

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



"IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE LOS DISTINTOS HABITOS ORALES EN ODONTOPEDIATRIA"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

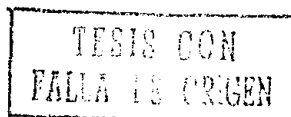
P R E S E N T A

CLAUDIA ANGELICA ARAIZA SAN ROMAN

ASESOR: DRA. BEATRIZ TORRES VIRAMONTES

GUADALAJARA, JALISCO

1990





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE LOS DISTINTOS HABITOS ORALES
EN ODONTOPEDIATRIA"

INDICE

		PAGINAS
	Introducción	1
Capítulo	I	Importancia del diagnóstico oportuno de los hábitos orales 2
	A)	Historia clínica 2
	B)	Manejo del niño con problema de hábito en el consultorio dental 7
Capítulo	II	Diferentes tipos de hábitos orales 13
	A)	Respiración bucal 14
	B)	Succión y Mordida Labial 19
	C)	Succión de Dedo 22
	D)	Deglución e Interposición Lingual 30
Capítulo	III	Diferentes alternativas de solución para los hábitos orales 38
	A)	Tratamiento Psicológico 38
	B)	Trampas Linguales 49
	C)	Pantallas Vestibulares. 63

Casuística	72
Conclusión	76
Bibliografía	77

INTRODUCCION.

Dentro de la odontopediatría podemos prevenir grandes problemas en un paciente infantil.

Una de las principales dificultades que encontramos hoy en día es - el problema de los hábitos orales en los niños, los cuales repercuten al transcurso del tiempo en serios problemas a tratar para el odontólogo de práctica general.

Una parte importante de la prevención de las anomalías bucales es - precisamente obtener información sobre como han podido desarrollarse los hábitos orales.

Hoy en día este problema es de suma importancia tanto para el psicólogo como para el psiquiatra patólogo u odontólogo, debido a la época en que nos desenvolvemos.

En general podemos decir que el odontólogo como el patólogo nos enfocamos un poco más al carácter de tipo anatómico y fisiológico y el - psicólogo y psiquiatra a los cambios de conducta que repercuten en los - cambios bucales tanto fisiológicos como anatómicamente.

Debido a las situaciones expuestas anteriormente podemos ver la importancia para el odontólogo de formular un diagnóstico sobre los diferentes cambios estructurales y psicológicos que parecen alterarse o resultar de los hábitos orales.

Las razones expuestas anteriormente han sido motivo e inquietud para realizar este trabajo de tesis, debido a la gran problemática que hoy en día acosa la mayor parte de la población.

CAPITULO I

"IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE LOS HABITOS ORALES"

CAPITULO I

"IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE LOS HABITOS ORALES"

El servicio médico dental para tener éxito necesita basarse en un diagnóstico global derivado de una buena historia clínica y exploración-completa del paciente, ya que es de gran importancia para la terapéutica a seguir en casos individuales.

A) HISTORIA CLINICA

Es un formulario para recoger datos de la salud del paciente, en este caso del paciente infantil. Este formulario, deberá proporcionar una información apropiada acerca del niño, su familia, la razón de la visita al consultorio así como la de su salud general, salud dental y prácticas de higiene bucal. (1)

Los padres y el paciente nos proporcionan datos para diagnosticar problemas inmediatos y de gran alcance. El Diagnóstico nos sirve para identificar una desviación de lo normal tanto en la odontología pediátrica, como en la general.

Es esencial tener un cuadro claro de lo que es normal, antes de reconocer la desviación de ese estado. Esto incluye los dientes, el tejido blando sano y enfermo y la oclusión aceptable ó no aceptable. (1)

Los detalles que se llevan a cabo con respecto a la exploración del paciente infantil son los siguientes:

10. Historia del caso

- a) Datos personales, como son el nombre, la edad, sexo, etc.
- b) Los síntomas ó sintoma actual del paciente.
- c) Historia familiar, profesión de los padres, nivel social, número de hermanos y asistencia a instituciones.
- d) Historia médica de aquí obtenemos información sobre la salud de la madre durante el embarazo, peso al nacer del paciente infantil, si hubo complicaciones en el nacimiento, salud del niño durante el primer año de vida, enfermedades que ha padecido y tratamientos médicos, reacciones adversas a farmacos, lesiones traumáticas, trastornos de los sistemas circulatorios, respiratorios, digestivo o nervioso.
- e) Historia dental, para saber cuantas veces ha visitado al dentista, incluyendo las reacciones del niño en el consultorio dental, hábitos orales, higiene oral, patrones alimentarios y tratamientos tópicos de fluor. (11)

20. Exploración Clínica

- a) Aspecto general, desde el momento que el niño entra al consultorio dental comienza la exploración clínica a partir de esto, el dentista debe fijarse en cualquier deformidad ó limitación física en el paciente infantil, mientras el odontólogo hace la historia del caso, obteniendo así el grado de madurez y rasgos de personalidad del niño.

- b) Exploración de cabeza y cuello; es de gran importancia observar - ó detectar cualquier asimetría, aumento de volumen y defectos en la piel o en los labios. Hay que examinar la calidad del cabello, la superficie y color de piel, con el objeto de diagnosticar la - posible existencia de trastornos en el desarrollo.
- c) Exploración Intra Oral, durante la exploración hay que emplear - una técnica de decir, enseñar y hacer. El dentista durante la ex- ploración intra oral debe comunicar los hallazgos a los padres. La cavidad oral se explora de forma sistemática.
- d) Exploración de la mucosa oral; se comienza la exploración por el interior de las mejillas, surcos alveolares superior e inferior, - el paladar duro y blando, la lengua y el piso de la boca, retra - yendo la lengua con la ayuda del espejo dental. Hay que observar - si hay existencia de ulceraciones, cambios de coloración de la su - perficie dental, zonas inflamadas o fístulas, e inserción de los - frenillos.
- e) Exploración de los tejidos periodontales; se comprueba si los te - jidos periodontales no están inflamados, el margen gingival se - examina con zonda periodontal roma cuidadosamente, en la denti - ción temporaria no es necesario lo antes mencionado, a menos que - presente afecciones médicas.
- f) Exploración de los dientes. Se explora al número, morfología, co - lor y estructura superficial, se realiza está exploración con la - luz reflejada y transmitida, ya que uno de los signos de afecta - ción intrapulpar precoz tras un traumatismo es la aparición de - discretos cambios de color. Las lesiones cariosas se detectan tras

una limpieza y secado de los dientes. También se debe incluir la constatación de todas las restauraciones previas.

- g) Exploración de la oclusión. Finalmente hay que observar la mala oclusión, desviaciones en el desarrollo dentario, oclusión de ambas arcadas y alteraciones de espacio, en el paciente infantil. (11)

3o. Exploración Radiográfica

Las radiografías son un medio para el diagnóstico y la terapéutica-odontopediatra. Nos sirven para la detección de lesiones cariosas proximales y residivas, infecciones periapicales, anomalías y aberraciones del desarrollo, secuelas de las lesiones traumáticas, trastornos maxilo faciales como quistes, tumores, enfermedades generales y cuerpos extraños.

También nos aportan datos importantes para los tratamientos de endodoncias, ortodoncias, parodoncias, etc.

Diagnóstico y plan de tratamiento

(Capítulo 2)

Información general

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de miembros en la familia: _____ Niños: _____ Niñas: _____
 Nombre del médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Enviado por: _____
 Razón para la consulta dental: _____

Información médica

Último examen médico: Fecha: _____ Razón: _____
 Estatura: _____ cm Peso: _____ kg Peso al nacer: _____ kg
 ¿Nació el niño al término normal del embarazo? Sí No
 Si fue prematuro ¿De cuántos meses? _____ meses
 ¿El niño está siendo tratado en la actualidad por algún médico? Sí No ¿Por qué? _____
 ¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Sí No ¿Por qué? _____
 ¿El niño tiene alguna clase de invalidez? Sí No ¿Por qué? _____
 ¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? Sí No ¿Por qué? _____
 ¿El niño ha experimentado en algún momento tendencia al sangrado? Sí No

Organos y sistemas

¿El niño ha tenido algún tratamiento que se utilice para lo siguiente?:

Sí No ?		Sí No ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Corazón
Sangre-circulación
Hígado
Glándulas endocrinas
Vejiga-riñón
Sistema nervioso
Aparato respiratorio
Ojos, oídos, nariz, garganta
Amígdalas, aducidos
Gastrointestinal (digestivo)
Piel
Músculos
Huesos

Enfermedades

¿En alguna ocasión le han diagnosticado al niño cualquiera de las condiciones siguientes?:

Sí No ?		Sí No ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escarlatina
Sarampión
Varicela
Difteria
Tos ferina
Neumonía
Paperas
Retraso mental
Parálisis cerebral
Poliomielitis
Tétanos
Alergia
Asma
Convulsiones
Desvanecimientos
Hepatitis
Autismo
Diabetes
Trastornos emocionales
Fiebre reumática
Anemia
Ictericia
Sangrado excesivo
Otros: _____

Fig. 2-1. Muestra de un cuestionario de salud.

Diagnóstico y plan de tratamiento

Medicación

¿Ha tenido el niño reacciones extraordinarias a lo siguiente?:

Sí No ?

Anestésicos locales (novocaina)

Penicilina

Otras medicinas o alimentos, explicar: _____

Comentarios de los padres: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el niño: _____

¿Se hace usted responsable legalmente por el niño? _____

Información dental

Nombre del dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Último examen: Fecha: _____ Razón: _____

¿Su niño ha experimentado cualquier reacción desfavorable o molestia de cualquier atención previa médica o dental?

Sí No

¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes dentales extraordinarios como dientes faltantes o supernumerarios?

Sí No Explicar: _____

¿Los dientes del niño han tenido alguna lesión por caída, resquebrajamiento, golpe u otra causa?

Sí No Explicar: _____

¿En ocasiones anteriores ha cooperado su niño con los dentistas y médicos?

Sí No

Sí No ?

¿Su niño está tomando fluoruro?

¿El niño ha recibido tratamientos de fluoruro por un dentista?

¿Este niño ha vivido en una comunidad con agua fluorada?

¿Este niño ha usado pasta dental que contenga fluoruro?

¿El niño ha realizado cualquier actividad de las siguientes?:

Sí No ?

Rechinar sus dientes

Chuparse el pulgar o un dedo cualquiera

Masticar o morder sus uñas

Morder o chupar sus labios

Respirar por la boca

Otros hábitos bucales: Explicar: _____

Notas especiales del examinador:

Revisado para recordatorio Fecha: _____ Firma del padre: _____

Comentarios: _____

Revisado para recordatorio Fecha: _____ Firma del padre: _____

Comentarios: _____

Revisado para recordatorio Fecha: _____ Firma del padre: _____

Comentarios: _____

La calidad de un examen bucal íntegro y la información del plan de tratamiento merece un gran énfasis, por lo cual debe ser minucioso ya que es requisito previo para el plan de tratamiento. Se le debe dar a cada paciente la oportunidad de recibir una buena atención bucal.

Hay que explicar el plan de tratamiento a los padres, si estos aceptan ó no el tratamiento, el odontólogo habrá cumplido, si se tomó el tiempo suficiente para educar al niño y a los padres sobre la importancia de la salud dental futura y su salud general. (11)

El clínico observará en primer término, que el paciente infantil se esta desarrollando y sus estructuras bucales formando y cambiando rápidamente, por lo tanto también su crecimiento mental y emocional.

En segundo término el odontólogo aprenderá a reconocer los primeros estadios de cualquier enfermedad. Y en tercero, las medidas tomadas de las patologías orales, se ejercen mejor antes que se establezcan las enfermedades, por lo cual se debe iniciar oportunamente. Así se tendrá la oportunidad de observar el desarrollo, de estudiar y practicar prevención en una etapa en que se cosechan las mayores recompensas. (8)

Es necesario un conocimiento psicológico en los pequeños pacientes para llegar a comprender su comportamiento, cooperación y reacción hacia la odontología, esto nos ayudaría a saber si nuestro tratamiento no sería más dañino para el niño. (8)

Una evaluación precisa de la conducta del niño nos conduce a comprender las reacciones anormales, ayudando a su manejo correcto y oportuno.

Se dice que se tienen pocos estudios sobre este tema y que es hipotético para establecer puntos de referencia íntegros. No obstante son datos que se han hecho correlacionar el desarrollo físico y psicológico, el estudio de ambos es de gran valor para nuestro historial clínico, diagnóstico y plan de tratamiento oportuno de los hábitos orales en nuestro paciente infantil. (8)

B) MANEJO DEL NIÑO CON PROBLEMA DE HABITO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

La mayoría de los niños que llegan al consultorio dental para trabajos de corrección, son buenos pacientes, pero también hay niños que tienen aprensión y miedo al llegar, estos temores se pueden controlar.

Niños de cualquier edad por miedo provocado en casa ó por las actitudes defectuosas de los padres, no se adaptan al tratamiento odontológico. (5)

El odontólogo puede tener éxito en sus tratamientos si sabe reconocer sus problemas y enfocar psicológicamente sus conocimientos. La poca cooperación de un niño esta motivada generalmente por deseos de evitar el dolor, lo desagradable, puesto que la actividad de los niños es por impulso. El miedo se produce a un nivel cerebral inferior a la razón, por lo cual se llega a comprender, que se manifiesta en bases emocionales más intelectuales, no lo podemos interpretar solo basándonos en la razón. (5)

El comportamiento ó conducta de los niños puede fluctuar en periodos cortos.

Según A. Greseil y Cols (14) (1881-1961) lograron describir los siguientes perfiles de maduración típicos de diversos grupos de edades:

Dos años: Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor, cansancio fácil.

Tres años: Curiosidad sobre el mundo que los rodea. Mayor contacto verbal y deseo de imitación.

Cuatro años: Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias y confianza en sí mismo.

Cinco años: Estabilidad emocional, pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseos de ser aceptado, sensible a las alabanzas y repriminaciones.

Seis años: Alternancia entre el afecto y el rechazo. Auto afirmación. Tendencia a la hipocondría, poco interés por el orden y la limpieza. (9)

El tener un conocimiento básico del comportamiento y en el trato con el paciente infantil es necesario para el odontólogo, ya que ayudará a resolver problemas terapéuticos y adiestrar al niño para cuando el día de mañana sea un paciente adulto. (9)

Las primeras experiencias del niño se reflejarán en su actitud hacia el dentista cuando sea adulto. Puede ser que las malas experiencias-

odontológicas sufridas a edad temprana logren condicionar las actividades de un paciente, no sólo con respecto a la asistencia dental, sino con su higiene personal. (9)

Para lograr un nivel óptimo de comunicación y comprensión debe reservarse el tiempo necesario para presentar el plan de tratamiento al niño y los padres.

Es necesario que el niño sea informado privadamente acerca de su atención dental dependiendo de su nivel de comprensión, esto ayudará a alejar cualquier temor preconcebido. (9)

Los medios de comunicación como son, la televisión o la radio, propagandas, etc. influyen en el paciente infantil y son relativamente favorables sobre el tratamiento odontológico. Esta información no es suficiente, ya que no se tendrá un gran efecto de sugestión. El comportamiento de los padres, maestros y adultos en general, son factores que determinan la posición del niño con respecto a su tratamiento. (7)

Los factores favorables y desfavorables que determinan la actitud del niño, son algunos de los siguientes:

- Factores Favorables:
- a) Medios educativos sobre la salud.
 - b) Influencias positivas de los padres u otras personas.
 - c) Buenas experiencias personales en el consultorio.

- Factores Desfavorables:
- a) Haber escuchado experiencias desfavorables.
 - b) Manifestaciones de abierto rechazo de los -
padres u otras personas.
 - c) Experiencias desfavorables propias en el con
sultorio dental. (7)

Uno de los grandes obstáculos en el tratamiento, es la imagen falsa que tiene el niño respecto a la odontología, tanto en ambiente como en - la práctica, el niño tiene que cersiorarse de como es el consultorio den tal.

Hay que preparar cuidadosamente la primera visita, esta debe ser - muy atractiva e impresiones buenas para el paciente infantil, se le debe enseñar las instalaciones, dejar que toque algún instrumental, la jerin- ga triple etc. con este contacto se tiene la primera experiencia. (7)

El ambiente creado para el niño es consideración muy importante y - debe dársele suficiente reflexión para lograr una buena atmósfera.

En el consultorio dental se requieren de interiores especiales para lograr el ambiente relajado y alegre, donde el niño se sienta agusto la- música suave sirve como sedante, el material de lectura debe ser amplio, los juguetes u objetos de interés para el paciente más pequeño contribu- yen al ambiente familiar y el sistema de audiovisuales es de gran ayuda- y entretenimiento para calmar la ansiedad de los niños. (1)

El dentista puede utilizar las siguientes normas para lograr una me jor atención en el paciente infantil: (9)

10. Información del niño. En cada cita hay que dar tiempo a la plática - con el paciente, acordarnos de su nombre, de sus gustos y aficiones, hacer referencias sobre su personaje favorito y colecciones.
20. Describir el tratamiento que vaya a realizarse. Explicar cuál va ser el tratamiento y el por qué del mismo. No mentirles nunca a los niños ya que se daría cuenta rápidamente y nos tendría desconfianza - permanente.
30. Mostrar los instrumentos y el equipo. Es muy conveniente mostrarle - al niño cómo funciona el sillón dental, la lámpara, la escupidera y demás instrumentos que se vayan ocupando. Hay que darles el tiempo - suficiente para que haga sus propias preguntas e investigaciones, an tes de comenzar el tratamiento.
40. Si es necesario realizar una operación simulada. Para un paciente - infantil de edad preescolar es difícil las primeras consultas y acos tumbrarse a ellas. Por eso es conveniente hacer citas breves.
50. Presentar un plan de tratamiento adecuado para la sesión y llevarlo - a cabo. Hay que decirle al niño lo que se le va hacer durante la vi- sita. Asegurarnos de que los papás no han hecho sus propias promesas como el decirles: No te va a doler, solo te van a ver los dientes. Es to puede poner al dentista en una situación difícil.
60. Trabajar con tranquilidad evitar los ruidos y movimientos bruscos.

70. Tratar de interesar y distraer al niño, lograr una conversación amistosa, el timbre de la voz es importante para controlar al niño. Si el paciente llora no se debe aumentar el tono de voz, ya que puede ser impresionante para el niño.

80. Períodos adecuados para el tratamiento y descansos. Es preferible tratar a los niños de edad preescolar por las mañanas que es cuando se encuentran despiertos, la visita no debe prolongarse demasiado y es necesario hacer los descansos.

90. Demostrar que los logros del niño se valoran. Esto se hace con palabras y si es conveniente se pueden utilizar pequeños regalos.

Cuando el odontólogo asume la responsabilidad de cuidar al paciente infantil está en posición de guiar y mejorar la salud bucal para toda la vida. (9)

CAPITULO II

"DIFERENTES TIPOS DE HABITOS ORALES"

CAPITULO II

"DIFERENTES TIPOS DE HABITOS ORALES"

Los diferentes tipos de hábitos orales en los pacientes infantiles se han estudiado y atendido por muchos años por los dentistas. Se considera que las causas de los hábitos pueden ser por presiones desequilibradas y dañinas que son ejercidas en los bordes alveolares inmaduros y maleables, y también cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas dentales y en la oclusión. Todos estos cambios estructurales son de gran importancia para el odontólogo y el patólogo. El pediatra, psiquiatra y psicólogo dan mayor importancia a los problemas de conducta. Y los padres se preocupan por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Los hábitos que se abandonan sencillamente en el patrón de la conducta del niño al ir madurando y teniendo responsabilidad se le llaman hábitos no compulsivos. En cambio el hábito es compulsivo cuando en el niño se ha adquirido una fijación del hábito, y acude a la práctica de este cuando siente inseguridad en sí mismo.

Tiende a sentir más ansiedad al tratamiento de ese hábito; los hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. En varios casos de hábitos orales la falta de amor y ternura de los padres juegan un papel muy importante. (5)

A) RESPIRACION BUCAL

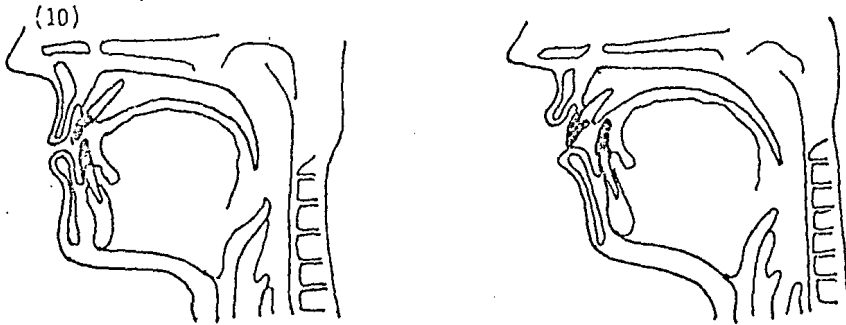
Como consecuencia de las enfermedades respiratorias el niño no respira normalmente por las fosas nasales, por lo cual mantiene continuamente la boca abierta por eso se pierde el equilibrio bucal, y es cuando las fuerzas musculares actúan en forma patológica anormal. (10)

Los incisivos superiores se inclinan hacia adelante en vestibuloversión produciendo prognatismo alveolar, el maxilar inferior se coloca hacia abajo y hacia atrás, al estar el paciente infantil con la boca abierta y los incisivos inferiores no establecen contacto con los superiores - sufren un movimiento de agresión y de estos dientes sigue el labio inferior que se coloca entre los incisivos superiores facilitando la vestibuloversión de estos, el labio superior se hace hipotónico, perdiendo su tonalidad normal, flácido, se vuelve hacia adelante y la parte de la mucosa se torna más aparente, no hace contacto con el labio inferior, y describe un arco en lugar de formar una línea horizontal. El labio inferior al estar entre los incisivos superiores e inferiores sufre una hipertonicidad. (10)

Al paciente infantil con hábito de respiración bucal se le pide que cierre la boca y en los labios se puede apreciar una contracción muy marcada del músculo borla del mentón, indispensable para que el labio inferior se eleve y pueda encontrarse con el labio superior.

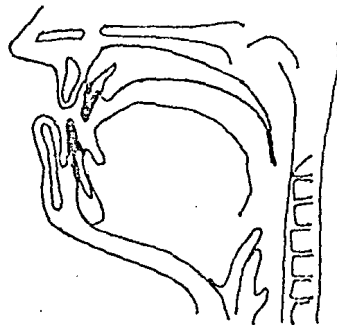
El aspecto de los respiradores bucales es retrognatismo total inferior y distooclusión del arco dentario inferior, egresión e hiperoclusión de los incisivos inferiores, vestibuloversión de los incisivos superiores, prognatismo alveolar superior mesogresión de los superiores posteriores y linguogresión de los mismos por estrechamiento transversal -

del proceso alveolar superior, (paladar ojival) debido a que la presión de los músculos del mecanismo buccinador, no va a ser contrarrestada por la presión de la lengua por la parte interna, puesto que la lengua no está llenando la cavidad bucal si no que se coloca más hacia abajo siguiendo al movimiento hacia atrás y hacia abajo de la mandíbula. Fig. 1-



A) Corte medio sagital, cuando hay desarrollo armónico de la cara y en la respiración

B) Corte medio sagital, cuando hay un desarrollo insuficiente de los maxilares y en la respiración bucal. (Lischer)



C) Corte medio sagital, en un prognatismo inferior producido por respiración bucal. (Graber)

En la figura No. 1 A y B se puede observar las variaciones en el perfil labio dentario en el individuo con desarrollo normal de sus maxilares y también en la respiración normal y el individuo con maxilares estrechas, también en la respiración bucal. (10)

Existen métodos para orientar al odontólogo a diagnosticar el hábito de respiración bucal, como son los siguientes: Se hace una mariposa de algodón y se coloca debajo de los orificios nasales para ver si el aire espirado la mueve o no, si se desplaza sólo de un lado, eso nos indica que la obstrucción respiratoria es unilateral.

Otro método, es utilizando una loseta de vidrio y observar si se empaña o no la loseta con el aire espirado. (10)

Es importante que el odontólogo de práctica general u odontopediatra diagnostique oportunamente los síntomas de la respiración bucal para tomar las medidas profilácticas o terapéuticas.

Frecuentemente los obstáculos respiratorios bajos producen anomalías contrarias a las antes mencionadas. Debido a que en ocasiones el niño con hipertrofia de amígdalas o cualquier otra afección de las amígdalas palatinas, sufre dolor o molestia al deglutir y lleva el maxilar inferior hacia adelante para separarlo de las amígdalas y se acostumbra a colocar los incisivos inferiores en vestibuloclusión. El cuadro clínico es un prognatismo total inferior, vestibuloclusión de incisivos superiores, proquelia inferior Fig. 1. Esto no quiere decir que siempre que haya obstáculos respiratorios bajos, vayan a producirse prognatismos infe-

riores, ya que en varios casos las anomalías causadas pueden ser las mismas que se producen con los obstáculos respiratorios altos. (10)

El prognatismo inferior producido a obstáculos respiratorios o por hábito, será de un pronóstico favorable para su tratamiento por ser sólo anomalías de posición, a diferencia del prognatismo inferior hereditario. (10)

Es difícil de valorar la contribución de obstrucción de vías respiratorias al desarrollo y crecimiento craneo-facial.

Linder-Aronson (15) encuentra que respirar por la boca debido al tejido linfoide hipertrófico, muestra tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical. El análisis de radiografías cefalométricas nos revela una longitud facial mayor, un ángulo del plano mandibular aumentado y tendencia hacia mandíbula y maxilar retrognáticos. (1)

Los niños que son sometidos a adenoidectomía tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación, asociando con el cambio de respirar está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y craneo facial.

En varias ocasiones los pediatras no realizan extirpación del tejido linfóide, solo que sea por una razón dominante.

El paciente infantil que presenta una mala oclusión debido a la respiración bucal, deberán ser examinados minuciosamente por un otorrinolaringólogo, por posible obstrucción de vías respiratorias. (1)

La extirpación de adenoides, tiene efectos positivos sobre el ensanchamiento del maxilar superior y las posiciones del maxilar inferior de la lengua y la cabeza. Debido a que la presencia de tejido linfoide-hipertrófico interfiere en el crecimiento de los maxilares es importante que la nariz y la nasofaringe sean permeables desde la edad más temprana posible del niño, por lo que en algunos casos es justificada la adenoidectomía para evitar el desarrollo de mordida cruzada y abierta. (9)

Kantorowicz (16) expresó que la respiración bucal no puede actuar deformando el maxilar superior, debido a que las condiciones de presión atmosférica son las mismas que en la respiración nasal normal, pero sí por obstrucción de vías respiratorias, se hace más difícil la respiración nasal y es cuando el niño respira en forma usual pasando finalmente a la respiración bucal. Por lo tanto quedan sin compensar la mayor presión inspiratoria y la consecuencia es un estrechamiento del maxilar superior. (7)

Investigaciones odontológicas y laringológicas demuestran que en varios casos no pudieron comprobarse las relaciones causales, y en la práctica se comprueba que los hallazgos de laringólogos a veces son negativos, por lo cual se acepta que se puede tratar de respiradores bucales habituales. Pero no se niega que la respiración bucal indirectamente tenga efecto comprimente sobre los maxilares. (7)

Eckert-Mobius (17) laringólogo, comprobó radiográficamente que en la respiración bucal voluntaria como involuntaria la lengua está en po-

sición profunda de tranquilidad y equilibrio, aplanada en el maxilar inferior. (7)

De este modo baja la presión que generalmente es provocada allí por las energías de tensión y gravedad en la cavidad bucal y adyacentes espacio de baja presión en paladar duro y a lo largo de arcadas dentales que da entonces eliminada. Por lo tanto se queda anulado el efecto aplanador de tales fuerzas de tracción bucal juega algún papel importante causante para las malformaciones adquiridas, pero no se le debe sobre estimar lo que se hizo en épocas pasadas. Según Korkhaus (18) las anomalías por compresión tienen su inicio desde la lactancia y primera infancia, causadas por efectos nocivos de la alimentación con mamadera y succión de dedo ó dedos. (7)

La expresión "Respiración Bucal" no es en realidad muy exacta, en su mayoría de casos sería "Respiración Buconasal", ya que la respiración bucal en sí es rara. Los autores consideran que el hábito de respiración bucal todavía se encuentra en controversia. (12)

B) SUCCION Y MORDIDA LABIAL

En varios casos el hábito de succión labial ó mordida labial es una actividad compensadora, causa de la sobremordida horizontal excesiva ó por la dificultad para cerrar los labios correctamente durante el acto de la deglución.

Se le facilita más al paciente infantil colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, para hacer esta posición

utilizan el músculo borla de la barba, extendiendo el labio inferior hacia arriba.

La actividad anormal del músculo borla de la barba se observa con la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. (6)

En el paciente infantil se ve el resalte de mordida labial ó de corrillos, estas lesiones normalmente son más leves que los traumatismos causados por accidentes o posanestésicos.

La succión del labio es un hábito constante que Nord considera la costumbre más desastrosa, porque se realiza la succión casi las 24 hrs. del día. Y produce una lesión semicircular en el labio inferior formando grietas e infecciones también presentan problemas verticales semejantes al hábito de succión de dedo. (12)

El hábito de succión ó mordida labial hay veces que va acompañado del hábito de respiración bucal debido a que el labio inferior queda situado entre los órganos dentarios anteriores de los dos arcos dentarios, y es cuando el niño se acostumbra a morder su labio. (10)

La mordida de labio debe sospecharse en los niños que exhiben una mordida abierta dental anterior sin el hábito aparente de succionarse el dedo. El morderse el labio es suficiente para producir una malaoclusión-abierta anterior. (1)

Si este hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento antero inferior, y los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación

protrusiva.

En graves casos el labio muestra efectos del hábito anormal, hipertrofia el borde bermellón y aumento de volumen durante el descanso, se acentúa el surco mentolabial.

Hay algunos casos en que aparece herpes crónico, con zonas de irritación y grietas en el labio. (6)

El enrojecimiento se nota por el odontólogo ya que es característico y la irritación que se observa desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior.

Aunque los padres del niño no estén concientes del hábito de succión y mordida labial, es fácil de observar el hábito de la deglución anormal, así como hiperactividad del músculo borla de la barba. (6)

Se debe poner interés en cuanto a las consideraciones dinámicas del sistema estomatognático.

Es de gran importancia la prueba funcional como relación oclusal habitual. (6)

Mencionan los autores que este hábito de succión y mordida labial es el resultado de stress y conflictos en el hogar del niño y que para su tratamiento se necesita ayuda de un psicólogo infantil. (6)

C) SUCCION DE DEDO

El término de succión de dedo se describe como la colocación del pulgar o cualquier otro dedo ó dedos en el interior de la boca repetidamente, tanto durante el día como por la noche.

La succión del pulgar, es la primera forma de manipulación habitual del cuerpo. (9)

Su forma de contacto con el mundo exterior en el recién nacido es el mecanismo de succión relativamente desarrollado, por lo tanto, la succión de dedo durante el primer año de vida se concidera normal casi fisiológico en los primeros meses cuando el niño se lleva a la boca cualquier objeto, la mayoría de estos niños abandonan espontáneamente el hábito de succión. No es necesario emplear terapia general para combatir este hábito durante los primeros cuatro años de vida. (9)

Según un estudio cinerradiográfico de Subtelny (19) (1973) comprobaron que el pulgar podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante su succión:

a) Primero.- Más frecuente, el pulgar penetra en la boca hasta la primera articulación, ocupando gran parte de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y tejido alveolar.

El incisivo inferior presiona contra el pulgar por detrás de la primera articulación también.

b) Segundo.- El dedo pulgar se introduce totalmente en la bóveda palatina.

c) Tercero.- El dedo pulgar se introduce totalmente en la cavidad oral y se pone en contacto con la bóveda palatina a diferencia que el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión.

d) Cuarto.- El dedo pulgar penetra muy poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con él aproximadamente en la uña. (9)

Los niños que eventualmente son tranquilos no presentan el hábito de succión de dedo, de acuerdo al carácter. Se puede presentar en los períodos de preescolar y a los primeros años escolares hasta la edad adulta.

Salzmann (20) en 1964 menciona que los efectos del hábito del dedo sobre los maxilares en la oclusión dependen de la duración y frecuencia de este hábito. (11)

En cuanto a falta de desarrollo osteogénico Traisman and Traisman observaron a 2,600 niños y el resultado del tiempo de duración del hábito fué de un 45.6%, tenían hábito de succión de dedo en períodos discontinuos. El 75% durante los primeros tres meses de vida y el 25% los primeros años a los tres años ocho meses. El resto de los niños hasta los 12 o 15 años de vida. (11)

Popovich y Thompson (21) vieron a 1258 niños un 90% de niños al azar fueron seguidos de los tres, seis, nueve a doce años de edad dentro de los hábitos, y el resultado de mal oclusión clase II, fué persistente en el hábito de dedo. Un 21.5% de cuatro años y el 49% de nueve años. (11)

El hábito de succión de dedo se debe de atender antes de los seis años para evitar los efectos de mal oclusión clase II.

El hábito que se controla antes de esta edad no tiene problemas de oclusión clase II.

Para Cumley (22) el hábito de dedo es un síntoma para el paciente que sufre un stress. En niños de cuatro años es como una defenza de desahogo amocional, muchas veces como protesta hacia los padres. (11)

Cuando persiste el hábito de succión de dedo después de los cinco años puede ser debido también a la falta de colaboración de sus padres.

Según Calist (23) y asociados reportaron que los hábitos orales se presentaban más en grupos de niños de clase social alta, que en los grupos de niños socioeconómicos de clase media. Esto se debe a la falta de atención de los padres de familia hacia los niños de clase social alta, por sus múltiples ocupaciones de cada uno de estos padres. (11)

El odontólogo debe diagnosticar si el paciente infantil padece del hábito oral, sus evidencias y posibles consecuencias si el hábito continúa. Se estudia el caso para eliminarlo siguiendo el mejor tratamiento.-

Ya que es posible que el hábito de dedo pase a la fase de Chewing phase - ó viceversa.

Una de la recomendación conectiva para el hábito de succión digital sería formular una cuidadosa Historia Clínica, una buena comunicación - entre los padres y el odontólogo, para determinar si se trata de problemas de stress, consecuencia de otros hábitos ó imitación de otro niño, - problemas ó complejos profundos emocionales.

El hábito es frecuentemente una de las manifestaciones en el niño - que demuestra su inseguridad ó desubicación ante la sociedad en que vive. El paciente infantil puede tener miedo a la obscuridad, a la influencia de la separación de los padres, miedo a los insectos y animales. La Historia clínica puede revelar las dificultades mencionadas. Algunos niños continúan con ésto durante varios años, hasta antes de recurrir a la secundaria. (11)

El problema del hábito no puede presentarse como un solo síntoma - sino que puede ir acompañado por síntomas severos relacionados por el - conflicto emocional, de los resultados de vivencias pasadas. (11)

Se toma muy en cuenta que el desplazamiento de órganos dentarios o la inhibición de su erupción normal puede darse por dos fuentes:

- 1) La posición del dedo en la boca.
- 2) La acción de palanca que ejerza el paciente infantil contra los órganos dentarios y el alveolo por si además de succionar presiona contra

los órganos dentarios. (5)

Observando se llega a saber qué dedo es el ofensor, ésto se confirma viendo en la mano del niño cuál es el dedo más limpio, ó la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de los órganos dentarios generalmente produce una abertura labial pronunciada de los órganos dentarios anteriores superiores. Esto aumenta la sobre mordida horizontal y abre la mordida. Y dependiendo de la acción de palanca producida, resulta una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de los órganos dentarios mandibulares anteriores.

Los segmentos posteriores maxilares si son forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, pueden estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral. (5)

Según sea el hábito oral se presenta tendencia a sobreerupción en piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Esta mordida abierta puede crear problemas de empuje lingual y dificultades del lenguaje. Se deberá considerar cuidadosamente los factores de herencia, la observación de las oclusiones de los padres pueden revelar factores importantes a este respecto. (5)

Uno de los hábitos orales que producen más anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio es el de succión de dedo.

Según BARBERD AND LUKE (24) el 46% aproximadamente de los niños han tenido hábito de succión de dedo durante la infancia, como se menciona - anteriormente la conducta de este hábito se considera normal durante la primera etapa de la niñez, pero entre los cuatro o cinco años de edad no se ha suspendido el hábito oral, se debe considerar para la iniciación - de un tratamiento. La mayoría de los niños admiten tener el hábito de - dedo, pero si el paciente no habla sobre la succión de dedo o lo niega - el padre puede proporcionar esta información. (1)

El realizar un examen de manos y dedos del niño también nos informa sobre si el paciente infantil tiene hábito de succión de dedo, cuando un dedo está más limpio que los demás ó tiene callo en algún dedo, nos podemos dar cuenta que ese dedo es el que utiliza para el hábito. (1)

Cuando el niño realiza el hábito de succión de dedo solo durante la noche, muchas veces el paciente y los padres no están concientes del hábito de succión, por lo tanto el odontólogo pide a los padres que observen al niño dormido para ver si padece de este hábito.

Es probable que también se coloque más objetos en la boca, ya sea - una almohada, sábana, juguetes, etc. y el dentista deberá estar informado sobre esto, para un mejor plan de tratamiento. (1)

La influencia que tiene la genética sobre el desarrollo de la oclusión normal y de la mal oclusión es de gran importancia ya que la oclusión de el adulto es una serie de interacciones complejas entre pautas - heredadas de crecimiento e influencia normal o anormal del medio ambien-

te. (3)

Los factores ambientales o extrínsecos son agentes coetiología en el desarrollo de la mal oclusión aún cuando se tiene genética favorable.

Los hábitos orales son ejemplo de factores extrínsecos de mal oclusión, los más comunes son los hábitos de succión de dedo y el empuje lingual.

La succión extranutricia o fuera del amamantamiento parece que surge de la necesidad residual de succión que se origina en la infancia.

La mal alimentación durante el tiempo de lactancia son factores ligados a la succión extranutricia persistente. (3)

El dedo pulgar es el que está dispuesto después de la alimentación de pecho ó biberón, y es utilizado como gratificación oral por medio de la succión.

La succión constante del dedo produce graves desarmonías entre maxilares y dientes. Cuando este hábito persiste en el tiempo que el paciente tiene una dentición mixta, el odontólogo puede interrumpir el hábito con recursos terapéuticos.

El niño recién nacido tiene mecanismo de succión desarrollados, es su medio más importante de intercambio con el medio exterior. No solo por este medio recibe sus alimentos sino también un estado de bienestar.

Antes de analizar las diferentes opiniones con respecto al hábito y al tratamiento del mismo debemos analizar lo siguiente: Si está ó no lesionado de los dientes o lastimado de otros tejidos, el hábito de succión de dedo con su disfunción muscular, hay posibilidades de deformaciones dentales, si el hábito es un sentimiento de frustración, desadaptación, regresión e inseguridad ó para atraer la atención. (3)

Si ya se ha tratado el niño para la eliminación del hábito y si estos tratamientos han causado algún traumatismo psíquico verdadero y neurosis en la vida posterior, todo lo mencionado es de gran importancia - junto con la etiología, intensidad, frecuencia, duración, cronología en asociación con la mentalidad, anormalidad, sexo, número de hermanos y el ambiente en que vive el paciente infantil.

La deformación de la colusión aumenta en los niños que continúan - con el hábito de succión de dedo después de los tres y medio años de edad. La deformación no es solamente debida al chupeteo, si no que interviene también la musculatura peribucal asociada. El aumento de la sobremordida horizontal asociada al hábito de succión dificulta la deglución normal. (3)

Los labios sostienen a los dientes cuando se deglute, mientras el hábito de succión de dedo, el labio inferior se desplaza hacia el lado lingual de los incisivos maxilares empujando más hacia adelante. La función anormal del músculo mentoniano y la actividad del labio inferior - aplanan el segmento mandibular anterior.

Se deben de tomar por eso muy en cuenta la duración, la frecuencia-

y la intensidad del hábito oral.

El paciente infantil que succiona solo por las noches antes de dormir ó para dormir, sufre menos daños que el niño que tiene el dedo en su boca constantemente durante el día. La intensidad se observa con la función del músculo peribuca] y las contorsiones faciales. (3)

D) DEGLUCION E INTERPOSICION LINGUAL

La interposición lingual constituye un patrón de deglución anormal- que condiciona un desequilibrio de los músculos orofaciales y problemas- en la oclusión.

Los signos de mayor frecuencia de la interposición lingual son la - protusión de la lengua contra los dientes anteriores, y la excesiva acti- vidad de los músculos componentes de la deglución.

En el recién nacido la lengua es desproporcionadamente grande con - respecto a la cavidad oral, en la mayoría de los casos la desproporción- disminuye con el crecimiento de los maxilares y el tamaño de la lengua - suele adecuarse a los límites de las estructuras que la rodean. (9)

Cuando el hábito de succión ha creado una apertura entre las arca - das dentarias, la punta de la lengua puede mostrar una tendencia natural al hacer protusión en la zona abierta durante la deglución.

En los casos que la lengua es muy grande o le falta espacio entre - los dientes, la interposición lingual es una causa de mordida abierta -

frontal.

Cuando el paciente infantil pierde los dientes anteriores de leche antes de la erupción de los permanentes la actividad protusiva lingual, se hace muy llamativa, esta tendencia desaparece tras la erupción de los incisivos permanentes. (9)

Mientras que la deglución normal según Bruckul y Trager (25) se hace de dos a tres veces por minuto, las arcadas dentales en el momento de la correcta deglución entra en contacto entre sí, y la lengua presiona - contra las caras linguales de los dientes y el paladar. (7)

El modo de deglución de los lactantes y los niños más pequeños no contactan las arcadas dentales, ligeramente separadas y la lengua se interpone entre ellas, ocurre una contracción de músculos en los labios y carrillos. Entre los dos y tres años de vida hay una modificación de deglución hacia el modo de deglutir de un adulto, que puede ser retardada por trastornos de la respiración nasal. (7)

Straub (26) indica que en el recién nacido un chupete demasiado largo y grande con aberturas grandes, el niño para no recibir demasiada leche adelanta la lengua. (7)

Barret y Gwynne-Evans (27) encuentran relación anormales y defectos del habla en el hábito de deglución e interposición lingual. (7)

Lieb (28) en 3,000 niños entre 6 y 8 años de edad relacionó las ano

malías dentarias y comprobó que las alteraciones en las dentaduras como: mordida cruzada, saliencia de los dientes inferiores, comprensión del maxilar superior, que son debidas a la succión prolongada, pero en especial en la mordida abierta, aumentaba significativamente la frecuencia de malos hábitos de deglución. (7)

Profitt y Mason (29) describen a la extensión de lengua con tres combinaciones de ella: (1)

- 1) Gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.
- 2) Dirigen la lengua hacia el frente entre ó en contra de la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla.
- 3) Un movimiento de la lengua hacia el frente contra ó entre los dientes anteriores cuando se está en reposo la posición anterior de la lengua extendida en el niño es sencillamente una etapa normal del desarrollo (1)

La forma de deglutir en el niño, a la del adulto puede cambiar hasta la pubertad, la lengua se desarrolla al tamaño de la del adulto a la edad de 8 años y la mandíbula solo tiene una dimensión de 50% de la de un adulto para su edad. (1)

Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña - hace que el niño transporte la lengua en posición alta y al frente para-

conservar abiertas las vías respiratorias. En la pubertad encontramos un crecimiento de la mandíbula y un cambio de la lengua en una posición más posterior. (1)

Esto ocurre con mayor frecuencia en los niños con amígdalas anormalmente grandes. (1)

Proffit (30) investigó que los tres principales problemas asociados con la posición anterior de la lengua es la desviación a la deglución, - mordida abierta y protusión de los incisivos superiores. (4)

En cuanto a datos recabados del Centro Nacional para la Salud, la - prevalencia de mordida abierta en niños entre 6 y 11 años era aproximadamente un 6%. (4)

La desviación de la lengua puede estar involucrada por dos razones principales que están relacionadas con la psicología del niño: La maduración y el crecimiento psicológicamente la prioridad es jalar aire al - nacer y ahí se establece la respiración.

Se requiere subir, estrechar y adelantar la lengua para una relación postural de las estructuras faríngeas en los primeros minutos de vida, ésto responde a los requerimientos respiratorios ó necesidad de respirar. En un paciente infantil la deglución normal es caracterizada por unos labios fuertes y una buena relación con los músculos elevadores de la mandíbula. (4)

Tras unificación de criterio de los autores en cuanto a que el hábito del empuje lingual durante la deglución, donde la lengua se coloca entre los incisivos cuando el niño deglute, produce mal oclusión generalmente formando una oclusión abierta anterior ó una protusión dentaria.

La densa musculatura intrínseca y extrínseca de la lengua en funcionamiento actúa como fuerza ortodóntica constante intensa, que hace que la erupción se dificulte y los dientes se abran en abanico, produciendo una oclusión abierta.

Existen otros factores ambientales que influyen en la función y forma bucofaciales que son: La postura intrauterina hasta los factores nutricionales y hormonales. (4)

Las malas oclusiones pueden ser consecuencia de la no restauración de la pérdida prematura de piezas primarias ó permanentes todo ésto como resultado al mal estado bucal, hiperodoncia, hipodoncia y erupciones ectópicas.

Puede ser también que el niño herede los rasgos craneofaciales, y las maloclusiones a través de generaciones anteriores.

Lo complejo de la interacción entre la genética y el medio ambiente dificulta el pronóstico y no permite establecer con exactitud la etiología de la maloclusión. (4)

El chupete o biberón que causa importantes anomalías de los dientes

maxilares y tejidos blandos como son prognatismo alveolares, retrognatismo inferiores, hipoclusión y vestibuloversión de incisivos, proquelia superior e hipotonicidad del orbicular de los labios.

Se ha tomado bastante importancia al problema de alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales. (10)

La lactancia artificial va unida a la deglución anormal por la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes, interponiendo la lengua entre los bordes alveolares, y debe cambiar a deglución somática con la aparición de las piezas dentales, colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores.

Con los biberones convencionales el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y los músculos orales y periorales no actúan normalmente.

Con la electromiografía se ha podido estudiar las contracciones musculares y cuales son los músculos que intervienen en la lactancia, deglución y masticación. (10)

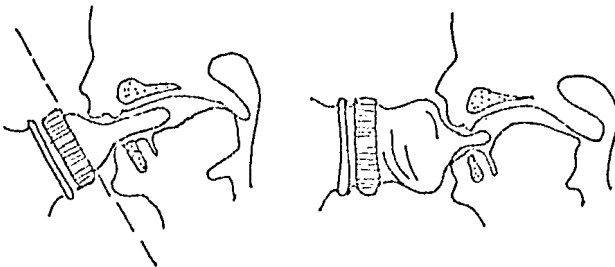
En lactantes la actividad es del músculo orbicular y músculo mentoniano, cuando aparecen los dientes y masticación, se contraen los músculos masticadores: Masetero, temporal, pterigoideo externo y pterigoideo interno.

En niños alimentados con biberón la actividad muscular no es normal y tampoco la deglución. Por lo cual se han hecho biberones especiales - que imitan al pezón materno para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales. (10)

Los biberones conocidos son los "NUK Sanger" de la casa Rocky Mountain y chupetes de entrenamiento especial, o ejercitadores que acostumbraron al niño a la colocación normal de la lengua, y pasaría sin problema a la deglución adulta o somática cuando aparezcan los órganos dentarios.

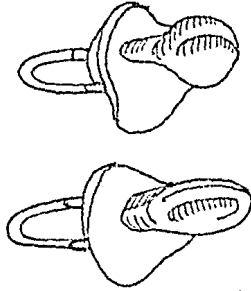
Sin embargo otros estudios ponen en duda estos chupetes, la conclusión es que lo ideal es la alimentación materna y cuando sea artificial - la lactancia hay que tener mucho cuidado en la forma en que el niño coloca la lengua, si no es normal la colocación, hay que enseñar después la forma correcta por medio de ejercicios faciales con ayuda de un especialista en foniatría, para la educación de la deglución. Figuras A y B. - (10)

Fig. A



A) Biberones Funcionales (Nuk Sanger). Se puede observar la diferencia - en la posición de los órganos bucales cuando el niño hace succión con biberones convencionales y con funcionales, (Rocky Mountain).

Fig. B



B) Ejercitadores.

CAPITULO III

DIFERENTES ALTERNATIVAS DE SOLUCION PARA LOS HABITOS ORALES

CAPITULO III

DIFERENTES ALTERNATIVAS DE SOLUCION PARA LOS HABITOS ORALES.

En el presente capítulo se hablara sobre los diferentes tratamien -
tos que existen para los hábitos orales que posee el paciente infantil.

La prevención de los hábitos orales empieza desde la lactancia ade-
cuada y la elección del chupón artificial fisiologicamente diseñado, así-
como un chupón para mejorar las funciones normales y obtener maduración-
en el mecanismo de la deglución.

Es importante verificar los tejidos blandos circundantes que conser-
ven una función y desarrollo normal, así como el de los dientes y huesos
ya que un diente flojo, una restauración alta ó un diente perdido inopor-
tunamente pueden iniciar una musculatura anormal o un hábito que a su vez
causan maloclusiones. (6)

A) TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

En casos de hábitos orales graves como por ejemplo en situaciones -
de succión prolongada durante el día y la noche, cuando el niño tiene -
más de 10 años de vida, hay que pedir cooperación del caso al psicologo-
ó psiquiátra, ya que es muy posible que la causa del hábito bucal sea un
síntoma de un verdadero trastorno psiquiátrico, por la flata de contacto
emocional ó por una infraestimulación general. (9)

En varios casos el paciente infantil desea deshacerse de su hábito y la mayoría de las veces con una charla agradable con el dentista para explicarle en que consiste su problema, es suficiente ó de gran ayuda para el tratamiento. Nunca se debe tomar actitudes represivas hacia el paciente infantil. (9)

"El niño es un adulto en miniatura", este concepto fue abandonado en el siglo XVIII.

Jean Jacques Rousseau (31) filósofo suizo, hizo hincapie en que los niños tienen etapas mentales y físicas en su desarrollo con patrones de conducta y reacciones que los distinguen de los adultos. (9)

En la etapa de desarrollo preescolar se tiene amnesia sucesiva y la mayoría de los adultos no recuerdan su edad de los 3 ó 4 años de edad, pero los recuerdos de la edad escolar están influidos por la racionalización. (9)

Es fundamental para el odontólogo contar con conocimientos básicos para tratar al paciente infantil, estos nos sirven para resolver problemas terapéuticos y adiestramientos al niño que será paciente adulto en un futuro, ya que las primeras experiencias dentales del niño se reflejan con frecuencia en actitudes hacia el dentista cuando es adulto.

Las experiencias sufridas a temprana edad condicionan las actitudes de un sujeto y no sólo con su asistencia dental, sino también en relación con su higiene personal. (9)

El uso de correctores de hábitos orales, solo son indicados cuando estos pueden romper el hábito, y que estos no puedan interferir con la oclusión, y meramente funcionen como un recordatorio.

Ya que en ocasiones el uso excesivo de aparatología puede provocar problemas emocionales profundos y una reacción indeseable, reportes de Hareck no detuvo el hábito, si no que provoco nuevos síntomas drásticos como: pesadillas, días irritables, desorden al hablar y negatividad al ingerir alimentos. (11)

Es enteramente diferente el aprovechamiento que tuvieron algunos otros odontólogos, cuando el paciente infantil tuvo deseos de cooperar para romper el hábito oral. El aprovechamiento tiene mucho que ver con la ayuda que los padres proporcionan, así como la concientización del mal hábito oral, y teniendo una plática en privado con el dentista y el niño se llega a un acuerdo para que los padres llamen al dentista y reporten el progreso del tratamiento para la eliminación del hábito.

Para algunos padres de familia la corrección del hábito oral de su hijo es muy importante y ofrecen su máxima cooperación conserniente al hábito y sus posibles efectos. Esta ansiedad es un resultado de no crear una mayor intensidad en el hábito oral.

La corrección de los hábitos orales es complejo, por eso hay ocasiones en el que el dentista, y la familia del paciente, se ven obligados a consultar con el médico psicólogo para la autorización de tratamientos y avance del mismo. (13)

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen de un tratamiento con aparatos como se menciona anteriormente, por que los hábitos bucales menos dañinos deberán ser observados periódicamente para no intervenir directamente, ya que muchas veces el hablar del problema con el paciente infantil y sus padres, podría ayudar en eliminar el hábito, por ejemplo el hábito de succión de dedo y los demás elementos serán superados por una actividad fisiológica más madura. (6)

Worms Meskin, (32) Isaccson, Tulley. Han demostrado que las maloclusiones pueden ser un problema ligado al tiempo, que es eliminado con la madurez del desarrollo. (3)

Los autores Graber y Chaconas (33) consideran en que algunos problemas de hábitos orales pueden ser superados con madurez psicológica, y si el caso es una faseta de una inmensidad de síntomas de un problema del comportamiento, lo que se recomienda es consultar primeramente con el psicólogo o psiquiatra para analizar cual es el mejor tratamiento que requiere el niño, estos tipos de casos son la minoría. (3)

Klein (34) dice, el hábito de succión de dedo puede ser un signo de problema psicológico y distingue entre la succión significativa, la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa efecto y la succión vacía, la cual se refiere a una acción de succionar el dedo sin ninguna causa detectable, si el odontólogo considera que el hábito del paciente infantil es significativo, se piensa en una interconsulta con el pediatra o el psicólogo antes de comenzar el tratamiento. (1)

Hanna (35) encontró que ni el uso de biberón y alimentación materna tienen relación con el hábito de succionar dedo, sin embargo se vio una relación entre el paciente infantil y sus hermanos, el hermano mayor tiene el porcentaje mayor de padecer hábitos orales. (1)

Una explicación breve al niño acerca de lo malo y dañino que le está causando a sus dientes y boca el hábito oral, con un gentil recordatorio acerca de lo mal que se ve delante de sus compañeros, esto podría causar una respuesta positiva de que el niño desea suspender el hábito para este tipo de terapias se necesita toda la cooperación de los familiares del paciente infantil. Ya que un disgusto o castigo por parte de los padres, puede reforzar el hábito del niño, más que refrenarlo. Cuando se ha logrado lo antes mencionado el dentista puede formular un tratamiento para modificar a una mejor conducta en el niño.

Si el paciente infantil tuviera las mejores intenciones de detener su hábito oral, le sería difícil si no cuenta con un recordatorio extraoral, como pueden ser desde una cinta adhesiva al dedo ó una sustancia desagradable. (1)

Teorías sobre el desarrollo infantil según distintas escuelas, las teorías del aprendizaje que se establecieron en el siglo XIX consideraban al niño como un receptor de impresiones procedentes de su entorno, este concepto es rechazado por las teorías psicoanalíticas que indican la importancia de los conflictos internos de la personalidad, denominados las teorías conmitivas que valoran la interrelación existente entre las influencias externas y el desarrollo interno. (9)

Existen tres factores que gobiernan la conducta del niño y son la madurez, rasgos de personalidad y ambiente.

La madurez y los rasgos están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto. El ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto a nuestro control.

La madurez es la expresión de como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos.(9)

Todos los talentos humanos se adquieren mediante un desarrollo progresivo o lo que es lo mismo mediante un gradiente de maduración.

El desarrollo y la maduración alcanzan su máxima rapidez a las edades de dos, cuatro, cinco y cinco y medio años. La madurez está sometida a un control externo mínimo y tiene que ser aceptado por parte del adulto, de manera que no puede forzarse a un niño por encima del nivel de su maduración.

Básicamente sabemos que la enseñanza es un proceso abierto en el cual el individuo está receptivo a él. Este es más sutil y con frecuencia no puede distinguirse de la maduración.

Las formas en que se consigue el aprendizaje son las siguientes:

- 1) Prueba error.
- 2) Imitación.

3) Análisis deliberado.

4) Deducción abstracta.

En la deducción y el análisis se encuentra mayor iniciativa y energía por parte del individuo, pero se considera más eficaces que el aprendizaje, más primitivo por imitación ó prueba y error. (9)

La motivación y apreciación son estímulos de la perfección en el aprendizaje, por el contrario se bloquea por los sentimientos negativos ó fatiga dirigidos contra el odontólogo y ambiente.

Si no se esta aportando nuevos refuerzos ocasionales la respuesta desaparece y las reacciones debidas a experiencias desafortunadas repetidas desaparecen cuando el paciente infantil se expone a situaciones más agradables. (9)

Según Sjobnng, (36) el niño muestra subcapacidad, subvalidez, subestabilidad y subsolidez. Significa que tiene menor inteligencia, energía ó iniciativa mental. Aparte de que las acciones del niño son menos habituales, sus impresiones son frescas y despiertas, cada visita al dentista es para el niño una primera visita, también reaccionan de una manera más impulsiva en las situaciones difíciles mostrando su malestar y temor en forma abierta. Por otra parte el niño muestra su agrado y afecto espontáneamente si son bien tratados. (9)

Los rasgos de personalidad según Sjobring: (36)

- 1) Capacidad.- Capacidad intelectual
- 2) Validez.- Aporte de energía psíquica
- 3) Estabilidad.- Capacidad de acostumbrarse y formación de hábitos
- 4) Solidez.- Firmeza de la personalidad.

Actitudes del niño hacia la odontología:

Es fundamental que el dentista logre que los padres y maestros del niño tengan actitudes positivas sin olvidar que su atención va a centrarse no solo en un paciente en concreto, sino en un grupo de pacientes. (9)

Los factores que influyen sobre la actitud dental del niño:

Problemas de personalidad: La escuela y experiencias médicas personales

Actitud dental del niño: Actitud y experiencia dental del padre.

Experiencia dental personal.

Actitud y experiencia dental de la madre.

En la primera visita dental de un niño se debe tratar con una descripción fácil de comprender, como es la consulta y que va a suceder en ella, y que el niño vaya acompañado de su padre ó madre tranquila y relajada. (9)

También es de gran ayuda que los padres y maestros traten de canalizar las nuevas experiencias del niño mediante conversaciones o juegos -

después del tratamiento.

Se puede utilizar material como: folletos impresos para padres de niños que están en edad de hacer su primera visita al dentista.

Teatro de títeres con personajes que sean el cepillo dental los dientes y un dentista que este dando mensajes sobre la odontología. (9)

Cuadernos ilustrados donde describan el ambiente y procedimientos que se practican en un consultorio dental. Para pacientes infantiles de primeras edades escolares.

Textos y periódicos murales para dar información del instrumento y equipo del odontólogo para escuelas elementales.

Diapositivas que describen el equipo y los procedimientos de exploración y restauración. Para motivar a los pacientes y maestros en las escuelas para comenzar la promoción de la salud dental y la prevención de enfermedades. (9)

En la psicología y la psiquiatría infantiles el estudio de dibujos y juegos de los niños constituye una importante ayuda diagnóstica y para determinadas observaciones. La elección de motivos, colores y proporciones puede utilizarse en la realización de evaluaciones sistemáticas, sin embargo la interpretación de los dibujos está sometida a variaciones y la técnica exige una formación muy completa por parte del observador. Pasando por alto los aspectos psicológicos más profundos, los dibujos del-

niño pueden ser de gran ayuda como excelente material para los contactos entre el dentista y el paciente infantil, ya que estos dibujos suelen reflejar de forma muy expresiva su actitud hacia el dentista. (9)

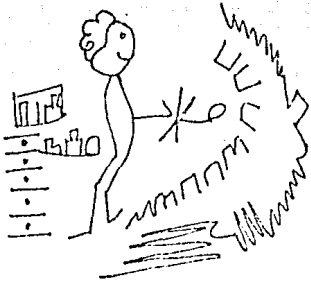


Fig. A

Dibujo de un paciente infantil de 6 años con gran desconfianza al tratamiento dental.

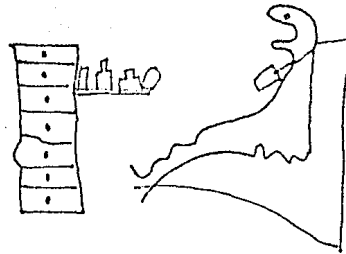


Fig. B

Dibujo del mismo niño 3 meses después, una vez superadas sus dificultades.

Después de revisar los factores psicológicos que gobiernan el éxito de la odontología en la población infantil, queda una cuestión por resolver y se trata de como debe comportarse el odontólogo en relación con el niño, a este respecto pueden darse unas cuantas normas:

1. Informarse sobre el niño. En cada cita reservar tiempo para platicar- recordar el nombre del paciente infantil, tratar de descubrir sobre sus gustos, aficiones y aquello que le disguste. Hacer referencias breves sobre el nombre de su muñeco, caricatura favorita, sobre su colección, etc.

2. Describir el tratamiento que vaya a realizarse. Se va dar información del tratamiento, en forma sencilla y directa. El paciente infantil - espera que se le hable a su manera, no se puede decir mentiras a un niño puesto que las descubre y se vuelve desconfiado.
3. Enseñar al paciente el equipo dental e instrumental. Decirle al niño - cómo funciona el sillón dental, la lámpara, la luz, la escupidera, - etc. y darle el tiempo necesario para que haga sus propias preguntas - no esconderle el instrumento. sin embargo no debe nunca mostrarse una jeringa ó instrumento agudo dirigido hacia el paciente infantil.
4. Si es necesario realizar una operación simulada. Para un niño de edad preescolar es difícil acostumbrarse a la consulta y personal dental. - Por esta razón una cita breve donde se haga profilaxis y aplicación - de flúor puede ser una experiencia suficiente como primera visita.
5. Hacer un plan de tratamiento adecuado. Decirle al paciente infantil - con precisión que se le va hacer durante la visita sin prometerle demasiado, ni poco, para no provocarle así frustraciones profundas. Asegurarnos de que sus padres no le hagan promesas ya que se puede - tener una situación difícil para el tratamiento del niño.
6. Hay que trabajar con tranquilidad, evitar movimientos bruscos y sin - hacer ruido.
7. Tratar de que el paciente infantil se interese y distraiga; la conver - sación es importante pero más importante es que la voz del dentista -

suene amistosamente, ya que el timbre de voz es el instrumento para controlar al niño. La asistente dental y el odontólogo tienen que aprender a desplazar la conversación. Sí el niño llora no se debe aumentar automáticamente su propio tono de voz, ya que el efecto puede ser muy impactante para el paciente infantil.

8. Adecuados períodos de tratamiento, incluyendo descansos. Los niños de edad preescolar deben ser tratados preferiblemente durante las mañanas, que es cuando están más despiertos. La visita no debe ser larga y se hacen pausas.
9. Demostrar que los logros del niño se valoran. Esto se hace con palabras, también con pequeños regalos como refuerzo.

No hay que olvidar, que la implicación personal del profesional y su interés por el niño son lo que determinará el éxito o fracaso de las visitas. (9)

Por todo lo mencionado, cuando la respuesta del paciente resulta ineficaz, se consultará al psicólogo del niño ó con el pediatra del mismo, para analizar a fondo la razón de la persistencia. (4)

B) TRAMPAS LINGUALES

Las edades entre los tres y medio a cuatro y medio años son buenas edades para la colocación de aparatos, en caso de que padezcan de hábitos orales.

Es conveniente que la colocación se haga en primavera o en el verano, que es cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables, y el deseo de los hábitos, se pierde con los juegos y actividades sociales.

El aparato desempeña varias funciones, no le causará la misma satisfacción el hábito debido a su trampa.

Se deberá proceder con mucho cuidado la colocación del aparato y - decir al paciente infantil, como a sus padres, que no se utiliza como - medida restrictiva. Y que se usa para enderezar los dientes, mejorar la - apariencia y para masticar y mantener una boca sana.

En virtud de su construcción el aparato evita que la presión degi - tal desplace a los incisivos superiores hacia vestibular evitando la mor - dida abierta anterior, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y los labios. (6)

La trampa obliga que la lengua se desplace hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a - una más ancha y normal.

La lengua ejerce más presión en los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de de - glución anormal, y las partes periféricas descansan sobre las superfi - cias oclusales de las piezas dentarias posteriores, así evitan la sobre - erupción de los mismos.

Si el niño es un paciente sano se verán pocas secuelas desfavorables, solo se observará un habla silbante temporal que la mayoría de las veces desaparece. (6)

El empuje lingual aumenta el movimiento de los dientes antero superiores hacia arriba y hacia adelante dándonos una mordida abierta como se menciona en el capítulo anterior.

Debe evaluarse detalladamente los estados de hábitos orales que padece el paciente infantil, para empezar el adecuado tratamiento.

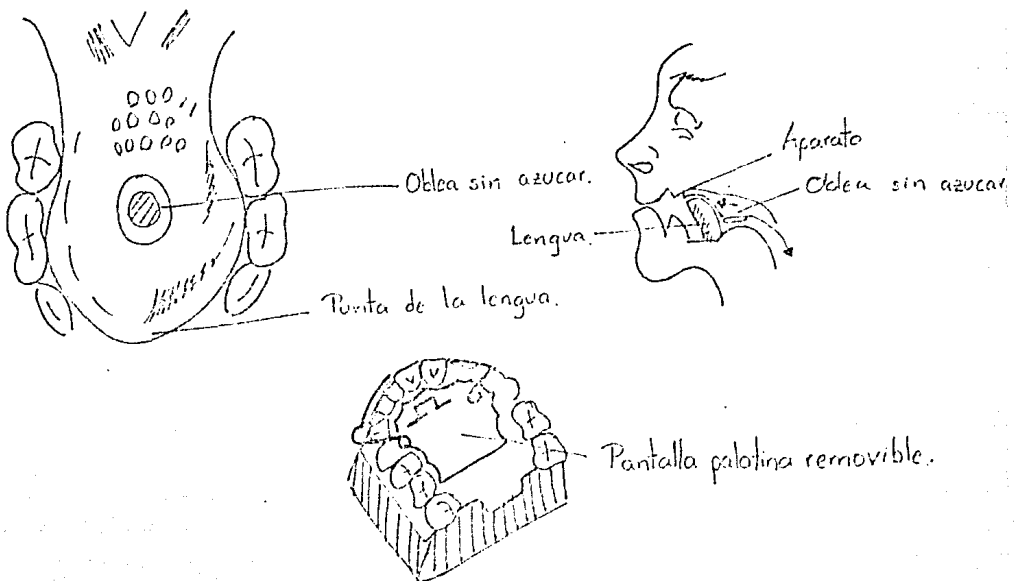
Mencionan los autores que es muy conveniente consultar con el pediatra y con el fonoaudiólogo del niño para determinar el tipo de tratamiento que necesita el paciente ó si se puede hacer conjuntamente el tratamiento oral con el foniatrico. (2)

Existe un ejercicio con una oblea sin azúcar para controlar el empuje lingual. Y se hace el ejercicio de la siguiente manera:

- 1.- Se coloca la oblea sin azúcar en la parte posterior de la boca.
- 2.- Se levanta la lengua hasta que la oblea toque el paladar.
- 3.- La punta de la lengua se pone detrás de la barra que indica la flecha en el recordador de hábito removible de acrílico.
- 4.- A medida que se disuelva la oblea, se trague pero no permita que su lengua se aparte de la barra.
- 5.- Continúe el ejercicio hasta que toda la oblea se haya disuelto.
- 6.- Realice este ejercicio por lo menos 3 veces al día.

- 7.- Hay que llevar una ficha donde se tenga las fechas que se realiza -
el ejercicio de la oblea sin azúcar, y el número de veces que lo -
realizó.
- 8.- La ficha y el paquete de obleas se trae a todas las citas.
- 9.- Cuando trague (pase saliva) ubique siempre la punta de la lengua -
detrás del recordatorio lingual.
- 10.- No se debe realizar el ejercicio en presencia de otra persona o -
aparato de televisión.
- 11.- No se hace el ejercicio sentado en forma ergida, ni acostado, se -
hace en posición reclinada, a medio sentar.

El recordador de hábito de empuje lingual y deglución atípica, es un aparato de Hawley removible o fijo con pantalla palatina, que se utiliza para este hábito y ejercicio de la oblea sin azúcar. Es fijo o removible dependiendo de la edad, madurez y cooperación del niño. La pantalla palatina removible es efectiva cuando el paciente infantil hace sus ejercicios de la oblea y con la lengua. (2)



Cuando hacen erupción los dientes, la proximidad de los incisivos y los caninos crean un sello para la deglución del paciente adulto. Si nos encontramos con un paciente que tiene mordida abierta anterior y los dientes anteriores no se pueden aproximar, el paciente empuja la lengua hacia adelante para lograr la deglución, igual que el recién nacido.

La deglución infantil o visceral es aquella en que el recién nacido intenta deglutir y empuja la lengua hacia adelante para crear un sello en su deglución.

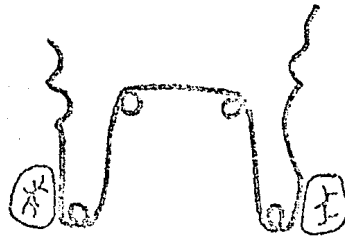
Debido a que la deglución promedio de una persona es aproximadamente de 900 a 1,100 veces por día, empujar la lengua hacia adelante puede empeorar la mordida abierta anterior y otros síntomas asociados a este problema. (3)

El empuje de la lengua hacia adelante y la respiración bucal están relacionados con la proliferación de tejido adenoideo, el tejido hipertrófico puede causar movimiento hacia adelante de la lengua, por el intento que hace el paciente para abrir la faringe oral, el dentista no debe colocar un retenedor de lengua, en caso de padecer tejido linfático intrabucal hipertrófico.

En estos casos hay que consultar con el pediatra del paciente infantil para posible tratamiento de adenoidectomía. (3)

Para los casos de mordida cruzada unilateral o bilateral como se menciona en el capítulo II, donde es muy probable el crecimiento inadecuado

cuado a lo ancho del maxilar debido a la posición de la lengua baja y -
 fuerzas ejercidas anormales en el maxilar por el musculo bucinador duran -
 te el hábito de succión de dedo, por lo tanto existe discrepancia en an -
 chura de la dentición superior e inferior. En estos casos se construye -
 un dispositivo de expansión para ensanchar los segmentos bucales del ar -
 co dental maxilar y crear una fuerza ortopédica para colocar los maxila -
 res en una relación más normal. El dispositivo tiene dobleces helicoida -
 les para ajustar y activar y se cementa en los segundos molares superio -
 res deciduos. (3)



Los aparatos intraorales pueden diseñarse de varias maneras como -
 estamos viendo en este capítulo. La trampa es una defenza o pantalla que
 se suelda a un arco palatino maxilar. Haryett y asociados demuestran que
 una trampa palatina que se usa 10 meses es eficaz para tratamiento del -
 hábito de succión de dedo. Al hacer un estudio comprobaron que los niños
 que usaron la trampa de 6 a 10 meses tuvieron más éxito que los niños -
 que solo la usaron por 3 meses. Diez meses de usar la trampa se tuvo un
 éxito de 91% 3 años después de que el aparato fue retirado. (1) Estos -
 mismos investigadores comprobaron que una trampa sin estímulo era tan -
 eficaz como una trampa con el estímulo. La trampa aparte de usarse como-

recordatorio del hábito oral, disminuye la fuerza sobre los dientes anteriores. La trampa quita el gusto de succionar el dedo. Es poco común que los papás del paciente infantil reporten que se ha presentado un tiempo de trastornos en el niño después de la colocación de la trampa. Estos reportes son dificultades para hablar y comer, pero son transitorios y con pocas consecuencias estas dificultades. (1)

Las medidas eficaces para solucionar el problema de empuje lingual, consisten en impedir la interposición de la lengua durante funciones como la deglución, por medio de aparatos ya mencionados anteriormente, como son los aparatos con rejilla o la reeducación de la lengua mediante ejercicios.

Frecuentemente al eliminar el hábito de la disfunción lingual, se corrige el alineamiento defectuoso de las piezas dentarias. (4)

Para el tratamiento de hábitos orales con aparatos fijos o removibles se debe de seguir un orden de componentes del diagnóstico ortodóntico:

I.- Historia clínica

- A) Antecedentes médicos y odontológicos
- B) Antecedentes familiares y sociales

II.- Examen clínico del paciente infantil tanto visual como digital

III.- Exámenes radiográficos y fotográficos

- A) Fotografías faciales, con posición normal de la cabeza
- B) Radiografías intrabucales (o panorámicas)
- C) Diapositivas, intrabucales y extrabucales
- D) Radiografías cefalométricas sagitales

IV.- Análisis de modelos de estudio. (4)

Uno de los más eficaces tratamientos para el hábito de succión de dedo es una criba fija, que es un aparato palatino fabricado con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo, con un calibre de 0.040 .

El alambre se hace en forma de "U" adaptado a nivel del márgen gingival por palatino, y va de el segundo molar desiduos y caninos primarios. Aquí se hace un dobléz agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta en el nicho de molares desiduos y canino primario del otro lado u opuestos, con el mismo nivel gingival. (4)

Si se quiere reducir la satisfacción cinestésica neuromuscular no se sigue el contorno del paladar. Debido al papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. Solo en caso de que se pueda cambiar la posición de la lengua y disminución de su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente.

En el nicho del primer molar y canino opuesto, el alambre se dobla hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar primario. (6)

El aparato central tiene espolones y un asa, esta se extiende hacia atrás y arriba a un ángulo de 45° con respecto al plano oclusal. No debe proyectarse el asa hacia atrás más allá de la línea que une las superficies distales de los segundos molares primarios. Las 2 patas del asa central continúan más allá de la misma barra, se doblan hacia el paladar y haciendo contacto ligero con este. (6)

Se suelda el asa a la barra principal, una tercera parte anterior - en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las 2 proyecciones anteriores del asa central. El aparato es soldado después a las coronas o bandas que van colocadas en el segundo molar reciduo. Después de - pulir y limpiar el aparato esta listo para la colocación en la boca del - paciente infantil.

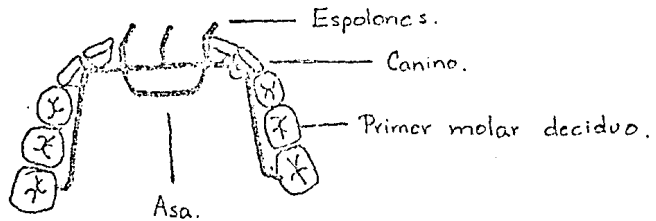
El odontólogo verifica si el aparato ajusta correctamente y que los incisivos inferiores no ocluyan con las proyecciones anteriores del aparato central, en caso de contacto se recortan y doblan hacia el paladar - los espolones. (6)

Las piezas de soporte se aíslan, limpian, secan y el aparato se coloca con cemento. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores, no es motivo de preocupación ya que los dientes superiores harán erupción hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al paciente infantil se le habla que el aparato colocado en sus - piezas dentales es para enderezarlos y se dice a los padres y hermanos -

lo importante que es su influencia positiva hacia el niño, para el tx del hábito oral. (6)

Si hay tendencia a mordida cruzada lingual en los molares deciduos, se puede agrandar la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato, así cuando el alambre tienda a recuperar su forma original desplaza al primer molar y segundo molar deciduos hacia vestibular.



Se se necesita retracción de incisivos superiores, se soldan tubos-vestibulares horizontalmente sobre las coronas o bandas y se coloca un arco de alambre, labial de acero (de 0.040 ó 0.045 pulgadas). (6)

La dieta durante los primeros días debe ser blanda y algunos niños-salivarán bastante, otros se les dificultará deglutir y hablar sobre todo sonidos sibilantes.

Después de la colocación se hará revisión a intervalos de tres o cuatro semanas. Este aparato dura en la boca del niño de cuatro a seis meses, en la mayoría de los casos de hábito (de succión de dedo) si dura tres meses en desaparecer completamente el hábito de succión de dedo, es casi seguro que no haya recidiva del caso.

Después de los tres meses si el hábito desapareció, se retiran primero los espolones, a las tres semanas si no hay recurrencia, se retira la extensión posterior en otras tres semanas se puede quitar la barra palatina restante y coronas. (6)

Si tiende a la recidiva se deja colocado el aparato parcialmente más tiempo. Cuando hay hábito combinado de dedo y proyección lingual, el aparato se modifica y también se deja colocado más tiempo dentro de la boca del paciente infantil.

Los espolones del aparato no deben ser afilados y su estructura es diseñada para evitar deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de deglución visceral y postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito. La aparatología mal diseñada puede acentuar la maloclusión. (6)

Proyección de lengua.

Para acentuar la mordida abierta o protrusión de incisivos superiores, se proyecta hacia adelante de 500 a 1000 veces diarias.

El aparato utilizado para este hábito es variante del descrito anteriormente para el hábito de succión de dedo, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y atrás la lengua, durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para formar una cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal de los órganos dentales poste

riores, se obtiene una barrera más eficiente contra la proyección lingual. (6)

Este aparato intentará eliminar la proyección anterior enérgica y defecto a manera de émbolo durante la deglución y modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas en la deglución y no se introduzca en el espacio incisal.

En lo que la lengua se adapta a su nueva posición y funcionamiento, la deglución madura es estimulada por este tipo de aparato.

Cuando el hábito de dedo no constituye un factor, lo más indicado es quitar la barra palatina cruzada y la extensión posterior en forma de asa del aparato lingual, modificando el diseño de la criba restrictiva. (6)

Los segundos molares deciduos actúan como soportes satisfactorios, en caso de que el paciente ya tenga los primeros molares permanentes y lo suficientemente erupcionados, son preferibles utilizarlos como soportes.

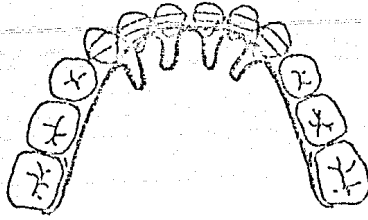
La barra es en forma de U por lingual, adaptándose primero en un extremo del modelo de yeso, llevando el alambre hacia adelante al área de los caninos a nivel del margen gingival. Esta barra debe hacer contacto con las superficies linguales prominentes de segundos y primeros molares deciduos. (6)

Los modelos se colocan en oclusión y se traza con lápiz una línea en el modelo superior hasta el canino opuesto, la línea trazada se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar para el ajuste del contorno del paladar, por el aspecto lingual de esta línea, llevándose hasta el canino del lado opuesto se dobla la barra y se lleva atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

La oclusión no la tomamos en cuenta debido a que el aparato esta colocándose para corregir la mordida abierta, al reducir esta mordida el odontólogo se asegura de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieran en la incisión. Motivo por el cual se construye la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior. (6)

Una vez que se tiene hecha la barra base y su posición pasiva sobre el modelo superior se puede formar la criba. Usando el alambre del mismo calibre 0.040 pulgadas aleación de níquel y cromo o acero inoxidable para la barra base.

Un extremo es soldado a la barra base en la zona del canino. Se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, extendiéndose hacia abajo a un punto que queden atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores cuando los modelos se pongan en oclusión. (6)



No debe tener contactos que interfieran en la erupción de los incisivos inferiores. Cuando las proyecciones en V esten formadas de forma - en que los brazos de las proyecciones esten aproximadamente a nivel del alambre base, se soldan, el alambre base se pone en el modelo y se solda en las coronas metálicas.

Se limpia y pule el aparato para posteriormente colocarlo en la boca del paciente infantil.

Al igual que con el aparato de hábito de succión de uedío, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zona del - primer molar, este tipo de problema tarda una semana en ser eliminado y el niño no podrá proyectar más la lengua por el espacio incisal. (6)

La punta de la lengua empieza a tomar posición durante la deglución que es contra las arrugas palatinas y el dorso de ésta es proyectado con tra el paladar.

Para la corrección autónoma de la maloclusión depende de la grave - dad de la mordida abierta, puede ser de cuatro a nueve meses.

En algunas ocasiones los aparatos de este tipo no tienen éxito y es cuando se emplea procedimientos ortodónticos totales. (6)

Hay veces que es necesario colocar un refuerzo extrabucal colocando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas, para usar un arco labial de alambre. Una edad promedio para la colocación de este tipo de aparatos es entre los 5 años y 10 años de edad, por que es probable que después de la edad mencionada se necesiten los servicios de un especialista en ortodoncia. (6)

Los hábitos de lengua aparte de las maloclusiones en segmentos anteriores, también causan mordida abierta posterior aunque no muy frecuente. Estos hábitos pueden presentarse, provocando infraoclusión de los segmentos bucales superiores e inferiores, problemas funcionales y de habla. Estos hábitos se presentan más frecuentes en maloclusiones de clase II división 2, por lo que la función lingual es un factor en la reacción, o en la perpetuación de la falta de erupción observada en los segmentos posteriores en aquellos niños con este tipo de maloclusión. Se puede utilizar una criba para hábito modificada para la eliminación del hábito lingual lateral para permitir la erupción de los dientes afectados. (6)

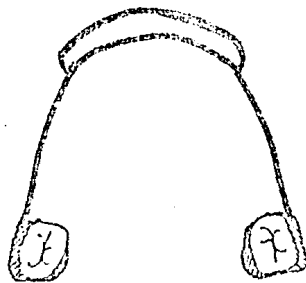
C) PANTALLA VESTIBULAR

La necesidad de un diagnóstico diferencial se considera importante antes del tratamiento del hábito debido a que si existe maloclusión clase II división I, o sobre mordida horizontal, la actividad anormal del-

labio se adapta a la forma dentro alveolar.

El primer tratamiento a seguir en estos casos es establecer una oclusión normal, ya que el corregir el hábito de labio sería tratar un síntoma y poca ayuda para corregir el problema principal. Pero si la oclusión posterior es normal o ya ha sido corregida y aún persiste la tendencia del hábito de labio, puede ser necesario colocar un aparato para la corrección de este. (6)

Cuando el hábito de labio es un tic neuromuscular el aparato para el labio es eficaz, puesto que las relaciones menores de los incisivos inferiores suelen eliminarse con la acción de la lengua. Por ejemplo se coloca el aparato para la eliminación del tic neuromuscular, evitando la actividad anormal del musculo borla de la barba, que desplazaría los incisivos hacia lingual, entonces la acción normal de la lengua corregiría la mal posición dentaria. (6)



Un aparato utilizado para el hábito de labio es el presionador para labio, su función es interceptar el morder o chupar el labio.

Pueden utilizarse coronas metálicas completas o bandas de ortodoncia, si el tiempo del aparato va ser prolongado dentro de la boca del niño, se recomienda usar las coronas metálicas, debido a que resisten más los esfuerzos oclusales. (6)

A continuación se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo con 0.040 pulgadas. El alambre va en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo o el canino y el incisivo lateral.

Es seleccionada cualquier área interproximal para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial dependiendo del espacio que exista, determinándose por el análisis de los modelos de yeso articulados. (6)

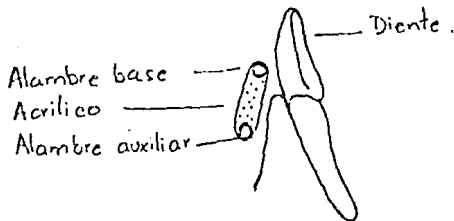
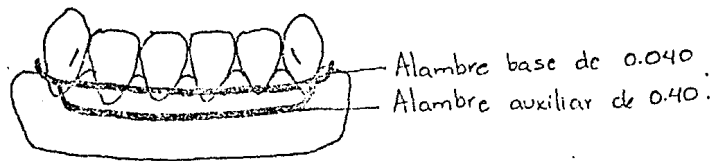
El alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labial - lingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto, se lleva el alambre a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento del diente soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de premolares.

Se verifica que la porción labial del alambre no haga contacto con superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. La separación entre el alambre y las superficies vestibulares de los incisivos debe ser de 2 o 3 -m., para permitir que estos se desplacen hacia adelante. (6)

Se puede colocar un alambre auxiliar soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gígalmente de 6 a 8 -

mm., se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos inferiores, - para ello el alambre base se dobla nuevamente en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre base, esta porción paralela debe estar a 3 mm. aproximadamente, de los tejidos gingivales. El alambre base se suelda a las bandas o coronas.

La porción labial del aparato puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y el auxiliar, esto ayuda a reducir la imitación de las mucosas del labio inferior.

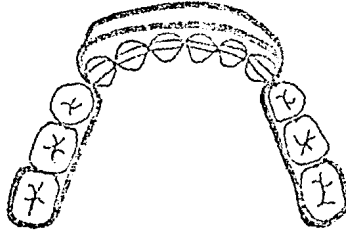


Después de ser revisado el aparato minuciosamente se limpia y pule, para ser cementado sobre los dientes.

Un período de ocho a nueve meses de uso de aparato en la boca del paciente es aceptable.

Al retirarlo se retira primero los alambres auxiliares y el resto del aparato, varias semanas después. (6)

El autor Graber (37) menciona que el aparato para el labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, esto mejora su inclinación axial y frecuentemente reduce la sobre mordida. En algunos casos de retrusión mandibular funcional como resultado del hábito de labio, la colocación del aparato para este hábito permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior hace lo mismo. (6)

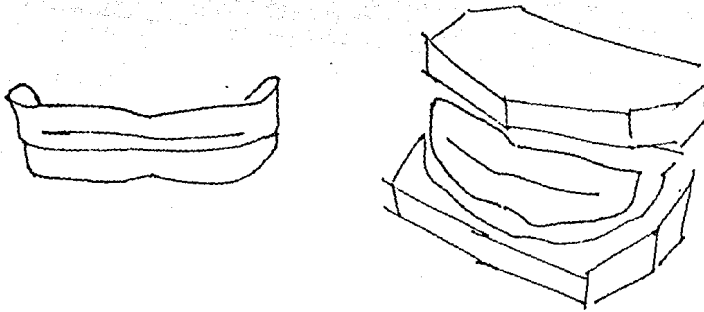


La pantalla vestibular o bucal o una combinación de ambas es un buen aparato removible para corregir los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo.

Estos aparatos han sido perfeccionados por Frantisek (38) Kraus de Checoslovaquia.

La pantalla vestibular es un auxiliar para la retracción de los incisivos y restauración de la función anormal de labio, para interceptar el hábito de dedo o dedos pero tiene la desventaja de que es removible y

puede ser retirado fácilmente por el paciente si lo desea. (6)



La pantalla vestibular es un paladar de acrílico modificado, se construye una barra de acrílico o alambre, se puede agregar ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional. También se fabrica una combinación de pantalla vestibular y pantalla bucal, para controlar las fuerzas musculares tanto adentro como afuera de las arcadas dentarias.

Las fuerzas musculares anormales son interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas reduciendo maloclusiones en el desarrollo si se construye y utiliza correctamente. Estos aparatos son de alcance limitado para la corrección por lo tanto son utilizados como aparatos auxiliares interceptivos para perversiones musculares francas.

Se hace un diagnóstico cuidadoso del problema de hábito en el paciente infantil, antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o la pantalla bucal, la mayoría de los casos se utilizan bajo control del ortodoncista. Si no se cuenta con la cooperación del paciente,-

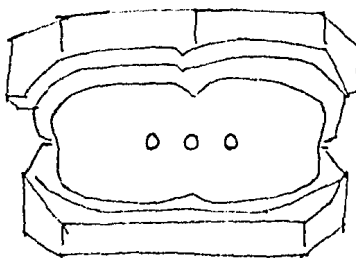
se indican los aparatos fijos, también las pantallas vestibulares o bucales pueden ser utilizadas con aparatos fijos. (6)

La Pantalla Oral o Pantalla Vestibular.

Este dispositivo no se puede colocar cuando el paciente infantil - tien forzosamente que respirar por la boca por (obstrucción) obstáculos-respiratorios nasales, por que entonces el niño no podría respirar. (10)

Al eliminar las causas de respiración bucal se puede utilizar la - pantalla oral o vestibular. Esta es de acrílico, preferentemente transpa- rente, se adosa a toda la parte vestibular de los dientes, para que el - niño se vaya acostumbrando a respirar por las fosas nasales, también sir- ve como aparato correctivo de pequeñas anomalías como: vestibuloversio - nes de incisivos con diastemas.

A la pantalla se le hace unos orificios con la finalidad de que el- paciente tenga alguna respiración auxiliar por la boca. (10)



Ejercicios Musculares:

Cuando tenemos el caso de un niño con siete u ocho años de edad que

presenta incisivos superiores ligeramente en protusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo generalmente corrigen esta prominencia temporal.

Pero para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua, que ayudan a la deformidad de las arcadas dentarias, se recomiendan ejercicios labiales.

Las características de estos hábitos son hipotonicidad y flaccidez del labio superior. (6)

El ejercicio para el niño, es que extiende el labio superior lo más que pueda metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores.

Se deberá realizar de 15 a 30 minutos diarios, este ejercicio por un período de 4 a 5 meses, cuando el niño presente labio corto superior.

El labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior.

El labio superior se extiende en la posición antes descrita, el borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior.

Este ejercicio es de influencia retractora sobre los dientes incisivos superiores y a la vez aumenta la tonicidad de ambos labios. También-

el ejercicio es valioso para aquellos niños que respiran por la boca y que no suelen juntar los labios en descanso, unos 30 minutos diarios es necesario para obtener buenos resultados. (6)

Cuando exista una maloclusión clase II, división 1, con sobre mordida vertical y horizontal excesiva y función muscular peribucal anormal, estos ejercicios son validos antes y durante el tratamiento ortodóntico.

El masaje labial puede servir de substitutivo para los hábitos de dedo y lengua ya que proporciona una satisfacción similar. La piel de labio puede llegar a irritarse, usando un emoliente suave, vaselina, controla este tipo de problema.

Encontramos pacientes infantiles que no estan listos para recibir tratamientos con aparatos. Y un sistema de ejercicios labiales diarios del tipo descrito anteriormente ayuda a despertar en el niño una conciencia del problema existente y a proceder con mayor cuidado evitando actividades que pueda provocar la fractura de estos dientes. (6)

En los niños con maloclusión II división 1, tocar instrumentos de viento puede constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo. En si lo efectuado de los ejercicios que se emplean para aumentar la tonicidad labial dependerá tanto de la frecuencia, como intensidad y duración con que se efectúen estos para obtener los resultados deseados. (6)

CASUÍSTICA

1er. Caso

Paciente: Flor Ortega Dirección: Alpes # 197
 Sexo: Femenino Col. Independencia
 Edad: 6 años Guadalajara, Jalisco
 Fecha de inicio: 18 de marzo de 1987
 Diagnóstico: Hábito de succión de dedo pulgar.

Primer cita: Se inició tratamiento con método psicológico, se platicó -
 con la paciente infantil y se entabló una conversación, y -
 el juego del calendario con las estrellas.

Segunda cita: Se convenció a la niña que necesitaba un recordatorio, y -
 se procedió a colocar una trampa rompe hábitos fija.

Tercera cita: Se colocó trampa rompe hábitos fija, y se cito a la pacien-
 te cada 15 días para checar el tratamiento, y a los tres -
 meses la paciente dejo el hábito de succión de dedo pulgar

2o. Caso

Paciente: Joselín Díaz Dirección: Jesús # 429
 Sexo: Femenino Sector Hidalgo
 Edad: 5 años Guadalajara, Jalisco
 Fecha de inicio: 6 de marzo de 1988
 Diagnóstico: Hábito de succión de dedo.

Primer cita: Se presentó a consulta con un rompe hábito fijo. Pero relata la madre que aún con el rompe hábitos la niña persiste con el hábito de succión de dedo, la aparatología existente lesionaba los tejidos blandos. Se retiró el rompe hábitos para que la niña recuperara su estado de salud de tejidos blandos.

Segunda cita: Se empezó tratamiento psicológico para convencerla de que necesitaba otro recordatorio, se le dio cita 15 días después.

Tercera cita: Llegó con la gran sorpresa, relata la madre, que la niña había dejado el hábito y se procedió a darle tres citas más de tratamiento psicológico del calendario con estas espaciadas cada 15 días, y la paciente infantil dejó el hábito.

3er. Caso

Paciente: Victor Ortega	Dirección: Alpes # 197
Sexo: Masculino	Col. Independencia
Edad: 9 años	Guadalajara, Jalisco
Fecha de inicio: 18 de marzo de 1987	
Diagnóstico: Hábito de succión labial.	

Primer cita: Llegó a consulta con sobremordida de 6 mm relación molar - clase II, perfil convexo, y se detecto el hábito de succión labial. Se platica con paciente y madre.

Segunda cita: Se coloca aparato "presionador para labio" el cual se lo quitaba.

Tercera cita: Llega con el aparato en la mano, se vuelve a cementar.

Cuarta cita: Llega nuevamente con el aparato en las manos. Relata la madre que el aparato no le dura colocado en la boca más de dos días.

El paciente infantil no acepta el aparato y lo pierde diciéndole a la madre que no regresa a consulta dental.

Se trata con psicología, y no vuelve aceptar aparatología.

4o. Caso

Paciente: Alejandra Barajas	Dirección: Manuel Acuña
Sexo: Femenino	# 3438
Edad: 8 años	Col. San Jorge
Fecha de inicio: 20 de abril de 1987	
Diagnóstico: Hábito de succión de dedo.	

Primer cita: Se presenta a consulta dental, con incisivo central superior izquierdo fuera de posición, no baja oclusión, y mordida abierta anterior relación molar clase I.

Se detecta hábito de succión de dedo.

Segunda cita: Se coloca aparato removible rompe hábito, con una excelente cooperación de los padres y paciente infantil.

Durante 3 meses se controló a la paciente y se observó que los dientes volvían a su posición normal sin ningún otro tipo de tratamiento ó aparatología, y esto motivo a la niña a dejar el hábito de succión de dedo.

CONCLUSIONES

Tenemos que tomar en cuenta la importancia que tiene el diagnóstico clínico temprano en las afecciones de hábitos orales, así como su correcta atención clínica. La etiología del problema puede ser originado por alteraciones de orden psicológico debido al entorno en que el paciente se desarrolla, una interconsulta con el psicólogo o con el psiquiatra complementará un correcto tratamiento.

La educación adecuada de los padres, maestros y gente que rodea al niño hacia la forma de tratamiento que se intituya, sirve como un refuerzo continuo para el desarrollo del procedimiento.

Debido al período de cambios tanto físicos como emocionales que sufre un paciente infantil, propios al desarrollo de su edad, se tiene que llevar un método adecuado de atención odontológica para lograr su motivación.

La revisión minuciosa de la historia clínica y de la inspección - tanto intraoral como extraoral nos aportará información valiosa para el tipo de tratamiento que el paciente requiere.

La utilización de cada tipo de aparatología deberá responder a las necesidades que cada paciente requiera, logrando de ese modo la correcta solución del problema.

BIBLIOGRAFIA

1o.- BARBER, T. K.

"Odontología Pediátrica"

1era. Edición, Editorial el Manual Moderno

México, D. F. 1985

P.P. 2 - 11, - 17 - 20

2o.- COHEN MICHEL

"Pequeños Movimientos Dentarios del Niño en Crecimiento"

1era. Edición, Editorial Médica Panamericana

México, D. F. 1985

P.P. 21 - 22, - 72 - 76, 110 0114

3o.- CHACONAS SPRIO J.

"Ortodoncia"

1era. Edición, Editorial el Manual Moderno

México, D. F. 1982

P.P. 3 - 5, 198 - 216

4o.- DE ANGELIS VICENT.

"Embriología y Desarrollo Bucal"

1era. Edición, Editorial Interamericana

México, D. F. 1978

P.P. 39 - 42

50.- FINN SIDNEY B.

"Odontología Pediátrica"

4ta. Edición, Editorial Interamericana

México, D. F. 1976

P.P. 64 - 65

60.- GRABER T.M.

"Ortodoncia Teoría y Práctica"

3ra. Edición, Editorial Interamericana

México, D. F. 1987

P.P. 641 - 663

70.- HARNDT E. WYEYERS H.

"Odontología Infantil"

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P.P. 155 - 157, 494 - 499

80.- HOLLOWAY Y SWALLOW

"Salud Dental Infantil"

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina 1968

P.P. 9 - 12

90.- "Odontopediatria" (Enfoque Sistemico)

1ra. Edición, Editorial Salvat

Barcelona, España 1985

P.P. 31 - 46, 245 - 248

10o.- MAYORAL JOSE DR.

"Ortodoncia Principios y Fundamentos"

4ta. Edición, Editorial Labor

Barcelona, España 1983

P.P. 188 - 192 640 - 663

ESTA TESIS
NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

11o.- MC DONALD R.E. Y EVERY D.R.

"Dentistry For The Child And Adolescent"

3ra. Edición, Editorial Mundi

San Luis U.S.A. 1978

P.P. 449 - 457

12o.- MORRIS E. Y BRAHM R.

"Odontología Pediátrica"

1era. Edición, Editorial Panamericana

Buenos Aires, Argentina 1984

P.P. 421 - 422

13o.- RAVINDRA NANDA

"Clínicas Odontológicas de Norte América"

Conceptos Actuales del Tratamiento Ortodóntico

Volumen 1, Editorial Interamericana

México, D. F. 1981

P.P. 171

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 14.- GRESELL Y COLS
Magnusson Bengt O.
Odontopediatría
1ra. Edición, Editorial Salvat
Barcelona España 1985
P. 46
- 15.- LINDER-AROSON
Baber T.K.
Odontología Pediátrica
1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno
México, D. F. 1895
P. 6
- 16.- KANTOROWIEZ
Harndt E. y Weyer H.
Odontología Infantil
1ra. Edición, Editorial Mundi
Buenos Aires Argentina 1969
P. 499
- 17.- ECKERT-MOVIUS
Harndt E. y Weyer H.
Odonotología Infantil
1ra. Edición, Editorial Mundi
Buenos Aires Argentina P. 499

18.- KAKHAUS

Harndt E. Meyer H.

Odontología Infantil

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P. 499

19.- SUBTELNY

Magnusson Bengt O.

Odontopediatría

1ra. Edición, Editorial Salvat

Barcelona España 1985

P. 499

20.- SALZAMANN

Mc. Donald R.E.

Dentistry For The Child And Adolescent

3ra. Edición, Editorial Mundi

San Luis U.S.A.

P. 449

21.- PROVICH T THOMSON

Mc. Donald R.E.

Dentistry For The Child And Adolescent

3ra. Edición, Editorial Mundi

San Luis U.S.A.

P. 449

22.- CUMLEY

Mc. Donald R.E.

Dentistry For The Child And Adolescent

3ra. Edición, Editorial Mundi

San Luis U.S.A.

P. 449

23.- CALISTI

Mc. Donald. R.E.

Dentistry For The Child And Adolescent

San Luis U.S.A.

P. 449

24.- BARBERD AND LUKE

Barbert TK

Odontología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno

México, D. F.

P. 263

25.- BUECKL T TRAGER

Hardt E. y Meyer H.

Odontología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P. 498

26.- STRAUB

Hardt E. y Weyer H.

Odonotología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P. 498

27.- BARRETT Y GUYHNE-EVANS

Hardt E. y Weyer H.

Odontología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P. 498

28.- LIEB

Hardt E. y Weyer H.

Odontología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina

P. 498

29.- PROFITT Y MASON

Barber T. K.

Odontología Pediátrica

1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno

México, D. F.

P. 267

- 30.- PROFFIT
De Angelis Vicent
Embriología y Desarrollo Bucal
1ra. Edición, Editorial Interamericana
México, D. F. 1978
P. 39
- 31.- JEAN JACQUES RAUSSEAU
Magnusson Bengt O.
Odontopediatría
1ra. Edición, Editorial Salvat
Barcelona España 1985
P. 33
- 32.- WORM MASKIN-ISACCSON TULLEY
Chacona Spiros J.
Ortodoncia
1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno
México, D. F. 1982
P. 641
- 33.- GRABER Y CHACONAS
Chaconas Spiros J.
Ortodoncia
1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno
México, D. F. 1982
P. 198
- 34.- KLWIN
Barbert T.K.
Odontología Pediátrica
1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno
México, D. F.
P. 246

- 35.- HANNA
Barbet T. K.
Odonotología Pediátrica
1ra. Edición, Editorial El Manual Moderno
México, D. F.
P. 19
- 36.- SJOBRING
Magsusson Bengt O.
Odontopediatría
1ra. Edición, Editorial Salvat
Barcelona España
P. 38
- 37.- GRABER
Graber T. M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
3ra. Edición, Editorial Interamericana
México, D. F.
P. 658
- 38.- FRANTISK KRAUS DE CHECOSLOVAQUIA
Graber T. M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
3ra. Edición, Editorial Interamericana
México, D. F. 1987
P. 658