO DEL CASO PARA CONOCER LA -- ETIOLOGIA, YA QUE ESTOS PUEDEN SER SINTOMAS DE TRASTORNOS NEUROLOGICOS, FISIOLÓGICOS, O PSICOLOGICOS Y SE PUEDE CAER EN UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MAL DIRIGIDO E INCLUSO CONTRAPRODUENTE, SI NO SE HACE UN EXHAUSTIVO ANALISIS DEL CASO.

SE MENCIONAN DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS ENTRE LOS CUALES DEBE ESCOGERSE EL ADECUADO A CADA CASO. CONSIDERANDO QUE EXISTEN VENTAJA EN COMBINAR VARIOS METODOS, YA QUE BRINDAN LA OPORTUNIDAD DE TRATAR UN CASO - DESDE VARIOS PUNTOS DE VISTA CON MAYORES PROBABILIDADES DE EXITO.

SI NO CONTAMOS CON LA COLABORACION DEL PACIENTE. NINGUN TRATAMIENTO DARA RESULTADOS FAVORABLES POR LO QUE ES INDISPENSABLE QUE EL PACIENTE DESEE-

ELIMINAR EL HABITO.

LAS MEDIDAS QUE DEBEMOS ACONSEJAR PARA PREVENIR LOS HABITOS ORALES SE RESUMEN EN:

- PARA AUMENTAR EL TIEMPO DE SUCCION Y EVITAR EL MAL HABITO SE RECOMIENDA USAR EL CHUPON DE MAMILA QUE TENGA UN ORIFICIO FINO. EN CASO DE SER EL PERIODO PURO DE ALIMENTACION POR PECHO Y QUE DEBIDO A UNA RAZON DE-IMPORTANCIA, SE TUVO QUE CAMBIAR A LA MAMILA.
- PARA CORREGIR LA INSUFICIENCIA O INCORRECTA SALIDA DE ENERGIA QUE CREA MALOS HABITOS SE RECOMIENDA TENER A LOS PACIENTES REALIZANDO MOVIMIEN-TOS Y MANIFESTACIONES SOBRE SUPERFICIES DURAS CON EL FIN DE MANTENER -AL NIÑO EN ACTIVIDAD CONSTANTE.
- LA COSTUMBRE DE TOMAR PURO LIQUIDO EN LAS COMIDAS ES NOCIVA YA QUE IN-CLUYE EL IMPEDIMENTO DE UNA DEGLUCION CORRECTA Y NORMAL.

BIBLIOGRAFIA

BARBER K. THOMAS
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
ED. EL MANUAL MODERNO 1985
AV. SONORA 206 COL. HIPOCRIMO
MEXICO, D. F.

BRAHAM L. RAYMOND
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
ED. PANAMERICANA
JUNIN 831, B.A. ARGENTINA
1A. EDICION 1984.

COHEN MICHAEL M.
PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS
DEL NIÑO EN CRECIMIENTO
ED. PANAMERICANA
1A. EDICION 1979.

GRABER - NEUMANN
APARATOLOGIA ORTODONTICA REMOVIBLE
ED. PANAMERICANA
1A. EDICION 1982.

GRABER T. M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
ED. INTERAMERICANA
CEDRO 512 MEXICO, D.F.
3A. EDICION 1974.

HANNELURE T. LOEUY
DENTAL MANAGEMENT OF THE CHILD PATIENT
ED. QUINTESSENCE PUBLISHING, CO, INC.
CHICAGO ILLINOIS
1A. EDICION 1981.

HOTZ RUDOLF P.
ODONTOPEDIATRIA
ED. PANAMERICANA
1A. EDICION 1977.

MATHEWSON/ PRIMOSH/SANGER/ROBERTSON
FUNDAMENTALS OF DENTISTRY FOR CHILDREN
ED. QUINTESSENCE PUBLISHING CO, INC.
CHICAGO, ILLINOIS
1A. EDICION 1982.

SIM JOSEPH H.
MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
ED. MUNDI S.A.I.C. Y F.
2A. EDICION 1980.

VON ARX J. DURAN
PROBLEMAS DENTALES DEL NIÑO
EDICIONES BELLATERRA, S.A.
BARCELONA, ESPAÑA
1A. EDICION 1981.

WOLMAN BENJAMIN B.
TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN
PSICOLOGIA
ED. GRAFICAS DIAMANTE
BARCELONA 1977.

TESIS

AGUILAR RIESTRA AURORA DE JESUS
HABITOS BUCALES EN LOS NIÑOS
MEXICO, D.F. 1981
U.L.A.

CORTES CHAPA LETICIA
DIAGNOSTICO CONTROL Y TRATAMIENTO DE
LOS HABITOS ORALES
MEXICO, D.F. 1983
U.L.A.