



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROFILAXIS DE LA MALOCLUSIÓN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

HUITRÓN SÁNCHEZ, MARINA

Ciudad Universitaria, México, D. F.

1932



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 sagrada memoria de
mis adorados padres con
veneración y respeto.**

A mi querida hermana
María del Consuelo, con
eterna gratitud

Para mis hermanas
y hermanos, con
fraternal cariño

**A la Srita. Aurora Jiménez
con estimación y gratitud.**

**A la Srita. Angeles
Zeniso cariñosamente**

**A mis maestros con
gratitud y respeto.**

Profilaxis de la Maloclusión

INTRODUCCION

La maloclusión se debe a la poca importancia que se le dan a los dientes caducos, lo cual produce su pérdida precoz y frecuentemente la de los primeros molares. La pérdida de éstos últimos en la infancia, da lugar a la mesioversión del segundo molar al brotar, dando lugar a maloclusión pronunciada.

Quando no puede restaurarse un molar caduco y debe procederse a su extracción, se mastendra el espacio por medio de un aparato ortodoncico. Antes de los seis años de edad, no hay medio de mantener el espacio que resulta de la extracción del segundo molar caduco; de ahí la precisa necesidad de conservarlo.

La falta de higiene bucal y hábitos alimenticios erróneos, permiten la pérdida precoz de los dientes caducos. No obstante entre los que se observa una buena higiene bucal y no tienen dientes cariados, hay muchos que contraen hábitos que deforman la cara y las mandíbulas, perjudican la salud y alteran las facciones del rostro..

Para corregir estos hábitos el principal motivo que hay para que los niños pequeños estén sujetos a los cuidados y a la vigilancia del odontólogo.

Es muy extraño que el desarrollo de los demás órganos del cuerpo sea vigilado por el especialista, mientras que la boca, que tal vez es el órgano más vital de la cara, se descuida y se atiende hasta que se halla completamente desarrollada, y el profesional no puede prevenir, sino únicamente lo reparable o corregir y extirpar lo que esté completamente enfermo. Indudablemente la odontología nunca podrá considerarse como profesión de elevado valor social, sino llega a impedir la pérdida de los dientes y el desarrollo de la maloclusión.

Profilaxis de la Maloclusión

INTRODUCCION

La maloclusión se debe a la poca importancia que se le dan a los dientes caducos, lo cual produce su pérdida precoz y frecuentemente la de los primeros molares. La pérdida de éstos últimos en la infancia, da lugar a la mesioversión del segundo molar al brotar, dando lugar a maloclusión pronunciada.

Cuando no puede restaurarse un molar caduco y debe procederse a su extracción, se mantendrá el espacio por medio de un aparato ortodoncico. Antes de los seis años de edad, no hay medio de mantener el espacio que resulta de la extracción del segundo molar caduco; de ahí la precisa necesidad de conservarlo.

La falta de higiene bucal y hábitos alimenticios erróneos, permiten la pérdida precoz de los dientes caducos. No obstante entre los que se observa una buena higiene bucal y no tienen dientes cariados, hay muchos que contraen hábitos que deforman la cara y las mandíbulas, perjudican la salud y alteran las facciones del rostro..

Para corregir estos hábitos el principal motivo que hay para que los niños pequeños estén sujetos a los cuidados y a la vigilancia del odontólogo.

Es muy extraño que el desarrollo de los demás órganos del cuerpo sea vigilado por el especialista, mientras que la boca, que tal vez es el órgano más vital de la cara, se descuida y se atiende hasta que se halla completamente desarrollada, y el profesional no puede prevenir, sino únicamente lo reparable o corregir y extirpar lo que esté completamente enfermo. Indudablemente la odontología nunca podrá considerarse como profesión de elevado valor social, sino llega a impedir la pérdida de los dientes y el desarrollo de la maloclusión.

Hábitos y medidas que deben tomarse

Hábitos y medidas que deben tomarse.—Los hábitos que dan lugar a la maloclusión se pueden presentar antes de la erupción de los dientes. Los más comunes son la succión del pulgar, de los labios; los chupadores, las malas posiciones en la cama unidos con la lactancia con biberón.

La naturaleza repara los trastornos ocasionados por los más antiguos de estos hábitos, como es la succión del pulgar o la de otros dedos, y cesan antes de los dos años; pero si continúa por más tiempo, son más difíciles de suprimir. La succión de objetos duros, causa defectos lamentables, el más común es la protusión de los incisivos superiores, más aparente que real, porque mientras estos últimos son impelidos en sentido labial, los incisivos de la mandíbula inferior, lo son en sentido lingual, para aplicarse al pulgar o a otro dedo. La presión que hace el pulgar contra el paladar duro y las presiones exteriores, dificultan el desarrollo en sentido inferior y lateral del paladar, y dan lugar a estenosis de la arcada.

Profilaxis de la Succión del Pulgar

Profilaxis de la succión del pulgar.—Práctica seguida por numerosos pueblos primitivos, consistía en atar los brazitos al cuerpo evitando la succión del pulgar u otros dedos.

En niños más crecidos puede emplearse mitones por la noche, a veces son necesarias medidas enérgicas, y se construyen brazaes de cartón, que se sujetan desde el hombro hasta las muñecas, no permitiendo la flexión del codo.

Si no es tolerable que el niño adquiera durante los seis primeros meses, no es fácil que lo contraiga después.

Succión de los labios.—La succión o mordisqueo de los labios, debe ser suprimida tan pronto como se manifieste.

La lactancia con biberón produce la maloclusión en los niños y debe vigilarse esa clase de alimentación, por que ocasiona la succión del pulgar y la de los labios.

Debe ser substituído el biberón tan pronto como se pueda por la taza.

A niños de uno a tres años, se les da un biberón, con el objeto de que concilien el sueño. Esto trae como consecuencia el que, las superficies vestibulares de los dientes se exponen a la caries por los depósitos alimenticios.

La lactancia con biberón continuada después del segundo año, causará la deformación del paladar duro, por la presión que sostiene el tetón contra él.

Respiración Bucal

Respiración bucal.—La respiración bucal, es consecuencia de corizas, de hipertrofia amigdalina o de vegetaciones adenoides, deben atenderse rápidamente.

La Hipertrofia amigdalina que es un proceso inflamatorio que parte casi siempre de la amígdala palatina, hay casos que invaden el velo del paladar y sus pilares, la base de la lengua y la faringe.

El anillo de Waldeyer está compuesto de las dos amígdalas palatinas, de la amígdala faríngea y de la lingual, y es asiento de una hipertrofia, que afecta ya el anillo linfático entero, o alguna de sus partes. La etiología de esta hipertrofia no siempre es igual. Presentándose en la tuberculosis latente, en otros casos es una consecuencia de condiciones higiénicas desfavorables, y unas veces se trata de una enfermedad hereditaria. Se observa sobre todo durante la infancia y su curación es espontánea más allá de los 25 años, debe quedar incluida entre las numerosas hiperplasias que pueden desarrollarse en otros tejidos, linfadenoides, durante los primeros años de la vida.

Hipertrofia de las amígdalas palatinas.—Invade con predilección las dos amígdalas que una sola, alcanzando proporciones tan considerables como, que la amígdala sobresale de su cavidad, hasta alcanzar la úvula, si la afección es bilateral, la pared posterior de la faringe es fácil que quede oculta por las dos amígdalas. Si la glándula se adhiere al pilar anterior del velo del paladar, éste es también desviado hacia la línea media. La superficie de las amígdalas hipertrofiadas, presenta tapones en el fondo de las criptas y es generalmente desigual que lisa. La consistencia es más blanda en los niños que en los adultos y el color es rojo pálido, pudiendo llegar al rojo oscuro propio de la inflamación.

Estas anginas agudas forman uno de los fenómenos más molestos de hipertrofia de las amígdalas.

En la mayoría de los enfermos existen molestias independientemente de los brotes inflamatorios, la deglución suele estar perturbada, y durante el sueño las amígdalas caen hacia atrás por acción de la gravedad, la respiración choca con dificultades y a consecuencia de éstas, el enfermo ronca ruidosamente y muchas veces experimenta sensación de opresión.

En el tratamiento se tomará en cuenta que además de la hipertrofia de las amígdalas palatinas, existe con mucha frecuencia hipertrofia de la amígdala faríngea, que es la que reclama tratamiento inmediato, por ser la causa primordial de los trastornos. La operación es la manera eficaz para combatir la hipertrofia de las amígdalas palatinas, la tonsilotomía, está indicada en los casos de anginas agudas repetidas. La operación se practica sin dificultad, con el amígdalotomo siempre y cuando la amígdala forma prominencias marcadas fuera de su cavidad y sobre todo si los pilares del velo del paladar están adheridos a ella, se llevará a cabo.

Para niños muy impresionables, se emplea la embriaguez etérea. Cuidando que queden ilesos la úvula y los pilares del velo del paladar.

Es conveniente el empleo de un escalpelo abotonado e incurvado en forma de hoz, cuando se encuentren los pilares del velo del paladar adheridos a la amígdala.

El único peligro de la amígdalotomía es la hemorragia, que es con más frecuencia pñenquimatosa que arterial (tratándose de la hemorragia arterial puede proceder de la arteria tonsilar o de la maxilar interna), afortunadamente en muy raros casos se produce una anemia y hasta la muerte. La hemorragia ligera, es debida a que el enfermo exprime la sangre por la herida a fuerza de toser, o bien la aspiración con los movimientos de deglución. Se recomienda al enfermo que observe una conducta conveniente después de la operación. Para combatir una hemorragia grave, se cogen los vasos con pinzas, suturando los pilares del velo del paladar sobre la cavidad de la amígdala por medio de la compresión.

Durante los periodos en que exista un brote de angina aguda nunca se practicará la amígdalotomía, por el peligro que sobrevenga una hemorragia intensa y la infección de la herida.

Vegetaciones adenoideas de la rinofaringe.—Debido a las mal formaciones a que da lugar esta enfermedad, el Cirujano Dentista, tiene la obligación de conocerlas. No es raro observar niños cuyos maxilares estén más o menos deformes, debido a las

dificultades que para la respiración y aún para otros fenómenos traen consigo la hipertrofia de estas glándulas.

La hipertrofia de las amígdalas linfoides, situadas en la rinofaringe y más frecuentemente a la hipertrofia de la amígdala faríngea, que ocupa la bóveda de la retrocavidad de las fosas nasales y que se atrofia a partir de la pubertad, para desaparecer totalmente a la edad adulta.

Se encuentran estas vegetaciones en los niños, desde la edad de seis meses, se ha observado con excepción hasta los 35 años; pero la edad en que más frecuentemente se observa, es de 5 a 10 años. El Sexo no tiene influencia marcada. La herencia tiene mayor influencia. En algunas familias se observan niños adenoides cuando los padres lo han sido.

El Sarampión, la Escarlatina y la Tosferina, son enfermedades que repercuten en la garganta, observándose en la coexistencia de éstas, los síntomas de hipertrofia.

Los adenoides son frecuentemente escrufulosos o linfáticos. Se da gran importancia como causa predisponente el descender de padres tuberculosos. Las mal formaciones faciales, como sucede en los labios leporinos, complicados así como en la estenosis de la nariz, que son favorables para la hipertrofia de la amígdala faríngea.

Los niños adenoides con la dificultad que experimentan en respiración nasal que los obligan a respirar por la boca, con todas las nocivas consecuencias que esto hecho tiene para los órganos respiratorios. La abertura de la boca, da a la fisonomía del enfermo, expresión de tontería y en los jóvenes se interrumpe el desarrollo, caracterizado por la estrechez de la nariz y del maxilar superior, por la elevación de la bóveda palatina y por la prominencia marcada de los caninos superiores. Tiene engurgitamientos ganglionares en el cuello.

Se observan deformaciones muy marcadas en los arcos alveolares y aun en el conjunto de los maxilares, sobre todo en el maxilar superior, a tal grado que perturba considerablemente la articulación y exige la intervención del cirujano para corregir estos defectos que pueden traer perturbaciones de otra naturaleza y constituir una anomalía permanente. Esta deformación desaparece con frecuencia en poco tiempo, siempre y cuando sean extirpados los tumores oportunamente.

Localmente se ordena hacer irrigaciones nasales, antisépticas y descongestionantes. Se emplean toques de resorcina y agua destilada en partes iguales. Para corregir el estado general, se prescribe el aceite de hígado de bacalao, el Jarabe Yodotánico, el Yodo, etc.

El tratamiento quirúrgico, es el que resuelve el problema, pudiéndose practicar la operación a partir de dos años de edad. por que más tarde las deformaciones faciales pueden no ser reductibles.

La operación requiere cuidados preoperatorios y anestesia cuidadosa, que se lleva a cabo por medio de la cucharilla de Fein o el adenótomo de Lermoyez, así como de pinzas especiales que facilitan la extirpación. Después de hecha ésta, requiere cuidados preoperatorios, que son de la incumbencia del especialista.

La hemorragia es generalmente insignificante, en rarísimos casos se emplea el taponamiento. Cuando no se ha producido hemorragia notable, no hay necesidad de cuidado postoperatorio alguno.

La nutrición defectuosa, al debilitar la resistencia del niño, aumenta su propensión a las corizas que se debe a la dieta excesivamente rica en hidratos de Carbono.

Una tira de esparadrapo colocada por las noches sobre los labios, obliga a respirar por la nariz.

La falta del desarrollo interproximal en la parte anterior de las arcadas dentarias se debe a la masticación de los alimentos blandos que traen como consecuencia la maloclusión porque los dientes permanentes carecen de espacio para su erupción normal.

Los frenillos anormales, la pérdida precoz de los dientes cauducos y la presión exterior provocan la erupción de los incisivos laterales superiores en sentido lingual, muy pocos incisivos laterales brotan en sentido vestibular en estado normal como lo hacen muchos caninos permanentes.

Una simple oclusión de un incisivo lateral superior es muy fácil corregir esta pequeña maloclusión, si se principia a tiempo el tratamiento. Observando que un incisivo lateral brote en oclusión lingual, hay que enseñar al niño a morder un palillo de naranjo para que el diente vuelva a su correcta posición.

Sección del Frenillo

Sección del Frenillo.—El pliegue de la membrana mucosa del labio superior, que une este labio con la membrana mucosa que recubre el maxilar superior en el vestíbulo, entre los incisivos centrales superiores se presenta hipertrofiado.

La presión del frenillo aparta de la línea media los incisivos centrales, permanentes en vías de erupción y causa una absorción prematura de la raíz del incisivo lateral caduco y su pérdida también prematura.

La aproximación ortodóncica de los incisivos centrales y la cauterización de la banda de tejido dejan espacios para los incisivos laterales que de no ser así, brotarían en sentido lingual.

La operación es sumamente sencilla, el único inconveniente que presenta es que produce en los niños tímidos un poco de miedo al calor del cauterio.

Para allanar estos factores psíquicos se cubren los labios con una servilleta, se manda al niño cerrar los ojos, y, se le sujetan las manos. El operador levanta el labio y la parte donde ha de tocar la punta del cauterio, se limpia con ácido fénico. Al seccionar rápidamente el frenillo cuidándose de no lesionar el periostio. La sección deja una bolsita, que se tapona con un algodón embebido en pasta de euroformo. Advirtiéndole a los padres y al niño que el algodón debe permanecer en su posición. Inmediatamente se atan juntos los incisivos centrales con hilo de seda odontológica. Arrollando tres veces la ligadura alrededor de los dientes; pero en cuanto estos se juntan, se arrollará una sola vez.

Precauciones al seccionar el frenillo

Precauciones al seccionar el frenillo.—Se practicará la operación siempre y cuando los molares permanentes se encuentren en oclusión normal.

La incisión del frenillo no debe llegar hasta su inserción lingual, porque se corre el peligro de destruir el festón de encía que rellena el espacio interproximal.

Para no pellizcar el pliegue de la mucosa lingual en la línea media, debe cuidarse la ligadura verificándose con sumo cuidado.

Cuando se emprende la operación en una edad muy temprana, antes de la erupción de los incisivos centrales permanentes, no tiene éxito. En algún adulto de la familia se puede encontrar un frenillo anormal, el espacio se cerrará por influencia de las fuerzas que resultan de la mesogreción de los dientes yugales y de la erupción. Estos casos se mantendrán en observación durante algún tiempo antes de intervenir.

Intervención sencilla

Intervención sencilla.—Un incisivo superior supernumerario, impelió la arcada dentaria fuera de su curva normal, ocasionando un abultamiento en la región del incisivo lateral y caninos inferiores izquierdos. Lo indicado era que el incisivo lateral superior supernumerario se hubiera extraído a los 18 meses, las pequeñas mandíbulas flexibles bajo las fuerzas musculares normales de la lengua y de los labios, hubieran recobrado su normalidad.

Se practican incisiones en la mucosa que recubre un diente en erupción: Primero, porque la erupción viene retrasada, y segundo porque el niño tiene dolor. Para suprimir este inconveniente se hace una incisión.

Colocación de la Cabeza en la Almohada

Colocación de la Cabeza en la almohada.—La posición que el niño toma al dormir es factor importantísimo de la maloclusión. Se ha observado que si un niño adopta continuamente el decúbito supino, se le aplanará el eccipucio y si durante su primera infancia no se le vuelve continuamente, el cráneo resultará irregularmente contorneado.

suelen colocar a los niños en decúbito prono, apoyándose con mayor o menor continuidad sobre la cara, aplanándose el rostro y se estrechan las arcadas dentarias. Si el niño descansa sobre un lado de la cara, ésta se desarrollará asimétricamente, resultando las arcadas dentarias más estrechas sobre el lado sobre el que se apoyan. Los niños que acostumbran a apoyar su cara sobre la almohada en la primera infancia, presentan arcadas estrechas que ocasionan la prominencia de los incisivos en la segunda dentición.

Infinidad de casos hay en que la presión de la mano, del brazo o de la almohada en el maxilar superior da lugar a atresia de la correspondiente arcada siendo unilateral la mordida será cruzada.

Si es bilateral este hábito resulta una arcada en forma ojival.

La influencia de los hábitos de decúbito en la almohada ejercen sobre el maxilar inferior en sentido lateral no es tan notable como en los maxilares superiores; porque el maxilar inferior es móvil y escapa muchas veces a la presión.

Sin embargo se puede observar en algunos casos, la mandíbula inferior es estrechada en un lado, encontrándose los dien-

tes yugales correspondientes en linguoclusión. Empeorando a medida que se desarrolla la boca.

Raras veces se presenta el hábito bilateral.

Forma muy defectuosa de apoyar el maxilar inferior sobre la mano es aquella en que el puño queda aprisionado en la fosa infraauricular, dando lugar a que el maxilar sea impelido hacia adelante.

Si el hábito es unilateral, el maxilar inferior se dirigirá hacia adelante por un lado exclusivamente. Si el hábito es bilateral se produce prognatismo mandibular.

La mayoría de las mordidas cruzadas se encuentran en bocas de individuos que respiran y mastican anormalmente.

Los niños que descansan sobre su cara o mano y que respiran con normalidad, presentarán prognatismo de los dientes superiores y mordida cerrada. Se han registrado varios casos de caninos y de incisivos incluidos por el decúbito sobre la cara y la mano.

Antes de la erupción de los dientes caducos, el decúbito es más perjudicial y a medida que el hábito se pronuncia, traerá serias consecuencias en la oclusión.

Ausencia Congénita de Dientes

Ausencia congénita de dientes.—Otra causa mucho más frecuente de maloclusión es la ausencia de dientes permanentes.

Los ortodontólogos opinan que los segundos viscúspides superiores faltan con más frecuencia que los incisivos laterales superiores faltando algunas veces los segundos viscúspides inferiores y muy pocas los caninos inferiores.

Cuando se observa la ausencia de estos dientes a la edad de 6 años o más tarde deberá conservarse el mayor tiempo posible y habrá de prepararse para responder a las necesidades de la oclusión.

Cuando faltan los incisivos laterales superiores permanentes, pueden conservarse los caninos caducos y funcionar como incisivos laterales.

En caso de que se pierda el diente caduco debe conservarse el espacio hasta que se consiga una restauración permanente.

La falta de absorción de las raíces de los dientes caducos en un proceso normal, determina la maloclusión porque los dientes permanentes no encuentran espacio para su desarrollo. La inclinación que toman estos dientes se debe a que se encuentra interesada una pequeña parte de la raíz, dando lugar a diferentes clases de maloclusión.

Algunas veces los caninos permanentes hacen su erupción en sitio que no les corresponde; pero lo más común es que a causa de la falta de absorción de las raíces de los caninos temporales, no encuentran lugar suficiente para el desarrollo de los caninos permanentes.

Falta de desarrollo de los dientes temporales. En este caso los dientes temporales duran más tiempo del período normal,

siendo indispensable que antes se haya verificado la absorción de sus raíces.

Los caninos son los que persisten por más tiempo y pueden conservarse hasta los 25 años. En este caso está indicada la extracción de los dientes temporales para que los dientes permanentes hagan su erupción. La absorción de los temporales y la absorción de los permanentes es simultánea. Muchas veces antes o después de lo normal.

Erupción tardía de los dientes permanentes.—Algunas veces con o sin causa un diente no hace erupción, permaneciendo meses o años en el proceso alveolar ocupando su lugar o parte de él, el diente vecino.

Se observa con frecuencia que el canino es desalojado de su alveolo correspondiente por los demás dientes ocasionando anomalías de sitios y dirección.

Dientes supernumerarios.—Son los que exceden al número de 32 que se considera como normal. La forma que presentan estos dientes es cónica, encontrándose en cualquier lugar de la arcada dentaria. Su lugar predilecto es entre los incisivos centrales o abarcando el lugar de los molares.

No se define la razón para explicar este caso, unos lo atribuyen al esfuerzo de la naturaleza para reestablecer condiciones originales. El número de dientes normal en los mamíferos es de 44; pero el hombre en su evolución perdió 4 incisivos y 8 premolares, por estudios que exponen los científicos explicando que los dientes supernumerarios son estos dientes suprimidos que reaparecen en forma rudimentaria.

Estos dientes toman su posición especialmente en la región de los incisivos antes de la erupción de los dientes permanentes, resultando con anomalía de sitio.

Trasposición de los dientes temporales.—Este caso es más raro que el de los dientes supernumerarios. Cuando ocurre da lugar a problemas muy complicados y su tratamiento no siempre puede ser como el de los demás casos que se han establecido, necesitando una resolución de acuerdo con el caso especial.

La Dieta como Factor importante en la Dentición.

La dieta como factor importante en la dentición.—El desarrollo defectuoso de la dentadura se debe a la dieta inadecuada que tiene mayor influencia que cualquier otra causa.

Los trastornos de calcificación que dan por resultado mandíbulas deformes y falta de desarrollo de los dientes con esmalte defectuoso, son consecuencia de una dieta insuficiente que la madre ha tenido para el desarrollo normal del feto.

Si el niño presenta debilidad o enfermedad congénita o si está sometido a una lactancia incorrecta por el biberón o lo cría una madre débil o cuya dieta es deficiente, durante el período de lactancia, los dientes presentarán la misma falta de desarrollo normal.

En la mujer embarazada, su dieta debe componerse sobre todo de pan moreno, legumbres y verduras frescas, frutas, leche, manteca y huevos para conseguir mayor mineralización en la mujer.

El azúcar debe tomarse en cantidad moderada.

En la preparación de las legumbres, verduras y frutas cocidas, se tendrá especial cuidado para que no se pierdan en el agua en que se cuecen, los principios activos de los alimentos.

Habrà que someterse al régimen que el médico indique durante el período de lactancia. Será muy bien dirigida la alimentación del niño en los primeros años.

Durante el embarazo habrá que insistir en la necesidad de agua más abundante y de buena calidad, durante esos períodos de desarrollo, por que ayuda a la regularidad de las funciones de la eliminación.

La Dieta como Factor importante en la Dentición.

La dieta como factor importante en la dentición.—El desarrollo defectuoso de la dentadura se debe a la dieta inadecuada que tiene mayor influencia que cualquier otra causa.

Los trastornos de calcificación que dan por resultado mandíbulas deformes y falta de desarrollo de los dientes con esmalte defectuoso, son consecuencia de una dieta insuficiente que la madre ha tenido para el desarrollo normal del feto.

Si el niño presenta debilidad o enfermedad congénita o si está sometido a una lactancia incorrecta por el biberón o lo cría una madre débil o cuya dieta es deficiente, durante el período de lactancia, los dientes presentarán la misma falta de desarrollo normal.

En la mujer embarazada, su dieta debe componerse sobre todo de pan moreno, legumbres y verduras frescas, frutas, leche, manteca y huevos para conseguir mayor mineralización en la mujer.

El azúcar debe tomarse en cantidad moderada.

En la preparación de las legumbres, verduras y frutas cocidas, se tendrá especial cuidado para que no se pierdan en el agua en que se cuesen, los principios activos de los alimentos.

Habrà que someterse al régimen que el médico indique durante el período de lactancia. Será muy bien dirigida la alimentación del niño en los primeros años.

Durante el embarazo habrá que insistir en la necesidad de agua más abundante y de buena calidad, durante esos períodos de desarrollo, por que ayuda a la regularidad de las funciones de la eliminación.

Higiene bucal.—Se han registrado casos en que una dieta deficiente, ha bastado para producir hipoplasia de los dientes caducos, todo trastorno serio de la salud durante el embarazo, puede determinar una debilitación de la resistencia a la caries. No excluyendo los baños, ejercicio, sol, aire puro en el dormitorio.

Los órganos dentarios del feto, principian a formarse inmediatamente después del cuarto mes y si se ha descuidado la boca de la madre, si ésta padece dolores de dientes y su digestión es defectuosa se atribuye a esta causa la fragilidad de los dientes caducos de su hijo.

Muchos niños tienen dientes permanentes con marcada hipoplasia debido a una nutrición defectuosa durante las últimas semanas de su vida intrauterina o dieta deficiente durante su primera infancia.

El niño deberá alimentarse del seno durante los 9 primeros meses de su vida, pues la leche materna es el alimento normal de todos los niños. En caso de enfermedad o mala nutrición de la madre o falta de nodriza, puede criarse al niño con biberón.

Si la madre sigue una dieta esmerada y disfruta de buena salud, el niño lactando al pecho obtiene su alimento en forma preparada de manera ideal para sus necesidades. El niño que mama al pecho realiza un esfuerzo y al proceder a la succión desarrolla fuertemente sus músculos, lo que favorece el desarrollo de mandíbulas bien conformadas. El niño nutrido por el pecho de la madre beneficia de una inmunidad con respecto a las enfermedades de que no goza el niño criado con biberón, siendo éste susceptible al raquitismo. Si la nutrición continúa durante los primeros años de la vida del niño, puede resultar de ella la hipoplasia de los dientes.

Cuando empiezan a brotar los dientes el biberón presenta otros peligros, los niños criados con biberón, alimentados con algunos de los alimentos específicos pueden sufrir una desintegración precoz de sus dienteitos.

Cuando son mayores los niños alimentados con biberón y se ha criado con alimentos preparados, dulces y amiláceas, no permiten la alimentación vegetal.

A los niños les gusta la alimentación vegetal si se les ha acostumbrado a ella durante los primeros años. El Dr. Moore opina que niños de 7 meses el jugo de verdura o sopas. Una cuchara-

da sopera de puré de verdura a los 8 meses se aumentará en ciento diez gramos a los 10 meses.

Debe educarse en su primera infancia el gusto de la alimentación vegetal y es a menudo difícil persuadirlo de que consuma otros vegetales que no sean los favoritos, necesita tomar suficiente cantidad de verduras para mantener el equilibrio mineral del cuerpo.

El alimento perfecto para los primeros meses es la leche materna, porque contiene los elementos necesarios para la formación de los huesos.

El niño lactado al pecho aprende a masticar más pronto que los demás. La masticación es factor indispensable para la digestión.

No se debe poner agua helada delante del niño. Por las mañanas se le dará un vaso de agua al levantarse. Se le suministrarán tostadas o alimentos similares y menos papillas de cereales.

Entre las comidas se les dará bastante agua, pero sin acompañarla de pasteles. Las otras dos comidas deben consistir en legumbres crudas y cocidas, con un poco de carne o de queso con pan duro. Los postres han de ser sencillos, ni muy dulces ni feculentos. Un niño bien desarrollado con dientes sólidos y perfectamente conformados puede estropeársele con una diesta incorrecta. Para comprobar lo antes mencionado se observó en un niño de tres años cuya diesta consistía en papillas. Este régimen había dado por resultado que el esmalte de las superficies vestibulares de todos sus dientes se encontraban en estado de blandura, presentando hoyos y otros dientes se encontraban destruidos por completo y era tal el dolor a causa del denudamiento de las superficies.

Las bebidas calientes y los alimentos demasiado azucarados presentan otro peligro, pues irritan el estómago y dan lugar al espesamiento de la saliva, ésta priva a los dientes de la saliva protectora normal que constituye una de las causas de la caries.

No hay que perder de vista la influencia psicológica de una comida agradable para el niño. Debe enseñarse la masticación en edad muy temprana, hay que conducir a ella al niño con suavidad.

CONCLUSIONES:

El Cirujano Dentista puede y debe intervenir en la profilaxis de la maloclusión.

Evitar maloclusión dentaria equivale a crear individuos físicamente desarrollados con respiración nasal normal.

La oclusión normal hace menos probables la caries y la periodontoclasia.

MARINA HUITRON SANCHEZ

México, D. F., a 18 de febrero de 1937.

