



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES EN ODONTOLOGIA

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA**

AURORA TENORIO MENDOZA

MEXICO, D.F.

1985



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.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
DEFINICION DE LOS HABITOS EN GENERAL.....	3
Definición de los hábitos orales.....	4
Hábitos no compulsivos.....	6
Hábitos compulsivos.....	7
CAPITULO II	
PSICOLOGIA DEL DESARROLLO.....	9
Teoría Psicoanalítica.....	10
Teoría del Aprendizaje.....	10
Teoría Cognositiva.....	10
Etapas del desarrollo del niño.....	11
Etapas del desarrollo psicológico del niño.....	12
Análisis de los conceptos de etapa.....	13
Teoría Freudiana del desarrollo.....	15
a) La etapa oral.....	15
b) La etapa anal.....	16
c) La etapa fálica.....	17
Teoría del Desarrollo según Piaget.....	19
a) Período sensorio-motriz.....	21
b) Período preoperacional.....	23

c) Período de las operaciones concre-	
-tas.....	24
d) Período de las operaciones formales	24

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA.....	35
Definición de historia clínica.....	35
Exámen clínico.....	38
Modelos de estudio.....	38
Radiografías intrabucaal y panorámica.....	39
Fotografías de cara.....	40
Historia clínica del hábito.....	41
Exámen clínico del hábito.....	44
Formato de historia clínica de los hábi-	
-tos bucales.....	50

CAPITULO IV

HABITOS BUCALES FISIOLOGICOS NORMALES Y	
ANORMALES.....	55
Hábito Fisiológico bucal anormal.....	55
Hábito Bucal Anormal.....	57
Etiología de los hábitos bucales anorma-	
-les.....	60
Mecánicas.....	60
Patológicas.....	61
Emocionales.....	61
Hábito Imitativo.....	62
Conducta al azar.....	63

Aberraciones de succión perinatales resi- -duales.....	64
Instinto de succión en los mamíferos.....	66

CAPITULO V

DESCRIPCION DE LOS HABITOS BUCALES.....	71
Clasificación de Angle.....	71
Diferentes tipos de hábitos bucales.....	74
1.- succión.....	74
2.- presión activa intrabucal.....	75
3.- interposición muscular.....	75
4.- presión exterior.....	76
Descripción de los hábitos bucales.....	
Succión del pulgar.....	77
Hábito de presión de labio y lengua...	82
Hábito de lengua.....	83
Bruxismo y bricomania.....	86
Respiración bucal.....	87
Postura.....	93
Hábitos masoquistas.....	93
Abertura de pasadores de pelo.....	94
Empuje del frenillo.....	94
Mordedura de uñas.....	95

CAPITULO VI

SECUELAS DE LA MALOCCLUSION.....	96
Habitos musculares asociados.....	99
Bruxismo.....	99

Deglución inadecuada.....	100
Respiración bucal.....	100
Masticación incorrecta.....	101
Defectos del habla.....	102

CAPITULO VII

TRATAMIENTOS DE LOS HABITOS BUCALES.....	103
Ejercicios para el control de hábitos....	106
Frecuencia en la repetición de los ejerci- -cios.....	114
Aparatos para hábitos bucales.....	116
Indicaciones y Contraindicaciones de los aparatos fijos.....	117
Ventajas del aparato fijo.....	118
Desventajas de los aparatos fijos.....	119
Ventajas y desventajas del aparato removi- -ble.....	120
Funciones del aparato removible.....	121
Aparato para el hábito de succión de dedo	122
Aparato para la proyección de lengua.....	126
Aparato para el hábito de chuparse y mor- -derse los labios.....	131
Aparatos para la respiración bucal.....	135
Tratamiento para el bruxismo.....	137
Aparatos removibles para hábitos de dedo, labio y lengua.....	140
Aparato para el hábito de mordedura de ca- -rrillo.....	142

CONCLUSIONES..... 143

BIBLIOGRAFIA..... 145

INTRODUCCION

Los hábitos bucales nocivos se originan por la práctica constante y el uso frecuente de este acto que con el tiempo llegar a ser reacciones inconscientes y actúan como respuesta a un problema muchas veces psicológico que presenta el niño y que con la repetición constante causan maloclusiones y malformaciones.

El odontólogo es en la mayoría de los casos el primero y, algunas veces, el único consultado con respecto a la presencia de este tipo de hábitos bucales anormales, y por lo tanto, se deben buscar evidencias de estos actos nocivos, intentar descubrir las causas y las posibles consecuencias que provocarían si el hábito no es corregido a tiempo.

En general, los hábitos nocivos se originan como una liberación de tensiones y preocupaciones a manera de descargar la energía sobrante del paciente. Psicológicamente se podría interpretar como la satisfacción de necesidades infantiles y en concreto a los hábitos bucales anormales podrían ser el resultado de una fijación a nivel oral como por ejemplo, podría ser alguna deficiencia en la alimentación durante el acto de la lactancia.

Los castigos o las limitaciones físicas no con

-tribuyen a aliviar el problema, sino por el contra-
-rio, de una o de otra manera lo agravarían, por eso
es conveniente aprender a mejorar las circunstan-
-cias ambientales que causan los conflictos y ten-
-siones del niño.

De ahí la importancia de la realización de una
historia clínica adecuada, la cual nos revelará las
causas de la práctica de estos actos ya sean de ti-
-po emocionales, mecánicos o patológicos, o bien, la
combinación de alguno de éstos, para que en el caso
que según se requiera, se lleve a cabo el tratamien-
-to adecuado, en el que posiblemente intervendrán,
el odontólogo, el psicólogo, el ortodoncista, fonía-
-tra, otorrinolaringólogo, etc.

CAPITULO I

DEFINICION DE LOS HABITOS EN GENERAL

DEFINICION.

El hábito en general se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto; estas prácticas son físicas y mentales que realiza la persona para manifestar inconformidad o incapacidad para adaptarse al medio ambiente. Es la tendencia aprendida que resulta en que la persona mantiene la misma relación entre los correspondientes estímulos y respuestas en una clase de situaciones.

Los factores que determinan un hábito son:

- a) Duración
- b) Frecuencia
- c) Intensidad

La duración se define como el tiempo en que lleva establecido un hábito.

La frecuencia es la cantidad de veces en que el hábito es realizado o repetido en un cierto tiempo.

La intensidad es la fuerza con la que es ejecutado dicho hábito.

DEFINICION DE LOS HABITOS ORALES.

Los hábitos orales se definen como la disposición adquirida por actos que se repiten muchas veces, día tras día, y que resultan de una modificación de conducta o de una actividad compensadora provocadas por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo que tiende a alterar el equilibrio dentro de la boca. Dicho equilibrio está dado por la interrelación de los dientes y las arcadas así como las fuerzas musculares intraorales y extraorales con la musculatura bucal y peribucal y el sistema nervioso central y periférico.

Los hábitos orales ocupan un lugar muy importante dentro de los factores causales de las maloclusiones dentarias, los cuales se han considerado como posibles causas de presiones desequilibradas y nocivas que se practican sobre los bordes alveolares inmaduros y consecuentemente provocan grandes cambios en el lugar de las piezas dentales afectando la oclusión de los mismos, a tal grado de originar anomalías a largo plazo.

Los hábitos relacionados con la maloclusión deberán ser clasificados como:

- 1) útiles
- 2) dañinos

1) Los hábitos útiles incluyen las funciones normales como posición correcta de la lengua, respi

-ración y deglución adecuada y el uso normal de los labios para hablar.

2) Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como los hábitos de boca abierta, mordedura de los labios, chuparse los labios y chuparse los dedos.

En cuanto a los daños que provocan los hábitos orales pueden ser temporales o permanentes; esto depende de los diversos aspectos del problema como son la morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones específicas y otros factores.

Los hábitos bucales en general son importantes por la preocupación que causa a los padres. Con frecuencia, el pediatra, a quien acuden los padres alarmados, se encuentra tan confundido acerca del significado de este hábito como los mismos padres. Se les dificulta ayudarles o calmar sus angustias. Hacer esto requiere conocimientos acerca del significado de este hábito en diferentes edades. Necesita saber qué daños puede provocar, si es que existen; qué factores conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada.

Por este problema también se interesan el ve-

-diatra, el psiquiatra, el psicólogo, el ortodoncista, foniatra y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el ortodoncista se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de los hábitos prolongados. El pediatra, el psicólogo y el psiquiatra pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

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

HABITOS NO COMPULSIVOS.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos, y en ciertas ocasiones amena-

-zar de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de los padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan hábito no compulsivo. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS COMPULSIVOS.

Un hábito es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Al practicar este hábito le sirve de defensa contra la sociedad que le

rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. El niño se retrae a sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos conocedores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por la falta de amor y ternura maternas, juega un papel muy importante en el futuro del niño.

CAPITULO II

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO.

Uno de los puntos más importantes para empezar a tratar a un niño con problemas de hábitos orales es necesario comprender la psicología del desarrollo, la cual tiene como fines primordiales la descripción, la explicación y la predicción de la condición humana y, de manera más especial, el crecimiento y desarrollo de la conducta humana.

La psicología del desarrollo estudia al niño no sólo para comprenderlo, sino también porque el desarrollo a edad temprana afecta la conducta posterior. Por esto, el primer año de vida de un ser humano parece ser un periodo muy sensitivo o inclusive crítico en el desarrollo de la confianza que el niño tiene en los demás. De ahí que la comprensión de la conducta adulta descansa en el conocimiento del desarrollo a temprana edad.

Existen tres teorías que han influido grandemente en el desarrollo de la personalidad de los individuos, y que son:

- La teoría psicoanalítica
- La teoría del aprendizaje
- La teoría cognositiva

TEORIA PSICOANALITICA.

Tuvo su origen con Freud, la cual se ocupa del desarrollo de la personalidad, y, de manera más concreta, de los problemas emocionales y de las neurosis; se descubre que hay una gran influencia del ambiente en los primeros años de vida del niño en los desajuste emocionales posteriores.

TEORIA DEL APRENDIZAJE.

La teoría del aprendizaje también se conoce con el nombre de teoría conductista; la cual postula que los aspectos más importantes de la conducta son aprendidos. El aprendizaje desempeña un papel muy importante en el desarrollo del niño desde edad muy temprana.

TEORIA COGNOSITIVA.

La teoría cognositiva es la fuente principal de la teoría de Jean Piaget, ya que esta pertenece únicamente al campo de la cognición, pues su principal interés está en los problemas del pensamiento y del conocimiento, es decir, de cómo es que el niño llega a comprender la naturaleza y el mundo que lo rodea.

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO.

Los psicólogos que han estudiado con profundidad el desarrollo infantil están de acuerdo en que la edad no es una variable causal en el desarrollo psicológico y prácticamente todos proponen o aceptan algún tipo de organización mediante etapas del desarrollo. Para algunos, edad y etapa son esencialmente sinónimos, más para otros, la etapa es la variable causal indicada por la edad.

Los psicólogos tratan a la edad como una variable "independiente", es decir, como una variable que puede correlacionarse con un cambio en el comportamiento. Sin embargo, no consideran que el cambio en la edad haya causado el cambio en el comportamiento. Piensan que la edad es una variable que marca o es un indicador que señala un cambio en la causa verdadera. Por ejemplo, no creen que la riqueza del vocabulario aumente por el simple hecho de que el niño crezca en edad, sino que estiman que el incremento de edad marca una acumulación de experiencias educativas formales e informales que desarrollan su vocabulario.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Existen diferentes tendencias acerca de las etapas del desarrollo según los psicólogos, entre las opiniones más importantes citaremos las teorías que han influido para explicar el desarrollo psicológico del niño.

Gesell clasificó el comportamiento en función de su pertinencia con respecto al nivel de edad del niño; para él, las etapas estaban delimitadas por la edad.

En la teoría freudiana sobre el desarrollo psicosexual, el camino hacia la madurez conduce al individuo a través de etapas sucesivas en que las distintas zonas erógenas del cuerpo son el foco de atención. Cada una de esas etapas tiene sus riesgos particulares, según Freud, las cuales pueden producir un retraso en un desarrollo emocional más amplio.

Erik Erikson postulaba ocho etapas desde el nacimiento hasta la madurez, cada etapa tenía sus conflictos idiosincráticos, y la superación de tales conflictos permitía que la persona ascendiera a un nivel superior del desarrollo social.

La teoría de Piaget es esencialmente una estructura de niveles progresivamente superiores, de hazañas intelectuales e ideación lógica.

Kendler afirma que con mayor edad y mayor madu

-rez en la habilidad lingüística, ocurren cambios importantes en la manera en que el niño enfoca tareas sencillas de aprendizaje de discriminación y en la forma en que responde cuando las realiza.

White afirma que muchas transiciones conductuales importantes, tanto emocionales como intelectuales suceden entre los cinco y siete años de edad.

ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE ETAPA.

Para Gesell, etapa es una paráfrasis de edad; es decir, una etapa es una marca o indicio que señala que probablemente ocurrirán ciertas conductas. Por ejemplo: "está en la edad de la dentición.", lo que significa que "al niño le están saliendo los dientes". Al decir que "está en la edad de la dentición" no sólo quiere darse a entender que los dientes están erupcionando, sino también que el niño, probablemente, está irritable y tiene funciones fisiológicas irregulares.

En tanto para Freud, Erikson y Piaget, etapa es mucho más que una marca que señala el surgimiento probable de ciertas conductas o de medio ambientes determinados. Etapa indica para ellos que la personalidad, el intelecto se encuentra formado de un modo particular, en cuanto a los elementos y de

las relaciones recíprocas, así, al atravesar por una determinada etapa significa la posesión de ciertas capacidades conductuales, la posesión de determinado modelo o estructura de aptitudes conductuales.

Para Kendler y White, el concepto de etapa indica que son aplicables determinados principios conductuales y que otros no lo son. En este caso, la etapa en que se encuentra un niño señala qué principios deben emplearse para producir su conducta.

El término de etapa es innecesario porque podría sustituirse haciendo referencia a una edad o rango de edad sin menoscabo de la descripción de desarrollo.

En resumen, los psicólogos juzgan que la edad es una variable indicadora y no una variable causal, pero rara vez han intentado determinar las variables causales específicas indicadoras por la edad, porque se contentan con mostrar las diferencias de edad en distintos comportamientos.

TEORIA FREUDIANA DEL DESARROLLO.

La teoría freudiana acerca del desarrollo humano determina que la persona normal atraviesa en su vida por una serie de etapas emocionales en la niñez y la adolescencia, y que tales etapas se encuentran estrechamente vinculadas con los periodos de desarrollo del organismo.

La teoría de Freud sobre la personalidad supone que los niños son impulsados o motivados fundamentalmente por el principio del placer, la exigencia, de la gratificación inmediata de los impulsos. Se trata de una teoría psicobiológica, puesto que supone que los niños nacen con un depósito de pulsiones o instintos, llamados la libido, cuyo carácter cambia a medida que el niño crece en edad.

Según Freud, los instintos de la libido se localizan a diferentes etapas de desarrollo, en distintas zonas erógenas del cuerpo, la primera de las cuales es cronológicamente la región oral.

a) La etapa oral.

La etapa oral, que comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses más o menos, se caracteriza por una especie de hiperactividad en la región de la boca. En el primer año de vida, el niño invier-

-te gran cantidad de tiempo en los actos de succión y en responder con movimientos de boca en muchas y diferentes clases de estimulación.

De acuerdo con Freud, los niños durante este período "incorporan" buena parte de su mundo que los rodea a través de la boca; Freud supone que la región de la boca es el canal por el que el niño obtiene los placeres más grandes de la sensación. Ya avanzada la etapa oral, la incorporación deja lugar a la agresión, así como la mordida desplaza a la succión. Según la teoría freudiana, si el niño es tratado de manera generoso y tolerante con respecto a sus deseos de succión y a sus actividades orales será generoso y tendrá éxito como adulto.

b) La etapa anal.

El segundo período psicosexual descrito por Freud es la etapa anal, que supuestamente empieza poco después de terminado el primer año de vida, y que es el modo dominante en que vive el niño hasta que alcanza los tres o cuatro años de edad. Al igual que en la etapa anterior, en ésta se ve que Freud era consciente de la interacción madre-hijo, porque es en realidad durante esta época cuando se inicia el entrenamiento para que el niño controle sus esfínteres, entrenamiento en el cual se produ-

-cen numerosos contactos entre madre e hijo con respecto a los éxitos y fracasos del niño. A lo largo de este período hay muchas oportunidades para que la madre premie y castigue a su hijo, manifiesta según los avances que el niño haga durante su entrenamiento. Freud supone que las dificultades que se presentan durante el período anal de desarrollo ejercen sus propias consecuencias especiales, según el trato que se da a las nuevas habilidades y gustos que presenta el niño. Puede decirse que los niños aprenden durante este período a discriminar las reacciones que sus padres presentan ante el hecho de que retengan o expulsen sus heces.

c) La etapa fálica

A continuación según la etapa fálica del desarrollo, la cual encierra el conflicto y la resolución del complejo de Edipo. Durante este período, que abarca aproximadamente de los cuatro a los seis años de edad, los niños adquieren una conciencia creciente de sus órganos genitales y un interés mayor en los mismos. Llegan a reconocer que los varones son más parecidos a sus padres y que las niñas son más semejantes a sus madres. Con esta conciencia surge una tendencia a tratar de comportarse de modo más parecido a como se comporta el progenitor.

de su mismo sexo.

Es entonces cuando supuestamente se genera el complejo de Edipo, porque se plantean problemas potencialmente serios a niños que están tratando precisamente de obtener la sensación de sus cuerpos (de sus genitales principalmente) y de comprender que harán con sus fantasías sexuales. Por esta época, se hace real el conflicto del niño con el progenitor de su mismo sexo, a causa de las atenciones y afectos que este progenitor muestra para con el progenitor del sexo opuesto. El buen resultado de esta situación consiste en que el niño, comprendiendo que no tiene posibilidades de ganar esta batalla, se une al ganador identificándose con él o tratando de asemejarse lo más posible. Al actuar así, el niño renuncia sus intenciones con respecto a su madre, ya que aporta sus instintos eróticos, los cuales permanecen en un estado de latencia.

Esos instintos sexuales emergen de nuevo en la adolescencia, se concluye así, que el complejo de Edipo es importante desde el punto de vista de la teoría freudiana, porque a través de tal mecanismo el niño adquiere impulsos heterosexuales, sexuales internos y signos externos apropiados a la heterosexualidad.

Si se superan las etapas anteriores, el adolescente ingresa a la etapa final del desarrollo, a la cual Freud la designó etapa genital, en que pre-

-domina el interés sexual por el otro sexo.

TEORIA DEL DESARROLLO SEGUN PIAGET.

A diferencia de la teoría de Freud que se inte
resaba en el desarrollo de la personalidad y de los
efectos del comportamiento; Piaget se concentró
en el desarrollo del intelecto.

Para Piaget, la historia del desarrollo de un
niño pequeño es un progreso a través de una serie de
etapas, la cual empieza en el nacimiento con res
puestas sensorio-motoras sencillas y congénitas, y
culmina con la adolescencia en una forma madura de
funcionamiento en que la memoria de actividades pre
viamente dominadas guía ahora el acercamiento del
adolescente a los mitos y a la solución de pro
blemas.

En el primer período, que va desde el nacimien
to hasta aproximadamente los dos años, el bebé pro
gresa a través de varias subetapas del período sen
sorio.motriz. Durante este período, el bebé, de ser
un organismo relativamente inválido y de limitada
movilidad, escasos poderes de expresión y poca
conciencia social, se convierte en un niño dotado de
gran movimiento, dueño de muchos vocablos y relati
vamente social.

A continuación se inicia el período preopera--
-cional, que dura hasta los siete años de edad más
o menos. En este período progresa con rapidez la -
habilidad del niño para el lenguaje; el niño, cada
vez más, representa de modo simbólico experiencias
y recuerdos.

Durante este período de las operaciones concre--
-tas, que se prolonga hasta la edad de los 11 años,
más o menos, el niño realiza progresos especiales -
en la comprensión de las categorías, números y rela--
-ciones, y es capaz de distinguir mejor entre lo --
clasificado por la categoría y la categoría misma y
surge en el niño una apreciación del tiempo y del -
orden histórico; las leyes de la naturaleza se con--
-vierten para él en "hechos de la vida".

En el último período, el de las operaciones --
formales, que se inicia aproximadamente a los 11 --
años y que continúa a través de la edad adulta, el
individuo desarrolla la habilidad para entregarse -
a un razonamiento maduro, que requiere del uso de -
complejos procesos de pensamiento deductivo en que
intervienen complicadas redes de símbolos.

a) Período sensorio-motriz.

Este período se caracteriza porque se inicia cuando el niño no tiene concepción alguna sobre el espacio, el tiempo o los objetos. Los bebés no pueden establecer diferencias entre sí mismos y las demás personas, ni entre sí mismos y sus acciones, tampoco los hacen entre sí mismos y los objetos. Por ejemplo, succionarán cualquier cosa que se les ponga en la boca. Sin embargo, cuando adquiere mayor madurez y experiencia, el bebé se las arregla con su medio ambiente, en especial con respecto a la estimulación que su mundo le proporciona, y de modo gradual diferencia entre los objetos y las personas específicas. Durante la primera subetapa del período sensorio-motriz, el bebé es estimulado, guiado y controlado por patrones de reflejos innatos.

En la segunda subetapa del período sensorio-motriz, es muy notorio el papel de la experiencia en la modificación de los primeros patrones innatos de comportamiento. Por el segundo mes, los bebés se entregan a actividades en que emplean las manos y la boca; dichas actividades sugieren que el bebé ya sabe que puede llevarse a la boca un objeto de posible succión porque anteriormente aprendió que podía llevarse sus propios dedos a la boca.

En la tercera subetapa del período sensorio-mo

-triz, que empieza alrededor de los cuatro meses de edad, el niño es capaz de poner en marcha y de interrumpir un patrón de conducta.

En la cuarta subetapa del período sensorio-motriz, el bebé no sólo descubre la relación entre una acción y su consecuente, y no sólo perpetúa esa acción; esto se realiza mediante una intención de realizar un acto determinado.

En la quinta etapa del período sensorio-motriz, que comprende los 12 a los 18 meses de edad, los bebés adoptan una actividad mucho más experimental cuando se asoman al mundo que los rodea. Adecuan al cumplimiento de nuevas metas sus esquemas sensorio-motrices previamente adquiridos, y al mismo tiempo modifican sistemas de respuestas bien comprobadas a fin de llevar a cabo objetivos más complejos. El bebé que atraviesa por esa etapa se esfuerza por descubrir, mediante la experimentación, en que aspecto es nueva la situación en que se encuentra; incluso provocará nuevos resultados en vez de quedar satisfecho con sólo reproducirlos una vez que han sucedido de manera fortuita.

Ya en la sexta subetapa del período sensorio-motriz, el niño está casi listo para entrar al período preoperacional ya que sólo tiene que organizar sus logros actuales de tal forma que pueda resolver sus problemas.

b) Período preoperacional.

El período preoperacional se conoce como la edad preescolar. En este período se vuelven claramente manifiestas las funciones simbólicas. Piaget sostiene que a lo largo del período sensorio-motriz, los bebés son capaces de utilizar signos y señales provenientes del mundo exterior para reconocer objetos y prever acontecimientos, pero afirma que durante el período preoperacional, los bebés desarrollan la capacidad para generar símbolos y para utilizarlos en sus actividades cotidianas. Es muy probable que en el uso de los símbolos, los niños sean ayudados por su creciente habilidad para darse a entender con el lenguaje. La primera manifestación de que este período se inicia es la aparición de sueños y pesadillas.

A menudo se verá que los niños de tres a cuatro años de edad se entregan a juegos como por ejemplo al de "y que esto era...", en que consideran a una escoba como un caballo.

c) Período de las operaciones concretas.

Piaget piensa que los niños aprovechan sus experiencias y transacciones previas con su medio ambiente para elaborar las representaciones internas complejas de aquellos objetos y acontecimientos que se encuentran en su mundo. Llegados a cierta época, generalmente, a los siete años de edad, los niños empiezan a mostrar cierta habilidad para manejar esas representaciones internas y símbolos. Es durante esta etapa, cuando se le denomina período de las operaciones concretas, cuando el niño exhibe los tipos de razonamientos que Piaget considera como los característicos de la inteligencia humana adulta. En esta etapa, los niños muestran conocer las nociones de pertenencia a una categoría y no pertenencia a una categoría; por ejemplo, la diferencia entre los seres humanos y animales, etc.

d) Período de las operaciones formales.

La principal diferencia del período de las operaciones concretas y el período de las operaciones formales es que se relacionan con el grado en que los componentes de los procesos del pensamiento o de la actividad lógicas deben ser ejemplificadas de

inmediato en las experiencias que el niño tiene en un momento determinado.

Se ha dicho que la capacidad necesaria para el pensamiento en las operaciones formales es esencialmente la misma que se necesita para la elaboración de hipótesis o teorías y para la experimentación científica.

La semejanza de este período con las primeras fantasías de la niñez sugiere la probable importancia que las primeras etapas de manejo de símbolos poseen para alcanzar este nivel más complejo de pensamiento. El niño que atravieza por el período de las operaciones formales puede imaginar o representarse un mundo con características erróneas o extravagantes, y también puede deducir con facilidad las probables consecuencias de semejantes fantasías. El niño que se encuentra en este período, también apreciará la importancia que la experimentación posee para evaluar el resultado de conjuntos de supuestos más complicados e interdependientes.

Para resumir y comprender mejor la teoría de Jean Piaget, podríamos decir que el desarrollo de la capacidad intelectual o de pensar tiene lugar en tres grandes períodos. El período sensorio-motriz de la inteligencia va, según Piaget, del momento del nacimiento hasta los dos años. Lo considera co

-mo un período más bien concreto de ocupación rudimentaria y práctica con el medio. Sostiene que durante este período tienen lugar adaptaciones perceptuales y motoras al mundo exterior. Estas adaptaciones no tienen componentes simbólicos alguno hasta la última etapa. Piaget divide este período sensorio-motriz en seis subetapas que son:

a) Etapa de los reflejos simples: que va desde el nacimiento a un mes de edad.

b) Coordinación de los actos hacia objetos exteriores al cuerpo: va de cuatro a ocho meses.

c) Conductas intencionales: comprende de los ocho a doce meses.

d) Interés en la novedad como satisfacción con intentos de hacer las cosas en otra forma: va de los 12 a 18 meses.

e) Representación simbólica a través del lenguaje, empezando a pensar en reemplazar la conducta de mero tanteo: abarca desde los 18 meses a los dos años de edad.

El segundo gran período de la actividad intelectual va de los dos a los 11 años de edad y es un período de operaciones concretas. Este período comprende tres subetapas y un subperíodo, y las tres etapas tienen lugar respectivamente de los dos a los cuatro años, de cuatro a cinco y medio, y de cinco y medio a siete, en tanto que el subperíodo va de los siete a los once años de edad. Durante -

este subperíodo prolongado, el niño empieza con intentos más bien rudimentarios y toscos, a servirse de símbolos como palabras y los números en el pensar y en la solución de problemas. A los 11 años de edad, tiene un dominio relativamente sistemático y estable del lenguaje y de los símbolos matemáticos, los que le permite comprender el mundo que lo rodea.

El tercer gran período va de los 11 a los 15 años. En el comienzo de este período, el niño se sirve del pensar simbólico para ocuparse de aspectos prácticos de la realidad y para la solución de problemas concretos. A los 15 años y al final del período en cuestión puede practicar abstracciones. Puede enfrentarse a problemas o cosas imaginarias; que podrían ocurrir, sirviéndose del pensar cognoscitivo simbólico, ya sea verbal o matemático. Queda entonces terminado el período del pensar adulto lógico y abstracto. Este período final se designa como el período de operaciones formales.

ETAPAS DE DESARROLLO SEGUN FREUD.

ETAPA	EDAD	CARACTERISTICAS PREDOMINANTES
<u>ORAL</u>	Desde el nacimiento al año y medio de edad.	
-de incorporación		-La succión y el tragar son las principales fuentes de placer. Si se deja que el niño obtenga ese placer, será un adulto generoso y optimista; de lo contrario, será pesimista y exigente
-de agresión		-Empieza la mordida y el hacer daño. Si esta etapa es frustrada el adulto sufrirá ambivalencia, por ejemplo, alternará entre una agresión y una sumisión excesiva.
<u>ANAL</u>	a los 4 años	
-de expulsión		-Se obtiene placer por el hecho de expulsar las heces

(continuación)

ETAPA

EDAD

CARACTERISTICAS
PREDOMINANTES

ANAL

a los 4 años

-de expulsión

-Los padres enseñan al niño que las heces son sucias.

-de retención

-El niño obtiene placer del hecho de retener las heces.

Afirmación de sí mismo y control de los demás.

Surge un conflicto entre los deseos del niño y los deseos de los padres. Un entrenamiento de limpieza estricto producirá probablemente un adulto tacatón, obstinado, desconfiado y ordenado.

FALICA
(EDIPICA)

a los 6 años

-El sitio principal de placer se desplaza del área anal al área genital.

(continuación)

ETAPA	EDAD	CARACTERISTICAS PREDOMINANTES
<u>PALICA</u>	a los 6 años	-Se desarrolla la situación respectiva al complejo de Edipo. El niño se apega a la madre, y entra en conflicto con el padre; el conflicto se disipa cuando el niño comprende que no puede competir con el padre. El niño abandona el deseo por la madre; y se identifica con el padre. El proceso opuesto ocurre en el caso de las niñas.
<u>DE LATENCIA</u>	a la adolescencia	-No se presenta ninguna fascinación erótica nueva. En el proceso de reprimir todo impulso erótico hacia la madre (padre), es reprimido todo lo que sea erótico.

(continuación)

ETAPA	EDAD	CARACTERISTICAS PREDOMINANTES
<u>GENITAL</u>	de la adoles- cencia en adu- lante.	-Predomina el in- terés en el sexo opuesto. -El tránsito exi- toso a través de las etapas pre- vias presupone -- que se habrá ase- gurado una edad -- adulta normal.

ETAPAS DE DESARROLLO SEGUN PIAGET.

PERIODO	EDAD	CARACTERISTICAS
<u>SENSORIO-</u> <u>MOTRIZ</u>	del nacimiento al año y medio ó 2 años de edad.	-La inteligencia del niño se despliega progresivamente en diversas acciones. Este período precede al inicio del lenguaje simbólico.
Subetapas:		
1.-ejercicio reflejo	desde el nacimiento	-El desarrollo de la permanencia del objeto es su logro principal.
2.-reacciones circulares primarias	desde la segunda semana de vida	
3.- reacciones circulares secundarias	empieza en el cuarto mes	
4.-procedimientos y conocimientos en situaciones nuevas	empieza en el octavo mes de vida.	
5.- experimentación activa	empieza en el mes décimo primero	
6.-recombinaciones mentales	empieza al segundo año	

(continuación)

PERIODO	EDAD	CARACTERISTICAS
<u>PREOPERACIONAL</u>	-del año y medio de vida a los 7 años	-Por lo general, el pensamiento -- no está organizado en conceptos
	-del año y medio de vida a los 4 años desarrollo del pensamiento simbólico y -- preconceptual	-No puede reproducir el niño series de acciones o hechos. (no tiene representaciones -- mentales)
	-de los 4 a -- los 7 años: pensamiento intuitivo con fluidez progresivo en el lenguaje	-El niño trata a los objetos como símbolo de algo -- distinto a lo que son (escoba=caballo)
<u>OPERACIONES CONCRETAS</u>	-de los 7 a -- los 11 años	-Se encuentran -- presentes operaciones de conservación. El niño -- adquiere nociones de probabilidad y regularidad (leyes). El niño puede a) razonar simultáneamente acerca de un todo y de sus partes; b) seriar (disponer de acuerdo -- con la dimensión)

(continuación)

PERIODO	EDAD	CARACTERISTICAS
<u>OPERACIONES CONCRETAS</u>	-de los 7 a los 11 años de edad.	c) reproducir una secuencia de even- tos (representa- ción mental).
<u>OPERACIONES FORMALES</u>	-de los 11 años a la edad adul- ta.	-Puede considerar ce muchas solucio- nes a un problema. El pensamiento es autoconsciente de ductivo. Se emple an reglas abstrac- tas para resolver diversas clases - de problemas. Se domina el concep- to de probabili- dad.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento, es importante conocer los posibles factores etiológicos de los hábitos anormales de la boca. Los procedimientos adecuados del diagnóstico y la interpretación de los métodos auxiliares del diagnóstico son la base de un tratamiento adecuado.

Para establecer un diagnóstico correcto existen ciertos datos que no pueden dejarse pasar por alto y que son indispensables para un buen diagnóstico. Los métodos auxiliares para una correcta interpretación son:

- 1) Historia clínica.
- 2) Examen clínico.
- 3) Modelos de estudio
- 4) Radiografías (periapicales, aleta de mordida y panorámicas).
- 5) Fotografías.

1) HISTORIA CLINICA.

DEFINICION:

La historia clínica se define como el registro de la investigación realizada mediante la cual se -

conoce el estado de salud en que se encuentra una -
persona.

La historia clínica generalmente se compone de la historia médica y la historia dental. La historia médica puede proporcionar datos importantes para el odontólogo. Es importante anotar las diferentes enfermedades producidas durante el transcurso de la infancia como son las alergias, operaciones, malformaciones congénitas o enfermedades raras de los familiares más cercanos.

Se debe anotar también los hábitos alimenticios durante la lactancia y este punto es muy importante por la trascendencia sobre los hábitos anormales orales. También deberá incluirse una historia de hábitos orales como chuparse los dedos, morderse las uñas, los labios, empuje lingual etc.

La importancia de la historia clínica general y dental radica en la detección de la presencia de los hábitos bucales; por medio de ésta, nos servirá como auxiliar para establecer un diagnóstico adecuado y por consiguiente podremos determinar el pronóstico y el tipo de tratamiento según el hábito que se presente. En diversos casos, el tratamiento tendrá que ser necesariamente combinado ya que tales conductas se asocian con frecuencia a diversos tipos de maloclusiones que requieren métodos farmacológicos, quirúrgicos o mecánicos.

Al establecer el diagnóstico del hábito presen

-to se les hace ver a los padres las ventajas y beneficios terapéuticos de cada tipo de tratamiento que se vaya a realizar así como las desventajas de los mismos.

Entre los beneficios terapéuticos y económicos se encuentran:

1.- Ayuda a simplificar y reducir el tiempo de terapia con aparatos, al controlar de manera efectiva una de las causas de la maloclusión. En tales circunstancias, el gasto efectuado en el tratamiento del hábito contribuye a disminuir el costo total del tratamiento oclusal.

2.- Ayuda a mantener los resultados de la terapia mecánica si la maloclusión se debió, por lo menos en parte a un hábito. En caso contrario, la eliminación de los aparatos en presencia de factores etiológicos aún en actividad podría ocasionar una rápida recidiva.

3.- Ayuda a lograr un resultado oclusal que de otra manera no podría obtenerse en presencia de hábitos particularmente fuertes y tenaces. En otras palabras, hay casos en que las fuerzas ejercidas sobre los dientes por los hábitos son más fuertes que las efectuadas por la terapia con aparatos. En tales pacientes, el tiempo y el dinero gastados en el análisis del caso, la fabricación de aparatos y el tratamiento mecánico son a menudo insuficientes para obtener la corrección oclusal deseada.

2) EXAMEN CLINICO.

En el exámen clínico, gran parte de los datos necesarios para llevar a cabo el tratamiento pueden ser registrados por el odontólogo durante la primera visita. Los datos obtenidos durante el exámen ayudan a interpretar y aumentar el valor de otros medios de diagnóstico.

El odontólogo puede determinar el crecimiento y desarrollo del paciente, salud de los dientes y tejidos circundantes, tipo facial, equilibrio estético, edad dental, postura y función de los labios y mandíbula, lengua, tipo de maloclusión, pérdida prematura o retención prolongada de los dientes, -- porque como sabemos, estos datos son muy importantes para detectar la etiología de la maloclusión.

En el caso de diagnóstico y tratamiento de los hábitos bucales se tiene especial cuidado de llevar una historia clínica general, y una historia clínica específica para los hábitos bucales.

3) MODELOS DE ESTUDIO.

Los modelos de yeso proporcionarán una copia fiel de la oclusión del paciente los cuales nos servirán para correlacionar datos adicionales tomados de las radiografías intrabucales y cefalométricas.

Los modelos de estudio tomados a un niño son -

un registro permanente del desarrollo, o falta de desarrollo o normal de este. Aunque en la historia clínica ya tenemos clasificados el tipo de maloclusiones, relación entre las arcadas, sobremordida vertical, sobremordida horizontal y demás datos que hayan sido registrados durante el examen clínico, estos datos se corroboran en los modelos de estudio así como también son más precisos cuando se realizan sobre estos que en la boca del paciente.

Registro de la oclusión en cera.

Este registro de oclusión es un dato valioso porque nos servirá para relacionar los modelos superior e inferior correctamente en oclusión total.

Este registro es de especial interés en aquellos pacientes con problemas de mordida abierta.

4) RADIOGRAFIAS INTRABUCAL Y PANORAMICA.

Al hacer el examen clínico se pueden notar muchas cosas a simple vista, pero la radiografía intrabucal o panorámica nos servirán para confirmar las observaciones clínicas.

Entre los muchos datos que confirmamos en una radiografía está la morfología e inclinación de las raíces de los dientes permanentes.

La radiografía panorámica abarca en una sola -

imagen el aparato estomatológico, obtenemos datos importantes sistemáticamente para poder hacer un exámen bucal sin tener que colocar la película dentro de la boca.

5) FOTOGRAFÍAS DE CARA.

La fotografía sirve de registro de dientes y tejidos de revestimiento en un momento determinado. La fotografía es aún más importante cuando el odontólogo carece del equipo que le permita realizar radiografías cefalométricas.

Un registro permanente del perfil original y aspecto de la cara comparado con datos similares pesoperatorios, es un ejemplo gráfico, para el paciente y para los padres de lo que se realizó con el tratamiento a base de aparatos en el caso que estos se requieran.

Las interpretaciones de las fotografías deberán ser comparadas con otros datos obtenidos durante el diagnóstico.

HISTORIA CLINICA DEL HABITO.

La ejecución de una historia clínica de cualquier tipo es algo más que completar un cuestionario; es una responsabilidad profesional.

Cuando el odontólogo realiza una historia clínica no está trabajando SOBRE un paciente, sino que está incluido en una relación interpersonal tanto CON el paciente como con los padres.

Blass afirma que la odontología es un servicio personal, y que no hay área del tratamiento odontológico donde la relación entre el profesional y el paciente sea más íntima que en el tratamiento del hábito.

Hay diversos factores que se deben tomar en cuenta para la realización de una historia clínica entre los cuales se encuentran.

-El establecimiento de la transferencia.- Es preferible entrevistar primero al padre, también es importante tranquilizar a la madre diciéndole que nos cuente algunas cosas acerca de su hijo que pueden ayudarnos a acelerar el tratamiento y que, no importa el cuidado con que el profesional examine al niño, nunca llegará a conocerlo a partir de un simple examen tanto como sus propios padres. También deberá acentuar la importancia del papel desempeñado por el padre en la terapia del hábito.

- Historia estructurada contra la historia no estructurada.- Lo más importante de una historia clínica es la información; si el tono y las maneras del profesional son demasiadas formales e impersonales, los padres podrán limitarse a contestar la serie rutinaria de preguntas sin revelar otras informaciones importantes. Lo mejor es formular unas pocas preguntas críticas y dejar que los padres hablen. La charla de los padres y después la del niño establecerán una comunicación más adecuada.

- Observaciones de actitudes y conductas parentales.- El odontólogo debe notar el tono y la manera con que los padres y el niño hablan con el odontólogo y entre sí. Cuando son extrovertidos, por lo general, no le darán oportunidad de hablar al dentista, al contrario de los introvertidos, los cuales a menudo no responderá en forma adecuada. El odontólogo deberá saber como detener al primero y como alentar al segundo.

Quando el niño es introvertido, será más difícil llegar hasta él y motivarlo. Los padres deben ser cooperativos porque si se presentan dificultades para relacionarse con sus hijos serán de poca ayuda en el tratamiento. Es necesario decir a los padres y al niño que los hábitos son muy comunes y constituyen la expresión del desarrollo del niño. Debe explicárseles que el objetivo es corregir estas

conductas y que los sentimientos de culpa o de castigo sólo van a interferir con la corrección del problema.

- Consideraciones de tiempo.- Ya que la historia clínica más corta es la más negativa, las historias positivas pueden extenderse muchísimo, es imposible predecir cuánto tiempo va a llevar tomar una historia, así como predecir cuánto tiempo tomará -- realizar un tratamiento de odontología general antes de completar un examen.

- Información específica.- El odontólogo tendrá que realizar preguntas muy específicas como:

1) ¿Existe algo que usted considera irregular en la mordida de su hijo?

2) ¿Su hijo se chupa el dedo, la ropa, el cabello u otros objetos? ¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué intensidad?

3) ¿Desde hace cuánto tiempo manifiesta el hábito?

4) ¿Sus relaciones con sus hermanos son buenas?

5) ¿Su hijo se frota los dientes?

6) ¿Tiene infecciones respiratorias frecuentes, resfrios, alergias, asma?

7) ¿Le han extirpado las amígdalas o las adenoides?

8) ¿Tiene dificultad para respirar?

- 9) ¿Duerme con la boca abierta?
- 10) ¿Se le resecan los labios durante el invierno? ¿Le gusta mordisquearlos a menudo?
- 11) ¿Toca algún instrumento de viento?
- 12) ¿Tiene amigdalitis frecuentemente?
- 13) ¿Usó chupón?
- 14) ¿Se le dió pecho o biberón? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a ingerir alimentos sólidos? ¿A qué edad dejó el biberón? ¿Tuvo algún hábito de succión de pequeño (dedo, lengua o ropa)?
- 15) ¿Come habitualmente elementos que se pueden chupar?
- 16) ¿Tiene problemas en el colegio?
- 17) ¿Tiene amigos?
- 18) ¿Ha estado en tratamiento psicológico?
- 19) ¿Trabaja su madre? De ser así ¿quién lo cuida?

EXAMEN CLINICO DEL HABITO.

Hay ciertos problemas bucales que sugieren a menudo la existencia de hábitos anormales como son las mordidas abiertas, los grandes diastemas, la protrusión de los incisivos centrales superiores y la retrusión de los incisivos centrales inferiores. Estos mismos signos serán el resultado de hábitos linguales, labiales o digitales o de sus combinaciones.

1) Se observa de perfil al paciente. si los --
dientes superiores sobresalen de más existe enton--
--ces maloclusión por una posible consecuencia de un
hábito.

2) La observación de la musculatura oral se --
utiliza primero para determinar la presencia de un
hábito de presión. Se le pide al niño que hable y
se observa su lengua y labios.

¿Sobresale su lengua durante la fonación? --
¿Descansa su lengua entre los dientes cuando su bo--
--ca está en descanso? ¿Hay algún problema de dic--
--ción? ¿Sus labios son atrapados por sus dientes?
¿Se chupa los labios?

También se recomienda darle al niño un vaso --
con agua para que lo beba. ¿Se observa empuje lin--
--gual o movimiento de los labios cuando traga? Si
la respuesta es afirmativa a alguna de las pregun--
--tas antes mencionadas, es que existe un hábito a--
--normal, el cual ayuda a provocar o mantener la mal--
--oclusión.

3) A continuación hay que observar los dedos
del niño y sus nudillos, si éstos están rojos o --
irritados; si existen marcas de dientes sobre la ma--
--no, por este motivo se le pregunta al niño si el --
dedo afectado es el que se succiona.

4) Es preciso dialogar con los padres para --
confirmar o negar la presencia del hábito.

Al realizar el examen de los hábitos los si--

-güentes datos nos servirán de guía como por ejem-
-plo:

a) ¿Existe protrusión de los incisivos centra-
-les superiores?

b) ¿Están los incisivos centrales superiores -
en linguoversión?

c) ¿Respira el niño correctamente?

d) ¿Existe un paladar anormalmente alto?

e) ¿Los arcos dentarios están comprimidos?

f) ¿Los dientes superiores quedan atrapados -
por el labio inferior cuando el niño hable, descansa
-sa o sonríe?

g) ¿El examen de los dedos revela que uno en-
especial está limpio o enrojecido?

h) Cuando el paciente bebe agua ¿se proyecta -
la lengua hacia adelante para crear el vacío necesá-
rio para la deglución?

i) ¿Respira con la lengua descansando por a---
-trás de los incisivos inferiores?

j) ¿Tiene problemas de fonación como ceceo o -
emisiones laterales?

k) ¿La mordida la tiene abierta?

l) ¿El niño tiene aspecto relajado o tenso? --
¿Se muerde las uñas o muerde los dedos?

Después de determinar la etiología del hábito, es muy importante la colaboración de los padres para la realización exitosa del tratamiento. La comunicación entre el paciente y los padres es de gran importancia porque en el tratamiento de los hábitos se requiere de la cooperación y del interés de los familiares para la realización del tratamiento, para que de alguna manera se pueda motivar al paciente y explicarle al paciente que la terapia con aparatos no se va a utilizar como castigo, y de esta manera, el paciente debe apreciar su objetivo y verlos como un elemento auxiliar para ayudarlo a superar el hábito que los está dañando, pero por lo contrario, si el niño presenta problemas de conducta, dificultades en el colegio, enuresis, berrinches, retraimiento o tartamudeo será conveniente consultar con un psicólogo especializado en pediatría antes de tratar de modificar los patrones de conducta oral del niño.

También es importante la revisión analítica de los datos obtenidos como son:

- 1) La naturaleza de la maloclusión como por ejemplo, la relación ósea, la relación intermaxilar y posición e inclinación de los dientes. Se debe buscar la existencia de las mordidas abiertas (anteriores o laterales), protrusiones o retrusiones, vestibuloversión o linguoversión de los dientes superiores o inferiores.

2) La presencia o ausencia de un deslizamiento funcional.

3) La revisión de los hábitos bucales, como higiene o remoción de la placa dentobacteriana, hábitos digitales, respiración bucal, atrapamiento lingual y deglución anormal.

4) Identificación de las causas de los hábitos, como aberraciones alimentarias perinatales residuales, mecánicas, patológicas, emocionales o sus combinaciones.

5) Indicación, como un requisito previo para el tratamiento del hábito, de la posible necesidad o falta de la necesidad de cirugía general, psiquiatría o movimientos de los dientes (ortodoncia).

6) Indicación de los intereses motivacionales del paciente y la probable respuesta a los factores motivacionales específicos.

7) El requerimiento y modificación de aparatos o complementos.

8) La selección de los ejercicios adecuados a cada caso, técnicas o ayudas para los hábitos digitales, ubicación de la lengua, respiración bucal, desarrollo lingual (punta, parte media y posterior), desarrollo labial (fuerza y longitud) y refuerzo funcional.

9) Número inicial de repeticiones y frecuencia de los ejercicios.

10) Oportunidad del refuerzo elaborado de la siguiente manera: objetivo o interés principal, refuerzo inmediato positivo o negativo, cantidad de logros (refuerzos positivos), que contribuyen al objetivo y cuándo éste puede ser alcanzado.

11) Cómo puede el paciente supervisar sus ejercicios (auto control).

12) Cómo puede el paciente controlar los resultados de los ejercicios.

En resumen, el tratamiento radica en la aplicación de los principios básicos a cada caso; ya que el tratamiento se adapta a muy diversas situaciones que comprenden no sólo los problemas oclusales, sino también la personalidad y la ubicación social del niño, su variedad está en el hecho de que a menudo se une a otras formas de tratamiento oclusal.

HISTORIA CLINICA

DIRECCION _____ NOMBRE _____
TELEFONO _____

PROBLEMAS DE HABITOS BUCALES

Remitido por: Dentista ___ Médico ___ Otro _____
Edad: (años y meses) _____ Peso al nacer: (Kg.) _____
Sexo: _____
Prematuro: _____ Anomalías congénitas (especificar) _____

Casa

Hermanos (número) _____ Edades de los hermanos _____

Niño vive con: Madre ___ Padre ___ Otro _____
Otros en el hogar (especificar) _____

Padres	Madre: calmada	Padre: calmado
temperamento	enérgica	enérgico
	tensa	tenso

Comportamiento social:

Personalidad: Introverso juegos: anormal
bien adaptado normal
extroverso

(continuación)

Comportamiento social:

Personalidad: Escuela: Atrasado
(nivel) mismo
avanzado

Comentarios _____

Salud general:

Actual: buena bajo tratamiento enfermedades
(salud) regular graves
mala

Comentarios _____

Gripes anuales y otras enfermedades menores:

frecuentes	Estación del año: Invierno
ocasionales	Primavera
rara vez	Verano
	Otoño

Reacción bajo tensión: Comentarios _____

Antagonista _____

dócil _____

defensiva _____

Alimentación:

Lactancia natural: (duración meses) _____

Lactancia biberón: (duración meses) _____

Edad al destete (lactancia natural meses) _____

Edad al destete (biberón meses) _____

Alimentación actual: buena

hábitos: buenos

indiferente

malos

Comentarios _____

Sueño:

Día: regular Noche: Número de horas _____

irregularmente profundamente _____

rara vez frecuente _____

interrumpida _____

H.C.

Hábitos: anormales Comentarios: _____

normales _____

Edad de aprendizaje: defecación _____ años _____ meses

Completamente aprendió _____ años _____ meses

Hábitos bucales:

Chupar: Pulgar: frecuente Dedos: frecuente

ocasional ocasional

rara vez rara vez

(continuación)

Hábitos bucales:

Edad comienzo del hábito: _____ años _____ meses

Aún continúa: día _____ noche _____ escuela _____ mirando T.V. _____

Edad en que lo abandonó: _____ años _____ meses

Hábitos asociados: mesarse los cabellos _____

tirarse de la oreja _____

hurgarse de la nariz _____

acariciar frazada _____

lamerse los labios _____

otros _____ (especificar)

Métodos usados para Ninguno Especificar _____

controlar hábitos: dental _____

otro _____

Conocimiento del Niño consciente otro

hábito por el niño: reñido por hermanos

reñido por la madre

reñido por el padre

Especificar _____

Otros con hábito Ninguno Padre Otro

similar: Hermano Madre Especificar _____

(continuación)

Tratamiento

Deseo del niño de Sí con tratamiento
cesar el hábito; sin tratamiento
 no le importa
 ningún deseo

Actitud de los padres: Madre: sin tratamiento
 tratamiento
 aparato
 sin aparato
 Padre: sin tratamiento
 tratamiento
 aparato
 sin aparato

Comentarios generales: _____

CAPITULO IV

HABITOS BUCALES FISIOLÓGICOS NORMALES Y ANORMALES.

La fisiología bucal trata de la función de las partes del mecanismo oral; esto se refiere a la acción muscular de los labios, la lengua y los carrillos en posición de descanso, y durante la fonación, deglución y respiración. La acción y el equilibrio normal muscular tienden a provocar y mantener oclusiones normales.

HABITO FISIOLÓGICO BUCAI NORMAL.

La acción muscular bucal normal se caracteriza por los siguientes signos:

1) La respiración se hace por la nariz y con la boca cerrada.

2) La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes ni mover los labios.

3) Los dedos, y las ropas no deben llevarse a la boca. Los dedos y los nudillos no están enrojecidos ni presentan callosidades, sino que tienen apariencia normal.

En el hábito bucal normal en reposo y en la de

-glución normal, los dientes están separados, los labios están juntos, la punta de la lengua apenas está por debajo de las rugas palatinas y las partes media y posterior de la lengua se encuentran algo deprimidas. Como los labios están cerrados, el paciente debe respirar por la nariz.

Durante la fonación normal, la lengua no debe verse sobresaliendo entre los dientes o labios. -- Cuando el paciente deglute es necesario crear un vacío para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe. Esta presión negativa actúa como un aspirador que succiona la comida hacia la faringe, luego entra en el esófago y sigue su camino a lo largo del tracto digestivo. En una deglución normal, esta succión se lleva a cabo por el movimiento de la punta de la lengua contra las rugas palatinas hacia los incisivos superiores y el movimiento de la porción media de la lengua contra el paladar, mientras que la porción posterior de la lengua baja en un ángulo de aproximadamente 45° para permitir el pasaje hacia la laringe.

Cuando el paciente realiza la deglución, los dientes se tocan un instante y no se observan movimientos del orbicular de los labios o de los músculos del mentón.

HABITO BUCAL ANORMAL.

La acción muscular anormal tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccinadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas de estos últimos. Como resultado de ello, los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones. La persistencia de la acción muscular anormal tiende a favorecer la creación y el mantenimiento de estas maloclusiones.

El hábito bucal fisiológico anormal se caracteriza por los siguientes signos:

- 1) Respiración bucal.
- 2) Cierre incompleto de los labios cuando se respira.
- 3) Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios durante la proyección.
- 4) Proyección de la lengua entre los dientes y/o los labios cuando el paciente deglute.
- 5) Cierre incompleto de los labios durante la deglución.
- 6) Movimiento notable de la musculatura facial peribucal durante la deglución, aunque los labios puedan permanecer cerrados.
- 7) Dedos irritados, inflamados, rara vez limpios o con callosidades.

Los signos antes mencionados sugieren los hábitos

-tos siguientes:

- 1) Empuje lingual (deglución atípica).
- 2) Mordedura del labio.
- 3) Succión del dedo.

Estos y otros hábitos nocivos pueden provocar los siguientes problemas oclusales:

- 1) Mordidas abiertas.
- 2) Protrusiones del maxilar.
- 3) Restrusión de la mandíbula.
- 4) Construcción del arco.
- 5) Rotación de los incisivos.
- 6) Desplazamiento mesial de los dientes posteriores.
- 7) Discrepancias agravadas entre el tamaño de los dientes y la longitud del arco.
- 8) Diastemas antiestéticos.
- 9) Interferencia en la secuencia normal de la erupción.
- 10) Giroversión de los incisivos.

En la deglución anormal o atípica, la punta de la lengua puede descansar en cualquiera de las siguientes posiciones anormales:

- 1) Contra los dientes superiores.
- 2) Contra los dientes inferiores.
- 3) Entre los dientes superiores y los inferiores.
- 4) Entre los labios.

Por lo general, el paciente que es un respirador bucal y presenta algún tipo de patología en la fonación (pronunciación incorrecta de algunos tipos de sonidos), presenta comúnmente labios débiles.

El acto de la deglución requiere del desarrollo de una succión, presión negativa o vacío. El paciente con una deglución atípica normalmente tiene sus labios y dientes separados. Para deglutir, él debe cerrar la boca con el objeto de crear un vacío y lo realiza mediante la proyección anterior de la punta de su lengua, o entre los dientes superiores e inferiores. A causa de que la boca está sellada por dicha proyección, la porción media de la lengua no puede elevarse lo suficiente como para originar la succión. Por lo tanto, esto se realiza al levantar la parte posterior de la lengua hacia el paladar. Debido a su proyección entre los dientes durante el acto de la deglución, éstos no son tocados, lo cual puede detectarse a menudo por la inactividad de los músculos temporales y maseteros.

ETIOLOGIA DE LOS HABITOS BUCALES ANORMALES.

Es importante detectar la causa básica del hábito nocivo para determinar el éxito del pronóstico y realizar un tratamiento adecuado. Existen factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión. El conocimiento de los factores es fundamental para el plan de tratamiento y la terapia adecuada.

Las causas principales son las mecánicas, patológicas y emocionales.

MECANICAS.- Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, por ejemplo, que los incisivos permanentes erupcionan ectópicamente en una posición protruida y provocan una interferencia mecánica. Como resultado, el labio inferior pudo haber quedado atrapado por los incisivos ectópicos, probablemente, se produjo el empuje lingual para lograr el vacío necesario para la deglución. En otras palabras, en este caso, la deglución atípica se produjo en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes, por lo que el hábito agravará este tipo de erupción.

PATOLÓGICAS.- Una inflamación de las amígdalas y las adenoides pueden acarrear la respiración bucal. Una vez que la infección ha cedido, las adenoides pueden quedar agrandadas y persistir dicha respiración. No obstante, la extirpación de las amígdalas y las adenoides ayudará al tratamiento del hábito, de modo que se puede obrar por los patrones de respiración adecuados. Los labios agrietados también pueden originar un hábito a menudo no relacionado con otros factores. El hábito de morderse los labios como respuesta a las grietas de aquellos hábitos pueden eliminarse sólo si se les corrige y controla.

EMOCIONALES.- Los niños que con frecuencia se aburren o están preocupados, pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirán la succión de los dedos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta como un retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes. Estos hábitos, por lo general, desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y, con él la necesidad de recompensas o reaseguramientos positivos.

El daño causado por tales conductas depende de:

- 1) Intensidad.
- 2) Duración.
- 3) Frecuencia.

Un hábito de corta duración y ligera intensidad no provoca un daño grave; lo que puede requerir el niño en este caso es amor y comprensión.

HABITO IMITATIVO.

A menudo los padres jóvenes comontan en especial después que su primer hijo tiene dos años y que están tomando conciencia de sí mismos porque su niño los imita, porque los niños aprenden por imitación. Aprenden a hablar, sentarse y ponerse de pie por imitación, así como las posturas. Como resultado de estas actividades, con frecuencia, desarrollan los problemas de fonación de los padres, ya que también los niños imitarán sus posiciones de la lengua y mandíbula.

En los casos donde se ha desarrollado una mordida cruzada anterior, causada por una maloclusión funcional o al hábito de la postura de la lengua contra los dientes anteriores inferiores, el crecimiento mandibular parece acelerarse en relación con el del maxilar. Así, a la edad de 16 ó 18 años se puede encontrar una desarmonía ósea intermaxilar seria. Aún si ésta se presenta en varias generaciones no debe concluirse que sea una causa genética, ya que, en realidad, puede haber sido una conducta

imitativa pasada de una generación a la siguiente, aunque cabe aclarar, que esto no pretende negar la importancia de las determinantes genéticas en el desarrollo de las maloclusiones, sino que tiene como fin indicar que pasa de una generación a la otra más que por medio de los genes.

CONDUCTA AL AZAR.

Hay muchos casos en que los que el comportamiento parece carecer de objetivo y es al azar, cuando no es completamente accidental. Sin embargo, esta categoría de la etiología de los hábitos puede ser exagerada en su uso a causa de que, la conducta al azar representa comportamientos cuyos propósitos no se entienden en la actualidad. El conocimiento, información y percepción son limitadas, porque gran parte de la conducta es desconocida en este campo, pero no debe ser utilizada como excusa para no lograr identificar causas perinatales, mecánicas, patológicas, emocionales, imitativas o residuales de hábito.

Algunos comportamientos al azar tienen sus orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea fácilmente identificables. Podemos tomar como ejemplo, de un niño que sufrió molestias, provocadas por la dentición cuando erupcionaron

sus incisivos centrales superiores, para aliviar el dolor él frotaba sus encías con el pulgar, y , al descubrir que esta anestesia por presión era reconfortante, mantenía su dedo contra la encía dolorida del maxilar. Con frecuencia comenzó a chuparlo en forma regular por el alivio que éste le causaba; en este caso en particular, la introducción del dedo en la boca es un ejemplo de conducta al azar. Algunos pueden descubrir el placer de chuparse el dedo cuando se lo colocan en la boca después de lastimarse por un corte o por una quemadura, esta conducta al azar pudo iniciar un hábito anormal.

El propósito de esto es indicar que no todos los hábitos tienen causas físicas o emocionales imitativas profundamente enraizadas. Las conductas que originalmente se adoptaron al azar, por lo común responden con mayor prontitud al tratamiento.

ABERRACIONES DE SUCCION PERINATALES RESIDUALES.

Probablemente el hábito más difícil de erradicar es el originado por una aberración en la succión perinatal residual. Es de gran ayuda si este grupo de hábitos puede diferenciarse de otros porque no sólo requiere de un tratamiento distinto, sino porque éste debe ser más intenso y, en consecuencia, estará implicada una mayor cantidad de

tiempo. Es mejor si esto se conoce antes de comenzar el tratamiento.

Algunos hábitos, como aquellos causados por -- tensiones emocionales transitorias, se corrigen por sí mismas. Otros provocados por las erupciones ec-- tópicas, pueden ser corregidos grandemente con la terapia con aparatos. Otros, ocasionados por las vías nasales bloqueadoras, requerirán un tratamien-- to médico o quirúrgico. Aquellos desencadenados -- por aberraciones de succión perinatales residuales a menudo requieren los más grandes esfuerzos en la terapia de comportamiento.

Cuando se modifica el hábito bucal, se podrán presentar con sus posibles efectos colaterales. -- Los hábitos de succión del pulgar que están profun-- damente enraizados pueden transformarse en empuje -- lingual o hábito de succión labial. A veces, los -- hábitos de succión frustrados en los niños provoca-- rían una regresión a una enuresis infantil; ya -- que se ha comprobado que la terminación brusca y/o prematura del hábito de succión, normal o residual, puede contribuir a una ingesta compulsiva de alimen-- tos (obesidad), un fumar excesivo o al alcoholismo en la vida adulta.

INSTINTO DE SUCCION EN LOS MAMIFEROS.

Todos los mamíferos cuidan de sus hijos, dándoles protección y alimento (leche) hasta que pueden valerse por sí mismos. Después del nacimiento, sigue el período de la lactancia; el recién nacido tiene como uno de los primeros reflejos el de la orientación, que ayuda al neonato a encontrar a ciegas el pezón. Para un bebé que no puede oír, ver o coordinar sus brazos, piernas o manos, o controlar su vejiga o intestinos, el acto de succionar que, comprende músculos voluntarios así como involuntarios, requiere de experiencia y entrenamiento, esto lo comprueba un estudio realizado a fetos de 7 meses de vida intrauterina están capacitados para alimentarse. El acto de succión está tan arraigado, que el embrión que se alimenta a través de la placenta se siente forzado a succionar aunque no recibe otra respuesta que la de su propiocepción neuromuscular bucal. La conducta de la succión se ve forzada sólo por la sensación placentera de los movimientos rítmicos.

Desde la vida intrauterina hemos sido programados biológicamente para succionar, somos entrenados para hacer esto antes del nacimiento, por esto es importante hacer notar que los recién nacidos empiezan su vida de aprendizaje sólo 2 ó 3 días después de haber nacido. A causa de que su sensibilidad

-dad y musculatura bucal están muy desarrolladas en el momento del nacimiento, los primeros aprendizajes están asociados con la succión y la alimentación. Los hábitos que se aprenden con más rapidez tienden a ser permanentes y, por lo tanto, a menudo tienden a influir por el resto de nuestras vidas.

Se presentan por lo menos tres problemas clínicos que pueden ser seguidos hasta las primeras experiencias de la alimentación.

1) La compulsión bastante constante a la gratificación oral.

2) La respuesta oral relacionada con numerosos problemas de la vida.

3) El empuje lingual condicionado.

1) Compulsión por la gratificación oral.- Esto se debe a las frustraciones del hábito de succión infantil y la resultante insatisfacción de las primeras experiencias de alimentación, las cuales podrían acarrear un deseo continuado y una posible sobrecompensación por una falta de gratificación mediante la succión.

Una madre con un pecho del que le fluye continuamente la leche o que agranda el orificio del chupón del biberón, puede frustrar sin quererlo, el instinto de succión del niño; si se usa el biberón, la alimentación concluye una vez que se ha terminado el biberón y si a esto le agregamos que el ori-

-ficio del chupón sea muy grande, este puede ser re-
-tirado antes de que se haya satisfecho dicho ins-
-tinto. Así aunque el niño haya sido bien alimenta-
-do, puede que la alimentación puede no haber sido
completamente satisfactoria porque la succión se --
vió frustrada. De este modo, existe cierta tenden-
-cia a chuparse el dedo o la lengua después de ali-
-mentarse para satisfacer su instinto de succión y
así, se podría llegar a formar un hábito.

2) Respuesta de succión condicionada.- Existe
otro problema asociado con la experiencia de alimen-
-tación perinatal, y es el que se relaciona con la
succión o las gratificaciones orales como una con-
-ducta aprendida o condicionada en respuesta a di-
-versas situaciones de la vida. Por ejemplo, el flu-
-jo del pecho o el biberón pudo haber sido satisfac-
-torio, sin embargo, cada vez que llora el niño pa-
-ra llamar la atención, la madre ante esto le da un
chupón o biberón, ya que el objetivo es mantener al
niño tranquilo, el resultado será sin quererlo, un
niño entrenado para buscar una gratificación oral -
cuando se enfrenta con diferentes problemas que van
desde la soledad hasta la frustración o el hambre.
Clínicamente, un niño así puede haber sido criado -
para responder a la ansiedad chupándose el pulgar,
ya como adulto, el mascado de goma, comer, fumar o
beber le servirán como medios de gratificación oral

cuando se enfrenta con numerosos problemas de la vida.

Clinicamente, el instinto de succión frustrado y la succión como hábito aprendido ante situaciones de la vida crearán maloclusiones sólo si el hábito tiene la suficiente intensidad, duración y frecuencia.

3) Empuje lingual aprendido en la succión.- Puede ser una respuesta aprendida a anomalías en las primeras experiencias a la alimentación, por esto, es más difícil corregir cuando se trata de una secuela de la respiración bucal secundaria, de las amígdalas y adenoides inflamadas. El empuje lingual se transforma como una respuesta aprendida en las primeras comidas si el pecho o el pezón permiten un flujo tan continuo que la leche casi ahoga al niño. Para controlar y reducir el flujo, el niño tendrá que empujar su lengua hacia adelante, así, aprende desde muy temprana edad a deglutir con su lengua proyectada entre los dientes o rebordes alveolares.

Es importante mencionar que un hábito bucal está íntimamente relacionado con la etiología, así como la duración, frecuencia e intensidad del mismo, ya que la frecuencia del hábito durante el día y la noche causará más daños que aquel niño que realiza el hábito de una manera esporádica.

Por tanto, antes de determinar el tratamiento, debemos identificar si el hábito está relacionado - con factores mecánicos, patológicos, emocionales, - hábitos de imitación al azar o patrones de succión perinatales aberrantes.

CAPITULO V

DESCRIPCION DE LOS HABITOS BUGALES

Antes de referirnos a los diferentes tipos de hábitos y por consiguiente, a las deformaciones provocadas por los mismos, hay que considerar las diferentes clases de maloclusiones para poder así detectar qué tipo de problema está ante nosotros, y de esta manera, proporcionar el tratamiento adecuado, por lo tanto, es conveniente tener muy presentes los diferentes tipos de anomalías producidas por los hábitos anormales.

CLASIFICACION DE ANGLE:

CLASE I.- La relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, la cual ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. El primer molar inferior está en relación anteroposterior normal con la arcada dentaria superior.

CLASE II.- La arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior, esto tomando como relación a los primeros molares permanentes. El surco mesiovestibular del primer molar inferior hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal. Se puede decir que la dentición inferior se encuentra en posición "distal" a la dentición superior.

CLASE II, SUBDIVISION 1.- En la maloclusión de clase II, division 1, la relación de los molares es de distocclusión. La dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada. Es muy frecuente que el segmento anterior inferior tenga una sobrerupción de los incisivos, y con tendencia al "aplanamiento". La forma de la arcada superior es anormal. Tiene una forma que se asemeja a la de una "V". Esto es debido a un estrechamiento en la relación de los premolares y caninos, junto con protrusión o labioversión de los incisivos superiores. Aquí se presenta una función muscular anormal asociada ya que se convierte en una fuerza deformante.

CLASE II, SUBDIVISION 2.- El arco inferior puede o no mostrar irregularidades, pero generalmente, presenta una curva de Spee exagerada, y el segmento inferior suele ser más irregular, con supraversion de los incisivos inferiores. Los tejidos gingivales labiales inferiores están traumatizados. La arcada superior es por lo general, más amplia que lo normal en la zona intercanina. Como característica se puede decir que existe una inclinación LINGUAL excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinación LABIAL excesiva de los incisivos laterales superiores. La sobremordida vertical es excesiva (mordida cerrada).

Existen ciertas variantes como la de los incisivos centrales y laterales que pueden estar inclinados en dirección lingual y los caninos inclinados en sentido labial, esta oclusión es traumática y puede dañar a los tejidos de soporte del segmento anterior inferior.

CLASE III.- El primer molar inferior está en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior. Los incisivos inferiores están en mordida cruzada total, en sentido labial a los incisivos superiores. Por lo general, los incisivos inferiores están inclinados excesivamente en sentido lingual, a pesar de la mordida cruzada.

DIFERENTES TIPOS DE HABITOS BUCALES.

Los hábitos son los vicios infantiles capaces de producir alteraciones en el desarrollo mandibular y dentario; para que el hábito pueda provocar malformaciones óseas, éste debe ser continuo durante muchos meses, depende entonces del odontólogo y de sus familiares la indicación precoz del tratamiento, el cual, generalmente es de fácil realización con métodos sencillos, ya que el niño, así como fácilmente adquiere el vicio, lo deja y con un poco de constancia lo olvida.

La época más propensa a manifestar ciertas anomalías óseas es cuando el hueso está en plena formación y es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúe sobre él.

Los hábitos se clasifican por:

- 1.- Succión.
- 2.- Presión activa intrabucal.
- 3.- Interposición muscular.
- 4.- Presión exterior.

1.- Por succión.- Generalmente es la succión del pulgar. El niño succiona el dedo tocando o no el paladar, la anomalía será la elevación del paladar en primer caso o solamente de los alveolos en segundo caso. En ambos, la succión produce un desplazamiento maxilar, hacia afuera por la protrusión de

los incisivos centrales superiores y retrusión en --
los incisivos centrales inferiores; no es raro obser-
-var que junto a esta anomalía existe mordida abier-
-ta y maxilar en forma de V.

2.- Presión activa intrabucal.- Se produce con
la introducción de varios dedos de la boca, de tal -
forma, que la palma de la mano mira hacia adelante o
hacia atrás. Los dedos se aplican en el paladar, --
ocasionando elevación del mismo, así como desplaza-
-miento de los incisivos centrales superiores hacia
afuera y de los incisivos centrales inferiores hacia
adentro.

3.- Interposición muscular.- Esta puede ser --
ocasionada por la interposición del labio superior,
del inferior, o de una o ambas mejillas o de la len-
-gua. Las anomalías varían según sean debidas a di-
-ferentes interposiciones.

Si el labio superior se interpone, la anomalía
que se manifiesta es la retrusión de los incisivos -
centrales superiores, propulsión de los incisivos --
centrales inferiores con desplazamiento mesial de la
mandíbula. Si se interpone el labio inferior se ---
produce la protrusión de los incisivos centrales su-
-periores y retrusión de los incisivos centrales in-
-feriores.

La interposición de las dos mejillas es causa-

-da por la intraversión de los molares y premolares. Cuando es unilateral la intraversión se observa del lado correspondiente de la interposición.

4.- Presión exterior.- Es menos frecuente que las anteriores tomando en cuenta también la interposición muscular; la presión exterior es causada por la presión de la mano durante el sueño o durante las horas de estudio aún cuando esta teoría no está todavía aceptada por muchos. Los niños adoptan la misma posición al dormir o al estudiar y la duración prolongada de estas posiciones pueden dar lugar a anomalías maxilares variables, según la dirección y prolongación de la causa. Pero no se ha asegurado que esta sea la verdadera causa de esta malformación.

DESCRIPCION DE LOS HABITOS BUCALES.

SUCCION DEL PULGAR.-

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él; independientemente del efecto de chuparse continuamente el pulgar, existe otro punto que es para considerarse: el pulgar es un cuerpo duro y si se coloca con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante al maxilar junto con los incisivos superiores proyectándose estos hacia adelante más allá del labio superior.

El recién nacido tiene un mecanismo bien desarrollado para succionar, por medio de este acto, el bebé obtiene nutrición, sensación de euforia y bienestar, mediante este mecanismo se siente seguro, tiene un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado, en sí esta vía es una manera de comunicación con el mundo exterior.

Los labios del bebé son órganos sensoriales y es la vía al cerebro que está más desarrollada; al producirse la sinapsis y otras vías, el bebé no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

Es muy importante explicar la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que

la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, la mandíbula se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, debido a la contracción y relajación alternada del buccinador.

Al succionar, el bebé siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre aumentan la sensación de euforia.

Quando la alimentación se realiza de manera artificial con el biberón común y corriente, sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. Falta el calor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno, y la fisiología de la lactancia no es imitada, porque debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador porque se reduce la acción del émbolo y el movimiento rítmico de la mandíbula. El mamar se convierte en chupar; y, con frecuencia debido a que el orificio del chupón artificial es muy grande, el niño no realiza demasiado esfuerzo para alimentarse y reduce así el tiempo necesario para la lactancia.

Se realizó un estudio con niños alimentados en forma natural, artificial y combinada y se observó que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y tienen menos hábitos musculares y

peribucuales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Se ha comprobado que los chupones artificiales mal diseñados y las técnicas dañinas de alimentación artificial provocan muchos problemas ortodónticos y pediátricos, ya que el chupón sólo exige que el niño cruce, no tiene que trabajar y ejercitar la mandíbula como lo hace al mamar. Con el chupón, la leche es arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Aunado a esto, con frecuencia, el chupón de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño deberá eructar con mayor frecuencia.

El chupón que tiene una copia fiel del seno humano, provoca la misma actividad funcional que la lactancia natural. También se ha diseñado un chupón que satisface el deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, y se espera que el chupón anatómico, usado adecuadamente, reduzca la necesidad y el deseo del niño de bucar una actividad suplementaria como lo es el succionar el pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

Debemos tomar en cuenta que la boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación, por lo tanto, se recomienda que el destete se realice por lo menos hasta primer año de vida. Si la lactancia se realiza con el chupón anató

-nico, junto con el contacto materno, y los mimos, - la frecuencia de los hábitos prolongados de chupar-- -se los dedos se reducirán grandemente. Se aconseja el uso del chupón fisiológicamente diseñado para los niños durante la época de la erupción de los dientes y para suplementar los ejercicios de la lactancia.

Si los padres tratan de eliminar el hábito durante el primer año de vida, donde se considera fisiológicamente normal esta manifestación, algunos aceptarán esta restricción ya que se adaptarán bien a su ambiente nuevo, pero muchos niños no reaccionarán igual y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí sólo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar los hábitos o la continua vigilancia del niño por los padres para corregirlo da a los niños un mecanismo para atraer la atención, y esto se aplica para cualquier edad. En los casos donde persisten estos hábitos siempre hay antecedentes de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito.

Durante los tres primeros años de la vida, el daño a la oclusión se limita al segmento anterior. Este daño generalmente es temporal, siempre y cuando el niño principie con oclusión normal.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio, esto no se debe al hábito de dedos y pulgar, sino también a

la musculatura peribucal.

Entre los numerosos efectos que causa esta clase de hábito, es el aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo y que dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. La deglución se realiza una vez por minuto durante todo el día, las acciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante todo el acto de la deglución.

El hábito puede ser inofensivo en cuanto a duración e intensidad, pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. El músculo borla de la barba es importante durante la posición de descanso y durante la función. Por esto, la deformación prosigue más constantemente con un hábito de dedo confirmado.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que

le causa a los padres. Algunos niños tienen mecanis-
-mos infantiles retenidos y funcionan como un arma -
para atraer la atención, esto no es, muy tranquili-
-zante para los padres por las posibles consecuen-
-cias de provocar un daño en forma permanente a los
dientes y tejidos adyacentes. En otros niños, el há-
-bito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un --
acto que produce euforia, es un hábito condicionado
por la repetición constante y el niño aún no trans-
-fiere sus actividades para obtener placer a activi-
-dades maduras y extrovertidas propias de niños mayo-
-res.

HABITO DE PRESION DE LABIO Y LENGUA.-

Con frecuencia, el hábito de presión de labio
y lengua está asociado con el hábito de dedo. Si
la maloclusión es provocada por el hábito de dedo, -
se desarrolla la actividad muscular de compensación
y acentúa esta deformidad. Con el aumento de la so-
-bremordida horizontal se le dificulta al niño ce-
-rrar los labios correctamente y crear la presión ne-
-gativa requerida para la deglución normal. El la-
-bio inferior se coloca detrás de los incisivos supe-
-riores y se proyecta contra las superficies lingua-
-les de los incisivos superiores por la actividad --
anormal del músculo borla de la barba. El labio su-
-perior ya no es necesario para llevar a cabo la ac-

-tividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede con la deglución normal; ya que este permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina como postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

HABITO DE LENGUA.-

Durante el acto de la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo de su grado de formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución. Se ha demostrado que en algunas zonas, la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos centrales superiores y la creación de la mordida anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este ciclo nocivo se repi

-te en cada deglución. Esto provoca una gran fuer--
-za deformante sobre las arcadas dentarias casi mil
veces diarias. El hábito de chuparse los dedos adop--
-ta un papel secundario. En algunos casos, los ni--
-ños que chupan el labio inferior o lo muerden, reci--
-ben la misma satisfacción sensorial brevemente ob--
-tenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito --
del dedo por el nuevo, pero, más poderoso aún. Con
menos frecuencia, adoptan de hábito de proyectar la
lengua hacia adelante y chuparse la lengua por la --
sensación de placer que les proporciona.

La acción de émbolo, similar al acto de succio--
-nar se considera una característica residual de es--
-te mecanismo infantil. Además hay pruebas que indi--
-can que el hábito de proyectar la lengua hacia ade--
-lante es la retención del mecanismo infantil de ma--
-mar. Al erupcionar los incisivos a los cinco o seis
meses de edad, la lengua no se retrae como debería --
hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La
posición de la lengua durante el descanso es también
anterior y se observa que la fuerza deformante de la
lengua al proyectarse hacia adelante es obvia.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (ta--
-maño, postura o función), también funciona como cau--
-sa eficaz de la maloclusión. En algunos casos, al
proyectarse la lengua continuamente hacia adelante,
aumentando la sobremordida horizontal y la mordida --
abierta, las porciones periféricas ya no descansan --

sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores eruncionan y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descenso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Esto se observa clínicamente como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse la mandíbula lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es muy importante tomar en cuenta el tamaño de la lengua, así como su función. El efecto del tamaño de la lengua sobre la dentición se representa en un paciente con aglosia congénita, el otro con macroglosia. La presencia de amígdalas blandas o adenoides también contribuyen a la posición anormal de la lengua, ya que se ha demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

En estos casos, el resultado final de estas anomalías es la mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

BRUXISMO Y BRICOMANIA.-

El bruxismo es el acto de frotarse los dientes entre sí, generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para ser oído a distancia. El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la Articulación Temporomandibular.

Aún no se conocen las causas que provocue el bruxismo, pero se presume que tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

También el bruxismo se puede presentar en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia, meningitis, así como en trastornos intestinales.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de una mordida profunda. Pero también hay un componente psicológico, cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar y bruxismo. Las personas nerviosas son propensas a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo. Por lo general, el bruxismo nocturno no se puede duplicar durante las horas de vigilia.

Las conexiones son grandes y los efectos nocivos sobre la oclusión se observan claramente. La bruxomanía clínicamente no se puede observar, pero probablemente se trata de una actividad concomitante.

Por lo general, existe una sobremordida más profunda que lo normal, una restauración "alta", una prótesis dental mal adaptada, etc. Este proceso se convierte en un círculo vicioso al agravarse algunas de las características oclusales bajo los traumatismos del bruxismo y el rechinar y en el que este último provoca miositis.

RESPIRACION BUCAL.-

A algunos niños les es imposible cerrar los labios debido a la protrusión de sus piezas superiores. En otros no existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, pero esto puede ser costumbre, postura, tejido inadecuado o mal tono muscular. A menudo, los niños mantienen la boca abierta al estar atentos a algo a alguien, pero poco respiran realmente por la boca. Sin embargo, la encía, se seca al entrar en contacto con el aire y el proceso constante de humedecer y secar representa una irritación para los tejidos gingivales. La saliva que rodea a la encía expuesta se vuelve viscosa, se acumulan deshechos en la encía, así como en las superficies de las piezas, y la población bac

-teriana aumenta de gran manera. En las personas --
que realmente respiran por la boca, adicionalmente --
se les seca por el aire la lengua y el paladar, mien-
-tras que los niños que sólo mantienen sus labios se-
-parados, el paladar permanece normalmente humedeci-
-do, y no se presenta gingivitis en las zonas lingua-
-les y palatinas de los dientes, sino que se localiza
-se en la zona bucal de los dientes expuestos.

Los niños que respiran por la boca pueden cla-
-sificarse en tres categorías:

- 1.- Por obstrucción.
- 2.- Por anatomía.
- 3.- Por hábito.

1.- Por obstrucción.- Son aquellos que presen-
-tan resistencia incrementada o por obstrucción com-
-pleta del flujo normal de aire a través del conduc-
-to nasal. Como existe dificultad para inhalar y --
exhalar aire a través de los conductos nasales, el --
niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la
boca. El niño que respira continuamente por la boca
lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la --
obstrucción que lo condicionaba a hacerlo.

2.- Por anatomía.- Es aquel cuya labio superio-
-rior es corto, el cual no le permite cerrar por com-
-pleto sin tener que realizar grandes esfuerzos y --
mantiene los labios separados.

Con frecuencia se presenta respiración obstruc-
-tiva por la boca en niños ectomórficos que presen-
-tan caras estrechas y largas y espacios nasofarín-
-geos estrechos. Por su tipo genético de cara y naso-
-faringe estrechos, estos niños son más propensos a
tener obstrucciones nasales que aquellos que presen-
-tan espacios nasofaríngeos amplios como las perso-
-nas braquiocefálicas.

La resistencia a respirar por la nariz puede -
ser originada por:

a) hipertrofia de los turbinatos causados por
alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa
que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, -
condiciones climáticas frías y cálidas o aire conta-
-minado.

b) tabique nasal desviado con bloqueo del con-
-ducto nasal.

c) adenoides agrandadas.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisio-
-lógicamente hiperplásico durante la infancia, no es
muy raro que los niños respiran por la boca debido a
esta causa, pero esto en sí pueda corregirse natural-
-mente cuando el proceso fisiológico natural causa -
la contracción del tejido adenoidal. También la obs-
-trucción nasofaríngea puede corregirse con una in-
-tervención quirúrgica.

3.- Por hábito.- Como secuelas de los problemas anatómicos aún cuando la respiración bucal ha sido corregida quirúrgicamente o por contracción fisiológica, el niño puede seguir respirando por la boca, por costumbre. Esto puede presentarse cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Antes de construir un aparato para corregir la respiración bucal se comprueba si el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto para permitir el intercambio del aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción o de ejercicio físico. Para comprobar esto, se usa una torunda de algodón o un papel delgado enfrente a los orificios nasales. El niño deberá tener los ojos cerrados antes de aplicar el algodón o el papel, para que la respiración se realice con toda naturalidad, y no forzarla, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz, o sólo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá remitirse al otorrinolaringólogo para que lo trate. Pero si el niño respira sin dificultad al pedirsele, aún así después de un ejercicio violento, es muy probable que la respiración sea habitual y se deberá corregir mediante la construcción de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico como de "facies adonidea",

aunque no se ha comprobado aún si este hábito sea la causa de este aspecto. La cara es estrecha, los incisivos centrales superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos centrales superiores. Existe una falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre los caninos y del primero molar por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar se deforman dándole a este una forma de V y una bóveda palatina elevada, larga y estrecha, además de considerar la presión lateral sobre el paladar por la tensión de los carrillos fijados a la mandíbula durante la respiración bucal y la falta de contrapresión de la lengua, que al desplazarse hacia abajo, no produce el equilibrio adecuado.

La respiración bucal ejerce influjo sobre el desarrollo del proceso alveolar en la época de la erupción dentaria. La boca semi-abierta provoca en la erupción dentaria desórdenes sumeditados a tres causas principales:

- 1.- Presión del tejido.
- 2.- Presión masticatoria.
- 3.- Presión atmosférica.

1.- Presión del tejido.- representa el poder eruptivo de las piezas dentarias que los hacen erupcionar más de lo normal al no encontrar el lugar adecuado en la mandíbula.

2.- Presión masticatoria.- es el centro de erupción. Se completa con la anterior por ser regulada la presión masticatoria.

3.- Presión atmosférica.- consiste en que la presión provocadora de la adhesión de las partes blandas que causan las presiones laterales o que rigen la erupción lateral normal.

Estas tres condiciones exigen adaptación constante y normal de la mandíbula con respecto al maxilar. El respirador bucal carece de estas condiciones. La mandíbula está separada constantemente del maxilar y no controla estas presiones y la erupción es anormal, por otro lado, la lengua no ocupa su verdadera posición en la cavidad bucal, y se debe considerar como causa de una anomalía porque se halla incapacitada por hacer la presión normal.

La lengua, estando la boca abierta, está entre los dientes inferiores, no ocupando por lo tanto, el sitio correspondiente aplicado al paladar. En esta forma, la erupción dentaria de la mandíbula por la presión lateral compensadora que ejerce sobre las piezas dentarias superiores evitando que se pro

duzca con las rugas palatinas en forma de V que ---
acompañan con frecuencia a los respiradores bucales,
y que tienen casi siempre, por causa nula la acción
lingual.

POSTURA.-

Aún no se ha probado que se constituya como un
factor etiológico primario el que las malas condi--
-ciones posturales puedan provocar maloclusión. Se
ha acusado a muchos niños encorvados, con la cabeza
colocada en posición tal que el mentón descansa so--
-bre el pecho, de crear su propia retrusión de la -
mandíbula.

Tampoco es factible que se provoque maloclu---
-sión dentaria porque el niño descansa su cabeza so--
-bre las manos durante períodos indeterminados cada
día, o que duerma sobre su brazo, puño o almohada -
cada noche. La mala postura y la maloclusión denta--
-ria pueden ser resultado de una causa común. La ma--
-la postura puede acentuar una maloclusión existen--
-te.

HABITOS MASOQUISTAS.-

Existen niños que presentan hábitos de natura--
-leza masoquista como por ejemplo el de utilizar la
uña para rasgar el tejido gingival de alguna de las

zonas de la boca y que a largo plazo pudieran lesionar de tal manera al tejido gingival marginal, sin llegar a la exposición del hueso alveolar. En estos casos de hábitos masoquistas de cualquier naturaleza la ayuda psiquiátrica la cual puede ser de gran ayuda.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO.-

Otro hábito nocivo es la de abrir los pasadores de pelo con los incisivos anteriores, para colocarlos en la cabeza. En personas que practicaban este hábito, se han observado incisivos aserrados y piezas con pérdida parcial del esmalte labial.

EMPUJE DEL FRENILLO.-

Es un hábito que se presenta raras veces y sucede en ocasiones cuando hay un diastema en los incisivos centrales superiores, el niño puede trabar el frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición por varias horas. Este hábito se puede comenzar como un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que puede separar los incisivos centrales superiores, ya que a estos los mantiene separados.

MORDEDORA DE UÑAS.-

Este hábito normalmente se desarrolla después de la edad de la succión. Con frecuencia, el niño pasará directamente de la etapa de la succión del pulgar a la de morderse las uñas. Este hábito en sí no es dañino, y por lo tanto no produce maloclusiones dentarias, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de personas que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de los incisivos centrales inferiores.

El acto de morderse las uñas normalmente alivia la tensión, y es un hábito, como cualquier conducta general, y no deberá considerarse malo a menos que perjudique realmente en forma física o moral tanto al niño como a las personas que lo rodean.

A medida que el niño va creciendo y se convierte en adulto, este hábito puede ser substituido por gomas de mascar, cigarrros, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua de la persona como substitutos de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

CAPITULO VI

SECUELAS DE LA MALOCCLUSION

La estética ocupa un lugar importante dentro de las indicaciones para un tratamiento ya que es el principal motivo de los pacientes y de los padres al buscar un tratamiento adecuado, pero los ortodoncistas y cirujanos plásticos tratan la estética, apariencia y ajuste psicológico.

Al no tratar un problema de maloclusión surgen ciertas secuelas psicosociales las cuales se dividen en:

1) Secuelas sociales y psicológicas desfavorables.

a) Introversión, conciencia de sí mismo.

b) Reacción a apodos poco favorables.

2) Mala apariencia

3) Interferencia con el crecimiento y desarrollo normales, así como el logro del patrón definitivo.

a) Mordidas cruzadas que causan asimetría facial; efectos sobre el crecimiento condilar de la mandíbula.

b) Sobremordida horizontal y vertical y su influencia en los segmentos anteriores superiores e inferiores, posible retardo en el establecimiento del patrón normal.

4) Función muscular incorrecta o anormal.

a) Hiperactividad del músculo borla de la barba, labio superior hipoactivo, aumento de la presión del buccinador y proyección de la lengua. Estas actividades son desfavorables y sirven para provocar una relación anormal.

b) Hábitos musculares asociados.

1) Morderse los labios.

2) Morderse las uñas.

3) Chuparse los dedos.

4) Hábito de lengua.

5) Trastornos de la Articulación Temporo-mandibular.

6) Bruxismo.

5) Deglución incorrecta.

a) Cambio en la función causado por las exigencias adaptativas de los tejidos duros sobre los músculos de la deglución y el reclutamiento de músculos que normalmente no participan en el acto de la deglución.

6) Respiración bucal.

a) Afecciones del aparato respiratorio (trastornos del oído, nariz y garganta).

b) Adenoides y amígdalas crecidas.

c) Cornetes crecidos.

7) Masticación incorrecta.

a) La función anormal puede aumentar la mal-
oclusión, al igual que la deglución anormal.

b) Posible deficiencia nutricional.

c) Mayor trabajo para el aparato digestivo.

8) Defecto del habla (sonidos sibilantes, fri-
-cativos, explosivos, escape anterior y posición --
lingual)

Estas son algunas de las secuelas desfavora---
-bles producidas por ciertos problemas en la oclu--
-sión y las cuales están muy relacionadas con los -
hábitos bucales.

Al presentar el paciente cierto tipo de mal---
-oclusiones, estas repercuten en su comportamiento
psicológico y social, por ejemplo el paciente que -
se chupa el dedo más allá del tiempo en que esto se
considera normal, con frecuencia, se enfrenta a pro-
-blemas psicológicos. Sabe que sus padres y la so-
-ciedad misma condenan este tipo de conducta, es -
muy frecuente, que el paciente está conciente que -
está provocando una anomalía facial y una aparien--
-cia desagradable, y se siente frustrado porque de-
sea evitarlo, pero le es imposible. La mayoría de -
los pacientes y de sus padres no saben que un sim--
-ple tratamiento de ortodoncia puede ayudarles a --
eliminar el hábito y corregir la apariencia normal.

Con frecuencia, estos niños son muy introversos y tienen un comportamiento inmaduro porque los efectos psicológicos desfavorables tienden a acompañar los defectos del habla que se atribuyen a la maloclusión,

Aunado a los efectos psicológicos de la maloclusión está la apariencia, para los niños esto la mayoría de las veces, es sinónimo de burla y el ridículo, por lo tanto, el odontólogo deberá realizar todo lo que está a su alcance para interceptar la maloclusión o mandar al niño con el ortodoncista para recibir una atención especializada.

HABITOS MUSCULARES ASOCIADOS.

Con la práctica de ciertos hábitos anormales están íntimamente relacionadas las maloclusiones de Clase II. El hábito de lengua y el de chuparse los dedos son los más frecuentes en los niños que tienen maloclusiones de Clase II división I.

BRUXISMO.

La etiología del bruxismo y oricomania es desconocida pero se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la Articulación Temporomandi-

-bular. Por tal razón, la maloclusión con puntos de contacto prematuros o la sobremordida profunda es capaz de producir estos hábitos. Al producirse los ruidos de bruxismo es necesario realizar un gran esfuerzo para realizarlos.

Otros factores que desembocan estos hábitos es la tensión nerviosa pero también contribuyen una obturación alta, o un diente en mala posición, mordida profunda etc. En estos casos, se aconsejan procedimientos de ortodoncia y de equilibrio, pero si no se realiza un tratamiento adecuado el resultado serán los problemas parodontales.

DEGLUCION INADECUADA.

La deglución anormal se asocia con la función muscular anormal, por ejemplo, el hábito de deglución anormal conduce al aumento del movimiento del hueso hioides en ciertos casos.

RESPIRACION BUCAL.

Este tipo de hábito está muy relacionado con la función muscular anormal. Se considera como un factor asociado de la maloclusión dentaria. Es muy posible que el hábito de la respiración bucal con-

-tribuye en la causa, asociación y efecto de la mal-
-oclusión.

Los otorrinolaringólogos aseguran que las afec-
-ciones del aparato respiratorio son más frecuentes
en las personas que respiran por la boca porque el
efecto de filtración y calentamiento del aire en --
los conductos nasales se pierde y con frecuencia se
presentan obstrucciones nasales como cornetes agran-
-dadbs.

Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos
del oído medio también se asocian en muchos casos.

En algunos casos, la eliminación de la sobre-
-mordida horizontal excesiva y el establecimiento
en la función muscular peribucal normal reactiva el
labio superior, haciendo posible el cierre de los -
labios y estimula la respiración nasal normal.

MASTICACION INCORRECTA.

La masticación incorrecta es un factor que por
lo general se asocia a algún tipo de maloclusión.
Los dientes faltantes o irregulares tienen cierto -
patrón de masticación; no hay una distribución ade-
-cuada del bolo alimenticio durante la masticación y
esto conduce a que el segmento bucal que no tiene -
trabajo masticatorio y masaje puede presentar anoma-
-lías parodontales con facilidad. Junto con la de-

-glución anormal, la función masticatoria incorrec-
-ta combinada agrava la maloclusión. Aunado a esto,
al presentar cierta dificultad en la masticación, -
el bolo alimenticio no es mezclado adecuadamente --
con la saliva para iniciar el proceso digestivo, --
por lo tanto, la trituración es sólo parcial y como
consecuencia se hace "trabajar" más de lo normal -
al aparato digestivo.

DEFECTOS DEL HABLA.

Las posiciones de los dientes y la relación --
de los tejidos de soporte son muy importantes en la
fisiología del habla. Por las malposiciones de los
tejidos duros y blandos la corriente de aire se --
afecta para producir el tono vocal y los sonidos --
normales o anormales. En resumen, las maloclusiones
dentarias son factores importantes en la patología
del habla.

Una mordida abierta anterior que permite el es-
-cape anterior interfiere la producción normal de -
las palabras.

La corrección de la maloclusión con frecuencia
elimina espontáneamente los defectos del habla.

CAPITULO VII

TRATAMIENTOS DE LOS HABITOS BUCALES.

Existen diferentes tipos de tratamientos para los diferentes tipos de hábitos, los cuales van desde los más sencillos como son los métodos psicológicos hasta el uso de aparatos fijos o removibles pasando por determinados ejercicios.

Entre los métodos psicológicos usados para educar al niño es cuando éste concientemente podrá eliminar el hábito guiado por el odontólogo y por sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios como la succión del dedo y pulgar con hábitos secundarios como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Con frecuencia se puede romper el hábito bucal primario, pero seguirá presente el hábito secundario.

Es necesario que los padres cooperen y se recomienda:

- 1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
- 2.- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si

abandona el hábito.

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento oclusal, es conveniente llevar a cabo ciertas normas terapéuticas ya que en los que se refiere al manejo de los problemas oclusales en los niños con respecto al tratamiento de los hábitos, se requiere a menudo la aplicación de aparatos. Esto nos va a dificultar la higiene oral y es necesario poner mayor cuidado en ellos para prevenir las caries.

Se aconseja el uso de ciertos agentes químicos que ayudan a neutralizar la placa bacteriana y que se emplean con frecuencia antes y después de la inserción de los aparatos. Pueden utilizarse agentes como el Expose (rojo No. 3 que es eritrocina), Beta Rose y Trace.

También es importante que los agentes causales de la caries dental deben estar bajo control, se recomienda aumentar la resistencia de los tejidos, por lo tanto, se aconsejan tratamientos con flúor antes de la inserción de los aparatos.

Al detectarse la presencia de hábitos, son muy comunes los problemas generales de conducta de los niños, en especial entre las edades de 3 y 5 años. Algunos niños son dóciles y otros muy cooperadores, pero también hay muchos que son aprensivos con respecto a los procedimientos orales. En relación a este problema se utilizan diversos agentes quimioterapéuticos pero sólo en casos muy necesarios

El primer paso para el control de la conducta oral es el de la placa dentobacteriana o de la caries, con referencia a la dieta, los hábitos alimenticios y la higiene oral.

El objetivo principal del tratamiento de los hábitos es la corrección, el control o la eliminación de las conductas orales nocivas como la succión del dedo, la mordedura del labio, empuje lingual, la respiración bucal y la deglución atípica. Esto se hace por lo general enseñándole al paciente un ejercicio o serie de ejercicios y luego guiándolo o motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios con la frecuencia requerida. En ocasiones, pueden emplearse aparatos mecánicos diferentes a los aparatos convencionales. Algunos de estos son las pantallas orales y los protectores linguales entre otros.

Es frecuente que en los niños más pequeños, los hábitos no están muy arraigados, en estos casos con una simple plática es suficiente para terminar con el problema oral, sin embargo en ocasiones, es necesario una serie de ejercicios orales para entrenar todo el sistema neuromuscular oral o determinadas partes de él.

EJERCICIOS PARA EL CONTROL DE HABITOS

En la terapia oclusal existen una serie de --- ejercicios, los cuales nos son muy útiles para el - tratamiento de los mismos. Pero es conveniente acla - rar que al prescribir un determinado ejercicio es insuficiente en la gran mayoría de las situaciones para modificar los reflejos de conducta. Se debe lo - grar una comprensión más detallada de los reflejos de la deglución y la respiración y unirlos con un - conocimiento real de la psicología del niño y la so - ciología de la familia para diseñar una forma ade - cuada para la realización de un programa eficaz.

Por esto, es de gran importancia el número to - tal de repeticiones, la frecuencia del ejercicio y el tiempo total (semanas, meses) durante el que - se realizan y que son críticos para la modificación de los hábitos orales.

PRINCIPIOS PARA CORREGIR HABITOS.-

El control de caries se considera como un re - quisito previo para el tratamiento a base de ejer - cicios, la aplicación de aparatos y en la odontolo - gía restauradora.

Es necesario establecer una relación con el ni - ño, hacerlo conciente del cuidado que requieren - sus dientes en cuanto a la limpieza de los mismos, se le debe explicar cómo afecta sus dientes el he -

-cho de practicar un hábito anormal de su boca y cómo sus dientes modifican su aspecto y lo que las demás personas piensan de ellos. De esta manera se intenta motivar al niño para abandonar el hábito.

También se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores, entre los cuales se incluyen:

- Medicaciones de mal gusto pintadas sobre el dedo. Estos y otros elementos son presentados al niño como para tratar de recordarle que no debe chuparse el dedo.

- Vendaje elástico que se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado. Cuando el niño trata de succionar, la resistencia ofrecida actúa como recordatorio. La resistencia nunca es tan grande como para que el niño ni pueda chupar. El vendaje es un recordatorio y no un freno.

- Elementos para cubrir el dedo y la mano y que incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales. Se deben utilizar sólo como recordatorios.

EJERCICIOS.

UBICACION DE LA LENGUA. - Al niño se le debe enseñar a colocar la lengua en forma correcta de la siguiente manera:

A este ejercicio se le conoce como "Posicionador de la lengua".

1.- Se identifica la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores. Se le muestra al paciente esta área, se le palpa para que el niño haga lo mismo.

2.- Se le pide al paciente, que con su boca bien abierta, intente tocar con la lengua la papila incisiva.

3.- El paciente, con los labios separados y los dientes en oclusión, tiene que deglutir sosteniendo la punta de la lengua sobre la papila incisiva, como método auxiliar podemos usar agua.

4.- Se coloca un espejo enfrente del paciente, el cual tendrá que estar con los labios separados y los dientes posteriores en contacto. La punta de la lengua se vuelve a ubicar en el lugar antes descrito. Se le pide entonces que degluta sin proyectar su lengua hacia adelante.

Este ejercicio le dará una idea general al paciente acerca de la posición que deberá tener su lengua mientras deglute.

RESPIRACION NASAL Y POSICION DE LA LENGUA EN REPOSO.- Los pacientes con degluciones atípicas tienden a ser respiradores bucales. La lengua se mantiene entre los dientes o los labios. Antes de realizar el siguiente ejercicio, se tiene que aseg

-rar que la vías respiratorias no estén bloqueadas por adenoides agrandadas, amígdalas aumentadas de volumen, resfríos o alergias. El ejercicio consiste en:

1.- Se coloca la punta de la lengua en la papi-la incisiva.

2.- Se pide que ocluyan los dientes posteriores

3.- El paciente tiene que palpar sus maseteros contraídos.

4.- En este momento su respiración es nasal; durante 5 minutos deberá mantener los labios cerra-dos, los dientes posteriores en contacto y la len-gua en posición correcta.

Este ejercicio puede hacerse en cualquier lu-gar y en cualquier momento. El paciente deberá com-probar periódicamente su forma de respirar, para para lo que se necesita la ayuda de sus padres. El ejer-cicio deberá repetirse antes de dormir para que que actúe como recordatorio y que el paciente duerma con sus labios cerrados.

DESARROLLO LINGUAL.- En el acto de la deglu-ción intervienen las distintas partes de la lengua, en ocasiones se tienen que desarrollar una o más de esas partes. Hay varios ejercicios que refuerzan los reflejos de cada parte de la lengua para efec-tuar la deglución correcta.

PUNTA DE LA LENGUA.

EJERCICIO COM GOMA UNICA.- Se coloca una banda de ortodoncia de 1/4 de pulgada de diámetro en la punta de la lengua del paciente, éste la tiene que presionar en la zona de la papila incisiva. Con los dientes posteriores en oclusión tiene que beber un poco de agua y lo deglute. Si la punta de la lengua no presiona en el punto donde está colocada la goma se tragará esta junto con el sorbo de agua.

Este ejercicio ayudará a desarrollar la función de la punta de la lengua en el patrón de deglución normal.

EJERCICIOS DE FONACION.- Algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua en la papila incisiva. Estos sonidos deben ser claros y, cuando se producen, la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo. Los sonidos que requiere esa posición de la punta de la lengua son los siguientes:

1.- El sonido de la d (diente, dado, dedo, donna);

2.- el de la l (largo, lino, limón)

3.- el de la t (tubo, tío, tiro, taza)

Bajo la supervisión de sus padres, el paciente puede practicar estas palabras y observarse en el espejo. También se usan otras palabras y en caso de

que los niños sean muy pequeños se puede utilizar --
tarjetas con dibujos relacionados con los nombres --
que se necesitan.

PARTE MEDIA DE LA LENGUA.

EJERCICIOS CON DOS GOMAS.— Para realizar este
ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la --
punta de la lengua y otra en la mitad de ella. El --
paciente presiona la primera goma en la papila in--
--cisiviva y la del medio contra el centro del paladar,
se deglute con los labios separados y los dientes --
posteriores en contacto para practicar el acto de --
la deglución. Es importante que el paciente observe
frente a un espejo y notar que su lengua no se pro--
--yecta hacia adelante. Una vez que se ha acostumbra--
--do a esto, tragará u sorbo de agua, comprobando --
que después de cada deglución, que las dos bandas --
de goma están en sus posiciones correctas. Si la --
punta y el centro de la lengua no presionan adecua--
--damente las gomas, existe la tendencia de tragarse
una de ellas o las dos.

EJERCICIOS DE FONACION.— Los sonidos produci--
--dos por la porción media de la lengua al presionar
contra el paladar duro son:

- 1.- el sonido de la **ch**
- 2.- el de la **y**.

Tenemos algunas palabras como chico, chino, --

chal, churro, yute, hacha, yo, ya, etc.

PARTE POSTERIOR DE LA LENGUA.

CACAHUATES Y GOMITAS.- Se le pide al paciente que mastique el cacahuete sin tragarlo (se prefiere que sea un cacahuete por su bajo índice cariogénico). Una vez masticado el cacahuete se coloca en la porción media de la lengua y en la punta de la misma, se coloca la goma de ortodoncia. Se le dice al paciente que tenga los labios abiertos y los dientes posteriores en oclusión. La goma se presiona en la papila incisiva y se le pide que trague el cacahuete masticado, para hacerlo el paciente tiene que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua y, sin proyectarla y sin tragar la goma tiene que deglutir el cacahuete.

EJERCICIOS DE FONACION.- Los sonidos que se producen con la parte posterior de la lengua son: sonidos guturales:

- 1.- c dura
- 2.- g dura
- 3.- K (caramelo, caña, como, gasa, goma, Kenia)

DESARROLLO LABIAL.- Los respiradores bucales y los empujadores linguales tienden a tener hipotonicidad de los músculos orbiculares de los labios. Estos músculos, la mayoría de las veces necesitan -

ser estirados y reforzándose de modo que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión durante la respiración nasal y la correcta deglución. Hay dos ejercicios que consisten en:

- a) tirar del labio para darles fuerza,
- b) labio sobre labio para alargarlos.

a) EJERCICIO DE TIRAR EL LABIO.- El ejercicio consiste en utilizar dos botones de aproximadamente 6 mm. de diámetro. Se ata cada botón a un extremo de un trozo de hilo dental de 1.20 m a 1.50 m de longitud.

El paciente tiene entre sus labios y dientes al botón. La persona que vaya a auxiliarle en este ejercicio, el cual tiene sus labios normales, se coloca en la boca el otro botón y tratan de sacar el botón de la boca del paciente. El objetivo de esto es que se forme una resistencia al realizar este ejercicio para que se desarrollen los músculos orbitales de los labios. Cada tracción se considera un ejercicio.

b) EJERCICIO DE LABIO SOBRE LABIO.- Se utiliza para estirar los labios. El paciente tiene que estirar el labio superior hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores. Luego lo sostiene en esa posición con el lado opuesto mientras cuenta hasta 10. Para estirar el labio inferior se usa el procedimiento

-to inverso.

FRECUENCIA EN LA REPETICION DE LOS EJERCICIOS.

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y capacidad de atención. Mientras más pequeño sea el niño, menos atento y más inquieto será el niño y por lo tanto, habrá menor cantidad de repeticiones se recomendarán. Si al realizar un ejercicio correctamente y si este se toma mucho tiempo para realizarlo se indicará que se practique en menor cantidad. Cada ejercicio se hará 10 veces seguidas y el cual aumentará gradualmente hasta que el paciente desarrolla su habilidad según se requiera el caso.

La frecuencia del ejercicio es también muy importante porque cuantos más veces se repita, más atención exigirá el paciente por parte de sus padres.

El tiempo de práctica que requiere el niño, debe variar desde no menos de 5 minutos por sesión hasta no más de 30 minutos. El tiempo diario total durante el tratamiento no debe exceder los 60 minutos. Los ejercicios no tienen por que interferir en sus deberes, el juego o el descanso general. Cinco minutos 5 veces por día o 10 minutos 3 veces al día es una buena dosis de ejercicios ya que el exce

-so de éstos pueden ser contraproducentes y fracasan los objetivos de los mismos. El tiempo de práctica incluye: ensayo, error y juicio. Si con el transcurso del tiempo no se observan resultados positivos con los ejercicios, se debe controlar la exactitud y éstos serán corregidos convenientemente. Los casos más rebeldes pueden requerir un período más prolongado.

Para auxiliarnos contamos con la ayuda de espejos, mientras que para controlar la práctica de la fonación se usarán grabadoras.

El tratamiento se terminará cuando se obtengan los resultados deseados.

APARATOS PARA HABITOS BUCALES

Es muy valido afirmar que el hábito de chupar -se el dedo es un factor en la deformación de los -dientes y las estructuras de soporte; pero sólo es un factor de un síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección de lengua, de- -glución anormal, mordedura de labio, hiperactivi- -dad del músculo borla de la barba, músculos del --labio superior hipoactivos, quizá hiperactividad --músculo buccinador, pero no todos los hábitos anor- -males relacionados con los dedos y la musculatura bucal necesitan de un procedimiento interceptivo co- -mo el colocar un aparato para reducir y eliminar la actividad deformante; sino que en ocasiones una dis- -gusión franca del problema con el niño podrá al me- -nos eliminar el hábito de chuparse los dedos, y --los otros elementos podrán ser superados por una ac- -tividad fisiológica más madura.

Es muy importante que el odontólogo exiga a --los pacientes realizar ciertos ejercicios para tra- -tar de eliminar ciertos hábitos anormales, los cua- -les dan satisfacción y relajamiento y de esta mane- -ra disminuye el deseo de ejercer el hábito nocivo.

Al recomendar el uso de un aparato, este debe ser colocado con la cooperación del paciente, los -padres al igual tiene que estar de acuerdo para te- -ner un mejor uso y obtener beneficios del aparato.

INDICACIONES DE LOS APARATOS FIJOS.-

1.- Un niño propenso a sacarse y perder los aparatos removibles.

2.- Si el odontólogo tiene la habilidad suficiente para colocarlo de modo que no irrite al niño o que se rompa con facilidad.

3.- Cuando los molares deciduos ofrecen retención inadecuada para los retenedores o los dientes estén cubiertos en parte por la encía (las bandas pueden ir dentro del surco gingival).

4.- No se necesita el uso de accesorios o resortes que necesiten ajustes periódicos.

5.- Un niño que tolere la incomodidad menor que supone la confección del aparato y la inserción del mismo.

6.- Un niño cooperador al insertar el aparato cuando necesite cementarse.

7.- Está indicado como mantenedor de espacio necesario en una boca pequeña con una lengua grande.

8.- En dientes primarios aparte de los que están en proceso de exfoliación.

CONTRAINDICACIONES DE LOS APARATOS FIJOS.-

1.- Un niño no cooperador.

2.- Un niño que no modificará sus hábitos de alimentación y no evitará las sustancias d

-gajosas.

3.- Un niño descuidado al realizar sus juegos, o que juegue con la lengua o con los dedos.

4.- Habilidad insuficiente por parte del odontólogo.

5.- Un niño con higiene oral deficiente.

VENTAJAS DEL APARATO FIJO.-

1.- No interfiere en la erupción de los dientes permanentes.

2.- Al usar bandas anchas correctamente contorneadas y cementadas pueden superarse los problemas de retención.

3.- No puede ser removido por el paciente.

4.- No se pierde con facilidad.

5.- Apenas interfiere con la fonación.

6.- Apenas interfiere con espacio para la lengua.

7.- Apenas interfiere con la deglución.

8.- Apenas interfiere con la masticación.

9.- En algunos casos hay buena estética porque no hay arco vestibular.

DESVENTAJAS DE LOS APARATOS FIJOS.-

1.- Requiere más tiempo y habilidad profesional.

2.- Si los dientes están cubiertos en parte con la encía, la inserción de las bandas causaría molestias y/o irritación gingival.

3.- Puede romperse o doblarse en la boca. De ser así la reparación es más difícil e implica mayor tiempo.

4.- Las bandas pueden aflojarse.

5.- El arco no se puede ajustar con facilidad.

6.- Es difícil la limpieza de ciertas zonas de los dientes.

7.- Los pacientes deben evitar los alimentos duros o pegajosos porque no pueden quitarse el aparato cuando comen.

8.- Si se rompe el aparato (si el arco de alambre se separa de la banda, se rompe o se rompe la banda o corona) el paciente puede estar molesto y, como el aparato no puede retirarse, deberá atenderse tan rápido como le sea posible.

9.- Como es totalmente fijo, no pueden agregarse resortes auxiliares con facilidad.

VENTAJAS DEL APARATO REMOVIBLE.-

1.- Facilidad de los procedimientos intraora-
-les (sólo se toma la impresión) para la fabrica-
-ción.

2.- Sencillez en la construcción.

3.- Facilidad para mantener una buena higiene
oral.

4.- Facilidad del ajuste o reparación.

5.- Relativa falta de dolor en la inserción y
el uso.

6.- Posibilidad de modificación por adiciones
de resortes o topes.

7.- Requiere menos tiempo junto al sillón y es
más económico en caso de recursos económicos limita-
-dos.

DESVENTAJAS DEL APARATO REMOVIBLE.-

1.- Se puede perder fácilmente.

2.- Se puede doblar o distorsionar con facili-
-dad.

3.- Las proyecciones interdientarias de los
alambres interferirán en la erupción de los dientes
permanentes.

4.- El paciente lo puede quitar con facilidad.

5.- Por lo general, es difícil obtener reten-
-ción.

6.- Ocupa el espacio de la lengua y provocaría o agravaría un problema de empuje lingual.

7.- Puede interferir en la fonación.

8.- Puede interferir en la masticación.

9.- Puede interferir en la deglución.

10.- Los movimientos se limitan a inclinación.

11.- Las rotaciones son difíciles de realizar.

12.- Los movimientos de inclinación son menos precisos.

13.- Es antiestético por el arco vestibular.

El tiempo óptimo para colocar los aparatos es entre los tres y medio a cuatro y medio años de edad.

FUNCIONES DEL APARATO REMOVIBLE.-

1.- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Se debe actuar con mucho cuidado e informar al niño y a los padres que el aparato no es una medida restrictiva, que no se utiliza para evitar el hábito, sino para alinear los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una buena masticación.

2.- Por su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace a los incisivos centrales superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adap-

-tativas y deformantes de la lengua y de los labios.

3.- El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal, dando como resultado que la lengua tiende a ejercer mayor presión sobre los segmentos bucales superiores y se invierte el estrechamiento de la arcada superior por el hábito de deglución anormal; las porciones periféricas nuevamente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores, evitando la sobreerupción de los mismos.

El uso de los aparatos removibles tienen ciertas secuelas poco desfavorables como un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado o inmediatamente después de que es retirado.

APARATO PARA EL HABITO DE SUCCION DE DEDO.-

Existen diferentes tipos de aparatos removibles según la prescripción ortodóntica para la re-educación de los hábitos.

Una de las formas más eficaces es una criba fija y el procedimiento es el siguiente:

Se toma un modelo de estudio; si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo mo-

-lar deciduo superior, se colocan alambres de bronce como separadores en esa visita. La razón de los alambres separadores es porque los segundos molares deciduos superiores son buenos dientes de soporte.

Se pueden usar coronas metálicas completas o bandas de ortodoncia pero se prefieren las primeras. La porción mesial del primer molar permanente y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, sin tener contacto con el segundo molar deciduo aproximadamente de 1 a 2 mm. Se corta el margen gingival del segundo molar deciduo siguiendo el contorno de los dientes de 2 a 3 mm sobre la superficie vestibular, lingual y proximal.

La corona de acero inoxidable se ajusta sobre el modelo, se hace una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar.

La porción palatina se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasando mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. Aquí se hace un dobléz para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuestos, siguiendo el mismo nivel gingival.

En el nicho del primer molar deciduo y canino

opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central está formado de espolones y un asa de alambre del mismo calibre. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45 grados con respecto al plano oclusal. El asa no debe ir hacia atrás más allá de la línea que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos patas del asa central van más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar a manera que hagan contacto con él ligeramente.

El asa se va a unir con pasta de soldar, la cual está fabricada de flúor y soldadura de plata; la soldadura va uniendo el asa con la barra principal. La tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldado se unen con las coronas que van colocadas a los segundos molares deciduos. Se limpia y se pule el aparato y se coloca en la boca. Al aparato se le recorta la circunferencia y se cierra la corona a nivel del corte vestibular, se retiran los alambres de separación si estos existen y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se le pide al paciente que ocluya con fuerza para que de esta manera las coro-

nas se abran automáticamente hasta tener la circunferencia requerida por los dientes, para poder sol-
-darse a lo largo de la hendidura vestibular que se
ha hecho. Si se provoca isquemia o si hay dolor, se
recorta la corona en su porción gingival ya que to-
-da la periferia de esta debe quedar bajo el márgen
gingival. Se coloca de nuevo el aparato para tratar
de adaptar el aparato dentro de la boca del pacien-
-te. Si los incisivos centrales inferiores ocluyen
contra las proyecciones anteriores del aparato cen-
-tral; los espolones se recortan y se doblan hacia
el paladar. Se cementa el aparato y se retiran los
excedentes.

Cuando se le explica al niño el objetivo del
aparato se le dice que es para enderezar sus dien-
-tes y no se menciona que es para desaparecer el --
el hábito y que tardará varios días en acostumbrar-
-se al aparato, que habrá cierta dificultad para --
realizar la limpieza bucal, deberá hablar lentamen-
-te y con cuidado debido a la barra que está coloca-
-da dentro de su boca pero en ningún momento se men-
-ciona el dedo. A los padres se les explica que el
problema del habla durará durante el tratamiento.
En cuanto a la dieta, esta debe ser blanda durante
los primeros días.

Después del período de ajuste que de dos a ---
tres días, la mayoría de los pacientes se le olvida
la presencia del aparato. Se hace la revisión del -

aparato de tres a cuatro semanas. La duración del aparato en boca es de aproximadamente de tres meses, después de este tiempo en que desaparece por completo el hábito, se retiran primero los espolones, tres semanas después, si no recurre el hábito se retira la barra palatina restante y las coronas. Si se vuelve a producir el hábito, se coloca un aparato parcial. En caso de combinarse el hábito de dedo y la proyección de lengua, se le hacen las modificaciones necesarias al aparato y se deja en la boca por más tiempo.

Cabe mencionar que el aparato no es un castigo y que el aparato está diseñado para evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura, y su funcionamiento, para corregir la maloclusión producida por el hábito.

Un aparato mal construido puede acentuar la maloclusión.

APARATOS PARA LA PROYECCIÓN DE LENGUA.-

Se producen deformaciones en la proyección de lengua porque de 500 a 1000 veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta o la protrusión de los incisivos centrales superiores.

El aparato para la proyección de lengua es una

variante del aparato para el hábito de dedo, ya que tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia -- atrás durante la deglución. Si los espolones se do- -- blan hacia abajo para que formen una barrera de -- los incisivos centrales inferiores durante el con- -- tacto oclusal de los dientes posteriores, se obtie- -- ne una protección para la proyección de la lengua. Durante la producción de este hábito, la lengua se lleva a una posición baja y no se aproxima al pala- -- dar, como es lo normal.

Las condiciones que debe reunir un aparato pa- -- ra evitar la proyección de la lengua son:

1.- eliminar la proyección anterior energética y efecto a manera de émbolo durante la deglución.

2.- modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda pa- -- latina y la punta haga contacto con las rugas pala- -- tinas durante la deglución y no se introduzca a -- través del espacio incisal. Cuando desplaza la len- -- gua hacia atrás dentro de los límites de la denti- -- ción, ésta se expande hacia los lados, con las por- -- ciones periféricas encima de las superficies oclu- -- sales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es defi- -- ciente; de esta manera, se evita la sobresrupsión y el estrechamiento de los segmentos bucales supe- -- riores. La deglución se estimula con el aparato, y la lengua se adapta a su nueva función y posición.

En este aparato se elimina la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa de aparato lingual y se modifica el diseño de la criba restrictiva. También se usan los segundos molares deciduos como soportes, pero se prefieren a los primeros molares permanentes si estos han hecho erupción.

En los modelos que previamente se tomaron, se seleccionan los dientes soportes y se recortan de igual manera que el aparato anterior, se seleccionan las coronas y se ajustan, se recorta por la parte vestibular como se describió anteriormente.

La barra lingual en forma de U, se fabrica de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.040 pulgadas, se adapta primero en un extremo del modelo y se lleva el alambre hacia adelante hasta la zona de los caninos a nivel del margen gingival. La barra tiene que hacer contacto con las superficies linguales prominentes de los segundos y primeros molares deciduos.

Los modelos se colocan en oclusión y se traza una línea sobre el modelo superior hasta el canino opuesto; esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores con respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar; justamente por el aspecto lingual de esta línea y se lleva hasta el canino del lado opuesto, después se dobla la barra y se lleva hasta 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.

Es importante tener en cuenta que al cerrar la mordida abierta, se debe tener cuidado de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfieran en la incisión, por esto, se realiza la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior. Ya que se ha construido la barra base en la posición pasiva correspondiente en el modelo superior, puede formarse la criba con alambre de acero inoxidable de 0.040 pulgadas.

Para soldarse, se hace en un extremo a la barra base en la zona del canino, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V, de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los cíngulos de los incisivos centrales inferiores cuando los molares ocluyan.

Se debe tener cuidado de no haber contacto que pueda interferir en la erupción de los dientes.

Una vez que se han formado las proyecciones en forma de V, los brazos de las mismas se van a soldar al alambre base con una pasta para soldar a base de flúor con soldadura de plata. El alambre base se coloca sobre el modelo y se va a soldar a las coronas metálicas, se limpia y se pule, se prueba en boca y se corrige la adaptación de las coronas y se

se cementa el aparato.

Con este tipo de aparatos, el paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso de la lengua se proyecta contra el paladar, y la punta de la lengua se proyectará contra las rugas palatinas. El tiempo que se usará el aparato dependerá de la gravedad del problema, pero se toma como parámetro de cuatro a nueve meses para la corrección de la maloclusión.

En algunos casos en que los hábitos de proyección de lengua causen también mordida abierta posterior, esto puede provocar infraoclusión de los segmentos bucales superior e inferior, posibles problemas funcionales y problemas de habla. Este tipo de hábito se encuentra con mayor frecuencia en las maloclusiones de clase II, división 2, lo que comprueba que la función lingual es un factor en la creación de la falta de erupción en los segmentos posteriores en los pacientes que presenten este tipo de maloclusión. En este caso, el tratamiento consistirá en el uso de una criba modificada para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de los dientes de ese segmento.

APARATOS PARA EL HABITO DE CHUPARSE Y MORDER--
--SE LOS LABIOS.--

El hábito de chuparse los labios es una activi-
-dad que es causada por la sobremordida horizontal
excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar
los labios de una manera correcta durante el acto
de la deglución, ya que se le facilita más al pa-
-ciente colocar los labios en la porción lingual de
los incisivos centrales superiores. En esta posi-
-ción, el músculo borla de la barba es el que pro-
-yecta el labio inferior hacia arriba y esto se --
observa con la contracción y el endurecimiento del
mentón durante la deglución. Esto puede traer como
consecuencias la deformación del arco dentario. Los
daños que puede ocasionar éste hábito anormal son:
aplanamiento marcado y apinamiento en el segmento
anterior inferior. Los incisivos centrales inferio-
-res son desplazados hacia arriba y adelante hasta
una relación protrusiva. El borde bermellón se hi-
-pertrofia y aumenta el volumen durante el descanso,
se acentúa el surco mentolabial o la hendidura su-
-prasinfisial, en algunos casos, aparece herpes orá-
-nico, con zonas de irritación y agrietamiento del
labio.

Antes de tratar de corregir el hábito es neces-
-sario realizar un diagnóstico diferencial, si hay
maloclusión de clase II, división 1, o una sobremor-

-dida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. Si se quiere cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria el intento sería un fracaso. En este caso lo primero que se debe hacer es establecer la oclusión normal, por medio de un tratamiento de ortodoncia, pero si aún persiste la tendencia de chuparse el labio, será necesario colocar un aparato para el labio. En la mayoría de los casos, la actividad labial anormal está relacionada con maloclusiones de Clase II división 1, y problemas de mordida abierta, cuando se eliminan los problemas de oclusión se restablece la función muscular anormal.

Este tipo de aparatos es muy recomendable cuando se trata de un tic neuromuscular.

FABRICACION DE APARATOS.-

Los modelos de estudio se articulan, se recorran los primeros molares inferiores o los segundos molares deciduos como se usa para el mantenedor de espacio funcional fijo y el aparato para el hábito de chuparse los dedos. Se colocan las coronas metálicas o bandas de ortodoncia según el caso en los dientes pilares. Se adapta el alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que vaya en sentido anterior desde un diente soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho -

entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral.

El alambre de base se pasa en el espacio interproximal previamente seleccionado hasta la cara labial. Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto; el alambre se lleva a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. Hay que tener mucho cuidado que la porción anterior del alambre o sea la porción labial no haga contacto con la porción palatina de los incisivos centrales superiores al ocluir. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos centrales inferiores 2 ó 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación se va a soldar un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas; la soldadura se va a realizar en el cauce del alambre, y el nicho y llevándolo hacia gingival 6 u 8 mm., este alambre se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos centrales inferiores, paralelo al alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda el alambre base. La porción que va paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales,

después se suelda el alambre base a la corona e a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando una posible interferencia oclusal o incisal. Se limpia y pule para después cementarlo en la boca del paciente.

A la porción labial del aparato se le puede agregar acrílico entre los alambres de base y auxiliar con el objeto de reducir la irritación de la mucosa del labio inferior.

El aparato se usa por espacio de ocho a nueve meses según el caso. El aparato para el labio se reduce gradualmente antes de retirarse; los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después.

El aparato para el labio permite que la lengua mueva a los incisivos centrales inferiores en sentido labial, esto mejora la inclinación axial y reduce la sobremordida al mismo tiempo. En los casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de la actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para el labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

APARATOS PARA LA RESPIRACION BUCAL.-

La construcción de un protector bucal (escudo bucal), tiene como objetivo el bloque del paso del aire por la boca y obliga la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales. Este aparato es un escudo insertado en la boca, el cual descansa en los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorece la respiración nasal.

Se usa generalmente durante la noche, antes de ir a la cama y se deja puesto durante toda la noche para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante toda la noche, evita que los que se muerden los labios usen el labio inferior en lingual a los incisivos centrales superiores, que los que empujan la lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y los que se succionan el pulgar no se lleven el dedo a la boca.

La construcción del protector bucal se realiza de Flexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada (1.56mm y 2.34mm) de espesor respectivamente. Se ajusta al vestíbulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios a través del protector a las piezas. Se construye el protector sobre los modelos -

articulados, manteniendo en contacto al verter el yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión al fraguar el yeso se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mucolabial, evitando las ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el Plexiglas.

Al calentar el Plexiglas se puede cortar con las tijeras muy fácilmente y en las zonas que así se requieran, se calienta más para adaptarse sobre los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores.

Ya terminado el aparato, este deberá tocar sólo las piezas superiores anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y superior, 1/16 de pulgada.

El paciente deberá ser examinado cada tres semanas o mensualmente. En visitas posteriores se ajustan los modelos rebajando algo de yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores superiores. Se vuelve a adaptar de nuevo el aparato a su nueva posición con calor y toalla.

Entre las ventajas de este aparato es que no lesionan al paciente, los movimientos dentales se producen lentamente, porque el paciente sólo lo lleva un tercio del tiempo. Este movimiento es de ac-

-tura fisiológica ya que se usan los músculos del paciente.

El uso de los protectores bucales favorecen los hábitos de mejor postura labial y de respiración. En algunos casos, influye incluso en las dientes superiores posteriores, para que estos no se muevan en dirección distal, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distocclusión incipiente.

TRATAMIENTO PARA EL BRUXISMO.-

El tratamiento para estos problemas será la intervención del médico familiar, psiquiatra y odontopediatra. Pero en cuanto a aparatos para la corrección de este hábito, se trata de la construcción de una férula de caucho blando, el cual no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando, es la misma que la de un protector bucal.

En ocasiones, la sobremordida excesiva se considera como un factor causal y su eliminación puede significar el cese del apretamiento y bruxomanía que haya padecido el paciente durante cierto tiempo y en estos casos se recomienda la construcción de placas oclusales superiores, y cuyo procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera.

Después de haberse establecido un diagnóstico adecuado se obtiene una impresión superior, se obtiene el modelo de yeso para la fabricación de la placa oclusal. Se construyen ganchos para el último molar, con el objeto de tener más retención, siendo estos de tipo circunferencial, gancho de Adams o gancho de bola. Si la placa necesita usarse en un tiempo prolongado se recomienda agregar un gancho labial.

Cuando se usa por un tiempo largo, la placa oclusal sin una fuerza restrictiva ejerce una acción de desplazamiento labial sobre los incisivos, aumenta la sobremordida horizontal y puede estimular la separación y el desplazamiento anterior de los incisivos. Cuando la placa oclusal tiene el alambre labial evita el desplazamiento labial de los incisivos y mejora la retención. También se pueden usar ganchos incisales metálicos o, si hay suficiente sobremordida horizontal, puede llevarse el mismo acrílico sobre el margen incisal hasta el aspecto labial, como en la placa labial de tipo Sved, pero las desventajas de este aparato es que los ganchos incisales pueden hacer muescas en los incisivos, y permiten poco ajuste.

Ya que se adaptaron los ganchos y el alambre labial en caso necesario, la porción palatina puede encajarse y curarse mediante el enfrascado, lo que nos proporciona una reproducción más exacta y menos

porosa. También puede hacerse con acrílico rápido sobre el modelo. Para obtener la abertura de la mordida, se construye un plano liso que comienza aproximadamente a 1 mm. del margen incisal y se lleva en sentido posterior hasta 1 cm. detrás de los incisivos centrales superiores. La dimensión vertical en caso de ser alterada puede corregirse al eliminar el exceso de acrílico sobre el plano cuando el aparato se tenga que ajustar en la boca.

Ya terminada la placa, esta se pule, y se prueba en la boca del paciente, para revisar ajuste de ganchos y adaptaciones de acrílico. Se eliminan las proyecciones agudas del acrílico en los espacios interdentarios. Los ganchos deben hacer contacto ligeramente con los molares en forma pasiva. En caso de llevar alambre labial, este debe hacer contacto con los incisivos aproximadamente en el tercio apical.

La posición de descanso se determina primero con la placa oclusal fuera de la boca, después se coloca la placa oclusal dentro de la boca y con el papel de articular, se reduce hasta un nivel de 1 ó 2 mm. menos que la dimensión vertical de descanso.

Cuando la dimensión vertical oclusal es correcta mediante la erupción de los dientes posteriores se reduce el tiempo que se usa la placa oclusal a la mitad, pero su uso como aparato retenedor se extiende de seis a doce meses si es posible, depen-

-diendo de la magnitud de la erupción lograda, edad del paciente, tipo de oclusión y tendencia individual a la recidiva.

La placa oclusal se usa sólo por las noches, pero en caso de bruxismo, en los que se emplea para evitar que los estímulos sensoriales oclusales desencadenen el fenómeno de bricomanía, el uso del aparato deberá ser indefinidamente. La mayoría de los pacientes dependen de la placa oclusal y en ocasiones no pueden dormir sin ellas, y en esos casos en que el paciente usa la placa oclusal por algún tiempo, especialmente en casos de bruxismo y bricomanía es conveniente reforzarla para resistir la tensión, por este motivo se agrega un alambre labial restrictivo o una extensión labial de acrílico para evitar el desplazamiento labial de los incisivos centrales superiores.

La porción acrílica del plano deberá ser reconstruida a intervalos periódicos al desgastarse.

APARATOS REMOVIBLES PARA HABITOS DE DEDO. LABIO Y LENGUA.-

Para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, se usa la pantalla bucal o vestibular o una combinación de las dos. La pantalla vestibular

es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos. Se usa también para interceptar hábitos de chuparse los dedos, pero tiene la desventaja de que puede retirarse fácilmente por el paciente si lo desea, en estos casos, la cooperación del paciente es indispensable.

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse ganchos sobre los molares y si necesita retención adicional, puede construirse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias, si se usa asiduamente y si está construida correctamente, las fuerzas musculares anormales se pueden interceptar y se conducen a actividades positivas, y de esta manera se corrige la maloclusión en desarrollo. Estos aparatos, por sí solos se deben usar como auxiliares interceptivos para las acciones musculares nocivas. Al decidir el tratamiento con este tipo de aparatos removibles, debemos estar seguros de que el paciente va a cooperar en el tratamiento. Las pantallas bucales vestibulares y bucales se pueden usar conjuntamente con los aparatos fijos.

APARATOS PARA EL HABITO DE MORDEDURA DE CARRI- -LLO.-

Los hábitos musculares anormales pueden tam-
-bién causar mordida abierta o malposición indivi-
-dual de los dientes en los segmentos bucales, aun-
-que en la mayoría de las veces está afectada la zo-
-na anterior.

Quando se presenta la mordedura de carrillo,--
se usa una criba removible o una pantalla vestib-
-lar o bucal en la zona afectada por el hábito para
erradicar el problema.

CONCLUSIONES.

El objetivo principal de este trabajo, fue dar a conocer las principales conductas nocivas de los niños que se manifiestan principalmente a nivel oral.

Como se ha observado, en una gran parte de las maloclusiones vistas durante el desarrollo de la dentición, se incluyen entre otras, los hábitos orales, los cuales ocupan un lugar muy importante dentro de la etiología de las malposiciones dentarias.

Existen ciertos signos clínicos que nos darán la pauta para la detección de algún hábito en los que podemos encontrar son: un dedo o más con un aspecto distinto a los demás, irritación constante en ciertos dedos o labios, respiración bucal, mordidas abiertas, dientes protruidos, dientes retruados, etc, y esto será una indicación de que el paciente necesita un tratamiento más cuidadoso.

Antes de iniciar un tratamiento, se tomará en cuenta las ventajas y desventajas que cada una de las posibilidades que se tienen a la mano para tratar a los hábitos orales nocivos al igual que las indicaciones de los mismos, por eso es muy importante clasificar con mucho cuidado el tipo de hábito

que está afectando para tomar la mejor elección.

Al igual de que existen diferentes tipos de hábitos orales, los cuales van desde los más sencillos y a veces inofensivos, hasta los más complejos y nocivos como lo es la succión del pulgar o la deglución atónica entre otros; existen también una variedad de tratamientos de acuerdo al tipo e intensidad del problema y de las repercusiones que se presentan en la boca del paciente.

El tratamiento va desde sencillas pláticas de gente especializada con el paciente, pasando por ejercicios muy sencillos hasta el uso de aparatos especialmente diseñados para el tipo de hábito que se manifiesta.

Es lógico suponer que para los hábitos más arraigados se necesitará un tratamiento con aparatos y por consecuencia se usará por períodos más prolongados.

Cabe mencionar que la cooperación, constancia e higiene oral entre otras cosas, son básicas para la realización exitosa del tratamiento y que en un tiempo relativamente corto se observan los resultados positivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- "ODONTOLOGIA PEDIATRICA"
Sidney B. Finn
Nueva Editorial Interamericana S.A de C.V.
México, D.F. 1983
- 2.- "ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA"
T. M. Graber
Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- 3.- "TEORIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA"
Edward M. Barnett
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires, 1978
- 4.- "DENTISTRY FOR THE CHILD AND THE ADOLESCENT"
St. Louis C.V. Mosby Co.
1969
- 5.- "ODONTOLOGIA PARA NIÑOS".
John Charles Brauer
Editorial Mundi
Buenos Aires, 1960

- 6.- "TRATADO DE ORTODONCIA"
Armando E. Monti
1er. Tomo
Editorial El Ateneo
Buenos Aires, 1969
- 7.- "PSICOLOGIA MEDICA"
Ramón De la Fuente Mufiz
Fondo de Cultura Económica
15a. reimpresión
México, D.F. 1975
- 8.- "DESARROLLO INFANTIL"
Lewis P. Lipsitt
Hayne W. Reese
Editorial Trillas, México
1a. reimpresión
México, D.F. 1983
- 9.- "PSICOLOGIA"
Wilbert James Mc. Keachie
Charlotte Lockner Doyle
Fondo Educativo Interamericano S.A.
1978