



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

44

26j

CARACTERISTICAS Y TRATAMIENTO DE  
LOS HABITOS PERNICIOSOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARCO A. CACERES N.

MEXICO, D. F.

1987.



## **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.

# CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS PERNICIOSOS

## I N D I C E

|   | Pág.   |
|---|--------|
| INTRODUCCION  | ... 1  |
| I GENERALIDADES   |        |
| 1) Definición   | ... 3  |
| 2) Trifada del hábito                                       | ... 4  |
| II ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES           |        |
| 1) Factores generales                                       | ... 5  |
| 2) Factores locales   | ... 12 |
| 3) Clasificación según Angle                                | ... 19 |
| 4) Historia Clínica   | ... 26 |
| III TIPOS, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS PERNICIOSOS |        |
| HABITOS DE PRESION ANORMAL:                                 |        |
| A) Succión del pulgar                                       | ... 35 |
| B) Succión y mordida de labio                               | ... 44 |
| C) Hábito de lengua   | ... 51 |
| D) Deglución anormal (biberón)                              | ... 57 |
| E) Respiración bucal  | ... 62 |
| F) Hábitos masticatorios (onicofagia y queilofagia)         | ... 66 |
| G) Bruxismos y bricomanía                                   | ... 67 |
| CONCLUSIONES  | ... 71 |
| BIBLIOGRAFIA  | ... 73 |

I N T R O D U C C I O N

Todo integrante que se ocupa de la salud dental, debe de conocer e identificar las enfermedades de los dientes y tejidos adyacentes, así como los trastornos de la cavidad bucal en general.

Este conocimiento se basa sobre principios de patología y de conducta relacionados con las estructuras dentales y bucales.

El odontólogo puede observar fácilmente al paciente, por medio de exámenes sistemáticos cuidadosamente planificados, será capaz de identificar diversos estados anormales.

Uno de estos estados anormales son los hábitos perniciosos en la cavidad bucal.

A últimas fechas se ha reconocido la vital importancia de eliminar estos hábitos, ya que desde la infancia provocan alteraciones de maloclusión y alteraciones en la cavidad bucal en general.

El conocimiento respecto a la trascendencia que puede tener un mal hábito es poco conocido por las personas, a esto se le atribuye la poca importancia que se le da al caso y a las pocas personas que se atienden.

El cómo erradicar estos hábitos es de suma importancia, tanto para el odontólogo como para el paciente, ya que ambos tienen una relación conjunta y específica.

Es de suma importancia la localización del mal hábito así como su más pronta eliminación, ya sea en niños o en adultos; pues este tipo de anomalías pueden provocar además de las alteraciones antes mencionadas, problemas funcionales, psicológicos y estéticos.

En el transcurso de la historia, diversos investigadores han dedicado gran parte de su vida a los estudios correspondientes a maloclusiones, provocadas por las diferentes manifestaciones de un hábito pernicioso.

En 1921, el Dr. Hellman demostró que de 354 pacientes de maloclusiones (no especifica edad), 90 eran succionadores de lengua, de labio o digitales; observan clase II.

Más recientemente, en 1976, el Dr. Tani en un estudio con 2324 pacientes de 6 a 10 años de edad, encontró que 416 presentaban mordida abierta producida por hábitos perniciosos como son la succión del pulgar, hábito de chupón, etc.

En 1977, Garliner estudió un grupo de 985 niños con problemas de deglución atípica y maloclusiones, llegó a la conclusión de que estos 2 problemas estaban íntimamente ligados producidos por una alimentación materna deficiente.

Y así como en estas investigaciones, podemos encontrar que en cada caso de maloclusiones casi siempre estarán ligadas con un mal hábito oral.

Por consiguiente, este trabajo que a continuación presentaré, tiene por objeto mostrar los diferentes tipos de hábitos perniciosos existentes, así como su etiología, problemas maloclusales y muy en especial, los tratamientos para corregir este mal.

## CAPITULO I GENERALIDADES

Al contemplar los diferentes modelos de comportamiento, notamos la gran cantidad de hábitos que hemos venido desarrollando a lo largo de nuestra existencia. Esto ha sido advertido desde la antigüedad cuando Platón observó cómo el niño copiaba los hábitos de los adultos; asimismo, Rousseau pensaba que los hábitos eran consecuencia del ajuste psicológico del niño por las restricciones -- que le imponía la sociedad y su conocimiento de lo bueno y lo malo.

William James escribió: "Un hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga -- formado por el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes". (IV-283)

El diccionario odontológico define un hábito como la práctica o costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie. (III)

D.P. Walter opina que "el hábito surge por la influencia del medio ambiente sobre un patrón básico normal". (X-151)

El Dr. Thompson determinó que "la práctica fija, producida -- por la constante repetición de un acto" (II-121), constituyen un hábito.

Como podemos observar, existen diferentes conceptos sobre lo que es un hábito; sin embargo, notamos que casi todos los autores coinciden en que la acción debe ser repetitiva hasta hacerse cada vez más inconsciente. Dicha acción puede ser provocada por distintas actividades de conducta o de algún otro tipo, dando por resultado la tendencia a alterar el equilibrio de la boca.

Dicho equilibrio consiste en la interrelación correcta de -- dientes y arcadas, así como de fuerzas musculares intraorales y ex traorales con musculatura bucal, peribucal y el sistema nervioso - central y periférico.

La triada del hábito son aquellos factores que constituyen y modifican al hábito. Esta triada está constituida por;

**DURACION.**- Es el tiempo que lleva establecido el hábito.

**FRECUENCIA.**- Es la cantidad de veces que el hábito se realiza o repite en un cierto tiempo.

**INTENSIDAD.**- Es la fuerza con que se ejecuta el hábito.

Para comprender mejor las funciones de esta triada del hábito, pondré un ejemplo con el hábito de chuparse el dedo.

En este hábito, la duración más allá de la infancia provocaría maloclusiones más severas, que si solo hubiera desarrollo este hábito en su niñez. Esté factor no es determinante.

Igualmente importante son los otros dos factores, ya que la - frecuencia del hábito durante el día y la noche, causarán más daño, que en aquellos que lo realicen solo durante el día o durante la - noche.

La intensidad de este hábito es de gran importancia, ya que - en algunos niños el ruido que hacen al chuparse el dedo puede escu charse a distancias considerables como es de una habitación a otra.

Estos, por lo tanto, constituyen el trío de factores que debe rán de ser considerados antes de realizar un tratamiento.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA Y CALSIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

Antes de comenzar este capítulo, será necesario conocer el -- concepto de etiología, así como los factores que causan las malocclusiones.

La palabra etiología tiene dos raíces: (Del gr. aitia = causa y logos = tratado) f. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades. (VIII)

Por lo tanto, al hablar en este capítulo sobre etiología, nos referiremos a todas las causas que provocan una maloclusión.

Estas causas las encontramos divididas en dos grupos: Los factores generales y los factores locales.

#### 1.- FACTORES GENERALES

Entre los factores generales es de gran importancia la genética. Ya que al acumular y conocer el complicado comportamiento de los genes, especialmente los que determinan las características en nuestro campo de trabajo, podremos aislar las causas reales de la maloclusión dentaria.

##### A) HERENCIA

Es lógico pensar que los hijos siempre o casi siempre heredan algunas características de los padres. Estas características pueden ser modificadas por el ambiente prenatal y posnatal, entidades físicas, presiones, hábitos anormales, etc.

La combinación o característica hereditaria dada por nuestros padres nos hacen ser diferente uno de otro, aunque el producto final puede ser o no armonioso.

Es de gran importancia comprender que al estudiar el papel -- que desempeña la herencia en la etiología de la maloclusión dentaria encontraremos un sin fin de problemas, ya que las características dentales, como las características faciales, serán un producto de probabilidades.

Por ejemplo: En los grupos raciales homogéneos la frecuencia de maloclusiones es baja, muy distinto a aquellos grupos en los -- que ha habido mezcla de razas con discrepancias muy notorias en tamaño y forma de los maxilares y órganos dentarios; por lo tanto, - en estos grupos los trastornos oclusales serán mayores.

Lundstrom realizó un intenso análisis de las características morfológicas hereditarias y dentofaciales específicas, y concluyó que la herencia puede ser significativa en la determinación de las siguientes características:

- 1.- Tamaño de los dientes.
- 2.- Anchura y longitud de la arcada.
- 3.- Altura del paladar.
- 4.- Apiñamiento y espacios entre los dientes.
- 5.- Grado de sobremordida sagital (sobremordida horizontal).

#### B) DEFECTOS CONGENITOS

##### Paladar y labio hendidos

Los defectos congénitos o de desarrollo, por lo general po---

seen una fuerte relación genética.

Varios estudios indican que de cada 700 niños vivos, uno tiene el problema del paladar y labio hendido al nacer.

Otros estudios han revelado que, de una tercera parte a la mitad de todos los niños con este defecto congénito, poseen antecedentes familiares de esta anomalía.

Para el dentista, la maloclusión que presenta este tipo de paciente es un reto muy grande, ya que compensar las anomalías presentes así como las posquirúrgicas son de un grado de dificultad muy significativo.

En el caso de un paciente con hendidura unilateral, los dientes en el lado de la hendidura se encuentran muchas veces en mordida cruzada lingual con relación a los antagonistas inferiores; muchas veces, la premaxila se encuentra desplazada hacia adelante o, debido a un labio ajustado, toda la estructura premaxilar es desplazada en sentido lingual. Los incisivos superiores en este tipo de problema con frecuencia ocupan lugares inconvenientes, con inclinaciones axiales anormales. En esta zona de la hendidura, los dientes con frecuencia se encuentran en desorden. Puede faltar el incisivo lateral superior presentar forma atípica o poseer un gemelo.

Otros defectos congénitos

1. Parálisis cerebral.- La parálisis cerebral es una falta de coordinación muscular atribuida a una lesión intracranal.

En lo que se refiere al dentista, los defectos de este trastorno neuromuscular pueden observarse en la integridad de la oclu-

sión. En este caso, los tejidos presentan su condición normal pero el paciente, debido a su falta de control motor, no sabe emplear los correctamente.

Las anomalías de función pueden presentarse al masticar, deglutir, respirar y hablar. Esto provoca que las actividades no controladas trastornen el equilibrio muscular necesario para el establecimiento o mantenimiento de la oclusión normal.

Por lo tanto, los hábitos de presión anormales resultantes crean maloclusiones.

2. Torticollis.- Este padecimiento también provoca maloclusiones. Está dado por las fuerzas musculares anormales, en donde el acortamiento del músculo esternocleidomastoideo sufre cambios profundos en la morfología ósea del cráneo y cara, ya que siempre que exista una lucha entre músculo y hueso, cede este último.

Es de gran importancia que se trate este problema lo más rápido posible, pues de lo contrario puede provocarse una asimetría facial con maloclusión dentaria incorregible.

3. Disostosis cleidocraneal.- La disostosis cleidocraneal es otro defecto congénito que por lo general es heredado, y que también provoca maloclusiones.

Puede haber falta completa o parcial unilateral o bilateral de la clavícula, junto con el cierre tardío de las suturas del cráneo, retrusión del maxilar inferior y protusión del maxilar inferior. Hay erupción tardía de los dientes permanentes, y los dientes deciduos permanecen mucho tiempo hasta la edad madura. Las raíces de los dientes permanentes son por lo general cortas y delgadas, así como la presencia de dientes supernumerarios.

4. Sífilis congénita.- Esta enfermedad no es muy común, pero aún se presenta en las actualidades. La presencia de dientes en forma anormal así como en mala posición, son características de esta enfermedad provocando así una maloclusión congénita.

### C) MEDIO AMBIENTE

1. Influencia prenatal.- Las maloclusiones también son provocadas por una influencia prenatal, como pueden ser: la posición --uterina, fibromas de la madre, lesiones amnióticas, dieta materna y el metabolismo, anomalías inducidas por drogas, fármacos mal empleados, varicela, traumas o daños, etc.

Entre las más agresivas para la maloclusión, encontramos la --postura anormal del feto, fibromas maternos, la rubeóla y los medicamentos tomados durante el embarazo, ya que provocan además de lo antes mencionados asimetría del cráneo y de la cara, así como cualquier otro tipo de anomalías congénitas importantes aparte de esta maloclusión.

2. Influencia posnatal.- Aunque menos frecuentes, pero más --capaces de provocar maloclusiones, son la infinidad de los accidentes que ocurren produciendo presiones indebidas sobre la dentición en desarrollo.

Las caídas que provocan fractura condilar pueden provocar asimetría facial marcada, las fracturas por traumatismos severos, cicatrización de una quemadura, etc., son los principales accidentes que forman estas maloclusiones.

#### D) CLIMA O ESTADO METABOLICO Y ENFERMEDADES PREDISPONENTES

Las enfermedades febriles son algunas de las tantas causas -- que provocan maloclusiones, así como retrasar temporalmente el ritmo del crecimiento y desarrollo.

Una de estas enfermedades son las endocrinas; entre éstas encontramos las paralizantes, como poliomielitis, en donde por lo general se observan maloclusiones extrañas.

Otra de estas enfermedades son las que tienen una disfunción muscular, como distrofia muscular y parálisis cerebral, las cuales provocan efectos deformantes característicos en las arcadas dentarias.

Los trastornos marcados de la hipófisis, paratiroides e hipotiroidismo, se presentan muy comúnmente ligados con la resorción anormal, erupción tardía y trastornos gingivales, proporcionando al paciente una maloclusión.

#### E) PROBLEMAS DIETETICOS (DEFICIENCIAS NUTRICIONALES)

Este tipo de problema se debe principalmente a la mala utilización de los alimentos ingeridos y no a la poca ingestión de éstos.

Entre las deficiencias nutricionales encontramos el raquitismo, escorbuto y beriberi. Dando por consiguiente alteraciones, como son: la pérdida prematura de los dientes, retención prolongada de los mismos, así como mal estado en los tejidos gingivales.

Todas estas alteraciones dan por consiguiente una maloclusión dentaria.

Una de las principales causas que provocan una maloclusión, - está dada por los hábitos.

Entre los hábitos que dan lugar a estas maloclusiones, encontramos la succión del pulgar, succión y mordida del labio, hábito de lengua, deglución anormal, respiración bucal, hábitos masticatorios, así como el bruxismo y bricomanía.

Estos hábitos también pertenecen a los factores generales, -- los cuales serán explicados y analizados posteriormente.

#### F) ACCIDENTES Y TRAUMAS

Es posible que los accidentes sean un factor más significativo en la maloclusión que lo que generalmente se cree.

Al aprender el niño a caminar y a gatear, la cara y las áreas de los dientes reciben muchos golpes que no son registrados.

Tales experiencias traumáticas desconocidas pueden explicar - muchas anomalías eruptivas idiopáticas.

Los dientes deciduos desvitalizados poseen patrones de resorción anormales y, como resultado de un accidente inicial, pueden - desviar los sucesores permanentes.

#### G) POSTURA

Se cree que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusión, así mismo en los niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de --- crear su propia retrusión del maxilar inferior.

## 2.- FACTORES LOCALES

Los factores locales, son aquellos que están relacionados inmediatamente con la dentición, dando lugar a maloclusiones severas.

### A) ANOMALIAS EN EL NÚMERO DE LOS DIENTES

Las variaciones en el número de los dientes es un factor muy común para la formación de las maloclusiones.

El motivo de estas anomalías es debido a factores hereditarios, así como las congénitas.

Dientes supernumerarios. - No existe un tiempo definido en que comienzan a desarrollarse los dientes supernumerarios. Pueden formarse antes del nacimiento o hasta los 10 ó 12 años de edad.

Va a existir una anomalía que va a ser dada en un aumento de las piezas dentarias; si se trata de la dentición primaria serán más de 20, y si se trata de la permanente será más de 32.

Los dientes supernumerarios se presentan con mayor frecuencia en el maxilar superior, aunque pueden aparecer en cualquier parte de la boca.

Un diente supernumerario visto con frecuencia es el mesiodens, que se presenta cerca de la línea media, en dirección palatina a los incisivos superiores. Generalmente, es de forma cónica y se presenta solo o en pares.

Estos mesiodens, pueden presentarse erupcionados o sin erupcionar. Cuando se presentan sin erupcionar se pueden presentar invertidos.

Otra de las anomalías que proporcionan los dientes supernumerarios, es la frecuencia con que sucede la desviación o falta de erupción de los incisivos permanentes superiores, ya que estos -- dientes, ocupan el lugar del diente faltante o el diente desviado.

Dientes faltantes.- Esta ausencia puede ser total o parcial - de piezas dentarias, este tipo de anodoncia se cree que es de origen hereditario, así como de alguna falta congénita.

La falta de dientes es igual en los dos maxilares. En tanto que esta ausencia es mayor en la dentición permanente comparándola con la temporal.

Los dientes que más faltan son: 1) terceros molares superiores e inferiores; 2) incisivos laterales superiores; 3) segundo premolar inferior; 4) incisivos inferiores, y 5) segundos premolares inferiores.

Entre otras de las causas de dientes faltantes están los accidentes como son: el contacto con la cabeza de alguna persona, algún golpe, etc.

#### B) ANOMALIAS EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES

El tamaño de los dientes es determinado principalmente por la herencia.

Entre estas anomalías encontramos la Microdoncia: Es el diente más pequeño de lo normal. Esta se divide en 3:

Verdadera.- Está dada por arcada superior e inferior, en su totalidad de dientes más pequeños.

Relativa. - Se trata de maxilar más grande de lo normal y dientes pequeños.

Unidental. - Se presenta por lo regular en la dentición permanente principalmente en laterales superiores de ambos lados, bilateral o unilateralmente, en los terceros molares tanto superior como inferior.

La forma de la corona en laterales superiores está en forma de clavija o cono, y en sus caras mesial y distal no son paralelos y convergen en un solo punto.

Otra de éstas anomalías es la Macrodoncia: Es el diente más grande de lo normal y su división es igual que la anterior.

Verdadera. - Presentar dientes más grandes de lo normal, tanto en maxilar como en mandíbula.

Relativa. - Se presenta un maxilar pequeño y dientes más grandes de lo normal.

Unilateral. - Es difícil de encontrarlos en ambas denticiones, pero se presenta más comúnmente en la permanente de los primeros y los segundos molares inferiores.

Muchas veces, un diente se puede ver normal, tanto en tamaño como en configuración, mientras que el del otro lado es más pequeño o más grande.

En ocasiones, las aberraciones en el desarrollo pueden presentarse con uno o más dientes en forma anómala o unidos a un diente vecino. El aumento significativo en la longitud de la arcada no puede ser tolerada y se presenta maloclusión.

### C) ANOMALIAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES

Las anomalías en la forma de los dientes siempre están relacionadas con las anomalías de tamaño. Entre las más frecuentes en contramos la del lateral en forma de clavo.

Debido a su pequeño tamaño, se presentan espacios demasiado grandes en el segmento anterior superior.

La presencia de un cingulo exagerado o de bordes marginales amplios pueden desplazar los dientes hacia labial e impedir el establecimiento de una relación normal de sobremordida vertical y ho rizontal.

El segundo premolar inferior también muestra gran variación en tamaño y forma. Puede tener una cúspide lingual extra, que generalmente sirve para aumentar la dimensión mesiodistal.

Otras anomalías de forma se presentan por defectos de desarrollo, como amelogénesis imperfecta, hipoplasia, germinación descendente, odontomas, fusiones y aberraciones sifilíticas congénitas como incisivos de Hutchinson y molares en forma de frambuesa.

### D) PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS

Los dientes deciduos, son de gran importancia aun para la --- erupción de los órganos dentarios permanentes, ya que son mantenedores de espacio y guías de los mismos, al igual que ayudan a mantener los dientes antagonistas en su nivel oclusal correcto.

La importancia de reconocer las posibilidades de aliviar una maloclusión por la extracción prematura de los dientes deciduos -- también es importante.

La extracción prematura de los dientes deciduos posteriores - debido a caries puede causar maloclusión, salvo que se utilicen -- mantenedores de espacio.

La pérdida prematura de una o más unidades dentarias, puede - desequilibrar el itinerario dedicado e impedir que la naturaleza - establezca una oclusión normal y sana.

La pérdida prematura de los dientes permanentes, es un factor etiológico de maloclusión tan importante como la pérdida de los -- dientes deciduos.

#### E) RETENCION PROLONGADA Y RESORCION ANORMAL DE LOS DIENTES DECIDUOS

La retención prolongada de los dientes deciduos también constituye un trastorno en el desarrollo de la dentición, así como la interferencia mecánica puede hacer que se desvíen los dientes permanentes en erupción hacia una posición de maloclusión.

Si las raíces de los dientes deciduos no son absorbidas adecuadamente, uniformemente y a tiempo, los dientes de la segunda -- dentición o permanentes, pueden ser afectados y no habrá erupción al mismo tiempo que los mismos dientes hacen erupción en otros segmentos de la boca, o pueden ser desplazados a una posición inadecuada.

Aun cuando los dientes deciduos parecen exfoliarse a tiempo, debemos de observar al paciente hasta que hagan erupción los dientes permanentes, ya que algunas veces, son retenidos fragmentos de raíces deciduas de los alveolos, los cuales, si no son reabsorbidos, pueden desviar el diente permanente y evitar el cierre de los contactos entre los dientes permanentes.

## F) ERUPCION TARDIA DE LOS DIENTES PERMANENTES

Se cree que está asociado con algún mal sistémico o por factores ambientales, en ocasiones se ha observado que los rayos X en un recién nacido o en la madre durante la gestación, puede traer como consecuencia un retardo en el brote del diente, también está ligado con el raquitismo o la diostosis cleidocraneal, también puede estar afectada por fibrosis gingival la cual, en esta anomalía, se tendrá que ayudar al paciente para que erupcione la pieza dentaria, por medio de una incisión en forma de cruz.

La pérdida prematura de un diente deciduo puede requerir observación cuidadosa de la erupción del sucesor permanente, se haya o no colocado un mantenedor de espacio, ya que en ocasiones se forma una cripta ósea en la línea de erupción del diente permanente. Al igual que con la barrera de tejido, impide la erupción del diente.

Otra de estas razones de erupción tardía, está dada por la poca fuerza eruptiva, en donde el tejido puede frenar la erupción del diente, durante un tiempo considerable. Como la formación radicular y la erupción van de la mano, este retraso reduce aún más la fuerza eruptiva.

## G) VIA ERUPTIVA ANORMAL

Al enumerar todas las posibles causas de maloclusión, no se puede olvidar la posibilidad de que exista vía anormal de erupción.

Una causa posible es un golpe. De esta manera un incisivo deciduo puede quedar incluido en el hueso alveolar, y aunque haga erupción posteriormente, puede obligar al sucesor en desarrollo a tomar una dirección anormal.

La interferencia mecánica causada por el tratamiento de ortodoncia también puede provocar un cambio en la vía de erupción, al igual que los quistes y erupciones ectópicas.

Esta última, en su forma más frecuente, el diente permanente en erupción a través del hueso alveolar provoca resorción en un diente decíduo o permanente contiguo, y no en el diente que reemplazará.

#### H) ANQUILOSIS

En este fenómeno, el diente se encuentra pegado al hueso circundante, mientras que los dientes contiguos continúan sus movimientos de acuerdo con el crecimiento y desarrollo normales.

La anquilosis posiblemente se debe a algún tipo de lesión, lo que provoca perforación del ligamento periodontal y formación de un puente óseo, uniendo el cemento y la lámina dura.

Clinicamente se observa como un diente sumergido, en tanto que los otros dientes hacen erupción y el diente anquilosado no; si es dejado el diente anquilosado, puede ser cubierto por los tejidos en crecimiento y los dientes contiguos pueden ocupar este espacio, encerrando al diente al hacerlo.

Los dientes permanentes también pueden estar anquilosados. Los accidentes o traumatismos, así como ciertas enfermedades congénitas y endocrinas como disostosis cleidocraneal, pueden predisponer a un individuo a anquilosis.

## 1) CARIES DENTAL

La caries dental se puede considerar como uno de los muchos factores locales de la maloclusión, ya que conduce a la pérdida prematura de los dientes deciduos o permanentes, desplazamiento subsecuente de dientes contiguos, inclinación axial anormal, sobreerupción, resorción ósea, etc.

Es indispensable que las lesiones cariosas sean reparadas, no sólo para evitar la infección y la pérdida de los dientes, sino para conservar la integridad de las arcadas, así como una mejor oclusión.

## J) RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS

Las restauraciones inadecuadas, también son causas indirectas para formar una maloclusión ya que, por ejemplo: Una restauración temporal mal colocada, en ocasiones ha sido capaz de mover los dientes hasta una posición de mordida cruzada. Así como las restauraciones proximales desajustadas, son capaces de crear interferencia y giroversión subsecuente.

Los contactos proximales muy apretados crean secuelas desfavorables para este efecto.

## 3.- CLASIFICACION SEGUN ANGLE

La posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de la oclusión son determinados por procesos del desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas durante los períodos de formación, crecimiento y modificación posnatal. La oclu

si3n dentaria varía entre los individuos, según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de la erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y patr3n de crecimiento craneofacial.

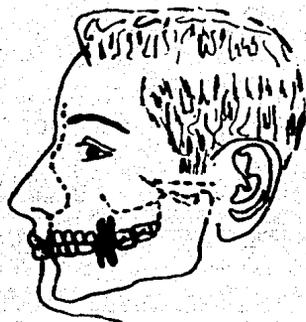
El estudio de la oclusi3n se refiere no solamente a la descripci3n morfol3gica; penetra en la naturaleza de las variaciones de los componentes del sistema masticatorio y considera los efectos de los cambios por edad, modificaciones funcionales y patol3gicas. La variaci3n en la dentici3n es el resultado de la interacci3n de factores gen3ticos y ambientales que afectan tanto al desarrollo prenatal como a la modificaci3n posnatal.

Para estudiar los diferentes tipos de oclusi3n existen diferentes clasificaciones. Sin embargo, la clasificaci3n m3s utilizada es la que present3 Edward H. Angle en 1899.

Este sistema o clasificaci3n se basa en las relaciones antero posteriores de ambos maxilares. Originalmente, Angle lo limit3 a la relaci3n de la mandíbula con el arco dental superior.

Hoy se usa generalmente para relacionar la mandíbula con los maxilares. M3s específicamente, la relaci3n entre los primeros molares permanentes maxilares y mandibulares. O sea, la base de la clasificaci3n de Angle fue su hip3tesis de que el primer molar era la "clave de la oclusi3n".

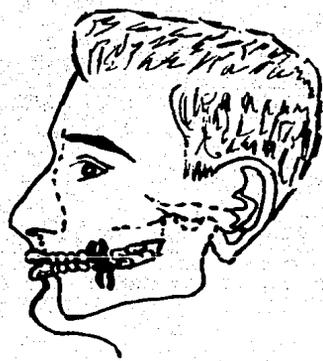
Angle dividi3 la maloclusi3n en tres clases amplias: Clase I (neutroclusi3n), Clase II (distoclusi3n) y Clase III (mesioclusi3n). (Fig. 1)



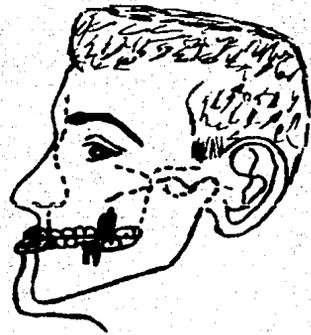
CLASE I



CLASE II Division I



CLASE II  
Division II



CLASE III



OCCLUSION IDEAL

Lo que hizo en realidad Angle, fue categorizar la maloclusión por síndromes, creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloclusión en cada clase.

#### CLASE I

Aquellas maloclusiones en las que se observa una relación anteroposterior normal entre los maxilares y la mandíbula pertenecen a esta clase.

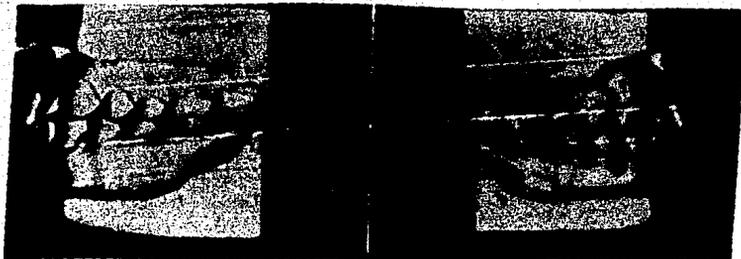
La consideración más importante aquí es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, -- con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Por lo tanto, las bases óseas de soporte superior e inferior se encuentran -

en relación normal.

Dentro de esta clasificación se encuentran las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes. Por lo general, suele existir -- función muscular normal con este tipo de problema.

En esta clasificación también encontramos a los dientes en posición anterior fuera de contacto, incluso durante la oclusión habitual. A esto se le llama "mordida abierta anterior".

Este tipo de mordida abierta también la podemos encontrar en los dientes posteriores. (Foto 1)



Maloclusión Clase I

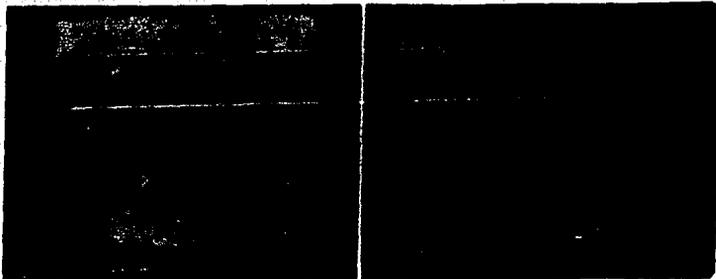
## CLASE II

En este grupo, la arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior, dada por la relación de los primeros molares.

El surco mesiovestibular del primer molar inferior ya no recibe a la cúspide mesiovestibular en el primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

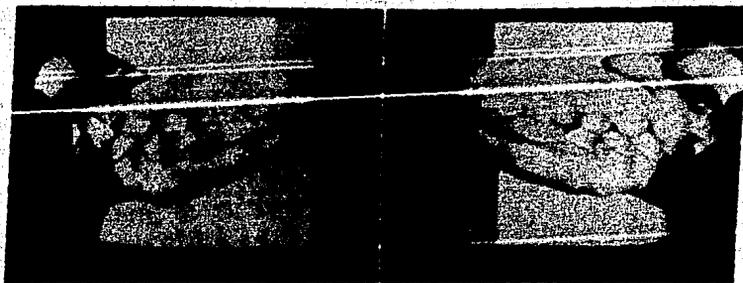
Existen dos divisiones de la maloclusión de clase II.

DIVISION I.- Es la distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión exagerada. (Foto 2)



Maloclusión Clase II Div. I

DIVISION II.- Es la distoclusión en la que los incisivos centrales superiores son casi normales en su relación anteroposterior o presentan linguoversión ligera, mientras que los incisivos laterales superiores se han inclinado labial y mesialmente. (Foto 3)



Maloclusión Clase II Div. II

### CLASE III

En esta clase, el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior.

Constituyen a esta clase aquellas maloclusiones en las que existe una relación mesial entre el maxilar y la mandíbula.

La fisura mesial del primer molar permanente mandibular se articula anteriormente con la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

En la mayor parte de las maloclusiones de la clase III, los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia el aspecto lingual, a pesar de la mordida cruzada. (Foto 4)



Maloclusión Clase III

## HISTORIA CLINICA PARA HABITOS ORALES

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Anomalías congénitas \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

H O G A R

Hermanos: Núm. de hermanos \_\_\_\_\_

Edades de los hermanos \_\_\_\_\_

Niño vive con: Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Otro \_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Otros en el hogar \_\_\_\_\_

Carácter del padre \_\_\_\_\_

Carácter de la madre \_\_\_\_\_

Problemas con los padres y el niño \_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO SOCIAL

Tipo de personalidad \_\_\_\_\_

Hábitos de juego \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje \_\_\_\_\_

Relación con los amigos \_\_\_\_\_

SALUD GENERAL

Cómo es su estado de salud en general \_\_\_\_\_

Está bajo algún tratamiento \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia presenta resfriados \_\_\_\_\_

Otras enfermedades menores presentadas \_\_\_\_\_

Cómo se presenta bajo tensión: Antagonista \_\_\_\_\_

Dócil \_\_\_\_\_ Defensiva \_\_\_\_\_

ALIMENTACION

Alimentación por pecho \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

Edad al destete \_\_\_\_\_ meses.

Lactancia por biberón \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Meses \_\_\_\_\_ Edad al destete \_\_\_\_\_ meses.

Alimentación actual: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

HABITOS DE SUEÑO

Siestas, regularidad, duración, posición \_\_\_\_\_

De noche, cantidad, horas, frecuencia de las interrupciones, normalidad, etc. \_\_\_\_\_

W. C.

Cuándo empezó a controlar sus esfínteres \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia moja su cama \_\_\_\_\_

Tiene completo control de esfínteres \_\_\_\_\_

HABITOS

Qué tipo de hábitos practica \_\_\_\_\_

Lo acompaña otro hábito \_\_\_\_\_

Presenta cambios de color, consistencia o callosidades en algún de  
do o mano \_\_\_\_\_

Presenta profundidad del paladar duro \_\_\_\_\_

Edad en la que comenzó el hábito \_\_\_\_\_

Aún continúa \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Noche \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Mirando TV. \_\_\_\_\_

Métodos utilizados para controlar el hábito \_\_\_\_\_

Conocimiento del hábito por el niño \_\_\_\_\_

Respira por la nariz y con la boca cerrada siempre \_\_\_\_\_

Detecta dificultades respiratorias controlando la respiración y el  
paso del aire \_\_\_\_\_

Observar tipo de deglución y posición de la lengua \_\_\_\_\_

Lesión en los labios \_\_\_\_\_

Corresponden su dicción y su edad \_\_\_\_\_

Presenta mordeduras en los carrillos \_\_\_\_\_

Abre pasadores con los dientes \_\_\_\_\_

Introduce cuerpos extraños en su boca \_\_\_\_\_

Presenta indicios de algún hábito masoquista \_\_\_\_\_

Se come las uñas con frecuencia \_\_\_\_\_

Ejerce presiones dañinas en su boca al dormir, estudiar o períodos  
prolongados \_\_\_\_\_

ACTITUD CLINICA

|  |    |    |
|--|----|----|
| El paciente tiene más de 3 años de edad  | si | no |
| Está ocasionando problemas familiares el hábito  | si | no |
| Este hábito está aumentando de intensidad, frecuencia y duración   | si | no |
| Está capacitado por su edad y capacidad de discernimiento para entender los daños que le pueden causar su mal hábito | si | no |
| El hábito se presenta durante todo el día  | si | no |
| Quiere eliminarlo espontáneamente  | si | no |
| El hábito está causando una maloclusión  | si | no |
| Está causando este hábito la formación de otros  | si | no |
| Los padres están dispuestos a utilizar medios ortodónticos en el tratamiento del hábito                              | si | no |
| Presenta buena salud el niño   | si | no |
| Psicológicamente se encuentra en buenas condiciones  | si | no |

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, ya que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende.

Los hábitos de presión anormal pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales. Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos.

#### CLASIFICACION DE LOS HABITOS ANORMALES

En 1957 encontramos la clasificación de los hábitos anormales correspondientes a la literatura odontológica:

- A) Succión del pulgar
- B) Succión y mordida del labio
- C) Hábito de lengua
- D) Deglución anormal (biberón)
- E) Respiración bucal
- F) Hábitos masticatorios (onicofagia y queilofagia)
- G) Bruxismo y Bricomanía

#### CONTROL Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS ANORMALES

Para todo control y tratamiento de los hábitos anormales, deben de tomarse en cuenta una serie de pasos como son:

- 1) Historia clínica
- 2) Modelos de estudio
- 3) Serie radiográfica,

y en algunos casos fotografías de la cara 4) La aparatología adecuada.

### MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son el medio por el cual podemos registrar en una forma precisa una situación determinada en un momento dado. También son auxiliares valiosos cuando deseamos explicar a nuestro paciente el procedimiento de nuestro tratamiento, así como cuando deseamos discutir el caso con otros especialistas, con otro paciente con problemas similares, además son de gran utilidad para correlacionar los datos obtenidos de las radiografías intraorales y cefalométricas.

Las razones por las cuales se toman modelos de estudio son -- las siguientes:

- 1) Para un fichado ordenado del caso.
- 2) Como ayuda para el diagnóstico para seguir el movimiento dentario durante el tratamiento.
- 3) Para explicar a los pacientes el tratamiento y el pronóstico.
- 4) Para la investigación.

Para obtener los modelos de estudio se requiere tomar una impresión fiel de la boca del paciente que debemos de correr en yeso, para obtener así un positivo de la boca de nuestro paciente.

Debemos cuidar que los modelos no estén llenos de burbujas, - ya que modificarían los datos registrados.

Es conveniente recortar los modelos para que la articulación

correcta sea visible y puedan reproducirse fácilmente.

Una vez que tenemos los modelos, deberemos de registrar la -- oclusión en cera para articular los modelos, al hacerlo hay que tomar en cuenta el plano oclusal y el tipo de articulador; es necesario colocar el plano oclusal superior del modelo paralelo a la su-perficie de la platina, o tener la referencia a la inclinación del plano de Frankfort, al hacer esto se obtendrá una inclinación --- aproximada del plano oclusal en la cara del paciente; debemos de - tomar en cuenta las marcas indicadoras que tiene la platina para - la línea media y borde incisal de los incisivos centrales superiores, así como el vástago incisal y además los aditamentos que ten- ga el articulador.

Entre los datos que podemos obtener de los modelos de estudio, generalmente vamos a obtener y a confirmar los resultados obteni- dos en el examen bucal. Así como dientes presentes en la boca del paciente, pérdida prematura o retención prolongada de dientes tem- porales, malposición, giroversión, falta de espacio, diastemas, -- frenillos, inserciones musculares, presencia de espacios primates, tipo de oclusión, forma de las arcadas, correspondencia en forma y tamaño de los maxilares, podemos observar y medir los maxilares, - los daños causados por ejemplo, por presiones inconvenientes en el paladar y migración apical de las encías, sobre la erupción, exist- encia de puntos prematuros de contacto, etc.

#### RADIOGRAFIAS

Las radiografías son elementos indispensables en la elabora- ción de un buen diagnóstico, ya que por medio de imágenes bidimen- sionales capturan la corona, cuello y raíz, ápice de la raíz y es- tructuras circundantes.

Específicamente, el diagnóstico de los hábitos bucales son de gran ayuda porque nos permiten observar el estado del hueso de soporte sujeto a presiones dañinas, para ver si se ha producido alguna alteración en la alineación de los dientes permanentes y la oclusión cuando hagan erupción; también podemos detectar alguna fractura de raíz de los incisivos permanentes superiores, ya que en el hábito de succión suelen inclinarse labialmente colocándose en una posición especialmente sensible a fracturas accidentales.

#### FOTOGRAFIAS DE LA CARA

La fotografía como medio para el diagnóstico puede ser: extraorales de frente o perfil e intraorales; nos ayudan a confirmar los datos ya obtenidos previamente con los otros registros.

Otro dato muy importante es que éste será el registro de la forma de la cara, inclinación de la frente, etc., que debe corresponder al tipo de arcada. Y en el tratamiento empleado para romper el hábito y rehabilitar al paciente deben tomarse muy en cuenta, ya que si un paciente tiene perfil convexo al igual que su padre y hermanos, no deberemos tratar de cambiarlo por un perfil recto.

Además por medio de ellas contamos con un registro gráfico del aspecto del paciente antes de empezar el tratamiento y posterior a él para mostrar al paciente los cambios obtenidos.

#### CONTROL Y TRATAMIENTO

Tomando en cuenta los datos obtenidos del diagnóstico, podremos realizar el plan de tratamiento que más convenga a nuestro paciente.

Sin embargo, cualquiera que sea el procedimiento que hallamos decidido emplear, hay que tomar en cuenta cómo se forma un hábito para conocer su trayectoria e invertirla, así como su etiología, - es decir, utilizar el método y aparatología necesaria en cada caso.

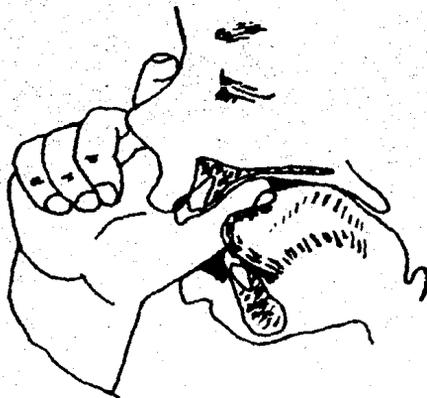
## CAPITULO III

## TIPOS, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS PERNICIOSOS

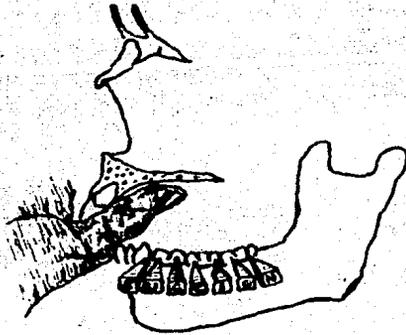
## HABITOS DE PRESION ANORMAL:

## CHUPETEO DEL PULGAR U OTROS DEDOS

La mayor parte de los niños presentan durante algún tiempo -- chupeteo digital, pero la mayoría de estos hábitos desaparecen alrededor de los 4 años. El niño lo acostumbra en vez de la mamila cuando está hambriento o cansado, y como un consuelo después de un regaño. El tipo de maloclusión que se desarrolla depende de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos, y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo. La mordida abierta constituye en la región anterior de los arcos el problema clínico más frecuente. (Fig. 2)



La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano e del br zo la fuerza continuamente a adoptar una posición en retrusión. Cuando los incisivos son empujados labialmente y la -- lengua está mantenida contra el paladar. La fuerza de los múscu-- los de los carrillos, que origina la succión, produce la contrac-- ción del arco maxilar. (Fig. 3)



Al producirse estas alteraciones en los maxilares, a menudo - se hace imposible que el piso nasal baje a la posición deseada. El labio superior se vuelve hipotónico, al inferior se le ve aprisionado bajo los incisivos maxilares y de este modo se establece la - deformación. Algunas maloclusiones por hábito de chupeteo pueden corregirse por sí mismas al interrumpirse dicho hábito; pero por - desgracia, muchas necesitan tratamiento ortodóntico. Si el hábito continúa por cierto tiempo, pueden acompañarse de otros. Son hábi- tos accesorios típicos, como estirar un mechón de pelo, acariciar- se la nariz con el dedo índice, o dar tirones al lóbulo de la ore- ja.

Muchos niños muestran dificultades para dormirse a menos que se chupen el pulgar u otro dedo y se les permite, al mismo tiempo, acariciar ciertos juguetes de lana favorito o hasta algún trapo -- viejo suave.

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, parece ser el tipo de -- chupeteo más relacionado con las maloclusiones. Además de la fuerza del chupeteo existen añadidos otros factores, la duración, la frecuencia y la posición del dedo. También influye el tipo de patrón facial. Un perfil recto de oclusión clase I firme parece --- aguantar mejor las fuerzas de chupeteo que un esqueleto facial típico clase II.

Se piensa que los hábitos de chupeteo están íntimamente relacionados con el acto de amamantamiento. El chupeteo sin relación con el proceso de la alimentación es un desarrollo natural, puesto que en el niño una de las primeras actividades musculares coordinadas es la reacción mano-boca alrededor de los 2 ó 3 meses. El pulgar parece estar mejor situado y es más adecuado en la actividad -- no alimentaria de chupeteo. No debe olvidarse el efecto tranquilizador del hábito. El niño que chupa su pulgar y tira de una manta suele cerrar sus ojos y abandonarse pacíficamente tal como lo hace el niño en el regazo materno. Este efecto apaciguador hay que tomarlo en cuenta, porque se usa frecuentemente al poner al lactante en la cama, ya que facilita que se duerma.

Puede deducirse fácilmente que los lactantes, crónicamente -- ansiosos, encontrarán un gran refugio en esta actividad que, efectivamente, diluye y reduce su ansiedad. Por lo tanto, el hábito -- se observará con más frecuencia cuando hay una falta de armonía en

la relación materno-infantil.

Los aspectos clínicos del problema se dividen en tres fases - del desarrollo:

#### Fase I.- CHUPETEO NORMAL Y DE SIGNIFICACION SUBCLINICA

Esta fase comprende de los tres meses a los cuatro años. La mayor parte de los niños se chupan el pulgar u otro dedo durante - este período, particularmente al dejar de mamar. Esto suele desa- parecer al final de la fase I. Sin embargo, si el niño muestra -- cualquier tendencia al "chupeteo específico", de tipo vigoroso, de be tomarse una actitud profiláctica definida, debido al posible -- trastorno oclusal.

El uso del chupón de hule, al final de la fase I, es menos -- perjudicial, cuando menos desde el punto de vista dental, que el - chupeteo vigoroso del dedo.

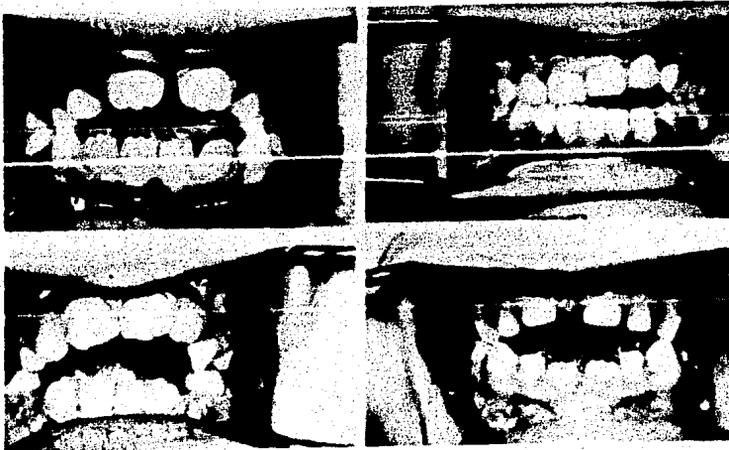
#### Fase II.- CHUPETEO CON SIGNIFICADO CLINICO

La segunda fase se extiende, aproximadamente, de los dos a -- los cuatro años. Esta práctica de chupeteo necesita mayor aten--- ción por dos razones: 1) indica ansiedad a veces de significación clínica y 2) el final de la fase II se acerca a la época en que - el hábito tiene efectos sobre dentición permanente.

#### Fase III.- CHUPETEO INTRATABLE DEL PULGAR

Cualquier chupeteo del pulgar que persiste después de los cua- tro años, enfrenta al clínico con un problema difícil, porque no - existe una garantía patente de que la eliminación de la patología sicológica fundamental y de ansiedad acompañante, así como las in- fluencias familiares perjudiciales resultarán necesariamente en el abandono del síntoma por el niño. Un hábito de chupeteo del pul- gar, observado durante la fase III, necesita de una terapéutica -- dental y psicológica completa. Se aconsejan todas las consultas -

necesarias entre el dentista y psicólogo o médico, para que se produzca un acercamiento útil. Cualquier hábito de chupeteo de dedo que persista hasta la fase III puede constituir el síntoma de un problema más importante que el de la maloclusión resultante.  
(Foto 5)



Maloclusión asociada con el hábito del chupeteo del pulgar

### CONTROL Y TRATAMIENTO

La descripción ortodóntica para la reducción de los hábitos - adoptan diversas formas. Una de las formas más eficaces es una -- criba fija. Se hace una impresión de alginato y se vacían modelos 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 separandolas. A continuación, se fabrica el -- aparato sobre el modelo para colocarlo posteriormente. En térmi-- nos generales, los segundos molares deciduos superiores constituy-- en buenos dientes de soporte. Las coronas metálicas completas --

las cuales pueden ser de diferentes tamaños, son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinarias. La porción mesial del primer molar permanente, si existe, y la porción distal del primer molar decíduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar decíduo. Un milímetro o dos es más que suficiente, el margen gingival del segundo molar decíduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de dos o tres milímetros sobre la superficie vestibular, lingual y proximal.

Se selecciona una corona de acero inoxidable de tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario. 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, reduciendo así las dimensiones gingivoclusales. A continuación, se recorta 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 o 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 decíduo 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 decíduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante no seguir el contorno del paladar si se ha de reducir la succión y la satisfacción cinestética 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.

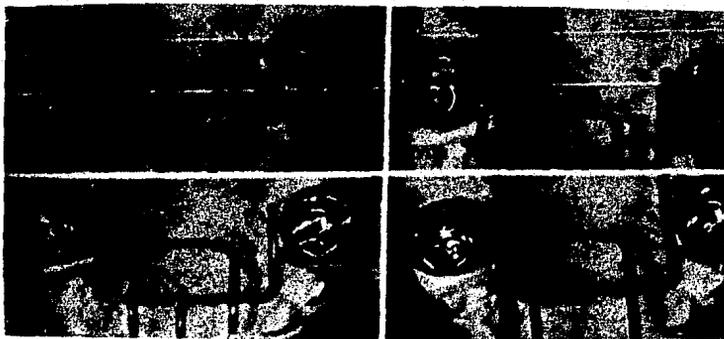
Deberá tratarse más de un síntoma, y el chupado de los dedos es casi siempre sólo un síntoma no el único factor. En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y una 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 trazada que une las superficies distales de los segundos molares deciduos. Las dos partes 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 curvaturas hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores del asa central. La barra principal y el aparato soldados son a continuación soldados a las coronas colocadas a los segundos molares deciduos. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

Posteriormente se retira el aparato del modelo y se reduce de liberadamente la circunferencia gingival, cerrando la corona a nivel del corte vestibular. Si existen alambres de separación, se retiran, y el aparato se coloca sobre los segundos molares deciduos. Se pide al paciente que ocluya finalmente. Las coronas se abren automáticamente hasta obtener la circunferencia deseada, dictada por los dientes individuales; a continuación, podrán ser soldados a lo largo de la hendidura vestibular que se ha hecho. Si el tejido gingival se blanquea demasiado, o si el paciente se queja de dolor, deberá de recortarse aún más la porción gingival. Toda la superficie deberá encontrarse bajo el margen gingival. El aparato se vuelve a colocar después del ajuste periférico y se le pide al paciente 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, el aparato se seca -- perfectamente 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.

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.

A continuación, se muestran todos los pasos antes mencionados en forma más explícita y didáctica. (Foto 6)



- A.- Los segundos molares deciduos son recortados 3 mm en la circunferencia del margen gingival.
- B.- Se adaptan coronas de acero inoxidable metálicas.
- C.- Barra de la base central de acero o níquel y cromo de 0.040 - cruzando el paladar en forma o dirección mesial al primer molar deciduo a nivel del margen gingival.
- D.- Asa y espolones formados mediante el soldado de alambre recto 0.040 a un ángulo de 45 grados respecto a las patas del alambre base, formando un asa de tal forma que se extienda hacia atrás hasta el tercio anterior del segundo molar deciduo, inclinado hacia el paladar un ángulo de 45 grados respecto al plano oclusal.
- E.- Se suelda la otra pata del asa central, se suelda un espolón palatino medio a la barra base y los tres espolones se doblan hacia el paladar.
- F.- Se coloca una cantidad abundante de pasta para soldar a las coronas de acero y al alambre base y se sueldan con soldadura de plata.
- G.- El aparato se retira del modelo y se alisan la unión de soldadura y los extremos de los espolones.
- H.- El aparato se encuentra listo para ser pulido. Debemos asegurarnos de hacer una ranura en el aspecto vestibular de cada corona antes de probarla dentro de la boca, de tal forma que exista un mínimo de presión sobre la encía.
- I.- Pasos para la construcción de un aparato para hábito; de abajo arriba: Barra base, barra base y asa, barra base, asa y espolones doblados hacia el paladar, aparato central soldado a las coronas de acero.
- J.- Dos tipos de aparatos para hábitos: Uno con bandas para molar con asa y el otro con coronas de acero.

## SUCCION Y MORDIDA DE LABIO

Aunque muchos casos de proyección de lengua pueden atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, esto no es la causa en los hábitos de morderse o chuparse los labios. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el paciente colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba.

Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias - también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se hace un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior.

Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva. En casos graves, el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso. Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. En ocasiones, se observa enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio interior.

Se observa el hábito de deglución anormal, dado por la succión o mordida del dedo, así como la hiperactividad del músculo de la borla de la barba.

Una consideración importante es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito del la--

bio. Si existe maloclusión de clase II, división I, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la mordida dental alveolar. Intentar cambiar la posición dentaria puede ser contraindicativo.

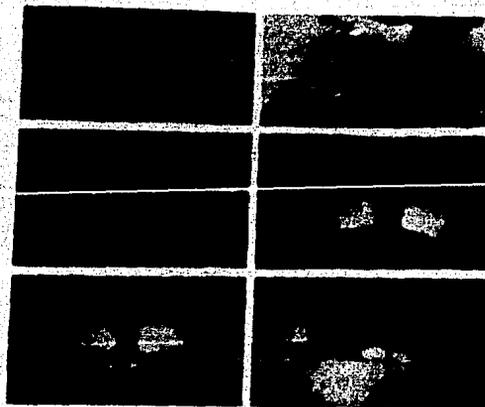
El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal. La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero si la colocación de la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

La actividad labial anormal casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II, división I, y problemas de mordida abierta. Y generalmente la eliminación de la maloclusión restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito del labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes. Es muy agradable observar cómo la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañado al chupeteo del dedo. Casi siempre se trata del labio inferior, aunque a veces se observan hábitos de morder el superior. Cuando el labio inferior se mantiene repentinamente debajo de la región anterior de los dientes maxilares, el resultado es la labioversión de dichos dientes, a menudo una mordida abierta y algunas veces --

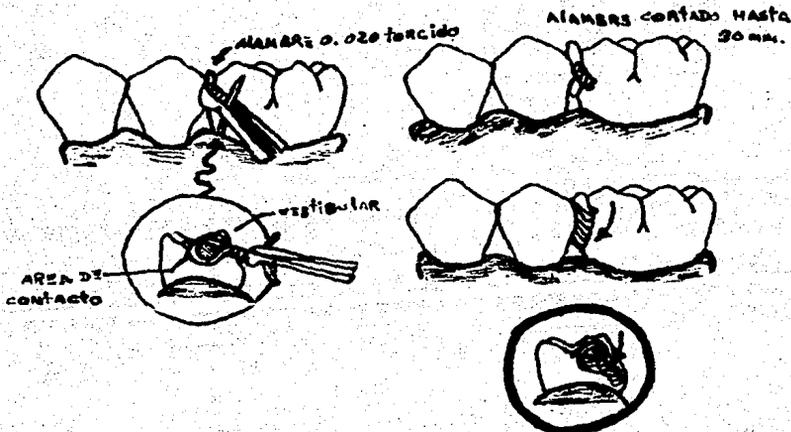
linguoversión de los incisivos mandibulares. (Foto 7)



#### CONTROL Y TRATAMIENTO

Se hacen impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren con yeso. Estos modelos se montan en un articulador de bisagra o de línea recta.

Se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos molares deciduos según la forma descrita para el mantenedor de espacio funcional fijo y el aparato para el hábito de chuparse los dedos. Debemos de asegurarnos de que el corte sea suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas -- completas o se colocan bandas de ortodoncia adecuadas sobre los -- dientes pilares. (Fig. 4)



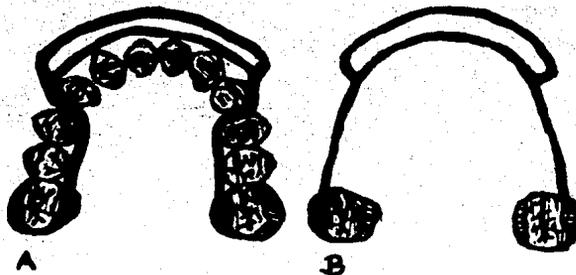
Si este aparato va a permanecer en su lugar un tiempo considerable, las coronas completas de metal tienen mayor posibilidad de resistir las fuerzas de masticación.

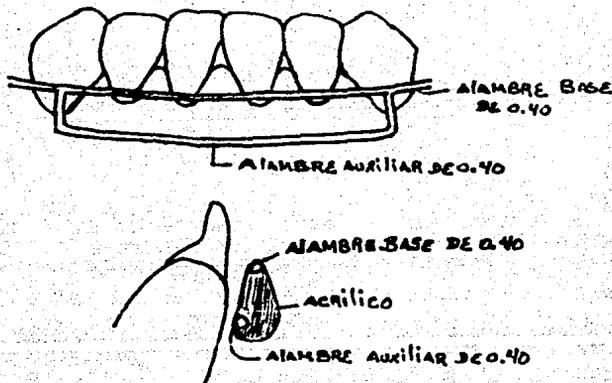
A continuación, se adapta un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corra en sentido anterior -- desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial, dependiendo del espacio existente, que se determina por análisis de los modelos.

Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces

ces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares.

Debemos verificar que la porción anterior del alambre (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 incisivos inferiores 2 ó 3 mm para permitir que éstos se despiacen hacia adelante. A continuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. 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. (Figs. 5 y 6)





Detalles labiales del aparato labial mostrando esqueleto de alambre (arriba) y porción acrílica que contiene los alambres abajo

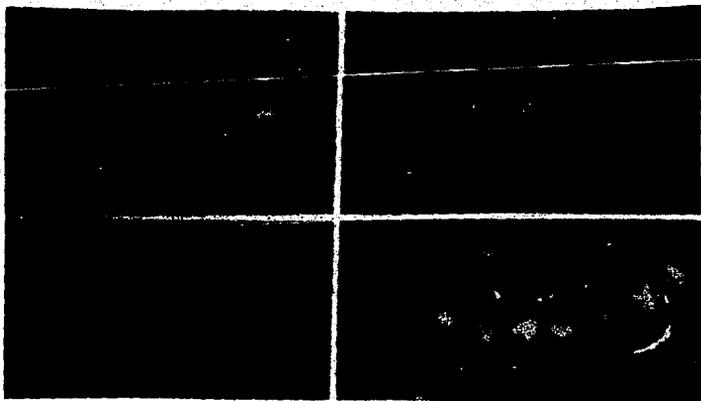
La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm de los tejidos gingivales. Posteriormente se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal.

Después de limpiarlo y pulirlo, el aparato podrá ser cementado sobre los dientes. Si se han utilizado coronas metálicas, es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se suelda en varios puntos según se ha descrito para corregir el hábito de chuparse los dedos. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres base y auxiliar.

Esto tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior.

Al igual que con el aparato para chuparse los dedos, el aparato para labio se reduce gradualmente antes de retirarse. Los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después. No existe prisa para retirar el aparato, especialmente en los casos en que ha habido apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores.

Un período de ocho a nueve meses de uso es aceptable. No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no sólo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo. (Foto 8)

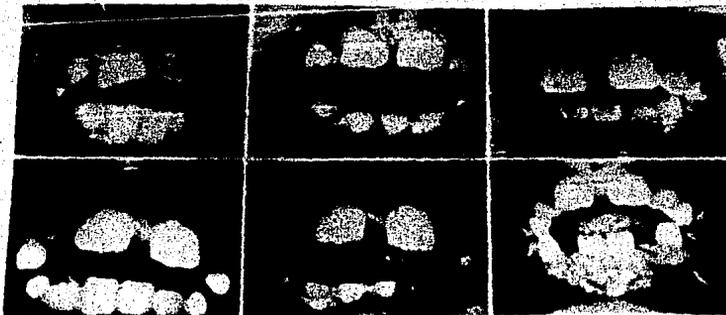


## HABITO DE LENGUA (LENGUA PROTACTIL)

Este hábito a menudo acompaña o queda como residuo del chupeteo de algún dedo, pero también puede ser cuasado por amígdalas hipertróficas o hipersensitivas.

Cuando el niño traga normalmente 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, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos momentos de la deglución. (Foto 9)



Maloclusión causada por hábito anormal de la lengua protáctil durante la deglución

Esto quiere decir que el dolor de garganta origina la formación de un nuevo reflejo de deglución y los dientes se acomodan a la nueva presión adicional que es aplicada. Pueden observarse --- otros hábitos de lengua, por ejemplo: cuando descansa entre los incisivos crea mordida abierta anterior, o cuando se colocan sus bordes entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares, se produce mordida abierta sólo en los segmentos laterales.

Con frecuencia se aprende tempranamente en la vida cuando ha habido amigdalitis crónica o faringitis. Cualquier dolor crónico en la garganta empuja a la lengua hacia adelante.

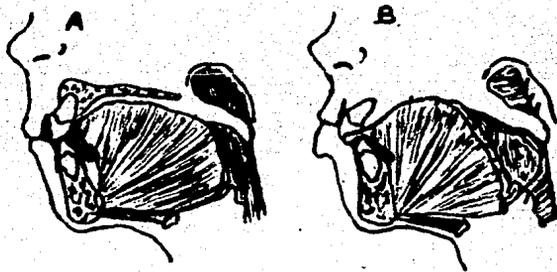
Es importante hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso entre una protracción lingual simple y aquella causada por retención de un patrón infantil de deglución. El pronóstico para una protracción simple de la lengua suele ser bueno si la alteración de la garganta está resuelta, pero resulta menos la corrección de los patrones de deglución infantil retenidos. Existe una interrelación íntima entre el funcionamiento muscular de la lengua, los labios y el mentón. Rara vez se observan alteraciones en la función de uno solo. Durante la deglución se deben observar los labios y el músculo mentoniano. Cuando la mandíbula cae y el músculo mentoniano se contrae con fuerza, probablemente hay contracción de la lengua. Se pueden abrir los labios para observarlo, y al hacerlo se percibirá la fuerte contracción muscular. Los músculos del labio y del mentón se contraen para evitar que la lengua se salga -- verdaderamente durante la protracción. Hay que comprobar cómo respira el paciente, porque algunas personas que lo hacen con la boca abaten la mandíbula y permiten que su lengua descansa pasivamente sobre los incisivos interiores. El resultado puede ser una mordida abierta ligera, causada por la posición pasiva de la lengua, pero no una protracción de lengua.

(Fig. 7-A) LENGUA DURANTE LA DEGLUCION NORMAL.

Los dientes están en contacto ligero, los labios cerrados y el dorso de la lengua elevado hasta tocar la bóveda palatina. La punta de la lengua puede estar como se ve en la figura o en contacto con las superficies linguales de los incisivos inferiores.

(Fig. 7-B) LENGUA DURANTE LA DEGLUCION ANORMAL.

Deglución anormal debido a hipertrofia de las amígdalas. Al retraerse la lengua toca las amígdalas inflamadas. El dolor produce la caída de la mandíbula para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante alejándose así de la región faríngea; los labios se cierran para mantener a la lengua en la cavidad bucal. Por lo tanto, hay contracción intensa del músculo mentoniano, cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la deglución.



## CONTROL Y TRATAMIENTO

La criba lingual es considerado como el aparato más eficiente para la proyección de lengua. Este aparato sirve para eliminar la deglución infantil y la proyección lingual, ya que por su construcción no permite la proyección de la lengua hacia adelante durante la deglución y también rectifica la posición lingual, para que el dorso de ella se acerque al paladar y la punta contacte con la parte anterior del paladar a nivel de las arrugas palatinas, de tal modo que induce la función y postura de la lengua de forma madura y somática.

Además, al empujar hacia atrás la lengua, esta se expande a los lados dentro de los límites de la dentadura y coloca los bordes periféricos en la parte oclusal, de tal forma que se evite el estrechamiento de los segmentos bucales superiores, mantiene la distancia interoclusal o la aumenta si es deficiente evitando sobreerupción.

La mejor edad para usar este aparato es entre los 5 y 10 años.

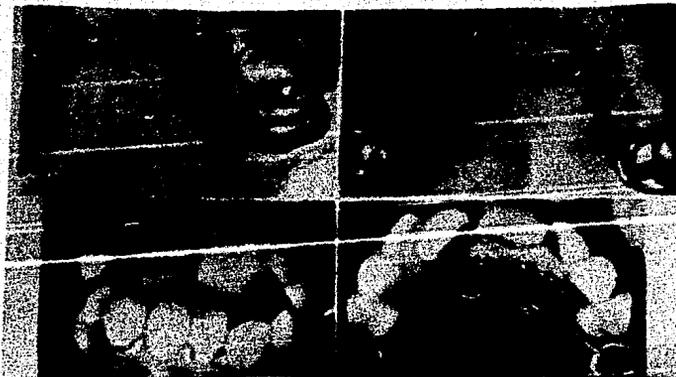
Si el paciente no relaciona el hábito de deglución con el de succión digital puede evitarse la barra palatina cruzada y la extensión posterior a manera de asa y modificar el diseño de la criba restrictiva. La construcción del aparato es con el mismo tipo de alambre y coronas que las que se utilizan para el aparato de succión o chupeteo del pulgar. Así como las piezas soporte, los segundos molares infantiles o primer molar permanente, si ya erupcionaron completamente. Una vez obtenido el modelo se desgastan las piezas que servirán de soporte anterior, se forma la barra lingual en forma de U y se acomoda empezando de atrás llevándola hacia adelante a la zona de los caninos a nivel del margen gingival, haciendo que tenga contacto con las superficies linguales prominentes de los molares deciduos y en posición lingual al margen incisal

de los dientes inferiores, posteriormente se forma la criba con el mismo alambre, los extremos se soldarán a la barra base en la forma de V de tal modo que la parte inferior de éstos queden a nivel de los cíngulos de los incisivos inferiores en oclusión y las proyecciones superiores a nivel de la barra base aproximadamente, debe ponerse atención en que no interfieran en la erupción de ninguna pieza, se soldará con pasta para soldar a base de flúor.

La rectificación de la maloclusión dependiendo del caso se logra de 4 a 9 meses y en ocasiones se requiere ayuda de aparatos ortodónticos.

Debe ponerse especial cuidado en asegurar que se trata de este tipo de hábito y no de una maloclusión total y basal.

En resumen, la criba lingual para eliminar la deglución infantil o visceral y la proyección lingual, así como para estimular la función y postura lingual madura o somática. Al igual que con el aparato para dedo, se utilizan coronas metálicas completas. La porción de la criba es lisa y está pulida para evitar cualquier irritación y para facilitar la adaptación. En ocasiones puede utilizarse una barra que cruce el paladar, aunque no suele ser necesaria. (Foto 10)



Criba lingual para eliminar la deglución y proyección --  
 lingual así como para, estimular la función y postura --  
 lingual madura o somática

También existen aparatos que se cementan en piezas inferiores para la corrección de este hábito.

Consiste en adaptar una banda en cada canino inferior, a la que se soldará una barra base y a nivel de los espacios interproximales entre los incisivos inferiores se soldan tres espolones curvos dirigidos de abajo hacia arriba que impedirán que la lengua se introduzca en el espacio interincisal.

Si la proyección lingual es lateral, se corregirá por medio de un aparato que se cementará en los molares superiores con una barra base similar a la de la proyección lingual anterior y con la criba soldada del incisivo lateral al molar de soporte. (Foto 11)



Hábito de proyección de lengua

#### DEGLUCION ANORMAL

La deglución anormal o inadecuada está dada principalmente -- por la lactancia artificial, así como funciones musculares anormales.

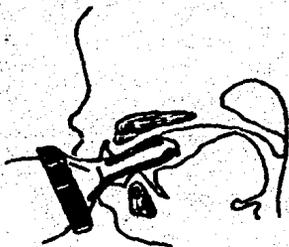
Las investigaciones más recientes en el caso de la lactancia, indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de -- gratificación con la lactancia natural. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades neuromusculares poderosas. Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal for

ma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto --- constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás. El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre aumentan la sensación de euforia.

Todo esto viene al caso, ya que los biberones artificiales -- provocan una mala deglución, ya que el hombre no ha inventado un -- sustituto para el afecto y calor por asociación.

La tetilla artificial sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde del bermellón). (Fig. 8)



Lactancia no fisiológica con biberón artificial corriente de caucho

Falta de calor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno y la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre más y exige demasiado al mecanismo del buccionador. La acción del embolo de la lengua, y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante -- del maxilar inferior es reducido. El mamar se convierte en chupar; y con frecuencia, debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos. Para llevar a realizar el proceso de llevar la leche hacia atrás -- en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Un estudio realizado sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, apoya las observaciones de Anderson, de -- que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y se conservan menos mecanismos infantiles. En un estudio que comparó la lactancia con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

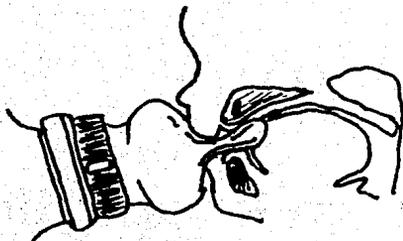
Balters y colaboradores, concluyeron que mediaban otros factores, las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hacen al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño por lo tanto, deberá de ser eructado con mayor frecuencia. La deglución anormal generalmente se ve asociada como mencioné anteriormente, con la -- función muscular anormal.

Por lo tanto, están asociados diferentes grupos musculares, y las exigencias funcionales sobre la musculatura del sistema estomatognomástico son distintas a las necesarias para la masticación, respiración y habla. Por ejemplo, un hábito de deglución conduce al aumento del movimiento hoides en algunos individuos.

En niños con el paladar hendido, el bolo alimenticio se maneja en forma diferente que en otros niños. Por consiguiente, el efecto de las presiones musculares del hueso, forman ciertos tipos de maloclusión que pueden ser atribuidos en gran parte a la deglución anormal.

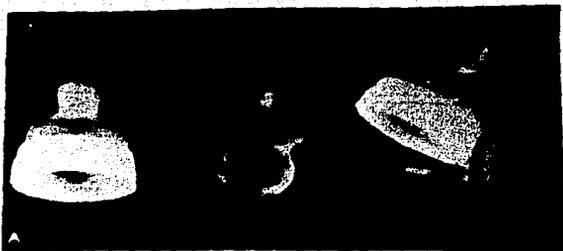
#### CONTROL Y TRATAMIENTO

Como tratamiento a este problema (lactancia artificial), fue diseñada una tetilla que provocara la misma actividad funcional -- que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores. Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el ejercitador (chupón). (Fig. 9)



La acción de biberón noksauger imitada la actividad natural

Se espera que esta tetilla anatómica, junto con el ejercitador, usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y deseo del niño de buscar ejercicios suplementarios, como son el de do pulgar entre comidas y a la hora de dormir. (Foto 12)



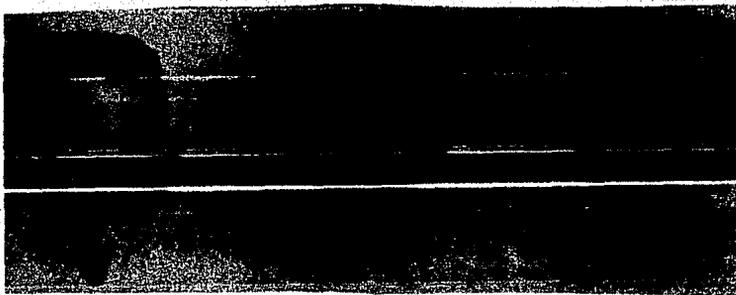
Biberón funcional de Edwall y pacificador fisiológico

Con respecto a la lactancia normal, se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños requieren más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y --- otros medios de gratificación.

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, --- creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. El desarrollo de -- los hábitos anormales de labio y lengua, serán reducidos considera blemente.

#### RESPIRACION BUCAL

Las personas que respiran por la boca muestran un porcentaje alto de maloclusiones. Generalmente no se observa un solo tipo de maloclusiones, porque el trastorno incisal que conduce a la respiración bucal puede ser uno de los que a continuación se mencionan: tabique nasal desviado, cornetes inflamados, inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaríngea, alergia, hipertrofia adenoides, inflamación e hipertrofia de las amígdalas y el hábito de chupeteo. El síndrome típico de respiración bucal está caracterizado por contracción de la dentadura superior, labioversión de los dientes anteriores superiores; apiñamiento en ambos arcos de los dientes anteriores, hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior, y frecuentemente, sobremordida notable. La relación molar puede ser neutroclusión o de distoclusión. (Foto 13)



Facies adenoide de un paciente que respira por la boca -  
cuya maloclusión dentaria le impide cerrar los labios co  
rrectamente

El hábito de respirar por la boca también se encuentra íntima-  
mente ligado con la función muscular anormal. Por mucho tiempo --  
considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria,  
este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o sim-  
biótico y, en menor grado, el resultado de la maloclusión. Al ---  
igual que con otros hábitos, el respirador bucal provoca maloclu-  
siones dentarias.

Los especialistas en oídos, nariz y garganta con frecuencia -  
hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más --  
frecuentes en quien respira por la boca. El efecto de filtración  
y calentamiento del aire en los conductores nasales se pierde y --  
obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con ma  
yor frecuencia. Las adenoides y amígdalas grandes y trastornos --  
del oído medio con frecuencia se ven asociados a esta situación. -  
Tales padecimientos no son constantes; muchos otros factores están

incluidos, entre los cuales encontramos la resistencia individual. Sin embargo, si existe peligro para la salud del niño y si las facies adenoidea va en detrimento de la apariencia del niño, es conveniente que el ortodoncista ayude en la medida de lo posible. En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal -- reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

La respiración bucal como ya había mencionado, puede ser ocasionada por obstrucción, anatomía o hábito por lo que su corrección puede ser ortodóntica o quirúrgica, o corregirse con el crecimiento normal del niño si se requiere la contracción del tejido -- adenoide; sin embargo, el niño puede continuar respirando por la boca si ya se ha acostumbrado, es decir, si ya adquirió el hábito, estará indicado a utilizar el protector bucal.

#### CONTROL Y TRATAMIENTO

Para estos pacientes se utiliza un protector bucal, ya que -- por medio de este aparato, se fuerza al niño a respirar por la nariz.

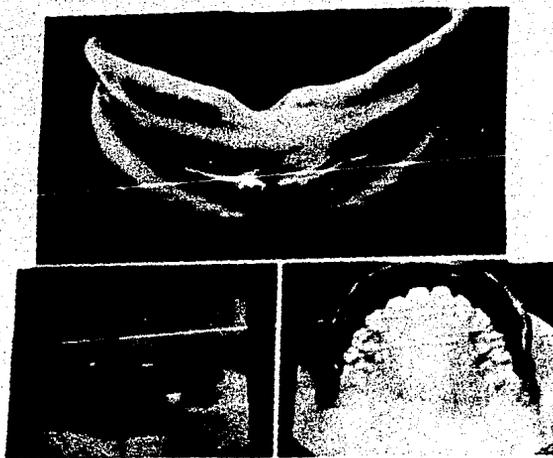
Para su construcción se requiere de un modelo de trabajo. Se rellena con yeso la sobremordida horizontal, espacios interproximales, depresiones e irregularidades. Sobre el modelo se hace un -- trozo con lápiz que debe estar a 2 mm del pliegue mucobucal y de las inserciones musculares y extenderse distalmente hasta la mitad de los segundos molares superiores y sobre este modelo siguiendo -- los trazos hechos con lápiz, se elabora la placa bucal.

Con resina acrílica o plexiglas de 1.56 mm y 2.34 mm adaptan -- do cualquiera de los materiales seleccionados. El instrumento s5-

lo toca a las piezas maxilares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal superior e inferior 1.56 mm y se examina al paciente cada 3 a 4 semanas.

Este aparato estimula la función de los labios y para la enseñanza de la respiración nasal. Además tiene la ventaja de que coloca los incisivos en mejor posición utilizando la fuerza muscular, si el paciente tiene el labio superior corto puede unirse cinta adhesiva durante la noche al llevar el aparato.

Estos aparatos pueden hacerse solamente de acrílico o de acrílico combinado con asas de alambre. (Foto 14)



Pantalla vestibular, obsérvense los pequeños agujeros para la respiración y la relación de los dientes con las estructuras de soporte

## HABITOS MASTICATORIOS (ONICOFAGIA E INTRODUCCION DE CUERPOS EXTRANOS EN LA CAVIDAD BUCAL)

Morderse las uñas ha sido considerada frecuentemente como causa de malposición dental. La maloclusión asociada con este hábito tiende a ser de naturaleza más localizada que la observada anteriormente en los otros hábitos de presión. Los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo este hábito, y es frecuente que ocurra entre ellos un desajuste social psicológico que tiene mayor importancia clínica que el hábito.

La mordida de las uñas rara vez se observa hasta los 3 ó 4 años. Muchos psicólogos creen que es una manifestación de ansiedad o de desajuste personal. Los niños que muerden sus uñas llegan a su máxima intensidad de los 13 a los 19 años, los cuales pueden tener maloclusiones.

También se puede presentar después de la edad de la succión. Un estudio realizado mostró que aproximadamente 80% de todos los individuos se muerden o han mordido las uñas. (IX-334)

Las fuerzas aplicadas en la ejecución de este hábito son similares a las de la masticación pudiendo producir maloclusión, dependiendo de la frecuencia e intensidad de éste.

Este hábito ayuda a aliviar tensiones en los pacientes que lo practican por lo que al crecer el niño, substituye por lo general este mismo por el hábito de mascar goma, fumar cigarrillos, mejillas, lengua, etc.

Si son aliviadas las tensiones y se brinda ayuda con métodos psicológicos y extraorales se puede eliminar el hábito, aunque puede haber recaídas o ser substituído en algún momento por otro hábito.

Algunos pacientes presentan el hábito de introducción de cuerpos extraños por substitución de otro como succión del pulgar. En cada edad hay hábitos característicos; en escolares, los objetos utilizados son las plumas y lápices, que al ser introducidos en la boca deforman los arcos dentarios en el lugar que se colocan; posteriormente son sustituidos por el cigarrillo y otros objetos.

Si el paciente hace conciencia del daño que se está haciendo y colabora, es posible eliminar y corregir la oclusión.

Con frecuencia se han señalado a este respecto las posiciones adoptadas durante el sueño. Mantener constantemente a un niño pequeño en decúbito, sobre una superficie dura y plana, puede moldear la cabeza, aplanando el occipital o produciendo asimetría facial. Se han exagerado los alcances que pueden tener el uso de la almohada de dormir sobre el brazo. El chupeteo de objetos como los antes mencionados, así como el chupón, pueden ser tan dañinos al crecimiento facial como el chupeteo del pulgar u otro dedo.

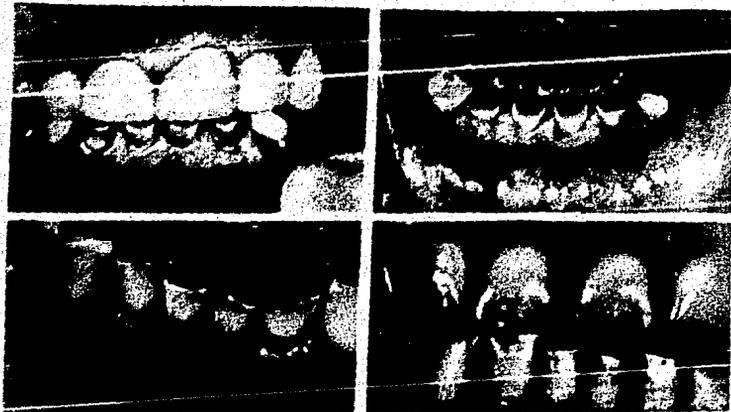
#### BRUXISMO Y BRICOMANIA

El bruxismo específicamente, es la contracción tetánica de los músculos masticatorios y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño. En tanto que la bricomania presenta las mismas características, a diferencia de que el rechinar es durante el día en forma involuntaria.

La relación de causa y efecto no es muy clara. El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda, pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinestético y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar y el bruxismo.

Los individuos nerviosos son más propensos a desgastar, rechinar

nar y fracturar los dientes con movimientos de bruxismo. Generalmente, el bruxismo nocturno no puede ser duplicado durante las horas de vigilia. La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios. (Foto 15)



La bricomanía no puede ser estudiada clínicamente, pero posiblemente se trata de una actividad concomitante.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionamiento de la oclusión. Generalmente existe una sobremordida más profunda que lo normal, una restauración alta, una unidad dental mal puesta, -- también puede provocar este padecimiento. El proceso se convierte en un círculo vicioso al agravarse algunas de las características oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y el rechinar.

La imagen del bruxismo es igualmente clara, existe una gran -

correlación crónica entre la maloclusión y la frecuencia del bruxismo o bricomanía. La sobremordida excesiva con frecuencia está asociada con estas aberraciones funcionales. Otras de las causas a las que se le atribuye el bruxismo o bricomanía están dados por impulsos sensoriales y propioceptivos, al igual que los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, la maloclusión con puntos de contacto prematuros es capaz de disparar este hábito.

Quien haya oído los ruidos producidos por el bruxismo, puede apreciar la gran fuerza necesaria para producirlos y la necesidad de eliminar este hábito si es posible.

Otros factores son la tensión nerviosa y la superestructura del individuo. De no atender este problema, el deterioro periodontal puede ser fuertemente agredido además de los ya existentes en los dientes.

#### TRATAMIENTO DEL BRUXISMO Y BRICOMANIA

Para el tratamiento de este hábito se puede construir una férula de caucho blando que será utilizada durante la noche, como este material no es duro ni resistente al frotamiento, el hábito ya no produce satisfacción.

Ramford aconseja un ajuste oclusal como primer paso para el tratamiento, ya que el hábito se puede desencadenar por la interfe-rencia oclusal, específicamente si se combina con tensión nerviosa.

Sheppard sugiere una placa de mordida palatina que permita la erupción de los dientes.

También se sugiere un protector plástico de la mordida que cu

bra las caras oclusales y 2 mm de las vestibulares y linguales de todos los dientes para evitar la abrasión.

La férula oclusal cubre todos los dientes 2 mm en la cara vestibular, todas las caras oclusales, bordes incisales y superficies palatinas de los dientes, de tal forma que cuando el paciente intenta practicar el hábito no encuentra satisfacción.

## CONCLUSIONES

Los hábitos orales pueden ser producto tanto de problemas psicológicos como biológicos y deben de ser atacados tomando en cuenta su etiología, y buscando el tratamiento más adecuado a cada uno de los casos en forma específica e individual, de manera que se ayude a la salud física y mental del paciente.

Al existir deficiencias anatómicas, fisiológicas, psicológicas, estéticas y de conducta, los hábitos orales perniciosos hacen que el paciente se sienta diferente a todas las personas, produciendo una inadaptación social y pérdida de la seguridad en sí mismo y en su sociedad.

Es importante realizar un estudio cuidadoso de cada caso, para conocer la etiología y empezar a atacar desde ese momento el mal referido con su tratamiento adecuado.

Las estadísticas han demostrado la falta de conocimiento general sobre los efectos nocivos dentales y sociales que pueden acarrear estos hábitos así como sus tratamientos, a los que no se les da la importancia necesaria, ya sea por falta de información o por el poco interés al caso.

Puede ayudarse al niño o adulto para que no adopten estos hábitos, si todas las personas que están en contacto con ellos, cuidan que no caigan en los factores etiológicos, sino por el contrario, refuercen actividades favorables como: La madre amamante a su hijo siempre que sea posible, de lo contrario, utilizar biberón fisiológico, crear un ambiente agradable, fuera de tensiones, dedicarle el tiempo suficiente, cuidar su alimentación para que no existan problemas nutricionales que debiliten el hueso, proporcionarle actividades que le ayuden a desarrollarse, así como canali-

zar su energía y procurar que las relaciones familiares sean de lo mejor.

También son de vital importancia las visitas periódicas o exámenes médicos y dentales, ya que siempre se podrán prevenir algunos padecimientos en el momento de ser localizados y no después de que hayan avanzado.

Si no contamos con la colaboración del paciente en este tipo de problemas, ningún tratamiento dará resultado favorable, por lo que es indispensable que el paciente desee eliminar el hábito.

Espero que este trabajo de investigación sea de gran utilidad, tanto para aquellos estudiantes de Odontología que requieran una información con respecto a este tema, así como a todas las personas en general se interesen por una mayor información al respecto y así poder prevenir y tratar en el momento adecuado este problema.

## B I B L I O G R A F I A

- I. Anderson G.M.  
Ortodoncia Pediátrica  
Ed. Mundi. 1º Ed.
- II. Braver Jhon Charles  
Odontología para niños  
Ed. Mundi. B. Aires 1960
- III. Durante Avellavo Giro  
Diccionario Odontológico  
Ed. Ediar S.A. B. Aires 1955  
1º Ed.
- IV. Graber T.M.  
Ortodoncia Teórica-Práctica  
Ed. Interamericana  
4º Ed.
- V. Moyers Roberte  
Tratado de Ortodoncia  
Ed. Interamericana 1960
- VI. Peter E. Dawson  
Problemas Oclusales
- VII. Ranford S.P. y ASH M.N.  
Oclusión  
Ed. Interamericana  
2º Ed.
- VIII. Salvath Editores  
Dic. Enciclopédico  
Ed. Salvath 1978
- IX. Sim Joseph M. y Finn Syndey  
Odontología Pediátrica  
Ed. Interamericana  
1976
- X. Walther D.P.  
Ortodoncia actualizada  
Ed. Mundi. B. Aires 1960