

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA



TERAPIA Y PREVENCIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN
EN ODONTOPEDIATRÍA

T E S I S

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

RAFAEL JOSE DE JESUS LOPEZ PADILLA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A LA MEMORIA DE MI MADRE.

A MI PADRE.

CON TODO CARIÑO Y AGRADECIMIENTO
POR LA EDUCACION QUE ME BRINDO Y
SU EJEMPLO EN EL TRABAJO.

A MIS HERMANOS

A LA DRA. GRISELDA AYALA.

EN AGRADECIMIENTO A SU
DIRECCION DE ESTA TESIS.

AL H. JURADO.

RESPECTUOSAMENTE.

I N D I C E

	Pág.
CAPITULO I.- INTRODUCCION.	1 - 3
CAPITULO II.- OCLUSION NORMAL.	4 - 7
A.- Fuerzas que actúan sobre los dientes.	7 - 11
B.- Efectos de la pérdida prematura de - dientes temporales.	11 - 19
CAPITULO III.- CONTROL DE HABITOS ORALES.	20
A.- Psicología :	20
a.- Factores que pueden producir - hábitos en los niños.	20 - 28
b.- Los hábitos orales como facto- res etiológicos de maloclusión.	28 - 36
B.- Succión de pulgar y de otros dedos- asociados con hábitos anormales.	36 - 39
C.- Hábito de Proyección y atravesado- de Lengua.	39 - 45
D.- Hábitos de Succión y Mordedura de Labio.	45 - 51
E.- Aparatos Removibles de Hábitos -- Anormales.	51 - 53
I.- Para Mordedura de Carrillo.	
II.- Para hábitos anormales de de- do, labio y Lengua.	
CAPITULO IV.- DESARROLLO DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.	54 - 55
A.- Técnicas Terapéuticas.	55 - 57

	Pág.
B.- Reparación de Educación de Hábitos. Ejercicios Musculares.	57 - 60
CAPITULO V.- CONCLUSIONES.	61 - 63
CAPITULO VI.- BIBLIOGRAFIA.	64

CAPITULO 1.- INTRODUCCION.

Terapia y prevención de la maloclusión en Odontología Infantil - significa toda una actitud consciente y positiva, tanto de los padres como del Cirujano Dentista, con respecto a la salud íntegra del niño y es por eso que en la presente tesis exponemos diversos medios para evitar la aparición de hábitos orales en los niños por tensiones emocionales o insatisfacciones y en caso de ya estar presentes, los diferentes medios de que disponemos para su eliminación.

La deglución anormal, mecanismos infantiles retenidos, proyección de lengua, succión de dedo y otras actividades musculares periorales anormales, son motivo de un estudio concienzudo.

Las consecuencias de los daños ocasionados por estos hábitos son aparentes. Uno de los más valiosos servicios de la ortodoncia preventiva e interceptiva y que el dentista puede rendir, es la eliminación de hábitos perniciosos de succión del pulgar, labio o lengua antes de que ellos causen daños al desarrollo de la dentición. Desafortunadamente el niño en la mayoría de las veces no es visto ni checado el tiempo requerido para asistirlo en sus problemas deglutorios. Si esto no sucediera habría muchos

menos casos de hábitos anormales, dado que el dentista podría interceptar el asalto a la integridad y realización de una dentición normal. La educación del paciente es la respuesta a estos problemas, de tal forma que los pacientes saben entonces qué esperar y por tanto prevenir problemas ortodóncicos mediante un manejo inteligente de las demandas físicas y emocionales del niño en crecimiento.

Los padres deben ser conscientes de las consecuencias dañinas de la actividad prolongada en la deglución anormal del lactante, más allá del tiempo del que normalmente sería reemplazado por una actitud o comportamiento más maduro o somático.

La gran necesidad del niño en su gratificación emocional y psicológica es más abstracto, pero no menos importante que las muy concretas demandas en sus alicientes nutricionales.

Ambos apetitos, el de la psique y el del tracto intestinal, son sumamente importantes por igual.

Ignorar la necesidad de cordialidad, bienestar y euforia propias del niño, significa que hay una más grande probabilidad de una actividad deglucionul infantil prolongada y de respuesta compensatoria en la naturaleza o mundo de la sustitución a la gratificación.

Los sustitutos compensatorios o gratificadores incorporados son la lengua, los dedos -principalmente el pulgar-, y los labios. Si la infancia-

natural no es realmente posible y si la madre está consciente y deseosa de dedicar el tiempo y atención a esto, un sustituto psicológico razonablemente analizado deberá ser empleado. Y más aún debe emplearse tiempo suficiente para sostener el desarrollo del niño, cuidándolo, acariciándolo y amándolo.

Además de las consideraciones desde el punto de vista psicológico, una aparatología propiamente diseñada es recomendada y representa un disolutor de la retención prolongada de las facetas del comportamiento infantil.

CAPITULO II.- OCLUSION NORMAL.

La descripción de la oclusión normal se centra por lo general alrededor de los contactos oclusales, el alineamiento de los dientes, sobre mordida y super-posición, la colocación y relaciones de los dientes en la arca da y entre ambas arcadas y la relación de los dientes con las estructuras óseas. Generalmente se emplea la adecuación a ciertos valores estándar para estos aspectos a fin de determinar si una oclusión es normal, haciéndose muy complejas las descripciones de la oclusión normal y presentándose con controversia de una referencia a otra.

"Normal" implica una situación encontrada comunmente en ausencia de enfermedad, y los valores normales en un sistema biológica son dados dentro de un límite de adaptación fisiológica. Oclusión normal, por lo tanto, implica más que una gama de valores aceptables; implica también adaptabilidad fisiológica y ausencia de manifestaciones patológicas reconocibles. Este concepto de oclusión normal pone de relieve el aspecto funcional de la oclusión y la capacidad del aparato masticador para adaptarse o compensar algunas desviaciones dentro del límite de tolerancia del sistema. Para su diferenciación con respecto a la oclusión ideal, daremos las pautas fundamentales que determinan su concepto.

La oclusión "ideal" indica una relación completamente armoniosa - del aparato masticador, para la masticación, deglución y fonación. El concepto de oclusión óptima o ideal alude a un ideal tanto estético como fisiológico. La importancia dada a las normas estéticas y anatómicas ha ido dirigiéndose progresivamente hacia el interés y la preocupación por la función, la salud y el bienestar.

Los prerequisites fundamentales para una oclusión ideal se resumen en lo siguiente:

- 1.- Una relación oclusal estable y armoniosa en relación céntrica, así como en el área entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.
- 2.- Igual facilidad oclusal para las excursiones bilateral y protrusiva.
- 3.- Dirección óptima de las fuerzas oclusales para la estabilidad de los dientes.

Para comprender la diferencia de concepto entre oclusión normal e ideal se debe tener en cuenta, por ejemplo, que un deslizamiento hacia adelante desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica de uno o dos milímetros resulta normal, puesto que tal deslizamiento se encuentra comúnmente sin ningún trastorno en ninguna parte del aparato masticador cuando los otros aspectos de la oclusión se encuentran también dentro de los límites de la función normal. Igual manera, una oclusión puede ser considerada

clínicamente normal en presencia de interferencias oclusales en las excursiones laterales, si las interferencias son soslayadas por la adaptación neuro-muscular y no existen trastornos clínicos evidentes de la función masticatoria o alteraciones patológicas periodontales. Sin embargo, tal oclusión no se puede considerar normal si incluso las pequeñas interferencias oclusales no pueden ser eludidas mediante adaptación neuro-muscular, dando por resultado algún tipo de secuela patológica. El concepto de oclusión ideal va más allá de una consideración de la falta de secuelas patológicas por que establece criterios para una oclusión donde no hay necesidad de adaptación neuro-muscular y donde la salud del periodonto y demás estructuras del aparato masticador se perpetúan a través de la oclusión ideal.

Características Clínicas de la Oclusión.

- A.- Las raíces de los dientes deciduos se encuentran todas completas generalmente a los 3 años de edad.
- B.- Los arcos deciduos generalmente guardan su forma original y una vez que han sido completamente formados, no cambian ni en longitud ni en anchura, excepto por influencias del medio ambiente.
- C.- Es común encontrar espacios entre los dientes deciduos de arcos normales. Esto es de carácter congénito y no del desarrollo. Esto es llamado "Espacio Fisiológico", y Baume lo describe como: Tipo de Arco # 1. El tipo de Arco #2 no tiene espacios.

- D.- Aparte del espacio en dientes anteriores, otro lugar común donde se puede encontrar un espacio es entre el lateral y el canino deciduos superiores. Y también entre el canino y el primer molar deciduos inferiores. Estos son conocidos como "Espacios Primate" (Primate Spaces).
- E.- El "plano Terminal" se refiere a la relación que existe entre las superficies distales de los segundos molares deciduos tanto superiores como inferiores, cuando éstos están en oclusión. Este plano permanece constante y generalmente se encuentra en línea recta. Es conocida como plano paralelo terminal (Baume). El Plano Terminal puede también presentar:
- a).- Paso mesial terminal.
 - b).- Paso distal terminal.
- F.- La inclinación axial del diente incisivo es casi vertical, y el overbite normal se encuentra entre 20 y 40%, pero con el desgaste excesivo y el crecimiento mandibular, esta relación puede llegar a terminarse.
- G.- El Overjet, varía desde 0-1/2 mm. hasta 1-2 mm.

A.- FUERZAS QUE ACTUAN SOBRE LOS DIENTES.

Un gran número de fuerza actúan constantemente sobre los dientes en forma particular y de una forma total sobre los arcos dentarios.

I.- Fuerzas oclusales.

Los dientes permanentes están acomodados de tal forma que la inclinación mesial es prominente. Las fuerzas de oclusión entre dientes superiores e inferiores por consiguiente producen un marcado componente anterior de fuerza, el cual causa una inclinación o desviación mesial fisiológica de los dientes haciendo que éstos se dispongan de una forma cóncava sobre el arco dentario.

En contraste con lo anterior, los dientes primarios no se encuentran inclinados mesialmente, sino que permanecen virtualmente paralelos. Como regla general, los molares primarios no se mueven mesialmente como resultado de las fuerzas oclusales al menos que los molares permanentes estén ejerciendo una fuerza sobre ellos.

II.- Fuerzas musculares.

La musculatura que rodea los arcos dentarios por fuera (carrillos y labios) y todo ésto limitado por los arcos y lengua se encuentran normalmente mantenidos en balance unos con otros. El músculo buccinador forma una banda continúa con el músculo superior constrictor de la faringe y ejerce una fuerza de constricción sobre el arco como una banda continúa de hule. Esta fuerza de constricción sirve para conservar los contactos interdentarios suficientemente cerrados. Por dentro ésto se encuentra balanceado

por la lengua, la cual ejerce una fuerza equivalente bucal de forma amplia.

Cualquier alteración en este balance delicado de fuerzas musculares, redundará en una alteración en los arcos dentarios. Por ejemplo, los respiradores bucales llevan la lengua hacia abajo y con la boca abierta, disminuyendo las fuerzas ejercidas por la lengua sobre el plano más interno de los molares superiores y dejando al músculo buccinador sin opositor a las fuerzas que ejerce éste. Como resultado se presenta una constricción del arco superior muy característica de los respiradores bucales.

Por otro lado, se puede añadir una fuerza extraña, tal como la que ejerce el pulgar en la boca, ésta produce una distorsión en el balance y se produce entonces una fuerza labial la cual es más fuerte que la que los labios pueden controlar. La típica mordida abierta anterior y protrusión son el producto de tales anomalías.

III.- Fuerzas de erupción.

Durante la erupción de los dientes molares permanentes una tercera fuerza potente se puede detectar que está actuando contra el arco dentario. Se vuelve evidente una fuerte tendencia hacia una desviación mesial en los molares primarios ante la erupción de los primeros molares permanentes. Esta fuerza es la resultante de una marcada fuerza eruptiva ejercida por los molares permanentes. La misma fuerza eruptiva dirigida mesialmente

se ejerce sobre el arco permanente por la erupción de los segundos y terceros molares. Si en este momento se rompe la continuidad del arco primario o permanente por la pérdida de un diente, se observará casi invariablemente un cierre de espacio.

Los molares maxilares y mandibulares difieren en la fortaleza de sus respectivas fuerzas de erupción debido a sus diferencias en sus patrones de erupción. Los molares maxilares se encuentran colocados distalmente y ligeramente hacia bucal previamente al principio de la erupción. El patrón de erupción de los molares superiores es distal, así que el diente hace contacto con el arco solamente más tarde de la erupción, es decir previamente a que entre en oclusión. Por consiguiente, la fuerza eruptiva del molar maxilar es ejercida sobre el arco sólo cuando su erupción está casi completa.

En contraste, los molares mandibulares se encuentran colocados mesialmente y ligeramente hacia lingual. El molar mandibular hace contacto con el último molar primario en el arco, temprano en su erupción y emplea la superficie distal de la corona del último diente, como un refuerzo contra la verticalidad del molar en erupción. Los molares mandibulares por lo tanto ejercen gran presión sobre el arco, al principio de la erupción y continuamente, durante el desarrollo del proceso de la erupción. La mayor pérdida de espacio (después de una pérdida prematura de un diente) suce

de durante el período en que los potentes fuerzas de erupción de los molares permanentes están casi totalmente expuestos en su erupción.

B.- EFECTOS DE LA PERDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES.

De la pérdida prematura de cualquier diente posterior resulta una mal posición de los dientes contiguos u opuestos. El efecto depende de las fuerzas que ejerzan sobre los dientes. Estas fuerzas dependen básicamente de:

- 1.- La posición de los dientes en los arcos.
- 2.- El grado de erupción del último molar.

PERDIDA PREMATURA DE SEGUNDOS MOLARES DESIDUOS MANDIBULARES.

Antes de la erupción de los primeros molares permanentes.- Si se pierde prematuramente el segundo molar primario antes de la erupción del primer molar permanente (entre las edades de dos a cinco años) no se requiere del mantenimiento de ese espacio hasta el momento de la erupción de ese diente dado que no hay tendencia precisa hacia una inclinación distal del primer molar primario mandibular.

Durante la erupción del primer molar permanente.- Si se pierde el segundo molar primario durante la erupción del primer molar permanente se requiere de una mantenedor de espacio para guiar al primer molar per-

monente a su posición correcta en el arco dentario así como para mantener la longitud correcta del arco. Si no se coloca dicho mantenedor, el molar permanente asumirá una posición mesial y ladeado, dado que se ha perdido el contrafuerte que debe ejercer el segundo molar primario.

Después de la erupción del primer molar permanente. - La fuerza de erupción ya no es de tomarse más en consideración después que la erupción se ha completado. Sin embargo el molar permanente manifiesta una tendencia a inclinarse mesialmente como un resultado de las fuerzas de oclusión; y deberá colocarse un mantenedor de espacio para contrarrestar esta tendencia.

PERDIDA PREMATURA DE UN PRIMER MOLAR PRIMARIO MANDIBULAR.

Antes de la erupción del primer molar permanente. - Si el primer molar primario mandibular se pierde antes de que se ejerza la fuerza eruptiva del primer molar permanente (antes de los seis años), raramente se necesita mantener el espacio dado que es extraño que el segundo molar primario se traslade al espacio edéntulo. Sin embargo, deberá colocarse un mantenedor de espacio con suficiente anticipación a la esperada erupción del primer molar permanente.

Durante la erupción del primer molar permanente. - Si el primer molar desuido mandibular se pierde mientras el primer molar permanente es

tá erupcionado contra el segundo molar primario, habrá suficiente fuerza para digirir el segundo molar temporal mesialmente. Resultará prácticamente de ésto un cierre total de ese espacio, y deberá entonces colocarse un mantenedor de espacio. Sin embargo, no se ha perdido tanto espacio como ocurriría si el segundo molar temporal se hubiera perdido durante la erupción del primer molar permanente. Esto es porque el segundo molar temporal proporciona cierta resistencia a la fuerza eruptiva ejercida por el primer molar permanente.

Después de la erupción del primer molar permanente. - Si el primer molar primario mandibular se pierde después que el primer molar permanente está en oclusión, deberá colocarse un mantenedor de espacio. La fuerza mesial que resulta de la oclusión puede lentamente cerrar el espacio mediante la inclinación del segundo molar temporal al área edéntula.

PERDIDA PREMATURA DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL MAXILAR.

Antes de la erupción del primer molar permanente. - Cuando se pierde el segundo molar primario previa la erupción del primer molar permanente, no es necesario un mantenedor de espacio. El patrón de erupción del primer molar permanente maxilar es distal.

Durante la erupción del primer molar permanente. - El balanceo mesial generalmente empieza cuando el diente ha roto los tejidos blandos y

comienza a hacer su aparición en el arco dentario. Se requiere la conservación del espacio una vez que el primer molar permanente se vuelve visible. La fuerza eruptiva dirigida mesialmente es la más grande en este momento cuando el molar permanente del maxilar está balanceado en contacto con el segundo molar primario perdido.

Después de la erupción del primer molar permanente. - Si el segundo molar primario del maxilar se pierde después que ya ha erupcionado el primer molar permanente, pero sin haber alcanzado completa oclusión, se requiere de un mantenedor de espacio. Si el segundo molar primario del maxilar se pierde después que el molar permanente ha entrado en completa oclusión, puede haber todavía cierre de espacio debido a las fuerzas oclusales dirigidas mesialmente.

PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO MAXILAR.

Antes de la erupción del primer molar permanente. - Se sugiere un mantenedor de espacio poco antes de la esperada erupción del primer molar permanente maxilar (de cinco a seis años).

Dado que el patrón de erupción es variable, el contacto inicial con el segundo molar primario del maxilar puede presentarse antes de lo esperado.

Durante la erupción del primer molar permanente. - Se requiere de

un mantenedor de espacio en caso que el primer molar primario se pierda - durante la erupción del primer molar permanente dado que la fuerza eruptiva ejercida sobre el segundo molar primario es de suficiente magnitud para conducir el diente mesialmente y reducir el espacio del primer molar primario.

Después de la erupción del primer molar permanente. - Deberá colocarse un mantenedor de espacio hasta que se encuentre visible el primer premolar. Si esto no se hiciese, el cierre del espacio del molar primario - puede presentarse a consecuencia de la inclinación mesial de los dientes - posteriores como resultado de las fuerzas de oclusión.

EFFECTOS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE MANDIBULAR CON RESPECTO DEL SEGUNDO PREMOLAR

Antes de la erupción del segundo premolar mandibular. - Cuando - el primer molar permanente mandibular se pierde antes que haya empezado la erupción del segundo premolar, no es necesaria la mantención del espacio dado que hay una pequeña inclinación distal del primer molar inferior. Si ocurre esta inclinación, ésta es ligera y posteriormente se corregirá por la erupción del segundo premolar, tomando en cuenta por supuesto que se colocará un sustituto por la pérdida del primer molar permanente.

Durante la erupción del segundo premolar mandibular. - Si no hay un sustituto para el molar permanente perdido durante la erupción del se--

gundo premolar, la acción de guía del primer molar permanente se pierde, y el segundo premolar erupcionará distalmente y en una posición de rotación.

Después de la erupción del segundo premolar mandibular. - Es esencial un mantenedor de espacio si el primer molar permanente se pierde después que el segundo premolar ha entrado en oclusión, de tal forma de prevenir la distalización del premolar.

EFFECTOS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE MANDIBULAR CON RESPECTO AL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE

Antes de la erupción del segundo molar permanente mandibular. -

Cuando el primer molar permanente mandibular se pierde antes que la erupción del segundo molar permanente haya empezado, no es necesario la aplicación de un mantenedor de espacio para el segundo molar permanente. Sin embargo, si se necesitara una guía de erupción para el segundo premolar como se explicó arriba y para el segundo molar permanente dado que los patrones de erupción de ambas piezas es casi el mismo y que por tanto erupcionan aproximadamente al mismo tiempo.

Durante la erupción del segundo molar permanente mandibular. -

El primer molar permanente mandibular juega el mismo papel de guía de erupción para el segundo molar permanente como el segundo molar primario lo hace para guiar la erupción del primer molar permanente. Si no exis

te la acción de guía que dirige mesialmente la erupción del segundo molar inferior, el segundo molar asume una posición que es mesial, lingual y en rotación, debido al patrón de erupción. Por consiguiente es esencial un -- mantenedor de espacio que construya esta acción guía durante la erupción del segundo molar inferior de tal forma de guiarla a su posición correcta.

Después de la erupción del segundo molar permanente mandibular.

Si el primer molar se pierde después de la erupción del segundo molar permanente, es necesario un mantenedor de espacio para prevenir la mesialización del segundo molar permanente debido a la fuerza oclusal dirigida -- mesialmente que se encuentra actuando sobre el diente.

EFFECTOS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE MAXILAR CON RESPECTO AL SEGUNDO PREMOLAR

No es necesaria la conservación del espacio en ningún momento -- antes, durante o después de la erupción del segundo premolar, al menos -- que el segundo molar permanente está casi en colusión. Hay aún menos tendencia del segundo premolar superior a inclinarse distalmente como es el -- caso del segundo premolar mandibular.

EFFECTOS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE MAXILAR CON RESPECTO DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE

Antes de la erupción del segundo molar permanente maxilar. -- No es necesaria la conservación del espacio cuando el primer molar permanente --

superior se pierde antes de la erupción del segundo molar permanente.

Durante la erupción del segundo molar permanente maxilar. - Perdiéndose el primer molar permanente al momento de la erupción del segundo molar permanente, este último puede continuar su balanceo mesial y reemplazar completamente al primer molar que se ha perdido. Esto es debido a su proyección en cuerpo de la pieza y no sólo por inclinación como una gran cualidad de los dientes maxilares. Salzman en 1940 indicó que los espacios maxilares se cierran más rápido que los mandibulares debido al desplazamiento en cuerpo de los molares superiores. Si esto ocurre, no se requerirá de un mantenedor de espacio. En la mandíbula, la inclinación hace el trabajo de puentes difícil, y por eso siempre se insertará un mantenedor de espacio.

Después de la erupción del segundo molar permanente maxilar. - Si este primer molar permanente se pierde después que el segundo molar permanente se encuentra en completa oclusión, el espacio es obliterado muy lentamente dado que la inclinación mesial es reducida grandemente por el ensamblado de las cúspides. La conservación del espacio se necesita para tener la inclinación axial correcta para el propio trabajo de puente.

PERDIDA DEL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE.

Los problemas inherentes a la pérdida de los segundos molares per

manentes son los mismos que se presentan en la pérdida de los primeros molares permanentes.

FUNCIONES DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

Además de su función en la masticación y como auxiliar en el desarrollo del habla, los dientes temporales sirven como:

- 1.- Mantenedores de espacios naturales.
- 2.- Guías en la erupción de los dientes permanentes en un alineamiento correcto. Por tanto los dientes primarios especialmente los molares primarios sirven como factores importantes en el desarrollo normal de la dentición permanente. La pérdida prematura de dientes temporales nos lleva generalmente a una mala posición del sucesor permanente y dientes contiguos a menos que se fabrique un mantenedor de espacio artificial.

CAPITULO III.- CONTROL DE HABITOS ORALES.

A.- PSICOLOGIA.

a.- FACTORES QUE PUEDEN PRODUCIR HABITOS ORALES EN LOS NIÑOS.

Es importante pensar y fijar la atención en los factores que producen hábitos orales en los niños, antes de analizar una deformación bucodentaria, estudiar el tipo de hábito que la produjo e instituir un tratamiento.

El concepto actual de la odontología para niños, que es dar salud dental al niño en lo físico, en lo emocional o psíquico y en lo social, — obliga al dentista especializado o general a ver cualquier problema del niño desde estos puntos de vista. Así, a un niño con hábito oral, debe estudiársele si es posible, desde la vida intrauterina. Para esto, el odontólogo tendrá que trabajar de acuerdo con la opinión del psiquiatra, si el problema del niño es severo.

Actualmente se han empezado a hacer investigaciones acerca de la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño, a estos estudios se le han dado el nombre de psicología prenatal. Se

toma en cuenta desde si la concepción ha sido deseada hasta cualquier trastorno que pudiera ocurrir durante el embarazo. Aunque consideremos un embarazo tranquilo, sin tensiones emocionales, siempre hay un golpe terrible del que ningún niño se salva y que se debe tomar muy en cuenta como factor fundamental para la iniciación de un hábito.

Un gran porcentaje de nacimientos presentan problemas más o menos serios, muchos niños sufren al nacer cuadro de apnea, hipoxia o asfixia después de un parto traumático. El niño empieza a sufrir muchas veces por horas antes del nacimiento. La cesárea podría considerarse menos traumática para el niño que el parto, pero muchas veces, cuando hay necesidad de hacerla, el feto ha sufrido ya mucho.

Durante la gestación, el producto está en las mejores condiciones, de la madre toma todo lo necesario para desarrollarse y crecer, hasta que viene el traumatismo del nacimiento. El niño nace y empieza a tener necesidades, la más urgente es la alimentación, y vuelve a unirse a su madre a través de la lactancia. Sólo una parte del cuerpo del recién nacido percibe esa unión, la boca.

La lactancia, que efectúa por medio de la succión, acto que el recién nacido ejecuta a la perfección es otro factor fundamental que se debe tomar en cuenta para la explicación de un hábito oral.

Cuando el pecho es dado al niño fríamente por la madre, la expe

riencia agradable de mamar varía en el niño, el lactante puede sentir angustia. Un pecho dado con ternura, en completa entrega de la madre al hijo, causa en el niño seguridad, tranquilidad y hasta euforia. Una actitud de rechazo por parte de la madre, es una buena dosis de estímulo emocional fuertemente negativo, que ocasiona al niño un estado de angustia. La actitud de la madre en el acto de la lactancia es tan importante como la calidad de su leche.

La lactancia artificial puede ser perfecta desde un punto de vista químico, pero no como experiencia afectiva. Sin embargo, hay madres que pueden tener suficiente leche en sus senos para llenar las necesidades nutritivas del niño, en los seis primeros meses de vida extrauterina, pero no hay la afectividad suficiente de parte de ella al hijo en el momento de la lactancia. Un biberón dado con verdadero cariño maternal, con entrega de la madre al hijo, vale más que una lactancia natural que no es dada con suficiente afecto. Así, una mala atención al niño de parte de la madre a la hora de tomar sus alimentos, ocasiona en él una frustración que puede irse agravando cada vez más; al manejar el niño la succión perfectamente, succionando encuentra placer y consuelo, su dedo es llevado a la boca y se inicia el hábito.

El recién nacido necesita de atención esmerada por parte de su madre; cuando es el primer hijo, la mayoría de las veces la tiene, si las

ocupaciones de la madre dentro o fuera del hogar se lo permiten. Cuando es el segundo o tercer hijo, generalmente es menos atendido que los primeros, en este niño es fácil que se produzca un estado de tensión emocional que busque escape en un hábito oral, es fácil que niños en esta situación se succionen el pulgar u otros dedos. Puede ocurrir también que el primogénito se sienta relegado a un segundo término a la llegada de un nuevo hermano, forzosamente tendrá que ser menos atendido pues dejará de ser el centro de la atención, pudiéndola ocasionar un estado de angustia más o menos grave, que puede entonces buscar salida en un hábito oral.

Es frecuente observar a dos o tres hermanos con poca diferencia de edades y con un mismo hábito oral, succión del pulgar, succión del labio, proyección anterior de lengua, etc. En un caso así se pueden pensar que los hermanos menores poseen el hábito por imitación, pero puede ocurrir -- que a todos les afecte el mismo problema emocional. Un estudio muy minucioso podría dilucidar la causa pero hay que tomar en cuenta el factor -- imitación. Hay una edad en que los pequeños son imitadores por excelencia, ésta fluctúa entre los nueve meses y el año y medio de edad del niño aproximadamente.

La falta de estabilidad en el hogar por tensiones de los padres, -- discusiones, pleitos, etc., asustan al niño provocando en él angustia e inadaptabilidad que puede refugiarse en el placer que le produce un hábito --

oral.

Ya se ha mencionado que la succión es manejada a perfección -- por el recién nacido, succionar produce placer al niño, la sensibilidad de su boca es exquisita, cualquier objeto que la roce provoca en él reflejo -- de succión. Si succionando encuentra placer, es muy fácil explicar el por qué pueda instituirse un hábito de succión si lo único que sabe hacer el -- recién nacido es eso.

La falta de experiencia de la madre con el primer hijo en el ac-- to de la lactancia puede ser motivo para la iniciación de un hábito de -- succión; en las primeras veces que le dá al pecho al niño, no sabe calcu-- lar cuando éste ha quedado satisfecho y puede quitarle el pecho antes. En esta situación el niño desea seguir succionando y continúa haciéndolo con-- su mano. Esto mismo puede suceder cuando la leche de la madre es insufi-- ciente.

También es posible el caso contrario, el niño ya ha quedado satis-- fecho, y no es retirado del pecho pero continúa succionando por mucho -- tiempo sin comer, únicamente por el placer que le produce el acto.

DESTETE.

No hay que considerar al destete únicamente como un simple cam-- bio de alimentación, sino que es otra causa de gran trascendencia para la

creación de un hábito, dado que para el niño significa la pérdida de una gran seguridad y tranquilidad. El niño sigue teniendo unión con su madre - después del nacimiento a través de la lactancia; esta unión se pierde con el destete.

Si no se ha tenido el suficiente tino y delicadeza para lograr esa separación de una manera sutil, el niño quedará frustrado, muchas veces - ocurre que esa frustración encuentra consuelo y refugio en el placer que da al niño un hábito de succión.

En los primeros días de vida, sin exagerar, en las primeras horas - de vida, la mayoría de las veces se inician los hábitos de succión, que - comprende el labio, carrillo, pulgar u otros dedos, almohadas, chupones, - juguetes, etc.

Otro tipo de hábito puede iniciarse a una edad más avanzada, -- por ejemplo: respiración bucal, onicofagia, apertura de horquillas, hábitos de posición, hábito de andar con objetos duros en la boca, como lápices, palitos, golpearse los dientes con las uñas o con algún objeto, etc.

Algunos de estos hábitos se inician cuando el hábito de succión ha sido roto bruscamente, el paciente se refugia en un nuevo hábito que puede ser más perjudicial que el que poseía al principio.

Hay que tomar en cuenta sobremanera la actitud de los padres ante el niño que se succiona el dedo o el labio, pues de eso depende mu--

chas veces que un hábito que al principio no era representativo en el niño de un conflicto, se haga un serio problema para él al despertársele un sentimiento de culpa, como una actitud de rechazo de los padres.

Generalmente al padre o a la madre no les es de trascendencia la malformación que el hábito puede hacer en la boca del niño, sino más bien el aspecto que da el niño al succionarse el dedo, o mordiendo un trapo, y es por esta causa que antes de consultar el problema con el odontopediatra, la mayoría de las veces ya se ha tratado de quebrantar el hábito de una manera brusca. Al niño que se le ha colocado picante en el dedo o en el labio, se le ha castigado, amenazado, amarrado su mano, etc., ya representa un problema más serio, ya que en estas condiciones el hábito, lejos de desaparecer puede ser más manifiesto.

En caso de que desaparezca el hábito, la forma brusca de hacerlo, puede producir serias desavenencias entre los padres y el niño o bien ocasionarle a éste, un problema emocional, como a todo aquel que es privado de algo que le ha producido un gran placer.

Un hábito de lengua puede iniciarse en la época de cambio de dentición primaria a la permanente, el niño juega con su lengua, músculo de gran movilidad y la introduce en el espacio vacío de la arcada cuando el diente primario ha caído o se ha perdido prematuramente.

Se ha mencionado otro factor que influye en la adquisición de un

hábito de lengua o de mordedura o succión de carrillos y labios; es la pérdida prematura de dientes primarios anteriores o posteriores. Cuando esto ocurre, el niño con su lengua trata de cerrar el espacio dejado por el diente ausente; ésto, poco a poco se va convirtiendo en un hábito inconsciente. Esta misma causa puede ocasionar trastornos en la fonación, produciendo cambios en la pronunciación, principalmente en la letra S. El ceceo puede quedar como hábito aún después de la colocación de un diente artificial o de la erupción del permanente. Esto sucede con la pérdida prematura de los incisivos primarios.

Las causas que pueden influir en la adquisición de un hábito oral, son múltiples y complejas, como se ha observado; para un correcto tratamiento es indispensable saber cual fue la causa de su aparición y en que forma se inició el hábito.

Los hábitos orales se han dividido en hábitos no compulsivos y en hábitos compulsivos.

Un hábito no compulsivo es aquel que no es impulsado emocionalmente y no suele ser perjudicial para el individuo. Es útil como válvula de escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psíquicos graves.

Un hábito compulsivo es aquel que es impulsado emocionalmente por una frustración presente o pasada.

Del tipo de hábito de que se trate dependerá la actitud de los pa-
dres y del profesional para instituir un tratamiento correctivo, que siempre
será enfocado respetando la personalidad del niño.

b.- LOS HABITOS ORALES COMO FACTORES ETIOLÓGICOS DE MALOCCLUSIÓN.

De la misma manera en que se logran desplazar los dientes con -
las fuerzas aplicadas por aparatos de ortodoncia, se llevan a cabo movi-
mientos de éstas con las constantes presiones de los dedos u otros objetos y
con la fuerza de palanca ejercida con el brazo del niño al efectuar la suc-
ción o sostener algún juguete u otros objetos que se lleve a la boca con -
suficiente constancia como para considerar que se trate de un hábito.

La succión ejercida por el niño a manera de hábito se ha conside-
rado como la causa más frecuente de maloclusión, al ser la succión la úni-
ca actividad fisiológica que la boca del recién nacido ejecuta a la perfec-
ción, y por el placer que este acto le proporciona, succionando el niño en-
cuentra consuelo a todo tipo de irritaciones que sufre.

Analizando el acto de succión se descubre que entran en activi-
dad gran número de músculos de los labios y carrillos, así como los múscu-
los masticadores que en el acto abaten y elevan la mandíbula rítmicamente
con movimientos cortos y enérgicos. Los músculos de los labios, el orbicu-
lar, mentoniano y triangular sufren muy fuertes contracciones estrechando -

la abertura bucal redondeando los labios. Los músculos de los carrillos, el cigomático, el risorio y buccinador se introducen en los movimientos de succión entre los dos arcos produciendo gran presión sobre los molares primarios o premolares (si éstos ya están en su lugar) y primer molar permanente. A todas estas fuerzas musculares que actúan sobre los dientes deben agregarse la tracción que sufren con el objeto que el niño succiona y el peso del brazo; lo más frecuente es el dedo pulgar con la palma de la mano hacia arriba, es el hábito que se ha observado ocasiona más estragos en la oclusión, en el paladar duro y en los músculos de los labios y carrillos.

Cuando un hábito de succión se efectúa en un paciente de una manera compulsiva y persiste al aparecer la dentición permanente, se observan oclusiones en las que los cuatro incisivos superiores se encuentran con un gran desplazamiento hacia labial y los incisivos inferiores hacia lingual. En un caso severo el objeto que se succiona se encuentra en la boca del niño por mucho tiempo impidiendo que los incisivos superiores e inferiores lleguen a hacer contacto presentándose de esta manera una mordida abierta.

En la succión del pulgar, el paladar duro es empujado de una manera constante hacia arriba produciendo un marcado hundimiento conocido con el nombre de paladar ojival.

Los músculos que ya se mencionaron y que entran en juego en el

hábito de succión sufren alteraciones que también obran sobre los arcos dentarios produciendo trastornos en la oclusión. Las repetidas contracciones de estos músculos llegan a producir en ellos alteraciones en el tono muscular - presentándose un hipertonismo de las fibras musculares, estas fibras al mismo tiempo se hipertrofian. Estas dos alteraciones musculares llegan a producir - en un plazo no muy largo un gran estrechamiento de los arcos dentarios y apiñamiento de los dientes en la región de los incisivos.

No todas estas anomalías se presentan en los hábitos de succión, - el número de ellas que se presentará dependerá de la forma en que el niño succione sus dedos u otros objetos, hay casos por ejemplo en que se succiona el dedo índice con la palma de la mano hacia abajo, en este caso, los tejidos del paladar duro no serán afectados; lo mismo suele suceder en la succión constante del labio inferior, pero en este caso los músculos del labio presentan una hipertrofia más marcada.

Antes de analizar la deformación que ha ocasionado un hábito de succión, debe hacerse todo lo posible por observar con mucha atención al niño efectuando la succión, de muchas maneras suelen los niños succionar - sus dedos, el dorso de la mano y hasta el antebrazo, muchas veces ni se hacen sospechar que ejercen un hábito de succión pues tratan de ocultarlo adoptando posiciones muy extrañas.

Aquí cabe hacer mención del chupón, hay diferencia de opiniones

en lo que respecta a sustituir el dedo del niño por un chupón de goma. -- Con el chupón se suprime la fuerza de palanca ejercida por el brazo del pequeño y si la goma de que está hecho es muy blanda, no ocasionará ninguna maloclusión; otra gran ventaja que se le adjudica es que generalmente es abandonado en la edad pre-escolar, si el niño es mandado al jardín de niños, él sólo dejará de usar chupón al ver que los otros niños no lo usan. Sin embargo, se han registrado marcadas deformaciones por el uso de chupones demasiado duros y que han sido usados por mucho tiempo. Actualmente se están fabricando en Estado Unidos chupones y mamilas de una consistencia y diseño adecuados para evitar que con su uso ocasionen trastornos en la colusión de los dientes y deformaciones de los tejidos blandos de la boca del niño.

La sustitución del dedo por el chupón es un paso que debe hacerse con mucha cautela, no debe obligarse al niño bruscamente a usar su chupón introduciéndoselo a la fuerza en la boca, atándole la mano o empleando otros medios. Debe siempre tomarse en cuenta que el niño pueda poseer su hábito por algún motivo que lo esté frustrando y siempre debe tratarse hasta donde sea posible de investigar cual es el motivo de esa frustración.

Un niño puede adquirir el hábito de succionar su mamila por mucho tiempo después que ha terminado de tomar su leche, ésta puede ocasionar una maloclusión semejante a la que produce el chupón, ésta consiste -

en una marcada mordida abierta que no puede ser nociva si el hábito es -- abandonado antes de la erupción de los dientes permanentes. Tanto el hábito del chupón como el de la mamila, son dejados, la mayoría de las veces a tiempo, como para que la maloclusión que hayan ocasionado llegue a desaparecer con las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo dentarios, -- sin embargo, se ven casos de niños que hasta los siete u ocho años de -- edad todavía usan la mamila, a esta edad la mordida abierta puede ser ya tan marcada como para dejar una huella definitiva en la oclusión del niño.

Los hábitos de lengua son los más difíciles de descubrir y en ocasiones maloclusiones severas y anomalías en la fonación, el ceceo, muchas veces hace sospechar la presencia de un hábito de lengua. Este órgano -- puede adoptar posiciones diversas desplazando los dientes hacia bucal y labial, interponerse entre los dos arcos impidiendo el contacto correcto de -- los dientes antagonistas. La lengua es un órgano móvil que es capaz de -- acomodarse de muchas formas, de lo que un niño susceptible se vale para -- descargar su nerviosismo. Estos hábitos de lengua ofrecen un gran problema para descubrirlos y aún más para dominarlos.

Los carrillos suelen ser instrumentos que el niño puede usar para -- práctica de un hábito oral, un hábito de carrillos ofrece también dificultades para descubrirlo y corregirlo y es también causante de maloclusiones; -- se presentan con la práctica de este hábito estrechamiento de los arcos, --

falta de contacto de los dientes con sus antagonistas y posiciones axiales incorrectas. Este hábito puede ser unilateral o bilateral. Los carrillos, al igual que la lengua, pueden ser constantemente molidos o succionados por el niño.

Se han observado maloclusiones causadas por hábitos que se denominan de posición, éstas consisten en posturas que adoptan los niños al leer, al sentarse en clase o en algún otro sitio y al dormir.

La postura que se observa con más frecuencia es la de apoyar la cabeza en la eminencia palmar de un solo lado, la persistencia de esta postura durante muchas horas del día puede ocasionar un desplazamiento lingual de los dientes del lado que se ejerce la presión. Durante el sueño los niños suelen apoyar su cabeza sobre el antebrazo, generalmente a nivel de la arcada superior, cuando se está así por muchas horas al dormir y de un solo lado los dientes pueden desplazarse hacia palatino, una maloclusión por esta causa es muy difícil que se llegue a observar pues generalmente los niños cambian muchas veces de postura durante el sueño.

Hay niños capaces de adquirir muchos tipos de hábitos de posición, se han observado niños que apoyan la cabeza recargando los incisivos superiores sobre el pulpejo del dedo pulgar, si ésta posición es persistente, estos dientes seguramente sufrirán un marcado desplazamiento hacia labial.

En el estudio de las maloclusiones hay que pensar siempre en la

posibilidad de que un hábito de posición puede ser causa de esas alteraciones, cuando el factor etiológico no esté a la vista.

Otro hábito que es causante de maloclusión y de trastornos de la musculatura en labios y carrillos, es la respiración bucal. Cuando un niño empieza a respirar por la boca, generalmente es víctima de alteraciones en la comunicación de las fosas nasales hacia la faringe, por presencia de vegetaciones adenoideas que se forman a consecuencia de catarros crónicos o infecciones del tejido linfático que en ese sitio se encuentra, la obstrucción de las conchas obliga al paciente a respirar por la boca, a veces las veinticuatro horas del día o únicamente durante el sueño. Este hábito puede persistir aún después de la intervención quirúrgica de los adenoides. La hipertrofia de los cornetes y la desviación del tabique nasal por algún traumatismo, también obstruyen la entrada de aire por las fosas nasales obligando al niño a respirar por la boca. Hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y sin embargo no ejercen una respiración bucal, por esto hay siempre que confirmar la anomalía, para ello hay sencillos métodos clínicos; uno de ellos consiste en acercar con unas pinzas de curación un pedazo de algodón a la boca, colocando debajo de la abertura de las fosas nasales, un trozo de cartón, si el algodón se mueve con los movimientos de respiración del niño, nos encontramos frente a un caso de respiración bucal. Un paciente que respira por la boca, llega a sufrir una pérdi-

dida del tono muscular (Hipotonismo) y atrofia muscular. Al desaparecer la fuerza muscular de los labios, no se contrarresta la presión ejercida por la punta de la lengua sobre los incisivos inferiores, presentándose una marcada protrusión de estos dientes. La lengua, en los respiradores bucales, se encuentra baja no entrando en contacto con los dientes de la arcada superior lo que ocasiona un estrechamiento de ella. En los respiradores bucales, el tejido gingival también se altera, produciéndose una hipertrofia de la encía y gingivorragia a pequeños estímulos. Estos pacientes tienen una apariencia característica que se conoce con el nombre de facies adenoideas.

El rechinar de dientes o bruxismo es un hábito que refleja nerviosismo y gran excitabilidad, generalmente sólo se observa durante el sueño, y rara vez en horas de vigilia. A consecuencia de este hábito se observan marcados desgastes de los dientes y dolor en la articulación temporomandibular.

La costumbre de morderse las uñas u onicofagia, es otro hábito que con mucha frecuencia es observado, al igual que el morder lápices u otros objetos; estos son hábitos que debieran considerarse normales en los niños. son liberadores de tensiones emocionales y solo cuando son practicados de una manera exagerada, pueden ocasionar serios desgastes en los dientes pero rara vez desviaciones de ellos. Hay edades en que casi todos

los niños practican hábitos de esta naturaleza.

De los hábitos descritos, los de succión de dedo, hábitos de lengua y respiración bucal, son los que ocasionan mayores estragos en la oclusión, musculatura oral y tejidos parodontales. Estos hábitos merecen un estudio completo de parte del odontólogo sobre todo si son practicados en una forma compulsiva por el paciente.

B.- SUCCION DE PULGAR Y DE OTROS DEDOS, ASOCIADOS CON HABITOS ANORMALES. (CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA).

Se ha encontrado clínicamente que el hecho de tener a algunos pacientes haciendo uso del labio y lengua moviéndolos rítmicamente hacia atrás y adelante sobre los labios en término de cinco o diez minutos antes de descansar, reduce considerablemente el reflejo de la succión. Frecuentemente este ejercicio provee de suficiente compensación y relajación, haciendo que la demanda de la succión del pulgar en cama sea menos frecuente, fuerte y duradero. La administración de leche caliente o el escuchar música suave antes de acostarse, también tiende a reducir el deseo de succionar.

El momento óptimo para la aplicación y colocación de medios terapéuticos está entre las edades de tres y medio a cuatro y medio años, preferentemente durante la primavera o verano, cuando la salud del niño está

en su climax y por tanto los deseos de succión pueden ser sublimados o canalizados a través de juegos al aire libre y actividades sociales.

Este tipo de aplicación tiene varios propósitos; el principal es que hace que este hábito sea insignificativa por el rompimiento de la succión y que aun cuando el niño por tendencia se lleve el dedo a la boca no logrará ya satisfacción en ello, y por lo tanto la succión del dedo se vuelve análoga a lo que es el café sin cafeína o el cigarro sin nicotina.

Un gran cuidado es ejercido al informar al niño y a sus padres -- que la aplicación de cualquier aparato no es una medida restrictiva sino -- preventiva y para proporcionar a los dientes un alineamiento adecuado estética y funcionalmente.

En segundo lugar y en virtud de su construcción, dicha aplicación previene la presión del dedo sobre los incisivos maxilares desviándolos lateralmente, creando una mordida más abierta y causando una más grande -- probabilidad de adaptación y de formación de lengua y labio funcional al ser rotas sus barreras límite naturales.

El tercer propósito de nuestra aplicación, es que ésta fuerza a la lengua hacia atrás, cambiando su forma durante la posición natural de descanso y proporcionándole una configuración normal en lugar de que adquiere una forma elongada y ancha. Como resultado la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales del maxilar y por tanto el angos

tamiento del arco maxilar provocado por el hábito anormal de tragar es de tenido y revertido.

Las porciones periféricas nuevamente descansan en las superficies oclusales de los dientes posteriores, previniendo la sobreerupción de estos dientes.

Si los pacientes son normales, es decir niños saludables, pocas se cuelas desfavorables son observadas, excepto en defectos del habla, los cuales generalmente desaparecen mientras la aplicación se está usando o in mediatamente después que se retira.

APLICACIONES USADAS EN TERAPIA.

La prescripción ortodóncica para la re-educación toma varias for- mas. Una de las más efectivas es la del llamado pesebre reparador. Se to ma una impresión con alginato en la primera sesión y se hace el corrido de la misma. Si los contactos proximales están un tanto apretados a la al tura del segundo molar desíduo superior, es aconsejable colocar alambre se pa rador de cobre en esta misma cita.

La aplicación es entonces fabricada sobre el modelo para que pue da ser colocada en la siguiente cita. Hablando en términos generales, el se gundo molar desíduo superior logra una contigüedad excelente de los dien tes. Coronas totales de metal prefabricadas son preferidas a las bandas orto

dóncicas convencionales.

La porción mesial del primer molar permanente y la porción distal del primer molar desíduo están entonces ajustados sobre el modelo por el -- contacto con el segundo molar desíduo, siendo suficiente un milímetro o -- dos. Se recorta el margen gingival del segundo molar desíduo siguiendo el contorno del diente, a una profundidad de dos o tres milímetros en bucal, lingual y superficie proximal. Se busca el tamaño correcto de la corona de acero inoxidable y de ser necesario se contornea y se recorta el cuello para que la porción gingival ajuste correctamente.

Uno de los más frecuentes errores es ajustar las porciones proximales de la corona demasiado severamente, reduciendo la dimensión gingivo-oclusal.

Se hace una ranura o tajada en la corona sobre la superficie mesio-bucal o disto-bucal y empujar la corona severamente a su lugar.

C.- PROYECCION DE LENGUA. CONSTRUCCION DE APARATOS.

En ocasiones la lengua es el único problema, no existe el hábito de dedo más, pero de quinientas a mil veces al día la lengua se proyecta hacia adelante, acentuando así la mordida abierta o la protusión de los incisivos maxilares.

Desde que el análisis del hábito de proyección de lengua manifies

ta que la lengua es llevada habitualmente hacia abajo y que no parece -- aproximarse al contorno palatino como debería hacerlo en condiciones normales, la aplicación de proyección de lengua tiene por objeto dos propósitos fundamentales:

1.- Eliminar la fuerte presión anterior y la acción zambullidora -- durante la deglución.

2.- Reeducar la postura de la lengua de tal manera que ésta en -- su porción dorsal se aproxime a la bóveda palatina y la punta de la lengua haga contacto con las rugas palatinas al momento de deglutir, en lugar de ocultarse a través del espacio incisal. Conforme la lengua es forzada hacia atrás, entre los confines de la dentición, ésta se expande lateralmente, con las porciones periféricas descansando sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores. Un espacio libre interoclusal es mantenido o creado, cuando éste es defectuoso o insuficiente, y de esta manera son prevenidos tanto una sobre-erupción y angostamiento de los segmentos bucales maxilares. El acto de la deglución madura es estimulada por este tipo de aplicación, conforme la lengua se adapta a su nueva posición funcional.

Para lograr estos propósitos cuando el hábito de dedo no es un factor predisponente, es mejor eliminar la barra cruzada palatina y la aplicación del Loop posterior y modificar el diseño de las curvas restringidoras.

Los segundos molares desíduos sirven generalmente como unos contrafuertes o estribos satisfactorios, pero si los primeros molares permanentes están presentes y suficientemente erupcionados, éstos son preferidos sobre los anteriores dada su mayor resistencia.

Unas buenas impresiones con alginato se toman de ambos arcos dentarios (además de las que fueron tomadas previamente como modelos de estudio) y el corrido en yeso respectivo. De preferencia se montarán dichos modelos en un articulador anatómico o en su defecto en uno tipo bisagra. Los dientes soporte de yeso (ya sean los segundos desíduos o primeros molares permanentes) son desgastados proporcionalmente en todas sus caras igual que en la aplicación para la intercepción del hábito de succión de dedo.

Proseguimos a la elección total de metal en su tamaño apropiado del diente sobre la que será cementada y contorneada en su porción gingival para que ajuste en el diente periféricamente desgastado sobre el modelo. Se hace una incisión sobre la porción bucal tal como fue señalado en la aplicación interceptiva del hábito de dedo.

Se prosigue adaptando la barra lingual en forma de "U" a base de una aleación de cromo-níquel o de acero inoxidable del número 0.040 pulgadas sobre un lado del modelo y llevando el alambre anteriormente al área del canino al nivel del margen gingival. La barra deberá hacer punto

de contacto con las superficies linguales más prominentes del primero y segundo molar desíduos.

A continuación los modelos se oncluyen y una línea con lápiz se traza a través del modelo maxilar al canino sobre el lado opuesto. Esta línea aproxima la relación anteroposterior del margen incisal, mandibular -- con respecto a la dentición maxilar. La base del alambre se adapta justo -- siguiendo el contorno lingual palatino hasta esta línea y llevada al canino opuesto. La barra entonces se dobla y se lleva posteriormente a lo largo -- del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales del -- primero y segundo molares desíduos y la corona de metal sobre el primer -- molar permanente.

A partir de la base de que esta aplicación se coloca con objeto -- de corregir una mordida abierta, la oclusión no concierne en este punto pe -- ro más tarde sin embargo y conforme la mordida abierta se reduce, el den -- tista debe estar seguro de que la porción de la barra base y sus puntos no -- interfiera con la incisión.

Esta es la razón de construir la barra base lingual sobre el mar -- gen incisal mandibular. Después de que la barra base ha sido cuidadosa --- mente fabricada y que ha asumido la posición deseada sobre el modelo de trabajo, los puntos se pueden formar. La misma dimensión de alambre se -- emplea que en la barra base. Una de las puntas es soldada a la barra base

en el área del canino; usando alicates número 139, se fabrican tres o cuatro proyecciones en forma de "V" de tal manera que se les pueda extender hacia abajo al punto justo detrás del cingulo de los incisivos mandibulares cuando los modelos están en oclusión. No deberá haber verdadero contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Después de que cada una de estas proyecciones han sido cuidadosamente formadas de tal manera que los brazos de estas proyecciones estén aproximados a la base del alambre, éstos son perfectamente soldados con pasta fundente de fluoruro y pegados al alambre base con cantidades suficientes de soldadura de plata.- El alambre base en sí entonces se coloca sobre el modelo y se suelda a las coronas de metal. Después de limpiado y pulido, debe hacerse la prueba en la boca del paciente y establecer la correcta circunferencia periférica en las coronas soporte. Si un estrechamiento bilateral se presentara posteriormente, se puede colocar una expansión en el alambre lingual. La hendidura bucal es ligeramente soldada y la aplicación puede ser cementada.

Como en la aplicación del hábito de dedo, la mordida abierta es verdaderamente incrementada temporalmente a causa de las coronas que se encuentran interpuestas en el área del primer molar. Esta condición localizada se elimina en el transcurso de una semana y el paciente no podrá en lo sucesivo proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso de la lengua es forzado a ir contra el paladar y la punta de la lengua pronto en

cuenta que la posición más cómoda durante la deglución, es su contacto contra el rafe.

Dependiendo de la severidad del problema de mordida abierta, se requieren de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión. No todas las aplicaciones resultan exitosas por ellas mismas y en muchos casos son esenciales procedimientos ortodóncicos totales. Si el dentista ha sido cuidadoso en la selección del caso y ha estudiado cuidadosamente el problema de tal forma que está certero de tratar primariamente con un hábito de proyección de lengua y no con una maloclusión basal o total, si él coloca la aplicación con tiempo de anticipación suficiente de forma tal que pueda esperar la erupción de los dientes y a que el hueso alveolar se incline, sus esfuerzos se encontrarán con éxitos rutinarios. Frecuentemente es necesario un refuerzo extra-oral. Esta circunstancia puede ser satisfecha por medio de la colocación horizontal de tubos bucales sobre las coronas y si está indicado se puede emplear más tarde un arco de alambre o arqueamiento labial. La edad óptima para la colocación de este tipo de aplicaciones es entre los cinco y los diez años, y si son colocadas posterior a esta edad, es más probable que se requiera de aplicaciones completas ortodóncicas y los servicios de un ortodoncista.

No todos los hábitos de proyección de lengua ocasionan maloclusiones en los segmentos anteriores, sino que puede existir una mordida abierta

posterior. Aun cuando no es frecuente, se llegan a presentar, creando infraoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, con posibles problemas funcionales y defectos en el habla. Una incidencia mayor de tales hábitos es vista en una maloclusión clase II división 2 y que sostiene la hipótesis de que la función de la lengua es un factor determinante en la creación de ésta o por lo menos la perpetuación de la erupción desordenada que es vista en los segmentos posteriores de pacientes con esta clasificación de maloclusión, y para eliminar esta proyección lateral de lengua se puede construir una modificación de las aplicaciones para hábitos de cuna y permitir así la erupción de los dientes afectados.

D.- SUCCION Y MORDIDA DE LABIO. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA.

Mientras que muchos casos de hábitos de proyección de lengua -- son atribuidos a una retención del instinto infantil de succión-deglución, -- éste no es aplicable a lo que se refiere a hábitos de morderura y succión de labio. En muchas instancias el hábito de succión de labio es una actividad compensatoria que resulta de un overjet excesivo y de la relativa dificultad para cerrar los labios debidamente durante la deglución. Es mucho más fácil para el niño amortiguar el labio hacia el lado lingual de los incisivos maxilares. Para lograr esta posición, se acciona el músculo mentoniano el cual extiende hacia arriba el labio inferior. Es fácil detectar la actividad anormal del músculo mentoniano mediante la observación del fun-

cionamiento hacia arriba de la barbilla durante la deglución. Así como la lengua puede deformar los arcos dentarios, también el hábito anormal del labio puede hacerlo. Cuando el hábito se ha vuelto pernicioso representa un marcado aplanamiento y estrechamiento en el segmento inferior anterior. Los incisivos superiores son forzados hacia arriba y dirigidos a una relación protrusiva. En casos severos, el labio por sí mismo muestra los efectos de este hábito anormal, el borde del vermellón se vuelve hipertrófico y redundante durante el descanso, con la sínfisis mentoniana acentuada en proporción. En algunos casos ya muy avanzadas se presentan herpes crónicos con áreas de irritación y la hendidura y reventamiento del labio se hace presente.

Ocasionalmente el hábito de succión de labio se vuelve una actividad compensatoria y gratificativa, particularmente durante las horas de sueño. Una zona roja y de irritación que se extiende de la mucosa hasta la piel por debajo del labio inferior, puede ser detectada a tiempo por un dentista observador, aun cuando los padres del niño estén inconscientes de la existencia del hábito. No debería haber ninguna dificultad para observar la presencia del hábito anormal de la deglución y asociado a la hiperactividad del músculo mentoniano. Aquí nuevamente el dentista debe estar interesado en consideraciones dinámicas del sistema estomatognático. El examen de revisión funcional es tan importante como el chequeo habitual de -

la relación oclusal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Una consideración muy importante aquí es la necesidad de hacer un buen diagnóstico diferencial antes de intentar romper el hábito del labio. Si hay una maloclusión clase II, división I o un problema de un overjet excesivo, la actividad anormal de labio puede que sea meramente compensatoria o de adaptación a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función del labio sin cambiar previamente la posición del diente, es provocar el fracaso del tratamiento. El primer servicio que debe ser prestado en estos casos es el establecer una oclusión normal, y generalmente estos tratamientos requieren de los servicios del ortodoncista y por lo tanto de un tratamiento ortodóncico completo. El colocar solamente una aplicación del labio ocasionaría meramente un síntoma que haría poca o nada por resolver el problema principal, pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida previamente por la terapia ortodóncica y hay aun una tendencia al hábito de succión de labio, una aplicación de labio es el tratamiento a seguir. El número de casos en los que es necesario una aplicación de labio son pocas. La actividad anormal del labio casi siempre viene asociada con una maloclusión clase II división I y con problemas de mordida abierta, y por tanto normalmente la eliminación de la maloclusión (que en este caso

es la etiología del hábito), restaura la función muscular normal.

En aquellas instancias en las cuales el hábito es inicialmente un tipo neuro-muscular o bien como normalmente se expresan las madres de --- nuestros pacientes "un hábito nervioso", entonces este tipo de aplicaciones pueden resultar coadyuvantes de la reeducación de dicho hábito. Relaciones más pequeñas entre los incisivos se eliminan por propio ajuste, y por medio de aplicaciones que muevan los dientes a posición normal, los cuales raramente son verdaderamente determinantes. Y es más eficiente el alineamiento que se produce por la lengua siempre y cuando la aplicación -- conserve la actividad anormal del músculo mentoniano (la cual fuerza los dientes lingualmente) neutralizada.

FABRICACION DE APARATOS.

Hay varios caminos posibles de construir la aplicación del hábito de labio. El método que es descrito a continuación se considera el más eficiente para la eliminación de tal anomalía. Se toman impresiones con alginate de la arcada maxilar y mandibular con su corrido en yeso respectivo. Para fácil manejo los modelos se pueden montar en un articulador tipo bisagra o bien en un articulador de línea recta si se dispone. El primer molar permanente o bien el segundo molar deciduo se desgastan tal y como se señaló en la construcción del mantenedor de espacio funcional y en la aplicación del hábito de succión de dedo. El dentista debe estar seguro de ha

cer el desgaste gingival lo suficientemente profundo para evitar reacciones parodontales. Se procede a la elección de las bandas ortodóncicas apropiadas o bien de las coronas totales de metal que van a ajustarse en los dientes soporte. Si las aplicaciones se van a dejar por un tiempo bastante considerable, es más probable que las coronas totales de metal soporten mejor los golpeteos del stress oclusal. Adoptamos a continuación alambre de acero inoxidable del 0.040 pulgadas, corriendo anteriormente a partir de las piezas soporte, pasando por los molares desíduos hasta la abertura (larga y estrecha) del incisivo lateral y canino, o bien en la del canino y el primer molar desíduo. Cualquiera área interproximal se puede elegir para pasar el alambre base a la cara labial dependiendo del espacio libre que se presente en un análisis de los modelos de estudio articulados. Después de cruzar la abertura, el alambre base se dobla al nivel del margen labio gingival del incisivo y llevado a través de la abertura correspondiente del lado opuesto. El alambre es entonces traído a través de la abertura y regresado a la unión de las piezas soporte, haciendo ligero contacto con las superficies linguales de los premolares. Debe tenerse cuidado en que la porción anterior del alambre (en cara labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores, conforme se trae a oclusión el modelo superior. Si esto sucede, el alambre base debe doblarse para tomar una posición más gingival. El alambre debe permanecer separado de las su

perfiles labiales de los incisivos mandibulares de dos a tres milímetros de distancia para permitirles que se muevan hacia adelante. A continuación se puede añadir un alambre adicional de 0.036 a 0.040 pulgadas de cromo-níquel o de acero inoxidable, soldando una terminal en la abertura de tras-paso del alambre base y llevándolo gingivalmente aproximadamente de seis a ocho milímetros. Se dobla entonces el alambre y se lleva a través de los incisivos mandibulares paralelo al alambre base gingival. La porción paralela debe estar separada del tejido gingival aproximadamente tres milímetros. El alambre base se suelda a la corona o a las bandas unidas y se revisan nuevamente el ensamblado de alambre para ver si no hay posibles interferencias oclusales o incisales. Después de limpiado y pulido, la aplicación se puede colocar y cementar en la boca. Si se han empleado coronas de metal, se recomienda hacer una hendidura bucal para permitir el establecimiento de la circunferencia gingival correcta y el subsecuente lugar o puntos de soldadura, tal y como fue señalado en la aplicación de succión de dedo. La barrera labial se puede modificar añadiendo acrílico entre el alambre base y el alambre auxiliar. Esta modificación tiene por objeto reducir la irritación de la mucosa del labio inferior. La mayoría de las aplicaciones se usan aproximadamente el mismo tiempo que la aplicación de proyección de lengua. Así como en la aplicación de la succión de dedo, la aplicación de labio se reduce gradualmente antes de quitarse definitiva

y completamente. Primero se quitan los alambres auxiliares y el resto de la aplicación varias semanas más tarde. Particularmente cuando ha habido apli- camiento y retroposición de los incisivos mandibulares, no habrá prisa por quitar la aplicación. Un período de ocho a nueve meses de uso es bastante aceptable.

Na hay duda que la aplicación de labio permite a la lengua mover los incisivos mandibulares labialmente. Esto no sólo los provee de su in- clinación axial, sino que la sobremordida existente frecuentemente se reduce. En algunos casos en que parece haber una retrusión mandibular funcional, como resultado de una actividad aberrante asociada de labio y músculo, la colocación en este momento de una aplicación de labio, permite a los incisivos dirigirse hacia adelante, y la mandíbula puede hacer lo mismo.

E.- APARATOS REMOVIBLES DE HABITOS ANORMALES.

1.- PARA MORDEDURA DE CARRILLO.- Sabemos de antemano que hábitos anormales de los músculos pueden provocar una mordida abierta o malposiciones dentarias individuales en los segmentos bucales, aun cuando el área más común de las más grandes deformaciones es en el segmento an- terior.

Donde existe un hábito persistente de mordida de carrillo, se puede construir una cuneta removible para romper dicho hábito o bien se puede

usar una barrera de acrílico.

II.- PARA HABITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA.-

Un significado efectivo de lo que es control de hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizando la musculatura para ejercer una corrección del desarrollo de una maloclusión es la barrera vestibular u oral, o bien la combinación de ambos. Estas aplicaciones removibles han sido desarrolladas y aplicadas en un alto grado de eficiencia por Frantisek Krauss de Checoslovaquia. La barrera vestibular simple es una ayuda en la restauración de la función normal del labio y en retraer los dientes incisivos. Puede también usarse para interceptar hábitos de succión de dedo, pero tiene la desventaja de poder ser removido fácilmente por el paciente cuando él lo desee. La completa cooperación del paciente es absolutamente esencial.

La barrera oral es una modificación del paladar de acrílico y es similar al activador de apariencia pero mucho menos voluminoso. Ya sea que empleemos tanto una barrera con un loop de alambre o acrílico, se puede construir para prevenir proyección de lengua o succión de dedo. Si se necesita retención adicional, se añaden unos broches que van colocados sobre los molares.

La barrera combinada vestibular y oral se fabrica para controlar las fuerzas de los músculos dentro y fuera de los arcos dentarios. Si se usa

osididamente y ha sido construido correctamente, se pueden interceptar las fuerzas anormales de los músculos y canalizado a una actividad benéfica, reduciendo el desarrollo de la maloclusión. Empleadas solas estas aplicaciones están limitadas en su alcance de corrección y sólo deberían ser empleadas como aditamentos interceptivos para problemas francos de prevención muscular. Un cuidadoso diagnóstico del problema debe hacerse antes de intentar la corrección de éste con barreras vestibulares y orales. Si no estamos seguros de contar con la absoluta cooperación del paciente, el empleo de aplicaciones removibles está contraindicado y por tanto se usarán aplicaciones fijas. Las barreras vestibulares y orales también se pueden usar con aplicaciones fijas con ventajas considerables. En muchos casos este tipo de tratamiento debe estar bajo la vigilancia del ortodoncista.

CAPITULO IV.- DESARROLLO DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

Es bastante normal que los incisivos laterales superiores erupcionen ligeramente hacia la cara lingual de la línea de los incisivos centrales y - dirigirse hacia adelante tan pronto como la corona clínica esté expuesta a la cavidad oral y la lengua realice sus funciones normales.

Ocasionalmente, aun con una longitud adecuada del arco dentario los incisivos laterales erupcionan marcadamente hacia lingual y la corona - clínica es forzada completamente hacia la cara lingual del diente incisivo antagonista. Esta tendencia puede ser más manifiesta en individuos de cara firme o recta, con menor sobremordida que en el mayor porcentaje y es -- apreciado este fenómeno cuando hay tendencia familiar a la clase III.

Los incisivos centrales superiores normalmente se pandean sobre la cara labial por encima de sus dientes antecesores, y es menos probable que queden atrapados en la cara lingual por la oclusión pero tales accidentes - de erupción ocurren y el dentista observador puede en la mayoría de los - casos interceptar este desarrollo de mordida cruzada antes que la completa maloclusión inicial se presente. Se tomará en consideración el precepto de que deberá haber suficiente espacio para proceder con esta técnica, de lo

contrario se procederá a proporcionar dicho espacio primero.

Otro punto que se considera crítico es lo que respecta a la cooperación del paciente y por medio de su examinación rutinaria de sus records de diagnóstico, el dentista puede anticiparse al desarrollo de una mordida cruzada.

Este diagnóstico se refiere a patrón de erupción, conceptos de resorción, tabla cronológica de cambio de dentición, historia minuciosa de un accidente en la zona inmediata, patrones de tipo facial, y patrones hereditarios, que nos pueden dar la pauta de consecuencias serias.

Por tanto diremos que el instruir al paciente sobre que signos debe observar respecto al desarrollo normal y sobre lo que puede ser erróneo o negativo y sus consecuencias, el C.D. puede interceptar con relativa facilidad el desarrollo de una mordida cruzada como también otras facetas de maloclusión.

A.- TECNICAS TERAPEUTICAS.

Tomando en consideración que se trata de un problema local simple con espacio suficiente para el diente en mordida cruzada para ser colocado en su posición correcta, disponemos de varias formas de abordar el caso. Si el dentista se anticipa e intercepta el desarrollo de la mordida cruzada conforme se va desarrollando la erupción de los dientes permanentes, - el uso de un abatelenguas es una técnica terapéutica suficiente. Tomaremos

como un ejemplo el tipo más común de mordida cruzada, es decir la malposición lingual de un incisivo central superior. Al niño se le instruye para colocar el abatelenguas de tal manera que ésta descansa sobre los incisivos mandibulares y ejerciendo presión sobre el diente en mordida cruzada; empleando como fulcrum el margen incisal mandibular, la porción oral del abatelenguas es rotado hacia arriba y adelante para emplear la superficie lingual del diente malpuesto lingualmente. Al paciente se le advierte que muerda con presión constante sobre la madera inclinada y al mismo tiempo ejercer una ligera pero constante presión con su mano sosteniendo el abatelenguas para impedir que éste se desplace. El uso adecuado del abatelenguas por término de uno a dos horas al día durante diez o catorce días es generalmente suficiente para desviar el incisivo central superior lingualmente erupcionado, a través de la barrera a una relación correcta. El ejercicio del abatelenguas puede ser prescrito para realizarse durante el tiempo de ver televisión, de tal manera que no se vuelva esto una actitud pesada y onerosa. Es aconsejable que algún pariente esté supervisando el ejercicio para asegurarse que se hace propiamente y durante el tiempo indicado. A veces el abatelenguas es demasiado ancho y por tanto acapara más de un diente y si esto sucede, el abatelenguas debe ser recortado al ancho adecuado al del diente en cuestión.

Una verdadera presión con el dedo empujando al diente lingualiza

do hacia afuera puede ser ejercida durante el día mientras el niño está en la escuela. Cada pequeña acción ayuda, aún cuando el período de tiempo en la aplicación de fuerza no puede exceder de cinco a diez minutos, sin tener un intervalo de descanso.

Para incrementar la cooperación del paciente, un factor crítico - que determina el éxito o fracaso de la terapia, se ha encontrado una buena trata para el niño que es menos cooperativo haciendo como prescripción comprar paletas o helados con bama de madera para que los ejercicios sean realizados.

Desafortunadamente el dentista en ocasiones no ve a su paciente - en el momento en que se inicia el desarrollo de la mordida cruzada y por tanto su solución estará a cargo de otra rama de la ortodoncia correctiva.

B.- EJERCICIOS MUSCULARES.

LABIO CORTO SUPERIOR.- Es un acontecimiento común en niños de siete a ocho años de edad tener sus dientes maxilares ligeramente protruidos y espaciados. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo normalmente se encargan del cuidado de esta prominencia temporal. Para ayudar a la corrección autónoma y para prevenir el establecimiento de hábitos anormales de lengua y labio que pudieran acentuar la deformidad, deben - recomendarse ejercicios sencillos de labio. La hipotonicidad y flacidez del labio superior, son las características más obvias de esta clase de proble--

ma. Al niño se le instruye en extender el labio superior tanto como sea posible, curvando el borde del vermellón por debajo y atrás de los incisivos maxilares. Este ejercicio deberá hacerse de quince a treinta minutos cada día durante un período de cuatro a cinco meses en caso que este paciente presentase labio corto superior.

RESPIRADORES BUCALES. - Donde la protrusión de los dientes maxilares es también un factor, el labio inferior se puede emplear para incrementar el ejercicio del labio superior. El labio superior primero se extiende a la posición descrita previamente. El borde del vermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción extendida externa del labio superior. Este tipo de ejercicio ejerce una fuerte influencia de retracción sobre los incisivos maxilares, mientras que igualmente se incrementa la tonicidad de ambos labios superior e inferior. Este ejercicio es particularmente valioso en niños que respiran a través de sus bocas y que raramente juntan o aproximan sus labios durante el descanso. Un mínimo de treinta minutos diarios de ejercicios son suficientes para alcanzar buenos resultados. -- Donde hay una franca oclusión clase II división 1 con un overjet y overbite excesivos junto a una función anormal del músculo perioral, estos ejercicios son valiosos antes y durante la terapia ortodóncica. Existe un componente sensual en el roce labial, y tal ejercicio puede perfectamente servir como un sustituto de los hábitos de labio, lengua y dedo, en virtud de --

una respuesta similar de gratificación o de placer. A pesar de que el ejercicio no es desagradable y que es fácil de obtener la cooperación del paciente, la piel inmediatamente contigua a los labios se puede irritar. Esto se puede controlar mediante un ligero apósito medicamentoso suavizante y antiinflamatorio o bien mediante una sencilla aplicación de una crema grasosa.

Al paciente infantil muchas veces se le ve antes de estar listo o preparado para recibir aplicaciones de movimiento de dientes.

Una rutina de ejercicio de labio diariamente del tipo descrito, -- tenderá a compensar la influencia deformadora de la función anormal muscular perioral compensatoria asociado con la maloclusión, e incrementa la tonicidad y la influencia retractora de los labios. Este ejercicio llamará la atención del niño sobre la protrusión de los incisivos maxilares. Estando -- consciente de su problema, el niño puede ser más cuidadoso de no entusiasmarse en actividades que son probable de causar fractura de estos dientes -- susceptibles de accidente.

En niños con desarrollo de una oclusión clase II división 1, el tocar un instrumento de aire puede ser de hecho un procedimiento ortodóncico interceptivo. Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar y respirar fuertemente para incrementar la tonicidad muscular de los labios. Es probable que todos los ejercicios de este tipo sean benéficos, sin embargo,

cualquier ejercicio que se emplee, éste debe ser de suficiente intensidad, - frecuencia y duración cada día por un período considerable de tiempo para poder lograr efectos benéficos sobre los músculos.

CAPITULO V.- CONCLUSIONES

El éxito de un tratamiento dependerá en muchas ocasiones de muchas causas que irritan al niño e impiden su completa adaptación en el medio en que está creciendo y desarrollándose. Es posible descubrir, por ejemplo, que le faltan medios de distracción al niño. Entonces se puede aconsejar a los padres que se le coloquen en la cuna juguetes u objetos de vivos colores que llamen su atención. Si se descubre que el niño permanece sólo por mucho tiempo, se le puede aconsejar a la madre que trate de dedicarle más tiempo o que se consiga alguien que lo cuide y lo entretenga por muchas más horas en el día. Si es hijo único y está ya en edad de asistir al jardín de niños, debe mandársele, o que busque distracción y entre en contacto con niños de su edad. Es posible con un interrogatorio completo descubrir un problema psíquico grave o sospechar que exista, entonces es obligación del cirujano dentista convencer a los padres de que es un trabajo de mutua cooperación. Por nuestra parte debemos cerciorarnos si se trata de un hábito no compulsivo o compulsivo.

Si se observa que el niño succiona sus dedos o el labio por pequeños ratos, o únicamente antes de dormir y al quedar dormido él solo se saca el dedo de la boca, se trata con seguridad de un hábito no compulsivo,

que no debe ser motivo de preocupación, un hábito de esta naturaleza llega a desaparecer por sí solo y por el tiempo que las fuerzas y presiones accionan sobre los dientes y tejidos orales, no causan ninguna anomalía, sólo debemos sugerirles a los padres que no se moleste al niño cuando está practicando el hábito oral. Este tipo de hábitos es considerado dentro de lo normal y no es motivado por ningún problema psíquico. Si por el contrario, se observa que el niño practica el hábito constantemente, prefiriéndolo a cualquier otro entretenimiento y que durante el sueño la succión es constante, a veces hasta el grado de que el ruido provocado por ella despierta a los padres, se trata seguramente de un hábito compulsivo que está motivado por un problema que lo afecta en su equilibrio emocional.

Hasta la edad de tres años, nada debe hacerse para tratar que el niño abandone el hábito compulsivo o no compulsivo. Debe dejarse al niño succionar tranquilamente su labio o mano, y aseguramos que este proceder hace que el niño por sí mismo abandone el hábito y que las deformaciones bucodentarias que a los tres años de edad se encuentran, van a desaparecer con las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo. Sin embargo tratándose de un hábito compulsivo, es conveniente que antes de los tres años se investigue el motivo por el que el niño practica su hábito. Si se encuentra la causa y se elimina, es más seguro que sin molestar al niño, por sí solo abandone el hábito. Se debe de entretener al niño, mejorando sus

medios de distracción y dedicándole la mayor atención posible sin que se entienda esto como una sobre-protección.

CAPITULO VI.- BIBLIOGRAFIA.

DENTISTRY FOR THE CHILD AND ADOLESCENT.- Ralph Mc Donald., BS. D.A.S., M.S. (Professor of pedodontics and Dean, Indiana University School of Dentistry.) 1974, Second Edition.

ORTHODONTICS, PRINCIPLES AND PRACTICE.- T.M. Graber, D.D.S., - M.S.D., Ph. D. (Director, Kenilworth Dental Research Foundation Chair Man Orthodontics, University of Chicago. 1972, Third Edition.

ORTODONCIA ACTUALIZADA.- J.S. Beresford, Lilah M. Clinch, J.R. - Halden, J.H. Hovell, M.A. Kettle, K. Reitan, W.J. Tullery, -- D.P. Walther. (1972)

OCLUSION. Dr. Sigurd F. Ramfjord. (Professor in Dentistry, University - of Michigan).- Dr. Major M. Ash, Jr. (Professor in Dentistry, University of Michigan). 1972, Second Edition.

ODONTOPIEDIATRIA CLINICA.- Finn, Sidney B.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS. Brauer, John Charles.

PSICOLOGIA MEDICA.- De la Fuente Muñiz, R.