

870/22

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CORRECCION DE MALOCLUSIONES MENORES PROVOCADAS
POR HABITOS BUCALES, MEDIANTE
APARATOLOGIA FIJA**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ZORAIDA ALVARADO MEDINA

ASESOR: DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS

GUADALAJARA, JAL., 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I HABITOS DELETEREOS MAS COMUNES

A) Hábitos de succión digital	4
B) Hábito de biberón y chupón.....	10
C) Hábito de proyección lingual.....	15

CAPITULO II MALOCCLUSIONES POR HABITOS Y SUS TRATA- MIENTOS.

A) Mordida abierta y su tratamiento....	26
B) Mordida cruzada posterior y su tratamiento.....	33
C) Clase I Tipo 2 y su tratamiento.....	43
CASUISTICA.....	51
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	64

INTRODUCCION

Para el odontólogo general es muy importante comprender a la perfección los mecanismos neuromusculares que afectan la posición de los dientes y sus tejidos adyacentes. Como son los hábitos bucales que afectan en gran porcentaje la integridad de los arcos dentales y la relación de los dientes entre sí dentro del mismo arco dental.

Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación correcta.

Para lograr el éxito de todo tratamiento de hábitos bucales debemos saber el diagnóstico con exactitud tomando en cuenta, que los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados.

Como también es importante utilizar los aparatos bien diseñados y saberlos utilizar con toda precisión.

Anteriormente a los hábitos no se les daba la debida importancia, principalmente porque los padres no conocían

los efectos dañinos posteriores que no podrían resultar en la dentición permanente. Pero hoy en día la odontología moderna y los padres han cambiado y actualmente le dan una mayor importancia a la prevención de las maloclusiones.

Suponemos de que no hay dificultades en cuanto a comprender qué es un hábito. Pues sin duda, toda actividad cuya repetición sea lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla en el lenguaje corriente, una "costumbre". Esta costumbre puede ser de:

1. Hábito de succión digital.
2. Hábito de biberón y chupón.
3. Hábito de proyección lingual.

CAPITULO I

HABITOS DELETEREOS MAS COMUNES.

- A) Hábito de succión digital.
- B) Hábito de biberón y chupón.
- C) Hábito de proyección lingual.

A) HABITO DE SUCCION DIGITAL

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuentes de gratificación.

El niño recién nacido tiene mecanismos de succión relativamente bien desarrollados, su medio más importante de intercambio con el medio exterior. Por este medio no solo recibe sus alimentos, sino también un estado de bienestar.

Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formando en el cerebro, mediante el cual trata de escapar ciertas corrientes aferentes.

Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, adecuada, y uso normal de los labios para hablar

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

Los criterios para saber qué es normal o anormal, y la diversidad entre fisiológico y patológico, con frecuencia se establecen por la interacción del tratamiento la experiencia clínica y la opinión filosófica del dentista. (3,6)

"Gesell e Ilg⁽¹⁹⁾, del laboratorio infantil de Yale, afirman que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño. Este hábito puede ser considerado como normal durante el primer año si se presenta atención debida a la lactancia. Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia".⁽⁶⁾

La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en los que -- los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguraron su prolongación más allá de los tres años y medio.⁽⁶⁾

La succión es un hábito instintivo, lógicamente al principio será funcional, pero su persistencia, exceso del chupeteo, o su prolongación más allá de la niñez, lo volverá pernicioso, pues el niño ya habituado a ese placer lo reemplazara por el dedo, la lengua o el labio⁽⁸⁾

Haryett, Hansen y Davidson⁽²⁰⁾ escribieron:

"El chuparse el pulgar es un hábito adquirido sencillo y contradice la teoría psicoanalítica que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional más profundo".

Durante los primeros tres años de vida la experien--

cia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior.

Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal.

Si el daño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de la vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores, también puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores. (7)

Muchos niños que practican hábitos de succión digital no tienen evidencia de maloclusión; sin embargo, Popovich⁽²²⁾ ha comunicado una asociación elevada de hábitos de succión anormal con la muestra de maloclusión, en el centro de investigación Ortodoncia Burlington en Ontario, Canadá. Cook⁽²²⁾ midió las fuerzas de la succión del pulgar, hallando tres patrones claramente diferentes de aplicación de la fuerza durante la succión, todos utilizando fuerzas suficientemente intensas para desplazar dientes o deformar el hueso de crecimiento.

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

1. De la posición del dedo de la boca, y
2. La acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera, si además - de succionar, presiona contra las piezas. (6)

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse en el chupador del pulgar, depende de una cantidad de variables la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión, el patrón esquelético facial, la fuerza aplicada a los dientes y el proceso alveolar, la frecuencia y duración de la succión, etc. (12)

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta al resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando va a dormir causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. (6)

Algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil. Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados por sus efec--

tos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el -- hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad o hasta un deseo de llamar la atención. (12)

Los efectos más comunes que encontramos en la dentición de los niños que tienen el hábito de succión son:

1. Mal alineamiento de las piezas que generalmente - produce una abertura labial pronunciada de las piezas ante-- riores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y según la succión de palanca producida, - puede resultar una inclinación lingual de las piezas mandibu lares anteriores.

2. Los segmentos posteriores maxilares pueden verse-- formados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, - que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada - posterior bilateral.

3. Puede presentarse sobreerupción en las piezas pos-- teriores, por lo tanto aumenta la mordida abierta. La mordi-- da abierta puede crear problemas de empujes linguales y difi-- cultades del lenguaje. (4)

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en, y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es posible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento. Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores del pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta.

(12)

B) HABITO DE BIBERON Y CHUPON

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la mayor parte de la vida. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía del cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación. (5)

Un estudio objetivo realizado en computadoras sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinado, apoya las observaciones de Anderson, de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles. (4)

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo. Se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación. La madre deberá resolver esta situación, sin descuidar las necesidades mínimas de la lactancia. (6)

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por eventos ocurridos en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan NO COMPULSIVOS. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar el hábito personal, antes acepta--

ble, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad. (6)

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. (6)

En la lactancia natural también deben tenerse en - cuenta la posición del niño que debe estar sentado y no acostado, para evitar la presión durante la lactancia sobre la -mandíbula que pueden ocasionar, en algunos casos, retrogna-tismo inferior. (9)

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, -- fue diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad -- funcional que la lactancia natural. Se espera que esta tetilla anatómica, junto con el ejercitador o chupete, usando correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo aldedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir. (6)

Balters y sus colaboradores⁽¹⁸⁾, en Alemania concluyeron que las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las tácticas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada a la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Se recomienda el uso del chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia.⁽⁶⁾

En niños lactantes, la actividad es casi exclusiva del orbicular y músculos mentonianos.

En el niño alimentado con los biberones, la actividad muscular no es normal y se acostumbra a una deglución anormal.

Al niño alimentado con los biberones funcionales se le debe agregar el uso de chupones de entretenimiento especial, o ejercitadores, que le acostumbrarán a colocar normalmente la punta de la lengua y así podrán pasar sin problemas a la

deglución adulta o somática cuando los dientes hagan su erupción.

El uso prolongado de chupón y biberón constituye una causa importante de anomalía de los dientes y de los maxilares y también de los tejidos blandos; generalmente las anomalías son: prognatismos alveolares, retrognatismos inferiores, hipoclusión, vestibuloversión de incisivos e hipotonicidad del orbicular de los labios. Con el uso de biberones -- convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y los músculos orales y periorales no actúan como debe ser.

El uso prolongado de chupones y biberones produce estrechamiento del maxilar (micrognatismo) y prognatismo alveolar superior; debe prohibirse a la salud general y no prolongar el uso del biberón más de un año en la lactancia artificial. Desgraciadamente se encuentran casos de niños de 7 ó más años usando el biberón o chupón que naturalmente producen grandes alteraciones en la posición normal de los dientes y de los procesos alveolares, incluso desviaciones posteriores del maxilar inferior. (9)

C) HABITOS DE PROYECCION LINGUAL

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha sido - llamado de diferentes maneras tal como: deglución pervertida o desviada, deglución invertida, repetición de la deglución infantil, deglución con dientes separados, etc. Sin embargo como no existe una sola característica constante en esta actividad de proyectar la lengua, todos estos términos son demasiado restrictivos. Hasta ha sido criticado el utilizar - los términos deglución "normal" y deglución "anormal" no - - existe ninguna norma para este hábito de proyección lingual. (6)

En la deglución normal la mandíbula se eleva a medida que los dientes se juntan durante la deglución, y los labios se tocan ligeramente, mostrando escasamente algunos con tracciones.

Los pacientes con deglución normal, pueden completar una deglución indicada de saliva mientras se mantiene el labio en esa posición. (12)

Es obvio que el acto de deglución, repetido frecuentemente, puede ejercer un efecto profundo sobre el maxilar superior o inferior, especialmente si existe un mecanismo de deglución anormal.

Moyers cree que la extensión prolongada del mecanismo de deglución infantil puede ser un asunto de interés y -- puede contribuir a la creación de maloclusiones.

Los dientes pueden juntarse o no. Las presiones labiales pueden ser "normales" o "no". Los efectos del habla pueden existir o no. Aún la forma de la arcada puede ser afectada o no; a pesar de todas las pruebas que indican que la fuerza de la lengua es mayor que la presión opuesta de los labios y carrillos. (6)

La presión lingual es un hábito mucho más generalizado de lo que se admite comúnmente. En cualquier forma de mordida abierta encontramos este hábito y con frecuencia es la causa de espacios persistentes al faltar el germen dentario o después de extracciones. El método más fácil consiste en hacer deglutir varias veces al paciente con la boca cerrada en tanto el dentista mantiene los labios separados. Entonces la lengua es presionada automáticamente contra los espacios si el paciente esta costumbre. (8)

La deglución exige la creación de vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares en los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existe buenas pruebas clínicas de que la madura-

ción de la deglución se retarda en chupadedos confirmados.⁽⁶⁾

Muchos individuos lanzan la lengua hacia adelante durante la deglución. La anormalidad del modo de deglución parecen ser responsables de esta activación peculiar de la lengua, la cual es, al parecer, una causa frecuente de la habilidad para ocluir de los dientes anteriores. A veces, tampoco los premolares pueden ocluir debido a este movimiento de la lengua, algunos individuos en que existe este movimiento no tienen mordidas abiertas, pero en el acto de deglutir -- sus maxilares se separan permitiendo que la lengua vaya hacia adelante entre los dientes. Este movimiento de la lengua al comienzo de la pubertad desaparece.⁽²⁾

La lengua funcionando en conjunto con los labios y las mejillas, es otra de las principales fuerzas que guían la erupción de los dientes. Los músculos extrínsecos de la lengua están unidos al aspecto interno de la mandíbula, al hueso hioides, al paladar y al proceso estilohideo. Este -- descansa dentro del arco de la mandíbula, y afecta el desarrollo de los dientes en virtud de su tamaño, su postura de descanso y su función.

El tamaño de la lengua en relación al tamaño de la mandíbula raramente es eficiente, pero ocasionalmente si la mandíbula es más grande que el maxilar, la lengua es muy lar

ga para acomodarse en el maxilar superior. En dichos casos la lengua generalmente encuentra espacio entre los arcos superiores e inferiores y previene el completo desarrollo vertical de las estructuras dentoalveolares resultando una mordida abierta de extensión variable.

La posición de descenso de la lengua es ideal entre los arcos dentales, llenando el espacio enmarcado por los dientes. Algunas veces, sin embargo, la lengua adopta una posición postural ligeramente protruida entre los dientes hasta el labio inferior. Se ha sugerido (Ballard⁽¹⁷⁾), que esta posición de la lengua es producida para sellar el frente de la boca y permitir la respiración nasal, cuando hay dificultad en mantener los labios juntos y cerrados en una posición vertical horizontal. Esto puede combinarse con una posición hacia adelante de la mandíbula. La posición adaptativa de la lengua entre los incisivos puede evitar el completo desarrollo vertical y consecuentemente puede producir una incompleta sobremordida o más severamente una mordida abierta anterior.

La función muscular de la lengua es particularmente concerniente a la masticación, deglución y habla. Sus efectos en el desarrollo de la dentición pueden ser estudiados observando la deglución, la cual ha sido descrita por Andram y Kemp⁽¹⁶⁾. En la fase voluntaria la deglución, después de-

que la masticación se termina, la comida es recolectada en la superficie dorsal de la lengua por la acción de la misma y de los músculos faciales. Los labios están cerrados y los dientes están en un ligero contacto oclusal. La lengua se eleva al paladar y la acción muscular de la lengua y de piso de boca empuja la comida hacia la faringe, esta acción acompañada de un ligero chasquido de los dientes. Una actividad similar ocurre cuando pasamos saliva, aunque los fluidos de mayor cantidad generalmente se degluten con los labios y dientes separados. Los factores esenciales de la deglución normal de sólidos y saliva son:

- a) Cerrar los labios;
- b) Dientes en un ligero contacto oclusal;
- c) Lengua elevada hacia el paladar;
- d) Ligero chasquido de los dientes a medida que la comida pasa a la faringe.

Se han determinado muchas variaciones de la actividad normal de deglución, y no es un argumento completo observar la naturaleza y origen de estas variaciones. Aún más los efectos de estas variaciones en el desarrollo de la oclusión no son constantes.

La adaptación de la deglución involucra la posición de la lengua entre los dientes anteriores separados o juntos.

a) Los dientes separados en la deglución adaptativa.

En la deglución con los dientes separados, la lengua se encuentra entre los dientes y no ocupa el arco supe--rior. Después se reduce la presión de ambos músculos y del aire dentro del arco superior. Esto nos puede llevar a una reducción del arco y a la producción de mordida cruzada ante--rior generalmente unilateral. La lengua puede evitar el completo desarrollo vertical del segmento dento-alveolar ante--rior llevando así a una sobremordida incompleta.

b) Dientes juntos en la deglución adaptativa.

En la deglución adaptativa con los dientes juntos involucran la posición anterior de la lengua entre los inci--sivos. (7)

Moyers describe otras diferencias en la deglución:

a) La deglución Infantil Normal: Se ve solamente antes de la erupción de los dientes anteriores en la dentición primaria y, por lo tanto, se descubre raramente en el examen dental. Durante la deglución infantil normal, la lengua degcansa entre las almohadillas gingivales y la mandíbula es estabilizada por fuertes contracciones de los músculos facia--les. El buccinador es especialmente fuerte en la deglución--infantil.

b) Deglución con empuje lingual simple: Esta deglu--

ción se caracteriza por contracciones de los labios, del músculo mentoniano y los elevadores mandibulares; por lo tanto, los dientes están en oclusión, mientras la lengua protruye en la mordida abierta. Los pacientes con empuje lingual simple, son habitualmente respiradores nasales con una historia de succión digital, el empuje lingual mantiene una mordida abierta previamente creada por la succión del pulgar.

c) La lengua con empuje lingual completo: Se define como un empuje lingual con una deglución con dientes separados. Por consiguiente, estos pacientes muestran contracciones de los labios y de los músculos faciales y del mentoniano, sin contracción de los elevadores mandibulares, un empuje lingual entre los dientes y una deglución con dientes separados. (12)

Los hábitos de malposición de la lengua, se comprueban al hablar, tragar, deglutir, etc. Funciones éstas que permanentemente se realizan y la lengua siempre ocupa su anormal posición. (7)

La proyección lingual siempre genera anomalías de tipo vertical, mordidas abiertas, con falta de oclusión en una zona de las arcadas; es frecuente también la protrusión sobre todos los incisivos. (7)

La mordida abierta asociada con empuje lingual complejo, suele ser más difuso y difícil de definir. Los pacientes con empuje lingual completo, habitualmente muestran interferencias oclusales en la posición retruida de contacto. También suelen ser respiradores bucales, frecuentemente con una historia de enfermedad naso-respiratoria crónica, o alergias. (12)

Cuando los labios presionan de forma excesiva contra los incisivos superiores e inferiores, al propio tiempo en que el movimiento citado de la lengua y la deglución se verifica, los incisivos son forzados a tomar unas posiciones indebidas por el efecto de esta acción muscular anormal. (2)

CAPITULO II
MALOCLUSIONES PROVOCADAS POR HABITOS Y
SUS TRATAMIENTOS

- A) Mordida abierta, y su tratamiento.
- B) Mordida cruzada posterior y su tratamiento.
- C) Clase I tipo 2, y su tratamiento.

No todos los hábitos requieren tratamiento con aparatos. (3)

Pasos que debemos tomar en el tratamiento: 1) Es sensato comenzar con una discusión del problema del niño, sin el padre cerca; 2) no usar amenazas ni avergonzarlo, es preferible un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. Muchos niños dirán que se chupan sus pulgares solamente cuando duermen, y también declaran que quieren muy sinceramente librarse del hábito. Se puede usar ventajosamente esas manifestaciones diciendo: "Es bastante difícil controlar lo que haces mientras estas durmiendo, verdad" "te gustaría una pequeña ayuda para recordarle a tu pulgar que se mantenga afuera de la boca cuando estes despierto para hacerlo". Si se consigue del niño una respuesta cooperadora y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer de ese recordatorio si es que en los 2 ó 3 meses siguientes no puede manejar el problema solo. Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos. (12)

El aparato ideal para ayudar a la corrección de hábitos debería:

1. No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal
2. No requerir recordatorios para usarlo.
3. No avergonzar con su uso, y,

4. No complicar a los padres. (12)

Se puede tomar en cuenta algún tipo de tratamiento - con aparatos si hay cooperación de los padres, del paciente y de los hermanos.

El momento para colocar el dispositivo es entre los 3.5-4.5 años de edad. (3)

Preferentemente durante la primavera o el verano, -- cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables y los deseos de chupar pueden ser sublimados por los juegos al aire libre y las actividades sociales. (6)

Hay algunos tipos de maloclusiones que se tratan mejor con aparatos fijos. Suelen ser confeccionados con bandas metálicas cementadas sobre los dientes, con alambres que pasan sobre las bandas.

Los aparatos fijos exigen mayor tiempo del odontólogo para su construcción, pero en algunos casos pueden resultar en un programa de tratamiento más corto para el niño. (14)

A) MORDIDA ABIERTA Y SU TRATAMIENTO

Una mordida abierta anterior puede indicar un patrón anormal de crecimiento. (1)

La mordida abierta anterior es una de las anomalías de oclusión más difíciles de tratar. Los hechos son bastante parecidos a los de una supra-oclusión invertida de los dientes frontales. O la mordida abierta es totalmente inocua y susceptible de corrección con los medios más sencillos o bien es persistente, rebelde, responde mal y tiene una gran tendencia a la recidiva. (2)

Las mordidas abiertas son generalmente anteriores o laterales, con menos frecuencia antero-laterales y muy pocas posteriores, pueden depender de una simple intraversión de un grupo de dientes por lo tanto favorables o a un trastorno por falta de crecimiento vertical del maxilar, y las graves (totales) a una deformación mandibular. (9)

En una mordida abierta anterior, se harán todos los esfuerzos posibles por identificar el hábito. Podría ser la succión del pulgar u otros dedos, la interposición lingual durante la deglución, un hábito que implique interposición pasiva de la lengua o una combinación de éstos. (16)

El pulgar u otro dedo, es colocado habitualmente un-

poco hacia un lado y puede producir una inclinación asimétrica de los incisivos; un chupete por otra parte, se coloca -- centralmente y es más probable que produzca una mordida abierta simétrica. (15)

Observe la simetría de las posiciones iniciales de los incisivos centrales y laterales superiores. La asimetría en esta zona puede dar una clave de si el daño se succiona de preferencia el pulgar u otro dedo derecho o izquierdo. Las proyecciones linguales también pueden ser laterales con creación de una mordida abierta anterior asimétrica. (14)

La protrusión de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba -- contra el paladar. La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito. Al mismo tiempo, los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual. Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior. (12)

Puede haber también una interferencia con el movimiento oclusal de los incisivos, provocando una mordida abierta anterior. La sustitución del pulgar por la lengua, --

puede reducir el efecto de expansión sobre el paladar. Como la lengua permanece todavía dentro del arco inferior, desarrollarse una mordida cruzada en la parte posterior.

Los hábitos de succión persistentes ocurren con frecuencia en casos donde la conducta oro-muscular, o la relación de las bases dentarias, ya son desfavorables para el desarrollo de una buena oclusión. (15)

Los labios contienen a los dientes cuando uno deglute, en tanto que en el chupeteo, el labio inferior se desplaza hacia adelante. El funcionamiento anormal del músculo mentoniano y la actividad del labio inferior aplanan el segmento mandibular anterior.

En estos niños se pueden observar la función del músculo peribucal y las contorsiones faciales. En otros, el hábito casi nada más es la inserción, pasiva del dedo en la boca. (3)

Una manifestación muy frecuente es la presión lingual que puede ser causa primaria, aunque debe considerarse con frecuencia como una consecuencia que dificulta o hace imposible el tratamiento.

La forma más simple es la mordida abierta por suc--

ción, cuyas peculiaridades se desprende la modalidad de la succión (por ejemplo pulgar derecho o izquierdo, dos dedos, etc.) (8).

La etiología más frecuente son los hábitos (succión del pulgar, morderse la lengua, proyección lingual, morderse el carrillo). (7)

Con la suspensión del hábito de chupar, a menudo, la mordida abierta desaparece espontáneamente. Por regla general es la edad de 3 a 5 años la más favorable para influir psicológicamente sobre el niño y el odontólogo o el médico de infancia, en tanto que éste último observe la evolución de la dentadura, puede conseguir a menudo en una sola sesión un éxito del ciento por ciento con relación a este hábito.

No obstante en muchos casos no se produce un efecto visible en la dentadura, ya que la mayoría de las veces la causa reside en presionar o chupar la lengua, como sustituto de la succión del dedo prohibido.

La gran importancia de la mordida abierta lleva a que el tratamiento se estructure en lo posible con carácter causal, ya sea puramente causal o bien en combinación con otros medios auxiliares. (8)

TRATAMIENTO

Para evitar la interposición de la lengua entre los incisivos o el hábito de morder la lengua que puede ocasionar mordida abierta, puede colocarse un aparato con bandas o coronas de las que se emplean en odontopediatría, con una pequeña barra que impida la interposición de la lengua. En la misma forma se puede utilizar una rejilla incorporada a un arco lingual, contra la cual se coloca la lengua, impidiendo que haga presión sobre los incisivos. (9)

Pero antes se deberá emplear los siguientes métodos:

1. Familiarizar al paciente con la deglución anormal. Esto puede hacerse colocando el dedo índice en la punta de la lengua y luego en la unión del paladar duro con el blando y diciéndole al paciente, "La mayoría de las personas tragan con esta parte de la lengua en esta parte del paladar. Ahora con la punta de la lengua aquí arriba, junta tus dientes, cierra tus labios y traga manteniendo la lengua en esta posición". El uso de señales táctiles ayuda al paciente a comprender donde debe ir su lengua. El paciente debe ser instruido para practicar, durante el intervalo hasta la próxima cita, la deglución correcta, por lo menos 40 veces por día. La práctica puede hacerse con pequeñas cantidades de agua o un trozo de cereal seco.

2. En la segunda cita, el paciente debe estar en con

diciones de tragar correctamente a voluntad. Sin embargo, mostrará degluciones anormales inconscientes. Ahora pueden usarse pastillas de fruta sin azúcar para reforzar la deglución inconsciente. Se instruye al paciente que coloque una de las pastillas sobre la lengua y mantenga contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente. Al principio, podrá sostenerla en su lugar apenas unos segundos, pero gradualmente aprenderá. Mientras está aprendiendo, inconscientemente está deglutiendo en forma correcta, ya que el procedimiento de tomar el tiempo brinda un poco de competencia y se olvida de las degluciones. "Esta combinación de pastilla de fruta y tiempo registrado es el mejor procedimiento para lograr actividad refleja de niveles conscientes a inconscientes.

3. Ahora debe colocarse un arco lingual soldado, adaptado cuidadosamente a los dientes, llevando puntas cortas (2 mm) agudas, estratégicamente ubicadas. Para protegerse, la lengua se retira de la posición normal y se ubica correctamente durante la deglución. No colocar un aparato así como primer paso en la terapéutica. Es demasiado traumático para el paciente y muchos de ellos simplemente lo arrancan de la boca. Sin embargo si los pasos 1 y 2 han sido realizados correctamente, el paciente puede entonces aceptar el aparato. Todos los empujes linguales simples deben ser corregibles por estos tres procedimientos en secuencia. Cuando no-

se corrigen, hay un error de diagnóstico y no se trata verdaderamente de un empuje lingual simple. (12)

Los aparatos fijos para el tratamiento de la mordida abierta anterior en los cuales no exista una historia de succion digital sino más bien, una pauta constante de proyección lingual. Por regla el niño tendrá entre 7 y 10 años. Los niños mayores de esta edad tendrán que ser sometidos a un tratamiento de Ortodoncia Integral, ya que en estos casos, se ha llegado a una acomodación muscular a su hábito de proyección lingual. Los espacios que primitivamente separaban los dientes anteriores superiores pueden haberse cerrado por la exagerada inclinación mesial de los dientes. (14)

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa. (6)

Debe usarse bastante tiempo para reforzar los reflejos recién aprendidos. Aún después de que el paciente ha dominado la nueva deglución y ya no se ven las acciones anormales del labio y los músculos mentonianos, es sensato dejar el arco lingual un poco más de tiempo. (13)

B) MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Una mordida cruzada posterior en la dentición decidua, es a menudo un signo de deficiencia del crecimiento maxilar en la dimensión transversal. Este problema puede ser causado por factores ambientales así como por el patrón genético.

Myers y sus asociados⁽²¹⁾ han demostrado que una mordida cruzada posterior funcional se asocia con la compresión del cóndilo en la fosa del lado de la mordida cruzada y con extrusión del cóndilo en el lado opuesto.⁽¹⁾

Con el fin de poder diagnosticar mejor las mordidas cruzadas algunos autores separaron estas distinciones en un tipo funcional y otro genético.

Se suele explicar que cuando un niño abre la boca y la cierra lentamente hacia una oclusión cómoda, su mordida cruzada será funcional y si se ve que la mandíbula se desvía hacia el lado de la mordida cruzada, para acomodar la interferencia cuspídea, en los últimos 2 ó 3 mm de cierre. Pero si no se observa desviación alguna durante el cierre, entonces, se dice que la mordida cruzada es de origen genético.

Debe ser juzgada a la vez los planos mesio distal no es digna de toda confianza y se le determina cuando el niño o joven ocluye. Esto es debido a la rotación de la mandíbula

la que se produce en algunas mordidas cruzadas, particularmente en las linguales unilaterales. La rotación es causada por las vertientes cuspídea del molar superior mal ubicado - lingualmente y los otros dientes ubicados lingualmente en el sector anterior.

En el caso de la mordida cruzada del lado izquierdo, la mandíbula del niño se desplaza a la izquierda, rotando -- los dientes inferiores distalmente del lado izquierdo y mesial del lado derecho.

La mayoría de escritores han puesto énfasis sobre -- dos tipos distintos de mordidas cruzadas posteriores. Se dice que la etiología de cada uno es identificable según que -- la mandíbula se desplace o no perceptiblemente al cerrar la-boca el niño.

Si considera que una mordida cruzada posterior es -- funcional (también llamada pauta de conveniencia o pauta ha-bitual de oclusión) si se produce un desplazamiento mandibu-lar durante los últimos 2 ó 3 mm de cierre. Si la mandíbula del niño se desplaza al ocluir hasta la posición final, se -- considera que la mordida cruzada posterior es genética. Tam-bién llamada esquelética o anatómica). (14)

Generalmente la mayor parte de las mordidas posteriores son de origen esquelético más que dental. Con frecuencia el maxilar es más angosto que la mandíbula, y por lo tanto hay discrepancia entre los maxilares. La mejor prueba diagnóstica para este tipo de displasias esqueléticas es la radiografía cefalométrica frontal.

Se pueden observar ejemplos de estos tipos de mordida cruzadas esqueléticas en denticiones desiduas, mixtas y permanentes. Ya se describió la etiología de un maxilar angosto asociado a un hábito de chupeteo prolongado.

Las maloclusiones funcionales se deben tratar tan pronto como se descubran con el fin de crear un medio adecuado para el futuro desarrollo de la dentición. Si esto no se lleva a cabo, una maloclusión funcional se puede transformar en un problema esquelético más grave. (3)

Es un problema transverso que habitualmente se manifiesta en la dentición decidua. El tipo más común es la mordida cruzada lingual unilateral de la dentición superior. Aunque este problema puede ser causado por un arco mandibular ancho, un arco maxilar angosto o una combinación angosta. Al cerrar la boca, las arcadas maxilares y mandibulares se encuentran con una sobremordida horizontal mínima o no la presentan, de modo que la mandíbula se desplaza hacia un la-

do, dejando una mordida cruzada en el lado hacia el que se -
desplaza. En esta situación la línea media inferior estará -
desviada hacia el lado afectado. (1)

El verdadero peligro del chupeteo prolongado es un -
posible cambio en la oclusión, que permite que las fuerzas -
musculares deformantes potentes crean una maloclusión perma-
nentes. Estas fuerzas son las que originan mordida cruzada -
unilateral y bilateral, asociada con frecuencia con hábito -
de chupeteo. Es posible que haya un crecimiento inadecuado -
a lo ancho en el maxilar debido a una posición de la lengua -
baja y fuerzas anormales ejercidas sobre el maxilar por el -
músculo buccinador durante el chupeteo. En consecuencia, --
hay discrepancia en la anchura de la dentición superior y la
inferior.

Debido al estrechamiento del arco maxilar, el paciente
se ve forzado a mover la mandíbula hacia la izquierda o -
derecha para poder crear una oclusión funcional. En otras -
palabras, lo que aparenta ser mordida cruzada unilateral en
esencia es un problema bilateral, y debe ser tratado como --
tal. (3)

TRATAMIENTO

Aunque hay numerosos dispositivos que pueden utili--
zarse para expandir la arcada maxilar, para el paciente pe--

diátrico deberá considerarse el mecanismo que requiera menos cooperación, por lo tanto el aparato removible sólo se recomienda para pacientes maduros que cooperen. (2)

El aparato utilizado para modificar la forma del arco en la mayoría de los casos es el Quad-Helix; el cual ejerce un efecto de ensanchamiento de la sutura palatina. (13) - El cuadihelix es una espiral de expansión fija usada normalmente en conjunto con otros sistemas de aparatos. Con el desarrollo de los aparatos fijos, se unieron espirales tipo W-a las bandas de los primeros molares superiores, mientras que Ricketts incrementaba la flexibilidad de la espiral agregando hélices para producir el aparato cuadihelix. (10). Es más lento y no tan espectacular, pero separa la sutura al mismo ritmo que se forma el nuevo hueso. Al estudio la sección frontal de las radiografías laminográficas, parece que el remodelado del hueso nuevo se produce a un ritmo más lento.

Tal vez esto sea más estable, aunque aún no ha sido comprobado. Parecería que después de 6 meses los efectos -- del tornillo y del Quad-Helix son similares en su extensión -- en cuanto al compromiso final del piso nasal. (13)

Hay situaciones en que se debe construir un dispositivo no solo para ensanchar los segmentos bucales del arco -

dental maxilar, sino también para crear una fuerza ortopédica para colocar los dos huesos maxilares en una relación más normal. (3)

Un defecto con el uso clínico del Quad-Helix, es que los movimientos a menudo no son de magnitud suficiente y no se mantienen durante el tiempo necesario. A menudo se ve una recidiva de la expansión palatina en ausencia de un mejoramiento de la función nasal, particularmente cuando la lengua queda demasiado baja en la cavidad bucal.

Otro peligro es que restringe el espacio necesario para la lengua si el aparato está demasiado hacia abajo y hacia atrás en la cavidad bucal, con mucha frecuencia la lengua se verá perturbada y lastimada por la función. Por lo tanto, hay que tener cuidado de adaptar el alambre en el momento del cementado y la activación original y su adaptación deben hacerse dentro de los 2 ó 3 mm de distancia de los tejidos blandos del paladar. (13)

La expansión del arco superior debe completarse en aproximadamente 3 meses. El aparato puede entonces quitarse y hacerlo pasivo antes de ser recementado como retenedor durante otros dos meses más. (10)

El cuadrihelix puede fabricarse ya sea indirectamen-

te en el laboratorio o directamente por el clínico en el sillón. La elección de la técnica depende de la velocidad que se requiere el aparato y la relativa disponibilidad de tiempo sillón y tiempo laboratorio.

TECNICA INDIRECTA

1. Elija y adapte bandas en los primeros molares superiores con aditamentos bucales si se requieren.
2. Tome una impresión de alginato del arco superior sobre las bandas de los primeros molares.
3. Adapte y selle las bandas en la impresión.
- 4 Vacíe las impresiones y construya el cuádrilix en el laboratorio.
5. Adapte, active y cemente el aparato en la boca.

TECNICA DIRECTA

1. Elija y adapte bandas en los primeros molares superiores con aditamentos bucales si se requieren.
2. Elija un cuádrilix preformado del tamaño apropiado usando los modelos de estudio como guía. - Adapte los brazos laterales de manera que queden paralelas al segmento bucal de los dientes y cerca de las superficies palatinas de los primeros molares superiores. Ajuste las hélices posteriores de manera que queden paralelas al velo del paladar.

3. Marque los puntos de soldadura sobre el cuadihélix y sóldelo a las bandas molares.
4. Cheque la adaptación del aparato contra los modelos de estudio y después en la boca haciendo todos los ajustes necesarios.
5. Active y cemente el aparato en la boca.

Los siguientes puntos deben observarse en el diseño del aparato:

1. El puente anterior debe ser recto y coincidir con una línea que en una de las superficies distales de los caninos superiores.
2. Las hélices deben fabricarse de tal manera que descansen sobre la superficie palatina del aparato manteniendo así lejos de la mucosa palatina, al resorte. El aparato debe descansar cerca pero no en contacto con la mucosa palatina de manera que exista interferencia mínima con los movimientos de la lengua.
3. Las hélices posteriores deben fabricarse de manera que -- sean paralelas al velo del paladar y lo suficientemente -- hacia distal de manera que no se reblandezcan durante la soldada.
4. Los brazos laterales deben extenderse hacia adelante y -- controlar los dientes que van a moverse bucalmente. (10)

MANEJO CLINICO.- Generalmente se observa un interva-

lo de 6 semanas antes de requerirse otra acción. En la segunda visita pueden hacerse ajustes intraorales, después de los cuales pueden dejarse transcurrir 6 semanas hasta la siguiente visita. La activación se hace colocando el alicate directamente por delante del asa posterior. Las ramas anteriores pueden ajustarse independientemente de la activación molar colocando el alicate por delante del molar.

El ensanchamiento, la compresión o el enderezamiento de los molares pueden activarse pinchando entre las asas anteriores. Generalmente, sólo se hace una pequeña activación de los brackets anteriores, el alambre se deja fuera de contacto con los dientes anteriores hasta que se logra la rotación molar. Esta es una de las características sobresalientes de este aparato debido a que la rotación molar es fuertemente problemática. La rotación del molar superior puede lograrse inmediatamente. También se obtiene espacio con mucha rapidez para los dientes que están erupcionando, particularmente los incisivos laterales superiores apiñados. (13)

La activación del cuadihelix puede ser intra o extra-oralmente. El método intraoral fue criticado por Chaconas y de Alba Levy (1977) en que cada doblez producía una -- disminución progresiva en la fuerza puesta originalmente en el aparato. La activación extraoral permite que se observe claramente la cantidad de activación y es el método preferi-

ble a pesar de el trabajo extra que involucra remover y rece_umentar el aparato.

ACTIVACION EXTRAORAL.- El aparato se activa en la -- primera visita La cantidad de expansión colocada al aparato es aproximadamente de 1 cm en cada lado en la región molar y de 1.5 cms en toda la región anterior. La expansión se pone al abrir primero las hélices anteriores para incrementar el ancho intermolar y después ajustando similarmente las hélices posteriores de manera que los brazos laterales sean expandidos y producida la rotación de los molares al abrir las hélices anteriores se evita.

Cuando estén presentes rotaciones mesiales de los molares muy marcadas, los brazos laterales deben ajustarse de manera que no contacten el segmento bucal dentario hasta que aquella haya sido corregida. (10)

C) CLASE I TIPO 2

Los dientes anterosuperiores protruidos y espaciados caracterizan las maloclusiones de la clase I, tipo 2. ⁽¹⁴⁾ Posiblemente son las alteraciones más frecuentes. ⁽⁷⁾

A primera vista, una maloclusión de clase I tipo 2 - pueden asemejarse a la maloclusión clásica de la clase II, - división 1. La semejanza consiste en que los incisivos superiores aparecen protruidos en ambos casos. ⁽¹⁴⁾ Sin embargo, en la clase I tipo 2 los incisivos superiores suelen estar - bien espaciados y la relación molar y canina es la clase I . ⁽¹⁴⁾ En ambas maloclusiones, el labio superior aparece más-corto e hipoactivo (inactivo), de modo que los labios no se adaptan para encerrar los dientes durante la deglución. El labio inferior, por lo tanto, parece actuar por demás hacia-adentro y arriba para lograr el sellado para la deglución cerrándose hacia arriba y lingual de los incisivos superiores. ⁽¹⁴⁾

La etiología de la clase I tipo 2, suele ser una serie de hábitos bucales prolongados, como la succión temprana de los dedos, que después pueden cambiar por una interposición lingual o inadecuada posición pasiva de la lengua. Continuados por algunos años, estos hábitos bucales dañosos pueden generar fuerzas que causan mal alineamiento en ambos maxilares y quizá mueva los dientes superiores a posiciones --

bastante protrusivas.

DIAGNOSTICO DE LOS PROBLEMAS DE HABITOS BUCALES.- Mediante el interrogatorio del paciente, el examen de las caries causadas en los dedos por la succión, escuchándolo hablar y viendo su manera de deglutir, así como hablando con los padres, el odontólogo pudiera ser capaz de trazarse una imagen bastante exacta de la etiología de la maloclusión.

READIESTRAMIENTO DE HABITOS.- Se verá que el readiestramiento de hábitos plantea problemas a la mayoría de los odontólogos generales y que quizá se debiera consultar a un foniatra adiestrado en terapéutica lingual, sobre todo para los casos resistentes.

Para estos casos son varios los aparatos seleccionables y, por lo tanto el tratamiento de las maloclusiones de clase I tipo 2, que involucran tanto el problema de los dientes anterosuperiores protuyentes como el de la mordida abierta anterior. (14)

Es casi imposible el tratamiento de los niños con maloclusiones de clase I con incisivos superiores protruidos o mordida abierta anterior si no se comprenden bien los hábitos bucales que, con tanta frecuencia, forma el trasfondo causal de éstos.

Es quizás mejor separar los tres factores identificables en las maloclusiones de clase I, tipo 2 -incisivos superiores protruidos, mordida abierta anterior, hábitos causantes- y tratarlos de uno a la vez. (14)

Las protrusiones, generalmente de incisivos superiores vestibuloversión de los incisivos, con clave de la oclusión conservada (clase I) se tratará como movimiento individual y simple pues lo corriente es que presenten diastemas entre ellos y, generalmente responden a un hábito (succión del pulgar, morderse el labio inferior, o presión de la lengua), son de pronósticos muy favorables pero requieren una correcta y larga contención, eliminación de la causa y reeducación muscular de labios. (7)

Antes de iniciar una terapéutica aparatológica para corregir los incisivos centrales y laterales permanentes superiores protruidos, el diagnóstico y etiología de la maloclusión deben ser cuidadosamente verificados para asegurarse que la maloclusión del niño no pertenece a la clase II.

Después de haber determinado que el niño tiene sin duda una maloclusión clase I, habrá que buscar con cuidado particular la presencia de hábitos bucales.

A menos que un tratamiento haya dañado los dientes -

frontales del niño, existe la clara posibilidad de que uno o más hábitos bucales están involucrados. (14)

TRATAMIENTO

Es sensato comenzar con una discusión del problema - con el niño sin el padre cerca. No usar amenazas ni avergonzarlo; es preferible un intento amistoso, tranquilo para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito.

En otras palabras, usar esta primera discusión para conocer al niño y hacerle saber sobre los métodos disponibles para la corrección del hábito. Ser amable porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el asunto. Dejarle con la idea que él va a hacer lo que pueda - por sí mismo durante dos o tres meses, y que después de ese tiempo discutirán nuevamente la situación. (12)

Antes de iniciar una terapéutica aparatológica para corregir los incisivos centrales y laterales permanentes superiores protruidos, el diagnóstico y la etiología de la maloclusión deben ser cuidadosamente verificados para asegurar que la maloclusión del niño no pertenece a la clase II. Esto se cumple teniendo en cuenta cuatro pasos que son muy importantes:

1. Las relaciones molares;
2. Las relaciones caninas;

3. Las líneas medias, y
4. Los hábitos bucales.

Después de haber determinado que el niño tiene sin duda una maloclusión clase I, habrá que buscar la presencia de hábitos bucales. (15)

Si existe un daño franco (maloclusión total), deberá hacerse una historia clínica completa, preferiblemente con el niño fuera de la habitación. Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema de comportamiento anormal, la primera consideración es pedir una consulta con el psiquiatra. Sin embargo, estos casos son los menos. En la mayor parte de los casos, los niños se encuentran bien adaptados y suficientemente sanos. Si se consigue la cooperación del paciente, los padres y los hermanos, deberá considerarse la utilización de un aparato. Las teorías actuales sobre el aprendizaje indican que el aspecto psicológico ha sido exagerado por los psiquiatras y los pediatras. (6)

Quizás el mejor aparato es un arco lingual con puntas cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga fuera. Este aparato no es una interferencia mecánica para el pulgar ni debe tener forma de una pantalla enorme, llamada también rastrillo. Debe es-

tar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal y contener suficientes puntas cortas, agudas, como leves señales aferentes de incomodidad, cada vez que se coloque el - pulgar. (12)

Después de haber hecho la historia clínica completa-se hace un estudio de Rx.

Si lo requiere el paciente el primer paso será el de colocar alambre de cobre en los contactos proximales en la - zona de los molares superiores posteriores ya erupcionados - completamente, donde serán colocadas las bandas. Estos alambres estarán por espacio de 48 horas.

Posteriormente se le adaptan bandas que pueden ser - prefabricadas, se toma una impresión con alginato, estando - las bandas en los molares; después las bandas se retiran una a una, la impresión se enjuaga y se seca con aire, las ban - das se colocan en la impresión teniendo cuidado que queden - en posición correcta y se fijan a la impresión goteándole cera pegajosa por vestibular con el fin de que en los momentos que se está soldando la banda, la cera no contamine la soldadura. Si se prefiere se pueden sujetar con grapas. Cuando las bandas estén fijas, la impresión se corre cuidadosamente en yeso piedra. Después de 20 minutos se saca el molde, se humedece y se recorta: el sobrante de cera se retira con una

espátula pequeña. Las bandas que se encuentran en el modelo de yeso, se limpian con una torunda de algodón empapado en alcohol. Se procede a adaptar el alambre 0.40 0.45 en el modelo, haciendo un arco lingual.

El modelo de yeso se humedece un poco, el arco adaptado se coloca en el modelo y se inmoviliza en su parte anterior (nivel de los incisivos) con una pequeña cantidad de yeso piedra, ya fraguado se pone fundente en las bandas por su cara palatina y en los extremos del arco a soldar; se emplea soplete aire-gas y soldadura de plata 0.25, ya que ha corrido la soldadura se retira del modelo el arco soldado a las bandas. Con alambre de .030 se procede a soldar espolones (puntas cortas soldadas con una ubicación estratégica para recordarle al pulgar que se mantenga afuera).⁽¹¹⁾

Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato central (espolones). Si existe contacto estos espolones deberán ser recordados y doblados hacia el paladar. Los dientes soporte se aíslan, se limpian y se secan y el aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, pidiendo al niño que lleve el aparato a su lugar con una mordida. La mayor parte del exceso de cemento se limpia inmediatamente y el resto se quita con un raspador de tipo universal cinco a diez minutos después. Se le explicará al niño, que no debe-

tratar de retirarlo de la boca. No debe comer chicles, ni -
chiclosos; cepillarse muy bien después de comer y cerciorar-
se que no le quedaron restos de alimentos.

Después de un período de ajuste de dos o tres días -
la mayor parte de los niños casi no están conscientes del a-
parato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de
tres o cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva -
de cuatro a seis meses en la mayor parte de los casos. Un -
período de tres meses en que desaparece completamente el há-
bito del dedo es un buen seguro contra de la recidiva. (7)

CASUISTICA

PACIENTE: Márquez Irizar Flor de María.

EDAD: 9 años

EXAMEN CLINICO

Tipo facial Normocefálico.

Perfil: Convexo.

Labio superior: Competente.

Labio inferior: Competente.

Posición anterior a los incisivos superiores.

EXAMEN INTRAORAL

Oclusión en molares derechos: Escalón mesial.

Oclusión en molares izquierdos: Plano terminal recto.

Oclusión de canino derecho: Clase I.

Oclusión de canino izquierdo: Clase II

Sobremordida vertical: 4 mm

Sobremordida horizontal: 2.5 mm

Presencia de mordida cruzada posterior y anterior funcional.

En oclusión se manifiesta de 22 a 26

EXAMEN FUNCIONAL

Lengua: Normal.

Cierre mandibular: Desvía la mandíbula a la izquierda durante el cierre, para obtener la máxima intercuspidadación

TRATAMIENTO

Cuadrihelix modificado con brazos anteriores. Se efectuaron 3 activaciones, la primera al cementar el aparato y al mes y medio la segunda activación, se dejó como retenedor del movimi

miento, durante otro mes y medio más.

Tiempo total de uso del aparato: 6 meses.

Paciente: Nuñez Fregoso Benjamín.

Edad: 8 años 10 meses.

EXAMEN CLINICO

Tipo facial: Normocefálico.

Perfil: Convexo.

Labio superior: Competente.

Labio Inferior: Competente.

EXAMEN INTRAORAL

Oclusión en molares derechos: Clase I

Oclusión en molares izquierdos: Tipo II

Oclusión en canino derecho: Clase I

Oclusión en canino izquierdo: Clase I

Sobremordida vertical: (mordida abierta) 5 mm

Sobremordida horizontal: 4 mm (casi borde a borde).

Presencia de mordida cruzada posterior unilateral del lado izquierdo III IX V 6

EXAMEN FUNCIONAL

Lengua: Proyecta la lengua hacia los incisivos superiores al deglutir.

Antecedentes de hábito: Succión digital desde los 4 años de edad.

TRATAMIENTO

Se le colocó una trampa para el dedo o rejilla fija, para así evitar se succionara el dedo pulgar derecho.

Tiempo total de uso del aparato: 5 meses y medio.

PACIENTE: Genoveva Loustaunau

EDAD: 8 años seis meses

EXAMEN CLINICO

Tipo facial: Mesocefálico.

Perfil: Convexo

Labio superior: competente

Labio inferior: competente

EXAMEN INTRAORAL

Oclusión en molares derechos: plano terminal recto

Oclusión en molares izquierdos: Plano terminal recto

Oclusión en caninos derecho e izquierdo: En cúspide a cúspide

Sobre mordida vertical: (mordida abierta 3.9 mm).

Sobremordida horizontal: 3 mm

Presencia de mordida cruzada posterior tipo cúspide a cúspide bilateral.

EXAMEN FUNCIONAL

Lengua: Empuje lingual simple a la deglución.

Antecedentes de Hábitos: Succión digital desde los 6 años de edad hasta la fecha.

TRATAMIENTO

Cuadrihelix modificado con brazos anteriores para corregir - simultáneamente la mordida cruzada posterior y la actividad anormal de la lengua. El aparato se activó en dos ocasiones a intervalos de un mes y se dejó en boca como retenedor de - movimiento durante unos 4 meses. El uso total del aparato - fue de 6 meses.

PACIENTE: Medina Vidal Omar.

EDAD: 7 años 8 meses.

EXAMEN CLINICO

Tipo facial: Normo-cefálico.

Perfil: Convexo.

Labio superior: Incompetente y corto.

Labio inferior: Tonicidad normal.

Frenillo superior: corto.

EXAMEN INTRAORAL

Oclusión molares derechos: plano terminal recto.

Oclusión molares izquierdos: plano terminal recto.

Oclusión caninos derechos: Clase I

Oclusión caninos izquierdos: Clase I

Sobremordida vertical: 0

Sobremordida horizontal: 3 mm

EXAMEN FUNCIONAL

Lengua: Empuje lingual durante la deglución.

Antecedentes de hábitos: Proyección lingual, y succión digital desde los 3 años de edad.

TRATAMIENTO

Se le colocó una rejilla fija, para impedir los hábitos de succión y proyección lingual.

El aparato fue dejado hasta observar la ausencia de los hábitos ya mencionados.

Tiempo total de uso del aparato: 5 meses.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PACIENTE: Espinoza Rodríguez Posalba

EDAD: 5 años 6 meses

EXAMEN CLINICO

Tipo facial: Normocefálico.

Perfil: recto.

Labio superior: Competente.

Labio inferior: Competente.

Posición anterior a los incisivos superiores.

EXAMEN INTRAORAL

Oclusión en molares derechos: Plano terminal recto.

Oclusión en molares izquierdos: Plano terminal recto.

Oclusión en caninos derechos: Clase I.

Oclusión en caninos izquierdos: Clase I.

Sobremordida vertical: 3 mm

Sobremordida horizontal: 1,5 mm

Presencia de mordida cruzada posterior funcional

En oclusión, se manifiesta de 63 a 65

EXAMEN FUNCIONAL

Lengua: Actividad normal

Cierre mandibular: Desvía la mandíbula a la izquierda para
obtener la máxima intercuspidización

TRATAMIENTO

El aparato a utilizar fue el cuadrihelix modificado con brazos anteriores. Se efectuaron 2 activaciones, la primera al cementar el aparato y la segunda a los 2 meses y medio del cemento inicial. El aparato se dejó como retenedor del movimiento, durante dos meses más.

Tiempo total del uso del aparato: 4 meses aproximadamente.

CONCLUSION

Las maloclusiones son causadas tanto por factores ambientales como por el patrón genético. Una mordida cruzada-posterior en la dentición decidua, es a menudo un signo de -deficiencia del crecimiento maxilar en la dimensión transversal.

En cambio una mordida abierta anterior puede indicar un patrón anormal de crecimiento vertical.

En la clase I tipo 2 en esta maloclusión se ven afectados los dientes anteriores ya sean superiores únicamente o superiores e inferiores simultáneamente.

La etiología de todas estas suelen ser un conjunto -de hábitos bucales prolongados

Debemos clasificar las maloclusiones para hacer más-sencillo el reconocimiento de los problemas oclusales y ayudarnos a planear el tratamiento.

Para el tratamiento de la mordida cruzada posterior-debemos determinar el grado de la mordida cruzada, el número de dientes que afecta y la edad del paciente pediátrico debe rá considerarse el mecanismo que requiera menos cooperación.

Por lo tanto el aparato removible con un tornillo incorporado en el centro de un paladar de acrílico, dividido, se recomienda para pacientes maduros que cooperen. Para los pacientes pediátricos que cooperen es más recomendable el arco palatino en forma de hélice cuadrada o de "W", soldado a fojo-removible ya que es muy eficaz para obtener la expansión maxilar lenta.

Para el tratamiento de la mordida abierta en la dentición primaria o en la permanente el dentista deberá asegurarse del hábito del paciente (se deberá sospechar de un hábito oral). Para lograr el éxito en la corrección del hábito el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. El aparato más común para estos casos se denomina trampa. La trampa es una defensa que se solda a un arco palatino maxilar.

Los hábitos deben ser detectados y tratados a tiempo para evitar maloclusiones como las ya planteadas. El odontólogo deberá estar capacitado para distinguir entre un hábito significativo, la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto en la cual necesita una interconsulta con el pediatra o el psicólogo antes de intentar el tratamiento del problema o si al contrario es un hábito simple sin causa detectable.

BIBLIOGRAFIA

1. Barber, Thomas K., Luke, Larry S.
Ortodoncia Pediátrica.
1ra. Edición.
Editorial "El Manual Moderno".
México, 1985.
P.P. 244, 257, 259, 260.

2. Begg, P.R., Kesling, P.C.
Ortodoncia de Begg. Teoría y Técnica.
2da. Edición.
Editorial Revista de Occidente.
España, 1973.
P P. 81.

3. Chaconas, Spiro J.
Ortodoncia.
Editorial El Manual Moderno.
México, D F., 1982.
P.P. 198, 200, 203, 243.

4. Finn, Sidney B.
Ortodoncia Pediátrica.
4ta. Edición
Editorial Interamericana. México, D.F. 1980.
P.P. 285, 328, 330.

5. Foster, T D.
A Textbook of Orthodontics
Second Edition
Blackwell Scientific Publication
Oxford, London, 1982.
P.P. 107-111

6. Graber, T.M.
Ortodoncia, Teoría y Práctica
3ra. Edición.
Editorial Interamericana.
México, D.F. 1981.
P.P. 161, 229, 263-287, 289, 294.

7. Guardo, A.J., Guardo, C.R.
Ortodoncia.
1ra. Edición.
Editorial Mundi.
Argentina, 1981.
P.P. 171, 172, 115, 243, 246.

8. Hotz, Rudolf.
Ortodoncia en la práctica diaria.
2da. Edición.
Editorial Científico-Médico..
España, 1974.
P.P. 33, 370, 371, 375.

9. Mayoral, J., Mayoral, G.
Ortodoncia.
1ra. Edición.
Editorial Labor, S.A.
Barcelona, 1969.
P.P. 190, 191, 273.
10. Mc Namara, T.G.
The quadhelix appliance
In British Journal of Orthodontics, 1980,
Volumen 7
P.P. 115-119.
11. Michel, M.L.
Tesis Profesional,
Cirujano Dentista, U.A.G.
Octubre de 1980.
P.P. 24-25.
12. Moyers, Robert E.
Tratado de Ortodoncia.
1ra. Edición
Editorial Interamericana
México, D.F. 1976
P.P. 225, 253-257, 330, 337, 339, 342.

13. Ricketts, R.
Técnica bioprogresiva de Ricketts.
1ra. Edición.
Argentina, 1983.
Editorial Médica Panamericana, S.A.
P.P. 246, 247, 249.

14. Sim Joseph M.
Movimientos dentarios menores en niños.
2da. Edición.
Argentina, 1980.
Editorial Mundi.
P.P. 36, 38, 42, 144--147, 155, 179, 319.

15. White T.C., Gardiner J.H., Leighton B.C.
Introducción a la Ortodoncia
1ra. Edición.
Buenos Aires Argentina, 1977.
Editorial Mundi.
P.P. 104, 147, 149.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

16. Andram y Kemp, en el libro de:
Foster T.D.
A Textbook of Orthodontics
Second Edition
London, 1982
Blacwell Scientific Publications
Oxford, London, 1982.
P.P. 107.

17. Ballard, 1962, en el libro de:
Foster T.D.
A Textbook of Orthodontics
Second Edition
London 1982.
Blackwell Scientific Publications
Oxford, London 1982.
P.P. 111

18. Balters y sus colaboradores en el libro de:
Graber T.M.
3ra. Edición.
México, D.F., 1981.
Editorial Interamericana.
P.P. 285.

19. Gesell e Ilg en el libro de:

Graber, T M

Ortodoncia Teoría y Práctica,

3ra. Edición.

México, D F. 1981.

Editorial Interamericana

P P. 227

20. Haryett, Hansen, Davison en el libro de:

Graber T.M.

Ortodoncia, teoría y práctica.

2da. Edición.

México, D.F. 1974.

Ed. Interamericana.

P.P. 283.

21. Myers en el libro de:

Barber, T.K., Luke, Larry S.

Ortodoncia Pediátrica.

1ra. Edición.

Ed. El Manual Moderno,

México, 1985.

P.P. 259.

22. Popovich y Cook en el libro de:

Moyers de Ortodoncia (para el estudiante y el odontólogo general).

1ra. Edición.

Ed. Interamericana.

México, D.F. 1976.

P.P. 254.