



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

" HABITOS PERNICIOSOS "

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Sergio Acosta Rios

Jesús Octavio Sandoval Valenzuela

México, 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.

INTRODUCCION

Actualmente, el alto índice de problemas de maloclusión que se presentan en la población, ya no digamos infantil, sino también adulta, que ha descuidado este punto tan importante, dió motivo a una investigación más a fondo, llegando a la conclusión de que la prevención, interseptación y tratamiento, a todo tiempo, es la mejor manera de controlar y disminuir dicho índice.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

| | PAG. |
|--|------|
| <u>"DIFINICION Y CLASIFICACION"</u> | 1 |
| A) 1.- Succión | 2 |
| 2.- Succión del pulgar | 4 |
| 3.- Uso prolongado de Chupete y Biberón | 7 |
| B) HABITOS CON LOS LABIOS | 10 |
| 1.- Succión Labial | 10 |
| 2.- Mordida | 10 |
| C) HABITOS DE LA LENGUA: | 11 |
| 1.- Empuje Lingual | 11 |
| 2.- Hábito de deglución | 12 |
| 3.- Empuje del Frenillo | 14 |
| D) HABITOS DE MALA POSICION INTERMAXILAR | 15 |
| E) HABITOS DE RESPIRACION BUCAL | 17 |
| F) HABITOS MASTICADORES | 25 |
| 1.- Onicofagia (Mordedura de uñas) | 25 |
| 2.- Bruxismo | 27 |
| 3.- Relacionado con cuerpos extraños | 28 |
| G) HABITOS PSICOLOGICOS | 29 |
| 1.- Automutilación | 29 |

CAPITULO II

| | |
|---|----|
| <u>"ELIMINACION DE HABITOS PERNICIOSOS"</u> | 31 |
| A) METODO INTRABUCAL | 32 |
| B) METODO EXTRABUCAL | 33 |
| C) METODO PSICOLOGICO | 34 |

CAPITULO II

| | |
|----------------------------|----|
| <u>"TRATAMIENTO"</u> | 35 |
|----------------------------|----|

CAPITULO IV

| | |
|---|----|
| <u>"CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA"</u> | 45 |
|---|----|

CONCLUSIONES.
BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

DEFINICION Y CLASIFICACION**DEFINICION.-**

Los hábitos perniciosos que comunmente se presentan en niños ó menores, son la causa muchas veces, de las malposiciones dentarias y probables anomalías de maxilar y mandíbula. Esto es debido a la falta de madurez en las estructuras óseas, que por culpa de las presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios en la oclusión de los dientes secundarios que pueden volverse anormal si continúan estos hábitos a largo plazo.

La controversia que desata el pensar en una etiología única y fundamental, resulta de gran ayuda, pues gracias a ello se ha llegado a diferentes conclusiones dadas tanto por psicólogos e investigadores reconocidos, como por dentistas interesados en resolver este problema.

A todo ésto cabe preguntar si no resulta más lógico pensar - que el hábito es la EXPRESION, precisamente, del malestar psicológico del niño, ó sea, la exteriorización de su conflicto emocional

Encontramos con ésto que una de sus principales causas es que el hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. Si bien el hábito pernicioso puede producir maloclusión. Los hábitos correctivos pueden ser nuestros aliados.

Esto es:

Actos Bucales no Compulsivos: Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar nuevos y aceptables ante la sociedad. El éxito se puede lograr en dos formas, y estos son: por medio de lisonjas, halagos y premios y el otro, utilizando en ciertos casos el casto ó simplemente la amenaza, por parte de los padres. Aunque se ha demostrado que los hábitos que tratan de ser sometidos por amenaza o castigo son muchas veces reincidentes y hasta en mayor grado de dificultad.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño, con

tinúa aún en la madurez, al verse sometidos a presiones por parte de sus padres, compañeros de juego y de clase. Los hábitos que se adaptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducto del niño, que al madurar éstos, se denominan no compulsivos.

De estas situaciones no resulta, generalmente, reacciones - anormales en las que el niño está siendo entrenado, para cambiar - de un hábito personal, a un nuevo patrón de conducta más consisten te y con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Actos Bucales Compulsivos: Es compulsivo, el hábito, cuando - ha adquirido una fijación en el ni ño, al grado de que haga recurso del él cuando siente que su segur - idad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Es mayor su ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito, pues, realizarlo le sirve de escudo contra la sociedad que le ro- - dea; siendo ésto una válvula de escape cuando las presiones emocio - nales se vuelven muy difíciles de soportar.

CLASIFICACION.-

1.- SUCCION - Este hábito es una de las principales causas de malposiciones dentarias. Esto no debe extrañar pues, la función de la succión es una de las primeras manifestacio - nes de actividad fisiológicas del órgano masticatorio.

El niño encuentra escape a las presiones al re- currir a este hábito de succionar. Esto requiere de la presión en - tre las encías, ya sea del pezón o cualquier otro miembro propio - que produce el mismo efecto. (el dedo pulgar es el comunmente usa- do).

La función de succión comprende normalmente las siguientes actividades, tanto fisulares como musculares:

- La mandíbula se deprime por la contracción - de los músculos ptergoides externos, agrandando el espacio intra- - oral, permitiendo el desarrollo de una presión negativa.

- Se contraen los músculos de los labios para impe - dir que el aire se precipite en la boca, destruyendo el vacío crea - do.

do por el movimiento descendente de la mandíbula. Los músculos labiales entran en acción con el orbicular de los labios, triangular, canino y mentoniano, que estrechan la abertura bucal y redondean los labios como para silvar.

- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos, se introducen entre las superficies oclusales de los molares, premolares y caninos, por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas. Esto produce una fuerte presión lingüal sobre las porciones posteriores de las arcadas dentarias.

- La lengua pierde contacto con la superficie lingüal de los incisivos, caninos, premolares, tanto superiores como inferiores y con la membrana mucosa del paladar duro, por la presión de la mandíbula. La parte central se deprime por la acción de los músculos genioglosos, condroglosos, mientras los que arrojan hacia arriba son el longitudinal superior y el estiloso. Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua. La base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahiodeos, el estiloso y el palatogloso.

- Los músculos del paladar blando, o sea el tenso del velo del paladar y el elevador, se relajan y permiten el descenso de este órgano que se encuentra con la base elevada de la lengua, cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío.

El acto de succión puede ser continuo ó consistir en una serie de acciones rítmicas de succión. La última, es la forma usual en que esta función se manifiesta, consistiendo en numerosas repeticiones de los movimientos antes descritos, con elevación y depresión de la mandíbula y contracción y relajación de los músculos.

Si analizamos esta gran fuerza muscular, vemos que es recibida, una vez existan estructuras dentales, sobre las superficies labiales de los incisivos, caninos y las superficies bucales de los molares temporales, de los molares y premolares permanentes. Al acercarnos a los molares, disminuye la intensidad. La mayor cantidad de presión lingüal durante este acto se realiza ó localiza sobre caninos y primeros molares temporales ó primeros premolares.

Estas piezas dentarias, junto con los incisivos, no están PROTEGIDOS contra el exceso de esta presión lingüal, por lo que la lengua es llevada hacia el fondo de la boca y sus labios se arrollan lateralmente, como ya mencionamos. En esta posición canbiada, la lengua soporta bien los molares inferiores, pero en lo absoluto a los superiores.

Quando el hábito de succión comparte el uso de una sustancia dura entre los incisivos, los molares temporales y premolares y molares permanentes no llegan, muchas veces, a establecer contacto oclusal, en grado tal que desarrollan una supraoclusión - mientras que los incisivos muestran infraoclusión, si al succionar se emplea el pulgar y otros dedos, los incisivos pueden sufrir alteraciones, afectados por el tironamiento digital y la tracción - del brazo, lo mismo puede suceder cuando se succiona ó se muerde - el labio, principalmente el inferior.

Cada uno de estos hábitos debe ser estudiado como - una entidad, entonces, cualquier variación de los efectos comunes será comprendida y explicada lógicamente.

El dolor y la incomodidad, especialmente provenientes de trastornos nutricionales, pueden producir cualesquiera de los hábitos de succión, pero son de particular interés aquellos - que llevan la mandíbula hacia adelante y las posturas incorrectas durante el dormir.

2.- SUCCION DEL PULGAR.- Poco se ha hecho hoy para establecer la insidencia de estos malos hábitos pero de los estudios conocidos que fueron realizados en distintas épocas en los Estados Unidos, por Levy y Jhonson, y en Nueva Ze-landia por Bliss; han llegado a una conclusión bastante aproximada, que establece que el hábito de chuparse los dedos como etiolo-gía de maloclusiones, existe en un diez y siete por ciento de los casos.

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo - de función neuromuscular, llamado reflejo de succión, que incluso antes de nacer se ha observado fluroscópicamente, en el niño, con tracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Generalmente las madres concuerdan en que el niño -

comenzó este hábito desde el día de su nacimiento, aunque puede instalarse posteriormente en cualquier época de la vida.

Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad; al calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

Después de desmamantarlo y cuando comienzan a erupcionar las piezas, indudablemente que no hay que confundir con el acto normal de llevar el pulgar a la boca que se observa en un periodo preciso comprendido entre los seis y los doce meses.

La succión del pulgar en los bebés ha sido relacionado con un amamantamiento demasiado rápido o con demasiada tensión.

Heckmann estudió recientemente el proceso natural de lactancia, por observación clínica y por medio de un aparato ingenioso. Resultó que el acto de lactar no es uniforme en todos los bebés; y se registraron tres movimientos:

- 1.- Un movimiento puramente horizontal de atrás y adelante y viceversa.
- 2.- Un movimiento de cerrar y abrir puro (movimiento de hacha).
- 3.- Un movimiento combinado de abrir y cerrar y adelante y atrás.

El niño de corta edad se haya en la Fase Oral del desarrollo de la vida, durante la cual la boca es fuente de todos los conocimientos y placeres.

También puede ser manifestación de inseguridad, el niño puede tener temores desusados como a la obscuridad, a la separación de los padres, o de los animales o insectos.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca a aquellos que ha visto y oído a distancia, a pesar de la mal coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para también ser

gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.

Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de la dentición mixta (de los seis a los doce años) pueden producirse consecuencias nocivas.

La frecuencia de presión ejercida durante el acto de chuparse los dedos está vinculada al efecto nocivo de la dentición

En cuanto a la etiología de este hábito, aún hay diferencia de opiniones, aun ue varios autores coinciden en que sea un factor hereditario; ya que ha sido observado en fetos y en recién nacidos, donde todavía no pueden haber influencias del medio ambiente. Posiblemente sea cierto que se le encuentre muchas veces en miembros de una familia, pero sólo, según algunos autores, como consecuencia de la tendencia a imitar actos de otros hermanos del niño. Podemos concluir entonces diciendo que podría haber preposición heredada para la práctica del hábito, pero que la herencia no es el único factor causal.

En un estudio de 413 niños con maloclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de cuatro años y se llegó a la conclusión de que la succión del pulgar era factor causal en la producción de una mala oclusión, en especial la clase II.

CUMBAY cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser emocional y que se emplee el pulgar como consuelo y compensación.

Debe recalcar que el desplazamiento de piezas y la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- De la posición del dedo en la boca, y
- De la acción de la palanca que ejerce el niño contra las otras piezas.

El mal alineamiento de las piezas produce una abertura labial de las piezas anteriores superiores. Este aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida. La acción de palanca producida puede resultar una inclinación lingüal y un aplanado de la curva Spee de las piezas mandibulares anteriores. Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingüalmente por la musculatura bucal en tensión, - que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral. Según el hábito, puede presentarse tendencia a - producir sobreerupción en las piezas posteriores, aumentando por - lo tanto, la mordida abierta; se puede dudar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia. Como se ha dicho, la observación minuciosa de la oclusión de los padres pueden revelar factores importantes a este respecto. Algunas veces - el hábito está asociado con perturbaciones del sueño, tics nerviosos y otras manipulaciones como arrancarse el pelo, acariciarse - los órganos genitales, tirarse de una oreja, introducirse algún - otro dedo dentro de la nariz, tallarse la piel con alguna manta, - etc..

Aunque el odontólogo es con frecuencia el primero, y en algunas veces el único, consultado al respecto del hábito, la - succión del pulgar no suele ser siempre, simplemente, un problema odontológico. Pero es obligación del odontólogo buscar evidencias del hábito, intentar establecer la causa, describir las consecuencias posibles; si el hábito no fuese abandonado y en casos elegidos, intentar ayudar al niño a superar el hábito. A veces es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto como - algo masticable.

Hablando con el niño y con los padres, a menudo, el odontólogo podrá establecer si el hábito está en relación como un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío, - si es adquirido por imitación o si es resultado de un problema emocional completo.

3.- USO PROLONGADO DE CHUPETES Y BIBERONES.- Para los bebés, ni alzarlos en brazos, ni darles de beber agua azucarada, logran calmarlo tanto como los chupetes.

Su agitación disminuye tan pronto como comienza a suc

cionar la suave goma.

Pasada cierta edad, el chupete es dejado de lado y - las personas buscan otros métodos para calmarse.

Si bien es indiscutible que el chupete tranquiliza a los pequeños, son muchos los médicos que se pronuncian en contra - de su uso; por tratarse de un objeto antihigiénico y de un receptáculo de todo tipo de gérmenes.

Además el uso prolongado de chupetas y biberones, - constituyen una causa muy importante de anomalías de los dientes y de los maxilares, así como también de los tejidos blandos, general mente las anomalías son: presiones de la curva de la bóveda palatina y aplasta las fosas nasales, con lo que perjudica la respiración, deforma gradualmente los arcos dentarios provocando: Prognatismo alveolar, Retromatismo inferior, Hipotonicidad del Orbicular de los labios.

En los últimos años se ha prestado mucha atención - al problema de alimentación por medio de biberones como causa de - anomalías dentofaciales.

La lactancia artificial va íntimamente unida a la de glución anormal por persistencia de la forma visceral de deglución que debe de ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la - lengua entre los bordes alveolares) pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la punta en la parte anterior del paladar por detrás de los superiores). Se adviene que, con el uso de los biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y los músculos - orales y periorales no actúan como debe ser. Con la introducción de la electromiografía se ha podido estudiar las contracciones mus culares y se sabe cuales son los músculos que deben intervenir en la lactancia, deglución y masticación. En el niño lactante la - actividad es casi exclusiva del orbicular y músculos mentonianos; con la aparición de los dientes y la consiguiente masticadores. En el niño alimentado con biberones, la actividad muscular no es normal y se acostumbra a una deglución anormal. Por esto se han idea do biberones especiales que imitan en los posibles al pezón materno para que el niño pueda efectuar los movimientos musculares normales. Los más conocidos son los NUKSAUGER, de la casa Roky Mountain, que ha sido introducido a la profesión después de un largo -

y cuidadoso estudio de las condiciones de la lactancia natural.

Al niño alimentado con los biberones funcionales se le debe agregar el uso de chupetes de entretención especiales o ejercitadores, que lo acostumbrará a colocar normalmente la punta de la lengua y así podrá pasar sin problemas a la deglución adulta o sonática cuando los dientes hagan su erupción.

Sin embargo, estudios cinefluorográficos muy recientes de niños con alimentación directamente de la madre han vuelto a poner en duda si los chupetes clásicos son tan perjudiciales como se creía en los últimos años. La conclusión es que lo ideal es la alimentación materna y cuando la lactancia sea artificial - debe tenerse mucho cuidado en la forma en que el niño coloca la lengua para que así ésta no es normal enseñarle a usarla después y en la forma debida por medio de fáciles ejercicios cuando hagan erupción los dientes. Para esto es muy valioso la colaboración de los especialistas en foniatría que darán las normas para seguir.

HABITOS CON LOS LABIOS.

1.- SUCCION LABIAL.- Puede aparecer por sí solo o puede ser acompañada de la succión del pulgar. En casi todos los casos en el labio inferior el que es implicado en la succión, aunque el hábito de morderse el labio es observado también en el labio superior.

Cuando el labio inferior es repetidamente metido por debajo de los dientes anteriores superiores, el resultado es labio versión de éstos, frecuentemente también mordida abierta y siempre linguoversión de los incisivos inferiores.

2.- MORDIDA.- La succión o mordida del labio puede llevar al mismo desplazamientos de los dientes anteriores, al igual que lo que sucede en la succión del pulgar, aunque este hábito suele presentarse durante la edad escolar, en la cual un llamado a su propio buen juicio y a la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste.

El más perjudicial es el de colocar el labio inferior hacia adentro, mordiendo con los incisivos superiores e inferiores, originándose un prognatismo más o menos acentuado. Los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción. Si existiera protrusión, es necesario corregir el hábito lo antes posible, tratando de ganar la buena voluntad y cooperación del niño.

La Terapéutica muscular es la más eficaz. El ortodontista puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales. Tales como la extensión del labio superior sobre los dientes anteriores superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. - Tocar instrumentos bucales, ayudando a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores. Sostener un papel con los labios, colocarlos en la posición de tocar trompeta, etc..

Los castigos son considerados contraproducentes.

Como ya vimos muchas veces, este hábito acompaña a los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal.

HABITOS DE LA LENGUA

1.- EMPUJE LINGUAL.- La lengua es para el ortodoncista, causa de muchos males. Es el órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas con más frecuencia que ningún otro. Compuesta de una masa muscular cuyo único objeto es responder, por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación, está bien adaptada a sus funciones pero también puede con facilidad, responder a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación muscular que le lleva a contorsiones gimnásticas que le causen placer y no desesperen.

El hábito de tener la lengua entre los dientes, es el más grave.

Las posiciones viciosas de la lengua pueden producir por su presión constante (día y noche) trastornos muy serios estéticos y funcionalmente.

Lo peligroso de este mal hábito es que el sujeto no se dá cuenta del mal que se provoca, pues la mayoría no se imaginan que el lugar donde colocan la lengua entre las piezas dentarias, no es el que corresponde a su posición natural. Si consideramos además, la exagerada fuerza que tiene la lengua, formada por numerosos músculos, fácil es comprender el daño de deformación que puede producir modificando la posición de las piezas dentarias.

El hábito a menudo acompaña o queda como residuo del chupeteo de algún dedo, pero también puede ser causado por amígdalas hipertroóficas o hipersensitivas. Cuando el niño traga, sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar, en la parte posterior de los dientes anteriores. Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y, por un movimiento reflejo, la mandíbula desciende y los dientes quedan separados durante los últimos momentos de la deglución.

Dicho de otra forma, el dolor de la garganta causa la formación de un nuevo reflejo de la deglución y los dientes se acomodan a la presión adicional que ha sido aplicada. Otros hábitos de la lengua pueden ser vistos, por ejemplo, descansando la

lengüa pueden ser vistos, por ejemplo: descansando la lengüa entre los incisivos creando una mordida abierta anterior o metiendo los bordes de la lengüa entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, creando una mordida abierta de los segmentos laterales únicamente.

La mordida abierta e incisivos superiores en protrusión ha sido observado en niños con interposición de la lengüa. Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingüal produce la mordida abierta ó si está permite al niño empujar la lengüa hacia adelante, en el espacio existente entre los incisivos superiores o inferiores. Como en el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y de las musculatura mentoniana no es afectado y de hecho, puede ser fortalecido.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el ortodoncista se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un empuje lingüal ó de formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión. Gellen observó que si una mordida abierta tiene origen en la dentición temporal y después se cierra espontáneamente, el cierre inicial suele comenzar hacia los diez años en el 90% de los niños. Así, el ortodoncista podrá estar justificando en esperar hasta el décimo cumpleaños del niño antes de tomar medidas concretas activas, para corregir la mordida abierta anterior.

2.- HABITOS DE DEGLUCION.- Desde épocas remotas, ha luchado succionando y mamando el pecho materno, en tanto que, en la actualidad hemos suplido en ocasiones esta función con mamilas. El niño al nacer debe alimentarse con leche materna. Fisiológicamente los dos problemas más importantes son:

Primero.- El Físico-biológico.- Mediante el cual el niño lucha por alimentarse; los pequeños músculos tienen que hacer una fuerza extraordinaria para lograrlo, realizando así un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilo-faciales;

Segundo.- El Psicosomático.- El niño mamando en los brazos de la madre, adquiere un sentimiento de seguridad, alegría y protección.

Straub describió como acto normal de la deglución -- áquel de la cual los músculos de la masticación se emplean para -- llevar a estrecho contacto de dientes y maxilares y mantenerlos -- así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las ca -- ras lingüales de los incisivos superiores y la porción anterior -- del paladar, la lengua puede funcionar mejor cuando su punta y -- sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde adentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la -- acción de la musculatura de los carrillos y labios.

Como se ha dicho en la deglución fisiológica hay perfecta armonía y equilibrio entre todas las fuerzas musculares, pero muchas veces encontramos en los niños formas de deglución con -- gran desequilibrio muscular, produciéndose una presión tan intensa sobre ciertas partes de las arcadas que dá por resultado un marcado desplazamiento de las coronas dentales.

Si bien se considera a las fuerzas musculares como -- destructoras del alineamiento dentario, recordamos también que si actúan durante la erupción no llegan a alterar la forma de la arca -- da, si no que mas bien, impiden que los dientes alcancen su tamaño y forma normales. En otras palabras, estas fuerzas musculares de acción viciada son más poderosas que las fuerzas normales del desa -- rrollo dentario y las dominan, impidiéndoles desarrollar una forma normal de las arcadas, y una oclusión correcta.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los -- músculos de la masticación no son utilizados para poner en contac -- to los maxilares. Primero, la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes; después los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores o inferiores tocan la lengua, en la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región -- incisiva y canina, en otros, además de la punta interviene los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las -- zonas caninas y molares, así como en la zona anterior, pueden ser involucrados el músculo orvicular de los labios y otros músculos -- faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el -- paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el -- bolo hacia atrás. El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto

ó menos en la de sueño dependiendo la frecuencia de la saliva.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente al paciente se colocaran los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo temporal se contrae. Si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal el músculo temporal no se contraerá.

La deglución viceral (infantil), descrita primero por Rix al parecer sería causada por la conservación de la pauta refleja congénita. El bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los dientes y la lengua. En coincidencia con ésto el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos involucrados por el quinto par entran en acción. Una demora de este cambio podría deberse a haber tenido demasiado tiempo al bebé con la mamadera o el uso de pezonas que sean demasiados largos ó que tengan agujeros demasiado grandes para el líquido libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos. Los pacientes que conservan su patrón anormal de la deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión. El pronóstico en estos pacientes, aún con corrección ortodóntica de la mordida abierta, es pobre.

3.- EMPUJE DEL FRENILLO.- Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo; si los incisivos permanentes superiores está especializado a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en está posición por varias horas.

Este hábito probablemente se inicie como parte de un juego ocioso pero puede desarrollarse en hábitos que desplazan las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

Un paciente hacía alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas después de haber tenido un buen descanso.

HABITO DE MALA POSICION DE: MAXILAR

1.- HABITO DE POSTURA.- Son aquellos hábitos que provocan una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Como durante estos descansos se cambian de postura, con frecuencia estos hábitos acarreamos influencias perniciosas. Y cuando son ejecutadas con regular intensidad, y duración, entonces se produce una deformación de segmento bucal del maxilar. Los malos hábitos de dormir se presentan generalmente, en los niños durante la edad preescolar. Es a los padres quienes corresponden observar las posiciones de los niños durante el descanso, pudiendo idear algunas medidas que los ayuden a corregirse.

Dicho de esta forma estos hábitos son causas de maloclusiones.

H. Stallard en su trabajo sobre posiciones extraorales, ha estudiado a fondo todos los hábitos de posición de la cabeza en la almohada con sus consecutivas deformaciones. Analicemos el peso total de la cabeza durante muchas horas sobre una parte de los maxilares, en tan jóvenes sujetos, es capaz de producir deformaciones, aplastamientos; una de las más frecuentes posiciones al dormir, que adoptan estos niños, es de la palma de la mano contra la mejilla, que acarrea asimetrías a un lado menos desarrollado o aplastado con respecto al otro o sino una estrechez de la arcada con prominencia de los incisivos (combinación con respiración bucal). Otro hábito de apoyo es todo un lado de la cara sobre el antebrazo que produce, según este autor, arcadas en forma de silla de montar. A veces, comprueba que por estos hábitos en la almohada las deformaciones son más pronunciadas en el maxilar superior, que es fijo pues el maxilar inferior por ser móvil escapa un poco a la presión, pero es comprobada en algunos casos su alteración.

La mayoría de estos hábitos se encuentran asociados a la respiración bucal, pues las distintas posiciones que puede adoptar la cabeza al apoyarse, siempre perjudica o dificultan la respiración y la vía de menor resistencia es la bucal.

Considera también este autor, el establecimiento de verdaderas distoclusiones con falta de desarrollo en sentido anterior por un apoyo al dormir sobre el montón o zonas vecinas.

A veces el hábito de posición se adquiere por otros factores, como alteraciones, inflamaciones, etc.; que obligan al niño a dormir siempre de un mismo lado. Cita este autor el caso de un niño afectado de una mastoiditis, que obligó durante varios meses a dormir sobre su lado opuesto, adquiriendo así, el hábito que persistió años después.

Las posturas y apoyos de la cabeza durante las horas de estudios o de entretenimiento de los niños, sobre el puño, generalmente produce deformaciones de tipo asimétrico y de tipo clase II, cuando es la palma que presiona sobre el mentón. Estos hábitos pueden producir deformaciones, sobre todo en maxilares muy maleables, en individuos raquíuticos, etc..

También hay individuos que al estudiar, se apoyan una mano sobre la cara, causando deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias. Se puede presentar una acción mandibular defectuosa en aquellas personas que se mantiene erecta con su cabeza bien colocada sobre la columna vertebral, mantendrá casi reflejamente la mandíbula hacia adelante en una posición. La postura es la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y, como tal, un hábito susceptible de cambio y corrección.

HABITOS DE RESPIRACION BUCAL

En los hábitos anormales de la respiración, encontramos la respiración bucal que ha sido un tema largamente debatido como causa de maloclusión. Ya no se duda que es el resultado de la maloclusión. Howard, en un estudio de 500 casos de nariz y garganta, documentó en el grupo de 159 respiradores, tales que el 94 (aproximadamente 60%) tenían maxilares y oclusiones normales. No es posible decir siempre si la respiración bucal causa protrusión de los dientes, ó si los dientes protruidos son, aunque indirectamente, resultado de la respiración bucal, pero nosotros sabemos ciertamente que cuando los dientes protruyen hay una mayor oportunidad para el ingreso de aire a través de la boca y el hábito de la respiración bucal se establece fácilmente.

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Por lo regular se presenta en los niños de cinco a quince años de edad. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

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

1.- FOR OBSTRUCCION.- Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, se ve forzado a respirar por la boca.

Hay un cierre oral posterior por el ingreso del aire dentro de la faringe y los pulmones, que es formado por la lengua al rosar el paladar blando. Esto puede incluir todo el acto de la respiración bucal que comienza con la rotura del cierre anterior oral (los labios) inducido por los dientes protusivos, y esto puede proporcionar una respuesta al porque los jóvenes parecen tener tantos problemas resultantes de este hábito.

2.- FOR HABITO.- Aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a respirar por la boca, el niño lo sigue haciendo por costumbre.

3.- FOR ANATOMIA.- El niño que respira por la boca, por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cual de estas categorías corresponde al niño. También debe diferenciarse al segundo tipo del de un niño que respira por la nariz pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofarínge estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentra en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz, puede ser causada por:

- Hipertrofia de los turbinatos, causada por alergias, infecciones crónicas de las membranas mucosas que cubren los conductos nasales, rinitis atrópica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

- Adenoides agrandadas; también sabemos que si el pasaje nasal está parcialmente o definitivamente cerrado por adenoides, el niño se ve forzado a respirar a través de la boca. La respiración bucal significa la ruptura del contacto oclusal, una separación de los labios y la pérdida de la influencia limitada sobre los incisivos superiores. Es problemático aducir que el crecimiento de las adenoides, el espacio libre para las vías nasales la corrección de la protusión y, si es posible, la restauración de una función labial normal.

- Las amígdalas han sido también culpables o productoras al menos con influencias de desarrollo de ciertos tipos de maloclusiones. Las amígdalas enfermas deben ser removidas desde un punto de vista de salud general, aun sin observar el efecto sobre los dientes y el desarrollo de los maxilares.

Es incuestionable que producen respiración bucal cuando están aumentadas y adoloridas. Se puede dudar, como Howard mostro en un estudio de 500 casos de amigdalitis, que la amígdala es un factor importante en la producción de mesioclusión. Encontró 21 de este tipo en el total examinado. El dolor y el volumen de las amígdalas causará en el paciente la apertura de la boca, proyectando ligeramente la lengua, para aumentar así el espacio de la región amigdalina, de esta manera puede iniciarse una maloclusión clase III, especialmente si el paciente crea un empuje hacia adelante. Se ha pensado que las amígdalas enfermas producen la respiración bucal y esta a su vez producirá un tipo definitivo de maloclusión distoclusión clase II división I. Estas formas de razonamiento son un poco antagónicas. En la clase III se supone que la mandíbula se desarrolla hacia adelante pero hay una acción inhibitoria dejando la posición con resultado en distoclusión. En los 500 casos, Howard encontró 23 casos de distoclusión, alrededor del 5%.

Como se ha dicho, las amígdalas enfermas son causa de la respiración bucal. Este bloqueo, en muchos casos solo, nocturno, cuando el niño está acostado acumula la sangre de los tejidos irritados, aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente.

- Senos nasales.- Desde hace mucho tiempo se reconoce una relación entre maloclusiones de los dientes y senos paranasales. Ha habido, sin embargo, algunas desaveniencias en lo que respecta a la relación de uno con otro. Considerando la etiología de la mala oclusión hemos aprendido que los tipos definidos de maloclusión pueden resultar, en parte, de la respiración bucal. También hemos observado que ciertos tipos de maloclusión invariables están asociados con ciertos tipos de deformación nasal y, ninguno mejorara positivamente a no ser que se correlacione el tratamiento.

- Tejido Linfoide.- Existen cantidad de personas que sufren de la respiración indudablemente causada por la hipertrofia del tejido linfoide en la nasofaringe, pero también, quien con la renovación del tejido linfoide, continúa respirando a travez de la boca. Esto se debe a la acción anormal de los músculos durante el tiempo en que el individuo era un respirador bucal, produciendo un hábito con condiciones favorables para la maloclusión.

mente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños - de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, - puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Nos encontramos así confrontándonos con la siguiente pregunta: Que beneficios se puede esperar de la corrección de la maloclusión en lo que concierne al área nasal?

Es bueno recordar la anatomía de las partes concernientes, pues la simetría de la cara, de la que resulta asimetría de las vías nasales y un septum desviado, puede ser debida a la - presión intrauterina durante el periodo precoz del desarrollo embrionario. La asimetría de los cornetes produce la asimetría del septum aún cuando la situación anatómica puede ser todo lo que - uno desea; hay una posibilidad posterior que las características - hereditarias de la forma facial pueden ser factores importantes en el tamaño de las vías nasales y la posición del septum. Las cavidades oral y nasal, así como se encuentran en el adulto, fueron en un tiempo una cavidad común, que puede ser descrita desde un punto de vista embriológico, constituyendo una abertura única en la porción terminal anterior del conducto alimenticio conocido como el - estomodeo. En la vida embrionaria, hay una sola cavidad, sin ninguna estructura de separación; en otras palabras, antes que el tejido duro y blando del paladar separe la porción nasal de la cavidad oral.

El primer arco branquial y los procesos frontonasales juegan un papel de mucha importancia en el desarrollo de las - partes nasales y oral. El primer arco branquial se divide en dos partes, la porción mandibular en la parte superior, que crece de - la parte superior a ambos lados derechos e izquierdos del arco mandibular, uniéndose finalmente con el brote frontonasal en la - región del labio o del borde alveolar. Desde la parte posterior interna del primer arco branquial, crece un reborde o vástago, que - se une en la línea media que forma el paladar duro y blando. La - formación del paladar duro u blando separa la cavidad oral de la - nasal.

El septum nasal crece hacia abajo desde la base del cráneo. En el condocráneo existen estructuras cartilagosas que constituyen a lo que es conocido en la vida, más tarde, como el - septum nasal.

Desde la lámina horizontal del etmoides, hay una lámina perpendicular del mismo que crece hacia abajo dentro de la cavidad nasal hacia la línea media ó a la unión del paladar duro. Desde la base del hueso esfenoides se encuentra otra estructura cartilaginosa que crece hacia delante, que se conoce por el vómer cartilaginoso que luego es reemplazado por huesos intranembranosos desarrollando en el lado izquierdo y derecho del cartílago. Asociado con la lámina perpendicular del etmoides y el vómer, hay un cartílago triangular que completa en época posterior de la vida, lo que se conoce como el séptum nasal. El crecimiento hacia abajo de la lámina perpendicular del etmoides y el vómer sucede prescindiendo del desarrollo de las partes media lateral de la cavidad nasal. Ello ocurre sin la intervención del desarrollo del piso de la nariz; este factor deberá mantenerse en la mente si se considera la relación en la deformación de la fosa la maloclusión. Cuando el séptum nasal crece hacia abajo del condrocáneo, la lámina horizontal del hueso maxilar superior que ha sido desarrollada en el brote maxilar del primer arco branqueal, crece hacia la línea media y la estructura se unen en la línea media, formando el piso de la nariz; la nariz es dividida por el septum nasal en las ventanas derecha e izquierda de la nariz. Se podrá observar que el paladar duro o bóveda de la boca, también forma el piso de la nariz. Se verá que las ventanas derecha e izquierda de la nariz están hechas por la lámina perpendicular del hueso maxilar superior ó los procesos nasales del hueso del maxilar superior, mientras que la pared lateral superior de la nariz está formada por las masas laterales del etmoides.

La bóveda de la nariz se forma con la lámina horizontal del etmoides, una pequeña porción del hueso frontal y el cuerpo esfenoides. La cavidad nasal está completamente rodeada por una estructura ósea separada por el séptum nasal en ventanas derecha e izquierda de la nariz. El séptum nasal es primariamente de origen cartilaginoso y es reemplazado por una estructura ósea. Fisiológicamente, el séptum nasal no tiene nada que ver con la respiración. El vómer fue originariamente un soporte óseo ó sostén dentario y fue adosado en la cavidad nasal durante el proceso de evolución.

Quando después estudiemos este problema, encontraremos que los factores que afectan el desarrollo de las paredes laterales y el piso de la cavidad nasal no afectan necesariamente el séptum. Como resultado de ello, hay ciertos tipos de maloclusión en los cuales la cavidad nasal no se desarrolla tan rápidamente como debiera. El séptum nasal continúa su crecimiento hacia abajo

cuando se encuentra con la resistencia del peso de la nariz, se desvía. La distancia entre el piso y la bóveda de la nariz, depende del desarrollo de las paredes laterales de la nariz y parte del hueso maxilar superior. Por lo tanto, todo lo que interfiere con el desarrollo del hueso maxilar superior puede causar un acortamiento entre el piso y la bóveda de la nariz. El séptum nasal se verá obligado a ocupar un espacio menor del que intenta originariamente.

Cráneo fetal. El hueso séptum o séptum nasal, está ceñido en las paredes óseas de la cavidad nasal; la bóveda de la boca es comparativamente plana; el proceso alveolar está cerca de la cavidad orbital, por lo tanto, debe haber un gran aumento en la distancia entre el piso de la cavidad orbitaria y el proceso alveolar; a medida que el individuo se desarrolla. El cornete inferior está muy cerca de la bóveda de la boca o piso de la nariz, con el resultado de que, a medida que el niño crece, la cavidad nasal aumenta en largo, especialmente entre el hueso cornete inferior y el piso de la nariz. El último es llevado hacia abajo por el desarrollo de las paredes laterales y se hace un espacio para el séptum nasal.

Ha sido estimado que la corrección de la maloclusión produce un efecto benéfico sobre la formación o poco desarrollo de la cavidad nasal. El ortodoncista hará bien en observar radiográficamente la forma y desarrollo del área nasal antes de instituir el tratamiento y hacer placas frontales de la cabeza a través del tratamiento como una investigación clínica, en un esfuerzo de mejorar nuestro conocimiento de este campo exigido.

La corrección de la maloclusión en un niño, cuando el arco maxilar dental no se ha desarrollado apropiadamente, puede ser beneficiosa. En gente adulta, que sufre estenosis nasal, en la cual hay, pues espacio insuficiente en la cavidad nasal, especialmente en la dirección lateral, se dice que ha sido beneficiado por la expansión del arco dental, esto es, aumento del espacio nasal y permitiendo una respiración más normal.

Han sido documentados casos en los cuales la posición inferior del hueso maxilar y la cavidad nasal ha sido cambiada de forma, por la presión ejercida sobre los dientes y a través de ellos en el hueso mandibular.

La idea fue cambiar la forma de la bóveda de la boca

porque la sutura media del lado derecho e izquierdo de los huesos maxilares puede ser abierta por la presión de la expansión lateral de la cavidad nasal.

- El séptum o tabique nasal desviado, tiene al parecer, origen similar de muchas deformaciones de las arcadas, por lo tanto, es común encontrarlo con ellas. Produce respiración bucal por una aproximación de la pared septal al cornete nasal inferior, que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura. Los espolones óseos del séptum actúan del mismo modo.

La extirpación de estas deformidades puede causar serias complicaciones, por lo que el Rinólogo no las extirpa radicalmente antes de los 18 años.

Con frecuencia los especialistas olvidan que al eliminar la obstrucción, no se restablece por sí sola la respiración nasal, por lo que hay que educar al paciente a que respire correctamente.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, sirve de ejemplo el caso de la clase II, la división de Angle, en la que vemos posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior; estrechamiento de la arcada superior y protusión de los incisivos superiores. Analizando el caso, llegamos a estas conclusiones: Se cree que en esta clase no hay cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que este cambio existe al nivel de los músculos temporales, afectando la región de la cavidad glenoidea y modificando la posición; encontramos también una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana, dando el característico perfil huidizo.

En estos casos, cuando las piezas son llevadas a su posición normal, se obtienen resultados estéticamente favorables, salvo en casos en que esta deformidad no sea muy leve, se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos el labio inferior ocupa un lugar en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores. Cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviéndose lingualmente y elevándolos. Los caninos son llevados lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares, y éstos, no pueden erupcionar

con su altura normal, quedando en infraoclusión. Así se origina - en la arcada inferior una curva de Spee exagerada, con pérdida de crecimiento vertical en los procesos alveolares.

HABITOS MASTICADORES

Los hábitos de succión se encuentran en los niños de corta edad, mientras que los de masticación son frecuentes en los adolescentes. Por lo general, los primeros persisten durante unos años hasta derivarse en los segundos.

El masticar el lápiz, puede perjudicar el Periodoncio; el usar como palanca el lápiz ó la pipa, si se trata de un adulto, puede originar el movimiento de uno o más dientes. La mejor terapéutica es el autocontrol.

El aspecto más importante de este problema residen en que el hábito ha sido adquirido como una ayuda para aliviar la tensión interior, por lo que, la educación de los padres, junto con su acercamiento espiritual, es el mejor tratamiento.

ONICOFAGIA (MORDEDURA DE UÑAS). - Este es un hábito que se desarrolla después de la edad de la succión. Este no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusión alguna, puesto que las fuerzas o esfuerzos realizados al mordérselas, son similares a los aplicados en la masticación.

Este hábito es más frecuente localizarlo asociado a una maloclusión, que es causante de ésta.

En un estudio de las fuerzas armadas se ha observado que aproximadamente 80 por ciento de éstos, los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Roer las uñas indica tensión psicológica, causada por dificultades inminentes, temor a los castigos u otro tipo de excitación.

Un filme emocionante ó una historia de suspenso, por ejemplo, son estímulos muy eficaces para el niño habituado a roerse las uñas. Cuando está ocupado en una tarea agradable, que no le produce tensiones, el hábito es olvidado temporalmente. Esto significa que el niño sólo se entrega a la Onicofagia en situaciones que implica pérdida de autocontrol. Por esa razón los niños generalmente muy nerviosos, son más propensos a roerse las uñas.

Hay muchas personas que cultivan la mala costumbre de morderse las uñas; es pertinente mencionar el repugnante aspecto - que presentan los dedos con las uñas semidestruidas y que originan la pérdida de la belleza de las manos en el hombre, pero muy especialmente, en la mujer.

Los que se muerden las uñas tienen, aparentemente, un hábito inocente, pero puede producir también maloclusión dentaria. Este hábito tan frecuente entre niños y adultos, es como los demás, difícil de suprimir. Algunos autores clasifican a los roedores de uñas como enfermos de tipo neurótico, tanto que, se tomó en cuenta este hábito al ser examinados los reclutas, por los Psiquiatras de los Centros de Reclutamiento de Submarinos de los Estados Unidos, - en la Segunda Guerra Mundial. Se consideró como síntoma neurótico bastante serio, pues, los hacía malos tripulantes de submarinos y por consiguiente, quienes lo practicaban no eran admitidos para ser vicio, en dicha rama naval.

Otros autores explican este hábito como anterior al de chuparse los dedos, que más tarde se trunca por mordisqueo de - uñas; más rara vez, de una sola uña.

El paciente nervioso está especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo, ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso o inadaptabilidad social.

Hay casos en que esto persiste toda la vida, pero - con frecuencia, por ser una costumbre reprobable, llegue a abandonarse, en ocasiones, por la sola fuerza de voluntad y con más ó me nos tentativas.

No es raro ver substituido este hábito por el mordis queo de lápices, de los labios o de los carrillos. El comer caramelos y fumar, suelen ser recursos para desviarlo, el cual por otra parte, suele tener recaídas más ó menos esporádicas, sobre todo, - en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional, por la causa que sea.

ABERTURA DE PASADORES DE PELO.- Otro hábito no:iso,- que fué común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos, para colocarlos en la cabeza.

Los jóvenes que practicaban este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas prácticamente privadas de esmalte labial. A esta edad, para abandonar el hábito, generalmente, - sólo falta llamar constantemente la atención sobre los efectos no civos de éste.

BRUXISMO.- El Bruxismo ó rechinariento que suele - considerarse un hábito bucal en los niños, es un desgaste ó frotamiento de los dientes, de carácter no funcional.

Reding y colaboradores, informaron que un 15% de - los niños y adultos jóvenes, de su grupo de estudio, practicaban - algún grado de bruxismo. Suele ser un hábito nocturno, manifestado durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el pa ciente está despierto.

El rechinariento puede ser tan fuerte que el sonido producido se oiga a alguna distancia. El niño puede provocarse - una atrición considerable de sus dientes y aún puede quejarse de - algún dolor en la región de la articulación temporomaxilar al despertar por la mañana; y si se mantiene por un periodo prolongado, - puede provocar la abrasión, tanto de los dientes temporales como los permanentes.

Las causas exactas del bruxismo están algo oscuras. Quizá tenga una base emocional, pues, suele producirse en niños - de gran tensión emocional y muy irritables y que pueden manifestar otros hábitos, como la succión del pulgar o la onicofagia. Estos niños suelen tener un dormir inseguro y parecen sufrir ansiedades.

También puede observarse el bruxismo en afecciones - como epilepsia y meningitis, como también en perturbaciones gastro intestinales.

Por lo que a la mímica se refiere, es sabido que los niños imitan a los adultos; así como un niño con una madre que sufre de deformación protrusiva de la mandíbula, él tratará de imitar esta posición.

El odontólogo debe encarar el problema por la búsque da de la causa. Ramfjod cree que la interferencia oclusal puede - actuar como desencadenamiento de bruxismo, en particular si se com

bina con una tensión nerviosa. Por lo tanto, el ajuste oclusal - debe ser el primer paso en este problema, si existen interferen- cias. Sheppard recomendó la construcción de una placa palatina, - la que permite la erupción continua de los dientes posteriores. Es ta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados - por el hábito.

RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRANOS.- Estos hábitos - pueden estar re lacionados con una infinidad de objetos y muchas veces, es difícil descubrirlos. Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a practicar este hábito. En este aspecto, vemos el hábito que adquiere el paciente, en la escuela, de morder lápices, reglas, gomas, abrir horquillas, etc; estos hábitos los efectúan, ya sea por comedia ó por placer. Hay niños que llegan a tal gra- do que un lápiz lo acaban mordiéndolo en dos o tres días, lo mismo ocurre con las reglas, ya sean de madera ó de plástico. Otros há- bitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y éstos son aquellos que muerden un pedazo de tela, como una esquina de la almohada ó la sábana, la esquina del cuello de la pijama, etc.

El uso de chupetes de goma duros, no es tan frecuen- te como antes, porque se ha advertido a las madres que restrinjan su uso. Pero algunos dispositivos similares más blandos, son a - veces factores etiológicos para nosotros y esta posibilidad debe - ser tomada en cuenta.

Otro hábito pernicioso frecuente es la apertura de - horquillas con los dientes antes de colocarlas en el pelo. En pa- cientes con este hábito se han observado incisivos con muescas y - dientes parcialmente denudados de su esmalte vestibular. El lla- marles la atención sobre los perjuicios que les está causando, sue le ser suficiente para romper el hábito.

Existe una variedad inmensa y sobre todo es tan indi- vidual el hábito relacionado con cuerpos extraños, que al hacer la historia clínica del paciente, cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado - con un cuerpo extraño llevado a la cavidad oral.

HABITOS PSICOLOGICOS

AUTOMUTILACION.- No es frecuente la literatura que se refiere a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales.

Plesset informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de nueve años, que moviliza su canino temporal superior e incisivo permanente inferior hasta liberarlo - de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produzca automutilación con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños - estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados - practicándolo.

Por lo tanto, las lesiones autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe de hacer - un intento por determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregida.

Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional y el Odontólogo deberá dirigir a la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces a punto de destruir el hueso alveolar.

Una niña de 14 años se provocó el denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores. Para lo cual empleo la uña y un alfiler de gancho. Además, se mordió la cara interna del carrilo y se produjo grandes zonas - de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de su boca, pues la hija no les había revelado que se las había causado por sí sola. La historia reveló una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y la escuela. La niña y sus - padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pacientes. Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar, pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

CAPITULO II

ELIMINACION DE LOS HABITOS PERNICIOSOS

Antes de intentar dominar algún hábito bucal perjudicial, es primordial recordar la importancia de la musculatura bucal en el buen desarrollo de la oclusión. Generalmente hay motivos justificados para lanzarse de inmediato a un régimen riguroso para dominar un hábito; por ello, debe tomarse el tiempo necesario para estudiar el problema detenidamente. Se deberá reducir a controlar los hábitos bucales que en realidad, son perjudiciales para la oclusión; otros hábitos bucales pueden ser mejor tratados fuera de la profesión dental. Los Odontólogos deberán limitar sus esfuerzos a los problemas clínicos que debemos tratar, la oclusión.

Se debe definir, desde un principio, que es lo que se va a tratar. A veces es una mordida abierta, otras un problema psicológico, ó un reflejo neuromuscular. Siempre hay quien preguntará lo siguiente: Cuál es, precisamente, el hábito que se tiene que dominar? Deberá, parte de la terapéutica, dirigirse hacia los padres? Los hábitos bucales que con más frecuencia trastornan la oclusión son el chupeteo del pulgar, chupeteo de otro dedo ó dedos, mordida de las uñas, mordida y chupeteo de labios, etc..

Independientemente del hábito bucal que se está corrigiendo, se deben tener en cuenta dos factores fundamentales:

- Hay un reflejo implicado. Aquí el problema se refiere al dominio de un proceso psicológico; por lo tanto, el raciocinio terapéutico debe ser fisiológico y no mecánico. Debe intentarse siempre la alteración del brazo aferente del reflejo, y esto, se hace por reaprendizaje de los músculos.

- Debe determinarse si la maloclusión es de primera o de segunda importancia. Somos dentistas y nuestras mentes y ojos están enfocados hacia los problemas dentales y a las soluciones dentales, pero los arcos dentales no tratan psicosis.

Hablando de terapéutica, debe aplicarse individualmente y no generalizarse en reglas, porque también las causas son individuales y de diverso origen.

METODO INTRABUCAL.- Los problemas de personalidad - entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, - los padres piden a menudo la intervención del Odontólogo, en casos en que los que se encuentra que un hábito bucal anormal, que está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza. Algunos ortodoncistas, afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud - general del niño. Este axioma considera que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el Odontólogo y sus padres, únicamente si - el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos secundarios, tales como, tirarse del pelo o lurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra con el caso de una niña escolar de diez años, que chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado afectado de la cabeza. Cuando se - afeitó la cabeza de la niña, ésta perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos, menos drásticos e igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio, - Después de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor que, naturalmente, no podía ser el niño que antes se - chupaba el pulgar; con esto, generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esta información pudiera incluirse en el registro de nuestro consultorio. Después de una visita corta y amistosa, al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper el hábito.

Otro medio sería, entregarle varias tarjetas con - los días de la semana e indicarle que ponga una cruz, cada vez que realice el hábito en el día.

En dos semanas observaremos la tarjeta; si vemos que las cruces disminuyen a lo largo de la semana, se reforzará al niño dándole un premio, y si por el contrario están aumentando, se =

le reprenderá.

Naturalmente el procedimiento completo implica que - los padres estén de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias - del Odontólogo, en casa:

- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una ó dos semanas).
- No criticar al niño si el hábito continúa.
- Ofrecer una pequeña recompensa, al niño, si abandona el hábito.

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Pearson es decididamente adverso a que se supriman - drásticamente los malos hábitos. Opina que puede influirse desfavorablemente en el desarrollo de la personalidad del niño, ó que, esta conducta entraña el peligro de que adquiriera otro hábito más nocivo.

METODO EXTRABUCAL.- Algunos de los métodos utilizados con éxito, por los Odontólogos, son: recubrir el pulgar ó un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable (- tums) rodear con tela adhesiva el dedo afectado o aherrar con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada; o en casos extremos, enyesar el brazo a la altura del codo por dos o tres semanas. Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común. Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la alimentación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otros, aún más nocivos.

La actitud de los padres durante este tiempo de procedimiento es de innegable importancia. Si exigen al niño una perfección que éste no pueda lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por -

dejar el hábito durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio insignificante, ésto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el Odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos ó alternativas.

METODO PSICOLOGICO.- La mayoría de los instrumentos intrabucales, fabricados por el Odontólogo y colocados en la boca del niño con ó sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar, que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar, en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso. En estos casos, el costo de la curación es demasiado elevado.

Como el hábito es un patrón mental inconsciente, parece razonable el uso de un dispositivo correctivo que recuerde el acto a la mente consciente y moleste la norma haciendo el acto imposible, innecesario ó ineficaz y sea un procedimiento más lógico que apelar al yo o al orgullo del niño. Para cambiar esta norma mental, la realización del acto debe frustrarse en cada intento, en lugar de intermitentemente, como sucede con muchos dispositivos ó métodos.

Por lo tanto, para hábitos que se prestan a tal tratamiento, el dispositivo corrector debe estar siempre presente. Sin embargo, debe ser tan poco visible y libre de objeciones como sea posible y si no se obtiene resultado en un periodo razonable, lo descartamos.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante. Los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareña antes que el niño pueda superar el hábito.

Los métodos correctivos que emplean castigos, tales como atar les las mangas, poner sustancias amargas en los dedos, burlarse de ellos, etc., son ineficaces y tienden a fijar aún más el hábito. - La mejor terapéutica es la educación y comprensión de los padres. Así como también sería el proporcionar al niño medios para que esté activo y ocupado, colocar objetos en sus manos ó colgarlos a una distancia adecuada, delante de sus ojos, de manera que él pueda observarlos; son buenas actividades substitutivas.

Cumbeey cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas tales como proporcionar al niño descanso y escapes en el juego.

TRATAMIENTO DE SUCCION DEL PULGAR U OTROS DEDOS.- El

término chupeteo del pulgar , se ha utilizado indistintamente para referirse a una gran variedad de hábitos de chupeteo.

El repetido y esforzado chupeteo del pulgar, acompañado de fuertes contracciones bucales y labiales, parecen ser el tipo de chupeteo más relacionado con las maloclusiones.

Nunca se ha medido la cantidad de fuerza de chupeteo del pulgar, necesaria para causar alteración ósea; además de la fuerza del chupeteo existen otros factores: la duración, la frecuencia y la posición del dedo, así como también influye el tipo de patrón facial. En algunas caras un hábito ligero es más perjudicial que en otras no es grave. Así como varían las caras, el problema-clínico está determinado por la combinación de hábitos y el factor -

crecimiento de la cara.

Si el bebé tiene el hábito de succión del pulgar, la corrección sería posible al pasar la fase de succión a la de masticación. Se podría lograr una reorientación de la actividad de succión a actividades masticatorias. En ocasiones es útil quitar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto más masticable. En niños mayores el empleo de ayuda visuales, podría mostrarles como el hábito de succión del pulgar les perjudicará la boca si se mantiene.

Algunos odontólogos practican el siguiente enfoque : Si el niño quiere dejar el hábito, implicaba la cooperación de los padres y su consentimiento para ignorar el hábito y no mencionarse lo al niño. En conversaciones privadas con el niño, el Odontólogo discute el problema y sus efectos. Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleve el pulgar a la boca y que cada semana llame al Odontólogo e informe su progreso en la cesación del hábito. Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito, es evidencia de que se progresa e inidicio de que finalmente el niño lo dejará.

Una buena medida es la terapéutica ocupacional, que consiste en proporcionar al niño actividades manuales absorbentes. Si él está por ejemplo, jugando con barro, arcilla o plastilina, sus manos sucias evitarán la succión de los dedos. Además estos juegos tienen la ventaja de ayudar a descargar tensiones y ansiedades.

Cuando el niño entra en el periodo en el que, por sí mismo, trata de dominar el hábito, debe tenerse una conversación con los padres. Hay que insistir en que nadie discuta el problema con el niño, no debe ser objeto de discusión familiar, puesto que el Dentista y el niño se harán cargo del problema. Más que nada, no deben hacerse comentarios desdeñosos acerca del hábito. Especialmente hay que pedir a los padres la vigilancia de los otros niños y de los abuelos, dentro del círculo familiar. En esta forma el niño va perdiendo el deseo de llamar la atención, que es uno de los aspectos del hábito, conforme se le alienta a colaborar en forma eficaz con el Dentista.

Sólo algunos niños dominarán completamente el hábito en este momento. La mayor parte no lo harán, pero mejorarán mucho al desaparecer la tensión familiar centrada en el chupeteo del

pulgar y estarán preparados para colaborar con el Dentista.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito del chupeteo del pulgar, sería aquel que:

- No ofreciera resistencia a ninguna actividad muscular normal.
- No necesitara recordatorio para usarlo.
- Su uso no avergüenza, y
- No dependa de los padres.

Se ha comprobado que para ayudar al niño a superar el hábito, resulta útil una placa parcial pasiva que tenga una serie de ansas suaves colocadas por lingual de los incisivos.

Este aparato separa el pulgar del paladar, así, la succión no se produce y el acto es ineficaz.

Existen otros diseños de instrumentos reformatores como son:

- Trampa con Punzón.- Una trampa con punzón es un instrumento reformatore de hábitos que utiliza un recordatorio afiliado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible, tal como el retenedor Hawley, ó puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

- a) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior,
- b) Distribuir la presión también a las piezas posteriores,
- c) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- d) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

- Tampon de Bastrillo.- Los tampones de bastrillo, al igual que los de pedruzco, pueden ser de goma, de silicona o de plástico, pero el más utilizado es el de plástico, más que por el costo, lo castiga.

Se consigue de igual manera que la de pedruzco, pero tiene más rasgos ó espalones, que se proyectan de las letras y vocales ó del material de acrílico, hacia la bífida palatina, más difícil, así como la succión del pulgar, sino los malos hábitos de succionar y de la deglución deficiente.

Hay que enseñarles claramente las razones de este aparato. Una señal clara de incomodidad ó de irritación, es cuando el sistema neuromuscular, aún durante el sueño, no lo mejor es que el pulgar no se introduzca en la boca. Hay que pedir ayuda a los padres la primera y segunda noche y advertirles el porqué del aparato. Se les aconseja tranquilizar al niño poco antes de ir a la cama y acrecentar, por unos días, su atención y cariño.

Habitualmente, el reflejo de levantar la lengua hacia la boca, desaparece en pocas semanas y el aparato puede retirarse. Si éste reaparece, puede volver a colocarse.

TRATAMIENTO PARA EL USO FUNCIONAL DE CHUPETOS Y BIFIDES.

El chupete se debe considerar como un accesorio de la cuna, aplicando este criterio, el pequeño se acostumbrará a usarlo, solamente cuando esté acostado, y como pasa casi todo el día en la cuna, puede disfrutar de él todo ese tiempo. Luego comienza a levantarse para jugar, y así se ve forzado a dejar el accesorio. Cuando quiera recibir el chupete, se verá obligado a ir a la cama. La alternativa es jugar simple; ó juega ó va a la cama. Poco tarda el niño en aprender que no vale la pena interrumpir sus sesiones de juego y optará por abandonar el chupete.

TRATAMIENTO DE LA SUCCION LINGUAL.

En los niños se observa frecuentemente con una sobremordida horizontal una grana, con sobremordida ó de ambos. No debe intentarse la corrección hasta que los incisivos pueda contactar con una placa bucal.

Esta placa bucal es un aparato que se acomoda en el véstibulo de la boca, entre los labios y los dientes, con el propósito de conservar la función de los labios. Este aparato bloquea eficazmente la entrada de aire por la boca y dirige las contracciones de los labios contra cualquier diente en labioversión. Se le usa para retener los labios, corregir la labioversión simple de los dientes anteriores superiores y para corregir el hábito.

Es particularmente útil para fortalecer la acción de los labios y corregir la respiración bucal. No debe colocarse nunca en la boca de un niño que presenta cualquier tipo ó clase de trastorno respiratorio, como por ejemplo, catarro ó asma, ni tampoco aplicarse cuando existe una obstrucción nasal. Los ejercicios para labios descritos ayudarán en la corrección del chupeteo del labio y de la mordida del labio, pero la mayoría de dichos hábitos de labio se corrigen por sí solos cuando los incisivos están colocados adecuadamente y mantenidos así por cierto tiempo.

Si los labios no sellan debido a la protuberancia de los incisivos, hay que retardar los ejercicios, hasta que éstos sean retraídos lo suficiente para que los labios ejerzan cierto efecto sobre los dientes.

Casi siempre el labio superior es el perezoso e insuficientemente largo. Se puede mejorar su función, tratando de estirarlo hacia abajo sobre el labio inferior, en un intento de tocar el mentón.

Puede utilizarse un rodillo de acrílico blando, para colocarlo en el véstibulo, al hacer los ejercicios para el labio superior. Se llena la boca con agua tibia salada y se fuerza la solución entre los dientes, repitiendo el procedimiento.

No debe de olvidarse la importancia de los instrumentos musicales. Cualquier instrumento musical de viento, producirá rápidamente, un tono labial adecuado. Es importante prohibir los instrumentos de una sola boquilla, por ejemplo el clarinete, en pacientes con hipofunción del labio superior y la bioversión, de los incisivos superiores.

Si el conducto nasal está libre, y el paciente no tiene trastornos nasorespiratorios, algunas veces la colocación, durante la noche, de tela de celulosa sobre los labios, facilitará que permanezcan cerrados. Durante el día el mejor método es hacer

que el paciente recuerde su postura labial.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE LENGUA.- El tratamiento consiste - en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante el acto de deglutir. Se considera que los ejercicios musculares y la repetición del acto de tragar, realizados con corrección, son poco eficaces en los niños menores de 6 años, pues por su corta edad, le es muy difícil controlar los movimientos de los labios y la lengua. Es eficaz, en cambio, en los adolescentes, sobre todo cuando existe seseo, pues al ser consciente de que su dicción es distinta a la de sus compañeros, por ser defectuosa, se propone voluntariamente colaborar en su reducción.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE DEGLUCION.- Andrews recomendó - que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta, veinte veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en cada mano y un espejo adelante, se servirá un trago de agua, cerrará los dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos, hasta que la deglución progresa sin tropiezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta, sin azúcar; se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior, con una rejilla, ó un mantenedor de acrílico superior, con una valla, para que recuerde la posición correcta de la lengua y le impida su protrusión contra los incisivos.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE POSTURA.- Es a los padres a quienes corresponde observar las posiciones de los niños durante el descanso, pudiendo así, idear algunas medidas que los ayudan a corregirse.

Para evitarse malas posturas durante el dormir, debe enseñarse al niño a hacerlo en varias posiciones y darle vuelta, ocasionalmente, si tiende a quedarse demasiado en alguna de ellas. Un colchón firme, le permitirá cambiar su propia posición con más facilidad.

La mano ó el brazo deben ser retirados de debajo de la cabeza, si se encuentran allí, y si constantemente vuelven a esa posición, debe usarse por un tiempo un cobertor del tipo Smuggle Bunny que permite bastante libertad de movimiento, pero que impiden que la mano ó el brazo sean llevados a la cabeza.

TRATAMIENTO DEL HABITO DE RESPIRACION BUCAL.- La eliminación de la causa de esta anomalía, comprende varios procesos:

- Intervención quirúrgica del Rinólogo, como se ha indicado previamente.
- Tratamiento de la maloclusión que haga posible y fácil la aproximación de los labios.
- Restauración del tejido labial a su tamaño, tono y función normales.

La primera parte del problema está en manos del Rinólogo competente y el segundo, no lo trataremos, por no incluir en esta tesis el tratamiento de maloclusiones y me concretaré a describir algunas sugerencias para corregir la respiración bucal.

Los labios del respirador bucal crónico, como se ha dicho, al hablar de etiología, presenta las siguientes anomalías: Falta de crecimiento del labio superior, presentándose muy corto y el inferior es flácido y presenta hipotonismo. Los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios, si se practica con regularidad y perseverancia, les devolverán su tamaño y tono normales. Se prescribirán ejercicios de alargamiento labial como el ejercicio del orbicular de Wilson.

El Odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal),

que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso, en situaciones de respiración forzada, en casos de emoción extrema ó ejercicio físico. Masgler y Zeemer sugieren el uso de una torunda de algodón ó partícula de papel delgado, aplicado frente a los orificios nasales, para comprobar ésto, el niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz, ó lo hace con gran dificultad, cuando se lo pide, deberá enviársele a un rinólogo para que éste formule un diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad, al pedirle, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces, deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y así, favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto, para que durante el sueño el niño se vea forzado a respirar por la nariz.

TRATAMIENTO DE HABITO DE ONICOFAGIA.— Entre todas

las alteraciones del comportamiento, el hábito de roerse las uñas es, sin duda, uno de los más difíciles de combatir. Como en el caso de la succión de los dedos, mantener al niño ocupado, es una buena táctica. En las niñas mayores, la vanidad suele ofrecer efectos sorprendentes. Así, regalar a una adolescente un estuche de manicurar ó un juego de uñas postizas, para que ella misma cuide sus manos, puede dar óptimo resultado.

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar gomas de mascar, cigarrillos, puros, rapé, lápices, gomas de borrar, etc..

Toda la terapéutica, entre tanto, consiste en la remoción de los problemas que causan la tensión y que son los responsables del origen y la persistencia del hábito. En los casos emocionales más graves, la Psicoterapia se indica, no sólo para el niño, sino también para la familia.

La educación de los padres, junto con su acercamiento espiritual, es el mejor tratamiento.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE ABERTURA DE PASADORES - PARA EL PELO.- En las adolescentes basta con sólo hacer llamar la atención sobre los efectos nocivos que puede causar este hábito.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE BRUXISMO .- El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El Odontólogo puede ayudar a romper el hábito constituyendo una férula de caucho blando, que recubre las superficies oclusales, más de 2 mm., los dientes durante la noche.

La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al rotamiento, de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

En pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el hábito. No se pueden esperar cambios notables en pocas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses, es apreciable el progreso observado.

TRATAMIENTO PARA EL HABITO DE AUTOMUTILACION.- El Odontólogo debe tener conciencia en la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe hacer un intento para determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los niños estará

involucrado un problema emocional.

El tratamiento puede consistir en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

CAPITULO IV

CONSTRUCCION DE APARATOLOGIA

Los aparatos pueden ser:

- a) Fijos
- b) Removibles

La elección dependerá de la edad del niño.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre las edades de tres y medio a cuatro y medio años de edad, preferiblemente durante la primavera o el verano, cuando la salud del niño — se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de realizar — el hábito pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales.

APARATOS UTILES PARA EL SUCCIONADOR DE DEDO.-

a) FIJO

Criba Fija.— Se hace una impresión de alginato en la primera visita y se vacían moldes de yeso de la misma. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior, se recomienda colocar alambres de bronce separadores, en esta visita. A continuación, se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente. En términos generales, los segundos molares deciduos superiores, constituyen buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas que pueden obtenerse en tamaños diversos son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias. La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo. Un milímetro ó dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos ó tres milímetros sobre las superficies vestibular, lingual y proximal. Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario, y se corta la porción gingival —

con tijeras para coronas y cuellos, para ajustarse al contorno gingival labrado sobre el modelo. El error más frecuente es recortar las porciones proximales de la corona, demasiado, produciendo así la dimensión gingivooclusal. A continuación, se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesiobucal o distobucal y se lleva a su lugar.

El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable ó de níquel y cromo, de calibre 0.040. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segundo molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos y caninos primarios. En este punto, se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuestos, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestésica neuromuscular. Recuérdese el papel importante que desempeña la lengua en estas actividades. Salvo que pueda cambiarse la posición de la lengua y disminuir su proyección, las posibilidades de éxito total disminuyen considerablemente. Deberá tratarse más de un síntoma, y el chupado de los dedos es casi siempre sólo un síntoma - no el único - factor. 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 consta 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 respecto al plano oclusal. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más allá de la línea de los segundos molares deciduos. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal. Una 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 son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Se prefiere colocar un exceso de soldadura en estas uniones. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

En la segunda visita el aparato se retira del modelo - y se reduce deliberadamente la circunferencia gingival, cerrado la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separa-

ción, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya firmemente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, - dictada por los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldadas a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá recortarse aún más la porción gingival. Toda la periferia deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible. Esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificar si existe presión sobre la encía. Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central. Si existe contacto, estos espolones deberán ser recortados y doblados hacia el paladar. Los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan, y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida. La mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal, cinco o diez minutos después. Las coronas abren la oclusión y constituyen los únicos contactos superiores de los dientes inferiores. Esto no deberá ser motivo de preocupación, ya que los dientes superiores restantes harán erupción dentro de una semana hasta ponerse en contacto con los dientes inferiores antagonistas.

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre y a los hermanos, se les pide que proporcionen los mismos informes en casa.

Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro semanas, el aparato se debe llevar de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos.

- Gancho Adams.- Es un alambre que contornee al diente escogido con acodamientos entrantes en mesial y distal, aprovechando los espacios interdentarios y quedando por debajo del ecuador coronario. Es un medio de anclaje excelente y resistente a fuerzas aplicadas sobre acomodamientos en forma de gancho, e inclusive, la superposición de tubos.

- Gancho de Abrazadera.- Formado por un alambre 032 ó 036, que emerge de la par-

te mesial del primer molar, contornea este diente y, al salir hacia la parte vestibular, se acomoda para pasar por debajo del ecuador - de la corona, para luego volverse paralelo al borde gingival hacia la parte distal; también se puede hacer el gancho saliendo el alambre por distal y terminando en la parte mesial.

- Gancho de Cabeza de Flecha.- Es otro buen medio de anclaje; su construcción es más compleja, aunque actualmente las casas comerciales han producido unos alicates especiales para su confección. Va colocado también entre el espacio interdentario contra la papila gingival y - por debajo del ecuador coronario de los dientes vecinos.

En dientes anteriores colocaremos una placa de Hawley, la cual va de canino a canino, se construye con un alambre 032, se hace con alicates de doblar alambre grueso. Para construir el arco vestibular se hace primero, una incurvación al extremo del alambre - para que éste quede mejor retenido en la pasta; el alambre sale luego al vestíbulo, entre el canino y el primer premolar y se le hace - un acodamiento en forma de U de una altura que no sobrepasa mucho el borde gingival; las dos ramas de la U deben quedarse paralelas y la anterior corresponde más ó menos a la mitad de la cara vestibular - del canino; enseguida se dobla en ángulo recto el brazo anterior de la U a una altura que corresponda aproximadamente a la unión de los dos tercios gingivales de las coronas de los incisivos con el tercio inicial. A esta altura debe seguir el arco vestibular a lo largo - de las caras vestibulares de los cuatro incisivos, sin que sea necesario adaptarlo perfectamente a todas las sinuosidades de vestíbulo hasta llegar a la mitad mesodistal de la corona del canino del lado opuesto donde se hace otra U y el alambre vuelve a entrar a la parte lingual para quedar fijo en la placa por medio de otra curvatura del extremo del alambre.

A la altura de los caninos se coloca el asa, una vez - confeccionada, al igual que los ganchos y el aparato Hawley, se incrusta en la cera por medio de sus extremos, se enfrasca y se forma la placa con acrílico, siendo más indicado el transparente. Se puede usar, con idénticos resultados, el acrílico de polimerización inmediata, que no requiere encerado previo del modelo y curación al calor. Como estos aparatos se emplean mucho en la práctica ortodóntica, puede recomendarse su construcción con acrílicos de polimerización inmediata, que facilitan y acortan su confección y ofrecen las mismas cualidades de resistencia y duración que los de curación térmica.

APARATO PARA EL RESPIRADOR BUCAL PROTECTOR BUCAL.- Es

te tipo de protectores se hace de Plexiglas de 1/16 a 3/32 de pulgada (1.56 mm. y 2.34 mm., respectivamente) de espesor. Se ajusta al vestibulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector a las piezas se construye el protector sobre modelos articulados, manteniendo en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras éstos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel sobre el Plexiglas. Al calentar el Plexiglas, se puede, con unas tijeras, cortar fácilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar el Plexiglas a los modelos. Se enrolla una toalla mojada a los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con exactitud el protector a las piezas anteriores. El instrumento, ya terminado, deberá tocar sólo las piezas maxilares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y superior, 1/16 pulg. (1.56 mm.)

APARATO UTILIZADO PARA EL EMPUJE LINGUAL.- Es una variante del

aparato que se utiliza en el hábito de succionar el dedo, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una serie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual. Como el análisis del hábito de proyección lingual revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para el hábito de proyección lingual deberá intentar hacer ambas cosas:

- Elimina la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo, durante la deglución.
- Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua hacia atrás, dentro de los lími

tes de la dentición, ésta se expande hacia los lados, con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores, esto conserva la distancia interoclusal ó la aumenta, cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias y se corren con yeso. Se montan los modelos en un articulador. Los dientes superiores posteriores se recortan como en el aparato anterior. Se seleccionan las coronas apropiadas y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos.

La barra lingual en forma de U de aleación de níquel y cromo ó de acero inoxidable, de 0.010 pulgadas, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia el área de los caninos a nivel del margen gingival.

Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior hasta el canino 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. A continuación, 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.

Un extremo de la criba será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza número 139 ó similar, 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 inferiores, cuando los modelos se pongan en oclusión. No deberá haber contacto que pudiera interferir en la erupción de estos dientes. Una vez que cada proyección en forma de V haya sido cuidadosamente formada, de tal manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base, se le coloca bastante pasta para soldar a base de flúor y se sueldan al alambre base con suficiente soldadura de plata. El alambre base

mismo se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de limpiar y pulir, estamos listos para probarlo en el paciente.

APARATOS PARA LA SUCCION DE LABIOS.- Se hacen impresio-
nes de alginato,

superiores e inferiores y se corren en yeso. Para facilitar el manejo, los modelos pueden ser colocados en articuladores. Se recortan - los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma descrita anteriormente. Se hacen coronas completas o se colocan bandas de ortodoncia sobre los dientes pilares.

Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgada, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el - nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el in - ci - sivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada - para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados. Después de cruzar el espacio interproximal, el alam - bre base se dobla hasta el nivel del margen inicial labio lingual - que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alam - bre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el - editamiento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las - superficies linguales de los premolares. Debemos verificar cuidadosa - mente que la porción anterior del alambre (la porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto el alambre - base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival. El - alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los inci - sivos inferiores 2 ó 3 mm., para permitir que estos se desplacen ha - cia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel - y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.40 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre curva el nicho y llevándolo - gingivalmente 6 u 8 mm. A continuación este alambre se dobla y se - lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al - alambre de base; se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y - se suelda el alambre base.

La porción paralela del alambre deberá estar aproxima-
damante a 3 mm de los tejidos gingivales. A continuación, se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal. Después de lim

plarlo y pulirlo, el aparato podrá ser ajustado sobre los dientes.

Se ha hablado muy satisfactoriamente de la utilidad protectora del material Acra-Vac para protectores bucales.

Este material se presenta en hojas de 5 x 5 de 0,4 mm. de espesor. Se confecciona de colina el protector moldeado al ce cío sobre un modelo de yeso piedra del arco superior.

Se coloca la hoja de material en la máquina del molde do Acra-Vac, que ablanda el material con calor y lo adapta estrechamente al modelo yeso piedra. Se ca de 3 a 5 minutos, mediante vacío. Después de enfriado el material, se retira del modelo y se recortan los excedentes con tijeras fuertes. Se terminan y se pulen las bor des con carbundo fino y pómez húmeda en rueda manta.

Un hábito oral mal tratado o sin darle el debido interés puede ocasionar problemas, muchas veces irreparables en la salud dental del infante. - Por ello que es de gran importancia la cooperación de los padres con el dentista para así, poder interceptar oportunamente o a temprana edad cualquier hábito que llegara a presentarse.

La mal posición dentaria, por el mal hábito producida, no podrá ser corregido con la ortodocia mientras persista el mismo. Estos no deberán limitarse a la resolución ortodóntica, sino también a una cooperación con el pediatra, para considerar a el individuo en su aspecto psicoaomático.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PARA
EL NIÑO Y EL ADO-
LESCENTE.

Mc DONALD RALPH E

ODONTOLOGIA INFAN-
TIL

EWALD HARNDT
HELMUT WEYERS

ODONTOLOGIA PEDIA-
TRICA

FYNN SIDNEY

TRATADOS DE OCLU-
SION EN ODONTOPE-
DITRIA
ED. PANAMERICANA

BARNETT

TRATADOS DE ORTO-
DONCIA
FASCICULO I Y II

ANTONIO I GUARDO

TEMAS DE ODONTOLO-
GIA PEDIATRICA

LEYT SAMUEL

TRATADOS DE LA O-
CLUSION EN ODONTO-
PEDIATRIA
ED. PANAMERICAN

JOHN CHARLES BRAUER