

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ORTODONCIA PREVENTIVA

TESIS PROFESIONAL

LEONOR GARCIA TINAJERO

79

1973

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

ORTODONCIA PREVENTIVA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

LEONOR GARCIA TINAJERO

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

México, D. F.

1973

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A Dios y a Ivi

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

*Con gran amor a mis queridos padres
a quien todo lo debo*

*Antonio García Monterrubio
Leonor Tinajero de García*

A mis hermanos

*Arg. Antonio García Tinajero
Arg. Angel Rey García Tinajero*

Rebeca

Rosa de Guadalupe

José Manuel

Enrique Ricardo

A mi tía

Eva Tinajero Silva

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mis respetables y queridos abuelitos

Antonio García Medrano

Catalina Monterrubio de García

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A

Dra. López Velarde de Gutierrez

Con mi Agradecimiento
a su valiosa ayuda para elaborar
esta tesis.

Biblioteca de Odontología
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

"A mi Honorable Jurado"

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Con Cariño a mis Maestros y Amigos

Dr. Manuel Aja Ortiz
Dr. Mauricio Millan Aguado y esposa
Dr. Saúl Villegas Velázquez
Dr. José Cruzola Valdes
Dr. Victor de la Rosa Huesca
Dr. Miguel Angel Pohlano González
Dr. Pedro Martínez Garza
Dr. Antonio Rosado García

A la familia "Gamiño Ochoa"
con gran cariño

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

"A los Niños que son la Grandeza y el Amor"

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A todos mis Maestros y Compañeros

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

"CONTENIDO"

- 1.—INTRODUCCION.
- 2.—PSICOLOGIA APLICADA PARA PACIENTES CON PROBLEMAS OR-
TODONTICOS.
- 3.—IMPORTANCIA DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSION.
- 4.—MANTENEDORES DE ESPACIO Y CONSTRUCCION.
- 5.—MALOS HABITOS ORALES.
 - A).—SUCCION DE PULGAR.
 - B).—ALIMENTACION POR MEDIO DE CHUPONES.
 - C).—DEGLUSION ANORMAL.
 - D).—RESPIRACION BUCAL.
 - E).—SUCCION Y MORDIDA DE LOS LABIOS.
- 6.—INFORMACION E INSTRUCCION AL PACIENTE QUE USARA APA-
RATOS ORTODONTICOS.
- 7.—CONCLUSIONES.

'' INTRODUCCION ''

Los Cirujanos Dentistas podemos conjugar la ciencia, y la habilidad para enfrentarnos a un sin número de problemas tales como psicológicos, ambientales, traumatismos.

Al ver, durante mi Servicio Social en la Clínica de Especialidades Dentales, la gran cantidad de niños que llegan con problemas al servicio de ortodoncia, enfoqué esta tesis a las medidas preventivas que ayudarán a los niños a obtener una oclusión armónica y aceptable.

El Cirujano Dentista debe estar capacitado para colocar mantenedores de espacio así como aparatos para evitar malos hábitos, si esto se hiciera en la consulta diaria, se ayudaría enormemente a los niños para una oclusión permanente dentro de los requisitos más aceptables, y estaría el Cirujano Dentista capacitado para en el momento preciso valorar si requiere del ortodoncista o no, para solucionar el problema.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

PSICOLOGIA APLICADA PARA PACIENTES CON PROBLEMAS

ORTODONTICOS

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Psicología Aplicada para el Paciente con Problemas Ortodónticos.

Los problemas técnicos que deben afrontar los ortodoncistas son interesantes y contamos con métodos muy satisfactorios para encarar la mayor parte de ellos. Pero si sólo consistiera en la creación de respuestas técnicas a problemas técnicos, la práctica de la ortodoncia sería sencilla y práctica.

Pero esto no es la realidad; es un verdadero problema someter la voluntad del paciente en la cooperación con el ortodoncista para realizar tal o cual operación.

Hay ciertos pacientes reacios a todo tratamiento concerniente a la cavidad oral por lo tanto, vamos a enfocar el problema y dar un patrón más a seguir para la consecución de la resolución de este tipo de problemas.

El primer paso es estudiar las características especiales de cada paciente y determinar su forma de ser, para después aplicar el método a seguir para transformar a ese individuo en un ser cooperativo, utilizando todos los conocimientos y habilidades de que se disponga.

Hay personas que en condiciones normales se comportan perfectamente bien, pero que al someterse a un tratamiento dental, su conducta se torna patológica. A éste se le denomina escape o idiosincracia. Por aislados y excepcionales que puedan ser en un determinado paciente, esos escapes pueden afectar la relación paciente-dentista y pueden limitar la medida en que la comprensión, cooperación y la confianza puedan desarrollarse. Para establecer las relaciones de trabajo más eficaces con los pacientes se deben conocer los procesos patológicos de la conducta.

El contacto personal inicial entre el odontólogo y el paciente debe ser cordial, con una charla amena para infundir confianza al paciente. No hay reglas básicas generales para estas entrevistas, pero el ortodoncista debe hallar sus propias palabras para conducir una interacción útil con cada paciente.

El temor se puede manifestar de diferentes maneras y a menudo aparece en una forma que es difícil de reconocer. Muchos casos de conducta y actitudes desmedidas en pacientes odontológicos son ejemplos del temor que actúa por alguna otra vía.

La hostilidad del paciente, a menudo, toma forma de sospecha o resentimiento, o de interrogatorio de la capacidad o de los motivos del ortodoncista, son desconcertantes para éste. Sin embargo, si contemplamos la situación en que el paciente se encuentra, esas expresiones no nos parecerán tan difíciles de tolerar.

A nadie le gusta tener miedo, pero la mayor parte de las personas lo tienen en lo que concierne al tratamiento dental.

Hay muchas fuentes que contribuyen al temor experimentado por las personas ante la perspectiva de someterse a un tratamiento dental, y son muchas las maneras en que se puede manifestar el temor. Hay también muchas maneras de reducir ese temor y de ayudar al paciente a dominar lo que queda.

Quizá el medio más importante que podemos usar, es una actitud que contemple ese temor y su expresión como parte del problema que debemos tratar y no como un obstáculo molesto para nuestra función.

Desde este punto de vista, se puede obtener tanta satisfacción personal de la solución conveniente de algunos problemas de conducta como de la terminación de la ortodoncia técnica. Esto sólo se puede lograr con un esfuerzo por comprender a cada paciente como individuo y respetarlo como tal; al aceptarlo con sus sentimientos en forma comprensiva y el tener claro que nuestra función no es la de juzgar ni condenar.

El ortodoncista trata con algo más que dientes y su reparación: realiza un intercambio activo con un ser humano inmaduro y en desarrollo, sumamente emocional, sensible y de pronta acción.

El sometimiento del niño por la fuerza, nada hace por mejorar la imagen del ortodoncista. Con frecuencia tales experiencias traumáticas dejaban un temor profundo en el niño que se traducía en extracciones totales, en el adulto joven. Sin embargo, al madurar la profesión y reconocer su responsabilidad frente al paciente, como persona, aparte de sus dientes; ha habido la necesidad de comprender al paciente, sus actitudes y sus temores, además de sus problemas dentales.

El adulto tiene en cierta medida el control de sus temores y el dominar su conducta para adaptarse a las exigencias del dentista. El niño tiene un control mucho menor, porque su mecanismo inhibitor cortical no está plenamente desarrollado. Es aún un reaccionador talámico, incapaz de inhibir sus sentimientos. Apelar a la razón, al orgullo, y aquí en México al machismo; tiene poco efecto sobre los pequeños escolares, porque no están preparados para ello.

Modificación de los patrones de conducta de los niños.

Los niños crecen y cambian. Un niño de seis años difiere de uno de cuatro. Cada período cronológico y cada niño se caracterizan por patrones de conducta distintos que dependen del nivel de desarrollo psicomotor, emocional, influencias o el medio ambiente y personalidad.

Si el ortodoncista reconoce su patrón de conducta característico será más fácil someterlo.

El dentista necesita una diversidad de aptitudes técnicas y un conocimiento del crecimiento y desarrollo (físico, dental y emocional), para manejar satisfactoriamente las necesidades dentales de los niños. Pero necesita en especial la aptitud para manejar la conducta del niño. La habilidad técnica, es inútil, si el niño no quiere cooperar.

Aparte de esto, están los padres (generalmente la madre), con quienes el ortodoncista habrá de encararse. Se les deberá conocer tanto como al niño para ser eficaz, gran parte de la actitud del niño está influenciada por la madre.

Detrás de una falta de cooperación en el niño se encuentra un padre punitivo, una madre protectora y una vida insegura en el hogar.

Es necesario de antemano conocer la conducta del niño en su hogar, en el colegio, juegos, etc.; saber su actitud y sentimientos para con sus padres, adultos extraños, para así darnos una idea de como reaccionará ante el ortodoncista.

En las escuelas dentales, al futuro dentista no se le prepara para los problemas humanos sino solamente la parte técnica del tratamiento oral.

Son pocas las escuelas dentales que tienen cursos para estudiantes de psicología. Por lo tanto el odontólogo debe aprender a encararlos después de terminar sus estudios. Pero todo catedrático odontológico está de acuerdo en que una instrucción sobre la conducta humana y la psicología sería en beneficio para las relaciones entre el profesional y el paciente.

Patrones de conducta de los niños en la situación odontológica. Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y emocional. La conducta depende de estas tres dimensiones de crecimiento. Si cualquiera de éstas se acelera o retarda, el patrón de conducta se ve afectado. Siendo más crítico si la fase emocional es perturbada.

Infancia (del nacimiento a los dos años).

El infante depende de sus Padres para el cuidado y protección, y está fuertemente unido a ellos hasta los dos años.

Como la criatura depende mucho de la madre, se hunde en sus brazos. La madre es parte emocional del niño y sufre con él. Cuando se le retira de la madre, la reacción del niño es de pánico.

Como los lazos emocionales son muy fuertes a esta edad, lo mejor es no tratar de separarlos, sino emplearlos para acercarse al niño. El niño se siente más seguro con la cercanía de la madre, durante el examen y tratamiento. La madre deberá sentarse en el sillón dental con el niño en su regazo en lugar de la asistente dental.

El odontólogo debe proceder con su tarea en una forma positiva y delicada. No debe preocuparse por la resistencia o el llanto del niño, pues éstos son normales a esta edad. La succión del pulgar es común.

La niñez temprana (de dos a cuatro años).

Es un período de transición entre la infancia y el niño preescolar, independiente. En su casa el niño, de tres años se mostrará como explorador confiado en su medio ambiente inmediato, pero en los momentos de —Estrés— retorna rápido a la infancia y busca la seguridad de la madre. Esta edad tiende al surgimiento de la individualidad del niño, en sus comienzos.

Es la mejor edad para presentar al niño al odontólogo y para comenzar un programa de atención dental preventiva. El niño debe ser llevado al dentista cuando la madre sienta que ya está preparado para ello y cuando puede aprovechar la experiencia.

Alrededor de los dos años y medio el niño ha completado la erupción de sus dientes primarios. El odontólogo puede empezar entonces la rutina de los exámenes bucales y cuidados preventivos que se mantendrá toda la vida.

El niño en este período es capaz de sentarse en el sillón dental por sí solo. El permitir que la madre se siente en donde él pueda verla le dará confianza y le ayudará a conversar con compostura. Este niño no habla muy a menudo con extraños pero puede responder a preguntas y órdenes directas. Puede abrir la boca, sostener la jeringa de aire, el eyector de saliva, volver la cabeza o apretar los dientes. Puede comprender explicaciones sencillas.

El niño de tres años atemorizado pierde contacto con los extraños y se refugia en la madre. Al separarlos, el niño ve esa separación como deserción de la madre. Es esencial que el ortodontista tenga absoluta confianza en sí mismo y capacidad para manejar la situa-

ción y asegurarles al niño y a la madre que no le hará ningún daño.

La succión del pugar puede persistir de la niñez temprana, sobre todo en la noche, al dormir o en estado de cansancio.

El niño preescolar (hasta los 4 años).

A los cuatro y medio años el niño experimenta una metamorfosis de parásito adherido a individuo independiente. Las relaciones entre padres y niño influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años subsiguientes. Una madre excesivamente protectora puede retardar el desarrollo emocional y psíquico del niño. O un padre abusivo puede llevar al niño a agresiones, mentiras y rebeliones antisociales.

La conducta en el hogar y en el consultorio se caracteriza por sus amplias variaciones. Es en este período cronológico cuando se presentan al odontólogo el mayor número de problemas de manejo de la conducta. El comportamiento del niño depende de su personalidad y del medio ambiente en que vive. Un niño de cuatro años de una familia de seis hijos se comporta distinto del hijo único.

Si el niño es dócil y la madre agresiva será un paciente sumiso; pero si el niño es agresivo la madre sumisa, e insegura, el paciente aprende pronto a dominar la situación, es el clásico "mocosos". Si tanto el niño como la madre son violentos, el ruido y la conmoción trastornan al ortodontista.

La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de la madre, pero no demasiado. Suelen aceptar bien los procedimientos simples. Pero cuando son amenazados con procedi-

mientos dolorosos reaccionan violentamente; cuando no pueden dominar la situación, lucha o se viene abajo y llora, queriendo la presencia de la madre.

Edad escolar (seis a nueve años).

Con la entrada al colegio, el niño cambia, este período se le llama de socialización: aprender a llevarse bien con los demás, aprender las normas y reglamentos de la sociedad y aprender a aceptarlos.

Algunos niños aceptan el colegio y ya esperan esta experiencia desde los cinco años, unos pocos tienen miedo, pero por regla general a los seis años ya están listos para entrar al colegio.

El niño a los siete años es distinto a lo que fue a los cinco, porque ha aprendido mucho y su mundo se ha ampliado. Ha aprendido a comportarse fuera de su hogar, aceptar algunas cosas que le disgustan. Tiende a aceptar la autoridad. Los patrones agresivos tienden a desaparecer, no siempre, pero comienza a aceptar la adaptación y la autoridad.

En el consultorio, el comportamiento tiende a diferir muy marcadamente en el niño de edad preescolar. Ante todo, a menos que esté inseguro, prefiere estar solo con el odontólogo.

A esta edad el niño ve en el ortodoncista a una persona: buena o mala, pero siempre una persona, no a una sombra que provoca dolor. Ahora comienza a reaccionar ante la personalidad del ortodoncista.

Cuando el niño llega a su noveno año tiene ya experiencia en adaptarse y cooperar aun cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. La mayor parte de sus amigos ya han visitado al dentista

y los adultos hablan de ello con frecuencia. Alardea de sus experiencias en los consultorios. Acepta al ortodoncista como autoridad. Tiene aún muchos temores, algunos conservados desde las etapas anteriores, otros recién adquiridos.

Catarsis verbal.

Una de las técnicas útiles para descubrir la causa real de lo que parece ser un temor irracional hacer que el niño hable de ello. El ortodoncista puede emplear ésto, ventajosamente en los niños mayores. Si se logra que el niño verbalice sus temores, sus tensiones se verán muy reducidas y la conexión entre ortodoncista y su paciente se verá reforzada. La catarsis verbal debe ser empleada a menudo por el odontólogo para explorar y airear los temores y fobias de los niños.

El niño prepuberal (nueve a doce años).

Rara vez es problema para el ortodoncista. Es una persona experimentada, que se ha acostumbrado a las experiencias nuevas, a los extraños, a los dolores, golpes, etc. Ha entrado a un período de latencia en que las cosas son tranquilas. Se vuelve retraído. Aún en el sillón dental tiende a ser pasivo y a no reaccionar.

Las niñas pasan este período antes y con mayor rapidez, que los varones, y alcanzan la pubertad con dos años antes.

Es capaz de comprender cuestiones técnicas y científicas, y responderá al ortodoncista si él le explica los procedimientos dentales en ese nivel. Este niño se resiente por la intrusión de la madre en sus asuntos, incluido el tratamiento odontológico.

La personalidad del ortodoncista.

La personalidad y la base del conocimiento que el ortodoncista tenga, influye sobre cómo abordar estos distintos niños y tratar sus dientes.

El que posee una personalidad fuerte, habitualmente aborda al niño que no coopera como un objeto que debe ser sometido y manejado sin considerar por qué el niño no se comporta bien. Envía afuera a la madre, con firmeza y luego aborda firmemente al niño hasta que lo somete. Este abordaje es eficaz en niños que requieren firmeza, como en el dominante de una madre insegura. Pero el niño temeroso puede sufrir un trauma mental.

Por otra parte, el ortodoncista tranquilo, el complaciente, se comporta de modo muy distinto. Es eficaz cuando se requiere esencialmente bondad y simpatía en niños receptivos, pero se ve frustrado en el niño dominante de padres complacientes.

El ortodoncista enérgico alcanza el objetivo inmediato de tratar al paciente con mayor rapidez que el dentista complaciente. El niño que ha sido forzado a someterse al tratamiento ortodóntico puede retrasarlo. Estos son los pacientes que no cuidan de sus dientes y que faltan a las citas. El niño que ha sido introducido despacio y que ha aprendido a apreciar a su ortodoncista y por lo tanto a acceder al tratamiento dental cuando lo necesita, es más probable que llegue a la edad adulta orgulloso de sus dientes, de sus buenos hábitos de higiene bucal y con un deseo de atención dental correcto.

La mayor parte de los ortopedistas abordan individualmente a cada niño, se muestran bondadosos y complacientes cuando es necesario y se ponen firmes y positivos cuando está indicado.

La demasiada rigidez autoritaria y la complacencia exagerada dañan su práctica, así como su persona.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

IMPORTANCIA DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSION.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

“LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSIÓN”

La oclusión dentaria normal puede ser definida como un complejo estructural constituido fundamentalmente por los dientes, y maxilares, caracterizada por una relación normal de los llamados planos inclinados oclusales de los dientes que se hallan situados individualmente y en conjunto en armonía arquitectónica con sus huesos basilares y con su anatomía craneal, que presentan contactos proximales con crecimiento, desarrollo posición y correlación normal de todos los tejidos y estructuras circundantes en esta tesis de ortodoncia preventiva todo gira alrededor de la oclusión.

El fin a seguir es la obtención de una oclusión aceptable. Tanto los mantenedores de espacio como aparatos para corrección de hábitos y su mioterapia nos llevarán a una oclusión armónica.

La posición dentaria normal es un factor importante en la conservación y restauración de la salud dentaria, con demasiada frecuencia los dientes no reciben el cuidado necesario y se pierden causando malas posiciones. Son evidentes en la dentición los efectos nocivos de la inclinación excesiva de los dientes, de las oclusiones cruzadas, entrecruzamientos asentuados y otras malas posiciones causadas por extracciones prematuras.

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS

No sólo tiene importancia la pérdida total de los dientes primarios sino también la pérdida parcial coronaria debida a caries. Cualquier disminución en la anchura mesiodistal de un molar caduco puede ocasionar deslizamiento hacia adelante del primer molar permanente. La pérdida de los incisivos primarios no suele ser importante, puesto que se mantiene el espacio y, además, son los primeros dientes en hacer erupción.

Caninos primarios.—Es un problema la pérdida de los caninos primarios ya que son los caninos permanentes los que hacen erupción tardíamente en los maxilares, y si los caducos se pierden antes de que los incisivos central y lateral se hayan movido, puede dar lugar a un esparcimiento constante de los dientes anteriores. La pérdida del canino primario en la mandíbula es más frecuente y más grave. Cuando dichos dientes se pierden fuera de tiempo se produce inclinación lingual de los 4 incisivos mandibulares, que, a su vez, causan sobremordida.

Primeros molares primarios.—Algunos autores consideran de importancia clínica la pérdida de los primeros molares temporales. Esto se debe a que el problema no se manifiesta hasta después de algún tiempo de la extracción del diente. El primer premolar no tiene dificultad en aparecer puesto que mesiodistalmente es algo más angosto que el primer molar de la primera dentición. Si este último se pierde muy tempranamente, el segundo molar caduco puede deslizarse hacia adelante. Esto es particularmente cierto cuando el primer molar permanente está haciendo erupción. Si el primer molar de la primera dentición se pierde después de que se ha establecido una neutroclu-

sión patente de los primeros molares permanentes, existen menos posibilidades de que se pierda este espacio. Sin embargo, el canino caduco puede moverse distalmente y entonces desvía al canino permanente en erupción. Al mismo tiempo el primer premolar aparece antes de lo esperado y motiva el bloqueo del canino inferior en labioversión.

Segundos molares primarios.—La pérdida prematura del segundo molar de la primera dentición hace posible que el primer molar permanente se deslice enseguida hacia adelante, aunque no haya hecho erupción. El segundo molar primario tiene mayor anchura mesiodistal que su sucesor, pero la diferencia en su anchura se utiliza en la parte anterior del arco para dar el espacio suficiente a los caninos permanentes.

Pérdida de molares primarios.—Cuando dos o más molares primarios se pierden tempranamente durante el desarrollo de la dentición, además de los efectos acumulados de deslizamiento mencionados anteriormente hay probabilidades de que se produzcan otras modificaciones. Al perderse el soporte dental posterior, la mandíbula debe conservarse en alguna posición que permita cierta clase de función oclusional. De esto pueden resultar el deslizamiento anterior del cuerpo de la mandíbula y una relación incisiva, borde con borde.

La retención prolongada de los dientes primarios, porque las raíces no se reabsorban e porque experimenten anquilosis con el proceso alveolar, son otros factores que trastornan el orden de la erupción.

Pérdida de los dientes permanentes.—La pérdida de un diente permanente motiva un trastorno grave en la función fisiológica de la dentición, puesto que la destrucción de los contactos mesiodistales permite el deslizamiento de los dientes.

La pérdida de molares residuales sin utilizar dispositivos para mantener el espacio y la extracción de dientes permanentes sin colocación de prótesis son causas comunes de desarmonía oclusal. El ejemplo clásico de desarmonía oclusal concomitante a la pérdida de dientes son las indeseables secuelas que aparecen en el aparato masticador después de la pérdida del primer molar inferior. Algunas de las secuelas más comunes son: inclinación hacia adentro y hacia adelante del segundo y tercer molares inferiores; extrusión del primer molar superior, y protusión del segmento anterior de la arcada superior con abertura de los contactos entre los premolares inferiores primero y segundo, especialmente en pacientes con gran sobremordida.

Varias de las secuelas por la extracción de un primer molar inferior han sido atribuidas a pérdida de la dimensión vertical, o sea el llamado "colapso de la mordida". Sin embargo es posible que la abertura de los contactos en los dientes anteriores del maxilar superior sea debida a inclinación de los dientes posteriores.

Los contactos abiertos en la región anterior del maxilar superior con frecuencia se cerrarán después del ajuste oclusal y el reemplazo de los dientes perdidos sin intentar alterar la dimensión vertical.

La inclinación del segundo y tercer molares inferiores daría como resultado una desfavorable dirección del esfuerzo oclusal primordial sobre los molares superiores en oclusión céntrica.

Otras secuelas resultantes de la pérdida de los primeros molares inferiores, tales como la impacción de alimento, contactos abiertos, bordes marginales disparejos, y pérdida de la limpieza funcional de los dientes durante la masticación.

La pérdida sin reemplazo de un solo diente puede observarse después de la extracción de un incisivo inferior en un intento de aliviar el amontonamiento de los dientes superiores del maxilar inferior. Los factores que intervienen activamente en el amontonamiento de los incisivos inferiores serán aumentados por esta falta de continuidad en la arcada.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

MANTENEDORES DE ESPACIO Y CONSTRUCCION.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Algunos autores como Begochea los describe como "el dispositivo protésico destinado a conservar el equilibrio articular de los dientes cuando se hace necesaria la extracción prematura de un órgano dentario caduco, evitando el desequilibrio dentario, con el área desdentada".

El término mantenedor de espacio, se refiere a un aparato diseñado para conservar una zona o espacio determinado, generalmente en dentaduras primarias mixtas.

MANTENEDORES DE ESPACIO

- 1.—FIJOS
 - a) TIPO ESTRIBO
 - b) UNILATERALES
 - c) ARCO LINGUAL
 - d) PARA PERDIDA DE SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ESTANDO EL PERMANENTE SIN ERUPCIONES
 - e) DE RESORTE Y LIGADURA

2.—REMOVIBLES

Estribo.—Muchos autores han demostrado que en las piezas primarias no llega a ser muy acentuado el problema de sobre-erupción por falta de antagonista, por lo tanto los mantenedores de espacio del tipo estribo, pueden cumplir bien sus funciones de mantenimiento de espacio máxime si se trata de un aparato que no durará mucho tiempo en la boca.

Este mantenedor es de los más comunes, y recibe su nombre por su apariencia.

Construcción.—Al igual que todos los mantenedores fijos, se adaptará banda o corona a la pieza soporte y se obtendrá modelo de yeso.

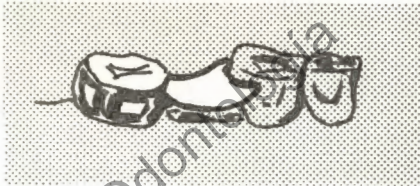
Este tipo de mantenedor permite la erupción del premolar permanente en medio de sus dos brazos que estarán soldados a una sola banda o corona, el alambre se dobla en forma rectangular al tamaño del espacio por mantener.

Los lados largos del rectángulo limitan el proceso desdentado por bucal y lingual, para adaptarlos a dicho proceso, se doblan ligeramente en forma de cuna, de tal manera que la parte media queda en íntimo contacto con el tejido gingival y los extremos ligeramente elevados, para que el contacto con las caras mesial y distal de las piezas soporte se localice en la parte media de ellas.

Es de vital importancia que el alambre quede lo más adaptado posible a la zona gingival para evitar molestias al paciente y hacer en esta forma menos notoria para el niño la presencia del aparato, ya que mientras menos molestias tenga, menos tendencia tendrá a desalojarlo.

Hacemos con una fresa de bola unas cavidades en la cara bucal y lingual del modelo, y en caso de que el soporte sea una banda para poder aproximar el alambre a la misma mediante unos puntos de soldadura eléctrica. Una vez aproximado el alambre en esta forma lo soldamos con soldadura de plata y pulimos.

Los brazos deberán tener suficiente amplitud para permitir el paso de la pieza por erupcionar.



Mantenedor de espacio tipo
estribo en banda

Mantenedor de espacio tipo
estribo en coronas totales



También para este caso se encuentran en el mercado alambres prefabricados, es decir ya doblados en la forma rectangular y de diferentes tamaños.

Así: 5X5, 9X5, 11X7, 18X7 mm., son los llamados truchrome loops, y pueden ser usados con las coronas prefabricadas, con las bandas prefabricadas o bien con coronas vacías o bandas adaptadas.

Unilateral.—Es uno de los mantenedores que se usa con más frecuencia faltando dos dientes primarios en el mismo lado. Generalmente si usamos un mantenedor tipo estribo en esta zona, el niño notará su presencia por lo largo del aparato, el unilateral tiene la ventaja de estar colocado exclusivamente por lingual y evitar este problema.

Se empleará alambre de acero aproximadamente de un calibre de 0.32 pulg., el cual partiendo del punto mesio-vestibular del diente anterior se dirigirá hacia palatino y al llegar al punto mesio-palatino dobla en dirección distal, o en dirección del espacio propiamente dicho, al llegar un poco antes de la mitad del espacio se dobla un ángulo recto hacia abajo en un mantenedor inferior y hacia arriba en uno superior.

Para soldar a mano libre se requiere tener la banda con unas pinzas de preferencia especiales para soldar. Una vez soldada la banda al alambre se procederá al polimento del aparato lo cual será el término de la construcción, pudiendo entonces ser cementado en la boca del niño el cual usará el dispositivo con naturalidad ya que no le provocará molestias de ninguna especie.

Habrá que decir para aclarar algunos puntos que el alambre que constituye este mantenedor presenta en la parte media del espacio una "onda o loop" (de los americanos), dicha onda deberá de preferencia presentar sus cambios de dirección no en forma absolutamente angulosa, sino arredondeada.

Este loop, tiene la ventaja de permitir la elasticidad del aparato hasta cierto punto, de tal manera que facilita su mejor adaptación al soporte que contornea y además puede permitir el aumento al "brío" o fuerza de dicho aparato para impedir absolutamente el desplazamiento de las piezas limitantes hacia el espacio.

Todo este alambre deberá ir en contacto con el tejido blando son provocar en él irritación de ninguna especie.



Mantenedor de espacio tipo unilateral

Arco Lingual.—Cuando la pérdida de piezas es bilateral y múltiple, se usa un arco lingual con dos bandas en lugar de los mantenedores, el arco deberá ser pasivo con longitud exacta y se apoyará en el ángulo de las piezas anteriores.

El Dr. Nance en un estudio de dentición mixta descubrió que la suma del ancho mesio-distal del canino, primero y segundo molar inferior primario, es mayor que la dimensión de los dientes correspondientes permanentes.

Dicho doctor opina que el uso correcto del arco lingual, de molar a molar empleado como medida de prevención en ciertos casos es útil no sólo para mantener el espacio, sino también para tratar de aprovechar los milímetros de diferencia en tamaño entre las piezas primarias y permanentes en los casos en que existen ligeros apiñamientos.

Los soportes para el arco podrán ser bandas o coronas y la obtención del modelo, así como la construcción o adaptación de los soportes se harán con los procedimientos anteriormente mencionados.

Una vez obtenido el modelo con las bandas o coronas incluídas pasamos a construir el arco lingual que deberá ser de alambre 0.36 y deberá reunir los siguientes requisitos:

Apoyarse en el borde gingival de los incisivos y adaptarse lingualmente en la región premolar, para no obstaculizar su erupción, para impedir el desplazamiento oclusal de dicho arco, recomienda colocar una banda en uno de los incisivos, soldándole un espón

“El arco lingual preventivo tiene utilidad únicamente durante un

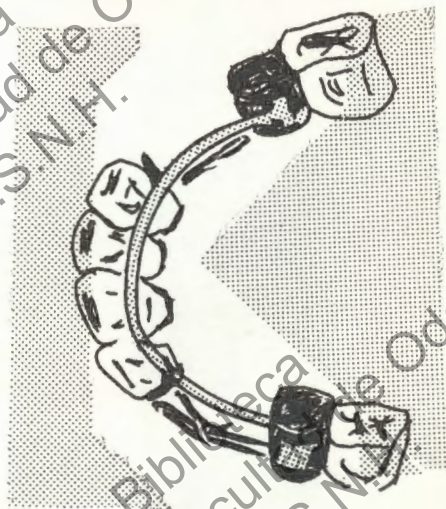
corto período; es decir, desde inmediatamente antes de la pérdida de los segundos molares primarios, hasta que hayan erupcionado completamente los caninos y premolares permanentes. Su uso está indicado únicamente en casos de pronóstico favorable, es decir en aquellos que la falta de espacio sea no mayor de 2 ó 3 milímetros".

En algunos casos se soldan unas pequeñas secciones de alambre en la parte distal de los caninos para impedir la distalización de estas piezas. En la parte terminal de estas proyecciones ponemos puntos de soldadura para evitar lastimar tejidos blandos.

Si las piezas soporte fueran bandas, se harán cavidades sobre el modelo en las regiones linguales, por dentro de la banda para poder fijar el arco con puntos de soldadura eléctrica; si los soportes son coronas se fija el arco con yeso.

Fijo el arco, soldamos con soldadura de plata, pulimos y cementamos.

Arco lingual



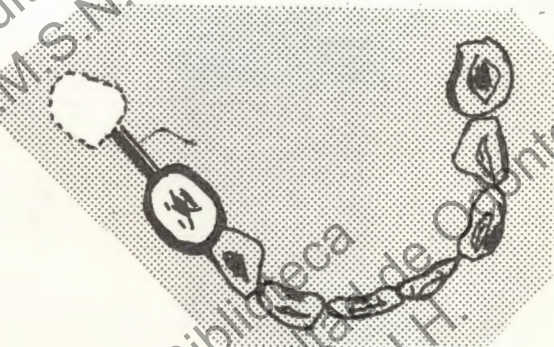
Para pérdida de segundo molar primario estando el permanente sin erupcionar.—Este aparato se emplea en los casos en que por diferentes razones se pierde el segundo molar primario no habiendo erupcionado el primer molar permanente, dejándonos en peligro de erupción mesial anormal del primer molar permanente y sin la posibilidad de emplear un soporte posterior.

Construcción.—Un punto sumamente importante es la toma de radiografías que incluya diente soporte, zona adéntula y molar por erupcionar con el mínimo de distorsión posible, se tomará con cono largo, ya que el aparato se construirá sobre la misma.

Este aparato consiste en una corona o banda adaptada al primer molar primario, de preferencia corona, pues dará mayor retención al aparato. Mediante la técnica anteriormente mencionada obtendremos el modelo de yeso de la boca del paciente.

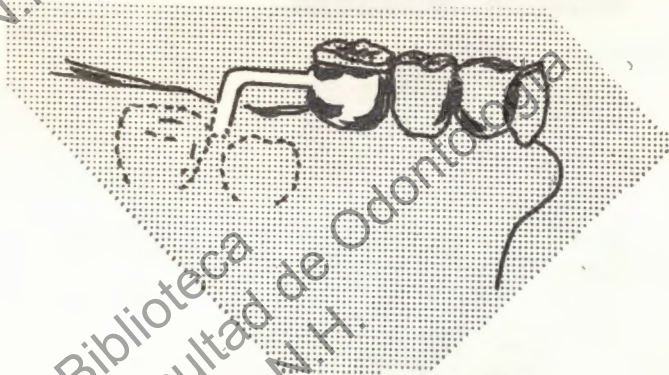
Con alambre de .040 y sobre la radiografía doblamos el alambre 90° la barra deberá ser al tamaño de la zona adéntula y la parte que estará en contacto con el molar permanente deberá tener la longitud suficiente para impedir la mesialización de dicha pieza.

Mantenedor de espacio empleado en ausencia del segundo molar primario y primer molar permanente no erupcionado



La terminación que quedará en contacto con el primer molar se terminará en forma de punta. Recortamos en el modelo de yeso el material que sea necesario, hasta que podamos aproximar el brazo que se midió en la radiografía, lo fijamos con yeso y lo soldamos (con flux y soldadura de plata) y pulimos.

Para colocar este tipo de mantenedor será necesario poner un poco de anestesia en la región edéntula, ya que el brazo distal del mantenedor penetrará en tejidos blandos hasta llegar a la cara mesial del molar permanente.



Debemos chequear radiográficamente antes de cementar si el mantenedor llegó a su lugar, ya que de no ser así se retiraría y ajustaría lo necesario hasta lograr que radiográficamente el brazo distal del mantenedor esté en contacto con la cara mesial del molar permanente, en estas condiciones se cementará en la boca.

Ligadura y resorte de compresión.—Este tipo de mantenedor es sumamente efectivo y sencillo de colocar, si el operador ejecuta los pasos de la técnica lo mejor posible, para evitar su desplazamiento. Tiene la ventaja de ser muy barato, se coloca inmediatamente después de la extracción, pero desafortunadamente no podemos emplearlo más que en caso de pérdida de una sola pieza primaria.

En caso de que el cirujano dentista no contara con el material y aparatos necesarios para la construcción de un mantenedor de otro tipo, éste cumplirá bien su función de mantener el diámetro mesiodistal, siempre y cuando se coloque con los materiales indicados, así como con la debida técnica, como mencionamos anteriormente, de lo contrario, correrá el riesgo de fracturarse.

Materiales:

Resorte de compresión de 0.10 x 0.30.

Alambre de ligadura del 0.012.

Pinza de peak.

Deberá ser colocado en el momento de la extracción, tomamos medida del resorte de compresión y lo cortamos con exceso de una cuarta parte del espacio, se fija una ligadura en el cuello de la pieza distal a la extracción, y se pasa el resorte dentro de la ligadura que para finalizar se ata al cuello del diente mesial cuidando de que el cabo quede perdido en el alvéolo.

Este tipo de mantenedor será cubierto por tejido blando y será necesario hacer saber al paciente que una vez que se requiera retirarlo tendrá que asistir al consultorio, ya que para él será difícil hacerlo solo.

Tiene la ventaja de que al cubrirse de tejido blando el niño no lo siente y por lo tanto no lo desaloja.

Mantenedores de espacio removibles.—Son generalmente aparatos de acrílico o base plástica con un plano inclinado, que se retienen por adhesión o ganchos en molares y un arco labial corto, y con la ventaja de que el paciente se los puede retirar para efectuar su limpieza. Puede construirse gran variedad de aparatos según las necesidades del paciente. El aparato no solamente mantiene el espacio en la línea de arco, sino que también se construye para obligar a los dientes del lado opuesto a mantener el plano de oclusión y evitar la extracción de los dientes antagonistas. La base plástica impide el movimiento hacia lingual de los dientes; u la mesialización de los molares; puede permanecer sin supervisión por largos períodos de tiempo. No son convenientes cuando la cooperación del paciente es dudosa, y si tomamos en cuenta la irresponsabilidad natural del niño son poco recomendables.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

MALOS HABITOS ORALES.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HABITOS ORALES

Durante el crecimiento y desarrollo, y más tarde hasta la vejez, existen numerosas fuerzas, extrínsecas e intrínsecas, que actúan sobre el organismo humano. La mayor parte de ellas son provechosas y útiles para la vida. Algunas de estas fuerzas toman un rumbo equivocado y se vuelven nocivas para el crecimiento y desarrollo óptimos de cara, maxilares y dientes.

El instinto y el hábito están compuestos por los mismos reflejos elementales. En el instinto; el modo y el orden de las reacciones son heredados; en el hábito, ambos se adquieren durante la vida del individuo.

El hábito puede ser definido como un sistema complejo de reflejos que funciona en un orden determinado cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado, definición que se restringe agregando que en el hábito el modo y el orden de las reacciones son adquiridas; en el instinto son heredadas.

El instinto es un impulso interno.—El ortodoncista se encuentra frecuentemente ante los problemas causados por malos hábitos de succión de pulgar y morderse los labios o la lengua, adoptar posturas viciosas al dormir, respirar con la boca y muchos otros hábitos perniciosos que impiden el desarrollo de una oclusión óptima.

Succionar el dedo o la lengua de manera ocasional, es un hábito muy común en los niños de 1 a 3 años y no debe ser causa de alarma ya que, si se produce alguna deformidad, se curará por sí misma siempre que desaparezca la costumbre a los 3 años de edad.

Todo dentista sabe que a los cuatro o cinco años de edad suelen haberse producido ya enormes daños a causa de estos hábitos perniciosos. El dentista, el pediatra, el psiquiatra y el ortodoncista deberán esforzarse por resolver este problema a una edad más temprana, si es posible.

Generalmente si el hábito de succionar el dedo persiste a los cuatro o cinco años de edad, hay que buscar la respuesta en un problema emocional, psíquico, que afecta al niño; al resolver este problema el hábito desaparece.

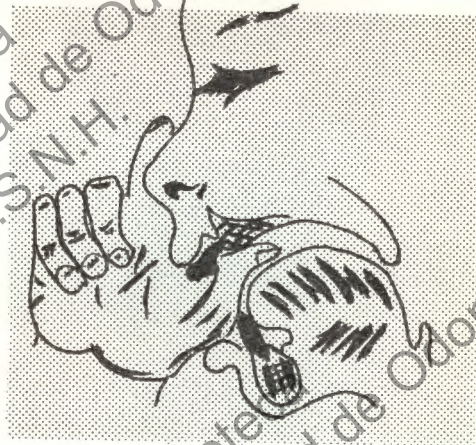
Los labios del niño recién nacido se encuentran con el sentido del tacto muy desarrollado. De modo semejante, las yemas de los dedos son muy sensibles, de manera que si se llevan los dedos a los labios, producen una respuesta inmediata en ellos, que es el intento de succionar. El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le produce satisfacción y le proporciona alimento. Pronto se fija este modo de reacción, si no encuentra el pezón o el biberón, un sustituto será el dedo de la mano. Esto constituye el modo de acción que se conoce con el nombre de reflejo condicionado, por ejemplo: el hambre estimula la succión, este debe tener algún objeto para satisfacerla, el objeto puede hacer que se inicie el reflejo que da principio al acto de succionar y, finalmente, el reflejo condicionado se convierte en un hábito fijo.

Muchos hábitos son resultado directo de imitación de los padres u otra persona.

Es mucho más simple prevenir que quebrar un hábito.

Si no se evitan los hábitos perniciosos, pueden provocar desde maloclusiones hasta deformidades faciales, por interferencia con la fuerza de presión. Como mecánicamente los dientes son movidos a posiciones deseables por ligeros estímulos de presión, se deduce que los estímulos de presión producidos por hábitos, pueden deformar fácilmente. El tipo de deformidad que un hábito específico ha producido o puede producir, se determina observando el acto y la dirección de las presiones. Por ejemplo, si la lengua es únicamente mantenida entre los dientes, impedirá la erupción y se producirá una mordida abierta, pero si es forzada entre los dientes anteriores al deglutir, el resultado será una protrusión, así como también mordida abierta. Lo mismo la succión del labio inferior puede producir protrusión de los dientes anteriores superiores e inclinación lingual de los dientes inferiores mientras que la succión del labio superior producirá un estado inverso.

Succión digital



Succión del Pulgar.

No existen métodos completamente satisfactorios para curar este hábito, que se adquiere después del nacimiento. Es indudable que proporcionan algún placer o satisfacción del niño hasta que se convierte en hábito arraigado bajo ciertas circunstancias.

En el caso de succión digital y otros hábitos de succión existe con frecuencia un movimiento de la mano que acompaña el acto. Se le ha dado el nombre de movimiento accesorio, referido al de la mano libre u ocupada en el caso del pecho o biberón. Dicho movimiento puede llegar a formar parte tan integrante del acto de succión que éste no puede efectuarse sin aquél. Por ejemplo: considérese el caso del niño cuyos movimientos accesorios, mientras se chupa el dedo, fueran los de asir un objeto, cuando se retira ese objeto, el dedo chupado sale de la boca. Se han advertido también casos en que bastó que el observador iniciara en el niño los movimientos accesorios para que éstos fueran seguidos inmediatamente por la succión del dedo. Por ejemplo: un niño cuyo movimiento accesorio consistía en tocarse el pelo, empezaba a succionarse el dedo en cuanto el observador le tocaba el pelo.

En general, la recomendación de los psiquiatras con respecto al hábito de succionarse el dedo ha sido la de no hacerle caso, si es que visiblemente no le hace daño; pero en caso de que esté provocando la deformidad de los maxilares, especialmente la sobremordida y la separación de los incisivos superiores, debido a la presión del pulgar contra ellos, o bien que ocasionen deformaciones del paladar, deberá de realizarse los aparatos adecuados. Las reprimendas y los castigos son inútiles. Tampoco es eficaz la promesa de una recompensa.

Las fuerzas que intervienen en el hábito de chuparse el dedo, se divide en:

- 1.—La fuerza del pulgar contra el arco dental.
- 2.—La contracción anormal de los carrillos contra el lado del arco por la acción de la succión.
- 3.—La presión muscular anormal del pulgar contra el paladar.

Los huesos faciales no están calcificados densamente en la primera infancia y ceden fácilmente a las presiones constantes, de manera que los hábitos anormales de succión con algún objeto entre los dientes son presiones desde el interior y desde el exterior de la boca que crean fuerzas anormales y producen la maloclusión en diversos grados y en diversas clasificaciones.

El hábito de succión no sólo deforma los arcos dentarios por presión, sino que también estorba la estabilidad del hueso alveolar porque hace que los planos inclinados de los dientes quedan fuera de contacto funcional. Los maxilares se encuentran tan separados durante tanto tiempo cuando se practica este hábito, que se pierde gran parte de estímulo funcional producido por los esfuerzos oclusales sobre el hueso del borde alveolar y sobre los músculos de la masticación, de manera que no se adquiere la estabilidad normal de estas estructuras. Ejemplo: La succión del pulgar actúa como una palanca de 1er. grado con fuerzas fuertes o suaves e intermitentes ocasionando problemas funcionales y estéticos.

MORDERSE LAS UÑAS

Después de chuparse el dedo, morderse las uñas, es el hábito vicioso más frecuente. Se considera que es la transferencia de un hábito frustrado o prohibido de chuparse el dedo. El hábito de morderse las uñas (onicofagia), es normal en los niños de edad escolar. Todos éstos hábitos son mecanismos que sirven para aliviar la tensión y por lo mismo revelan la existencia de tensiones internas.

En el momento de la acción de morderse las uñas, el rostro del niño adquiere una expresión grave. Se dá cuenta que lo observan, interrumpe súbitamente su actividad, como si hubiera cometido un delito. A los que tienen el hábito muy arraigado, suele serles difícil abandonarlo, aún cuando se les ridiculice.

1.—El hábito de morderse las uñas tiene su iniciación entre los cuatro y cinco años de edad.

2.—La frecuencia del hábito aumenta rápidamente después de los cinco años y alcanza su máxima en la pubertad. Comienza a declinar después de los quince años.

3.—Es un hábito originado por otro hábito reprobado de succionarse el dedo, en un acto de transferencia.

4.—Este hábito es común entre los escolares de secundaria, por lo tanto es normal dentro del intervalo de cuatro a quince años de edad.

5.—El hábito tiende a desaparecer durante la adolescencia.

6.—Esto crea como consecuencia la pérdida de substancia de los bordes incisales, confundida en ocasiones con desgaste oclusal normal.

El tratamiento sintomático del hábito, mediante prohibiciones, reprimendas y burlas carece de valor y es contraproducente.

El tratamiento debe esforzarse por reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo y con ello aliviar las tensiones internas.

La ayuda afectuosa de los padres y de quienes rodea al paciente deberá consistir en sugerir actividades interesantes, ejercicios al aire libre, la participación en las reuniones infantiles y que el niño sienta que los demás lo quieren y lo necesitan.

Es un buen coadyuvante el uso de sustancias de sabor fuerte, que le recuerde su propósito de romper con el hábito.

APARATO DE GRABER PARA EVITAR SUCCION DEL PULGAR

En la primera visita del paciente se toman impresiones con alginato y se hace el modelo de estudio y trabajo.

Si los contactos interproximales están muy juntos, se separarán con alambre de latón. En los modelos de trabajo se adaptan coronas en los segundos molares temporales derecho e izquierdo; se desgasta ligeramente el contorno del diente, 2 ó 3 mm., se desgastan ligeramente las cúspides mesial bucal y disto bucal. El arco palatino se construye con alambre de acero de 1 mm., de diámetro, lleva forma de U, la cual va soldada de molar a molar. Se hace una ansa en forma de U, la cual va soldada al arco palatino. Se colocará un espolón central que irá soldado al ansa. El ansa y el espolón están a 45° con el plano oclusal. Una vez soldado el ansa con el arco palatino y el espolón central, se pule perfectamente el aparato.

En la segunda visita se retira el alambre interproximal, se hacen los pequeños desgastes en las coronas de los segundos molares temporales.

Se coloca el aparato, se le indica al niño que muerda, se harán los ajustes que requiera y posteriormente se cementará.

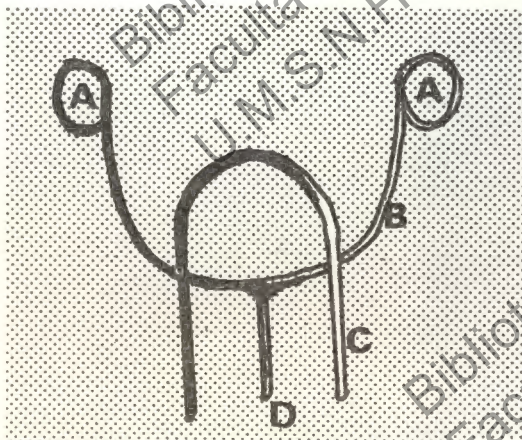
Al niño se le explicará que el aparato es únicamente para apretar los dientes. En igual forma se le indicará a los padres, no hacer caso del aparato, que pase desapercibido y que no mencionen que es para que no se chupe el dedo.

Las coronas abren la oclusión y son el único contacto entre dientes superiores e inferiores. Esto no tiene importancia, dado que los dientes anteriores erupcionarán dentro de la semana.

El niño tendrá problemas de fonética que solucionará con lecturas en voz alta y que a las dos semanas ya habrá dominado. Al igual, al comer, tendrá problemas al principio.

El niño, en unos cuantos días, se dará cuenta que el aparato es para no chuparse el dedo.

La evolución dependerá de cada niño, en especial, lo general es que a las 3 semanas ya dejó el hábito, y tendremos que ir quitando los espolones poco a poco, de acuerdo con la evolución, hasta dejar únicamente las coronas.



Aparato de Graber
para evitar succión
del Pulgar

- A)- Coronas
- B)- Arco Palatino
- C)- Ansa
- D)- Espolón Central

ALIMENTACION POR MEDIO DE CHUPONES

Por diversos factores; falta de tiempo, madres que trabajan, cada día es más frecuente la alimentación artificial.

La alimentación con chupones implica un acto con dinámica diferente y en ciertos aspectos anti-fisiológica. El resultado es una tendencia al deficiente desarrollo del órgano bucal provocando deformaciones.

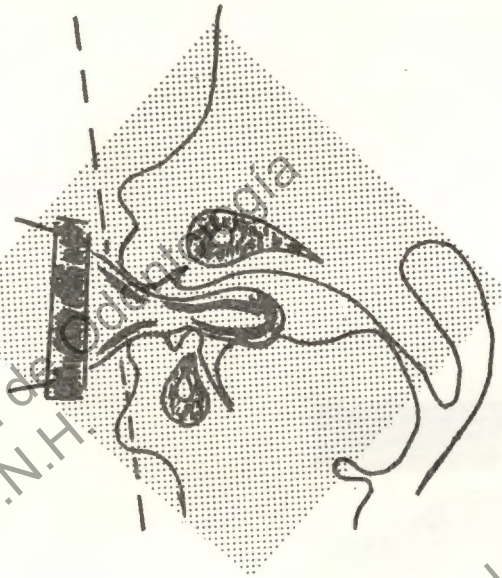
En la alimentación a pecho, las encías están separadas, la lengua es llevada adelante como si fuera un émbolo, de manera que la lengua y el labio están en contacto y la mandíbula está moviéndose hacia arriba y abajo, rítmicamente, a medida que el bucinado se contrae y relaja, alternativamente. La criatura siente el placer del pecho, no sólo en tejidos que se ponen en contacto con el pezón, sino también en zonas extendidas lejos de la boca. El calor del cuerpo y los mimos de la madre, aumentan el sentido de euforia. Aunque se han hecho las tetillas convencionales que solucionan el problema de deformación de paladares.

El calor de asociación producido por el pecho y cuerpo de la madre es muy necesario y la fisiología de la succión no es igualada.

En los dibujos se muestra la distancia de los labios en uno y es mayor al esfuerzo y la distancia y el cierre es con dificultad y la gestión de aire es mayor.

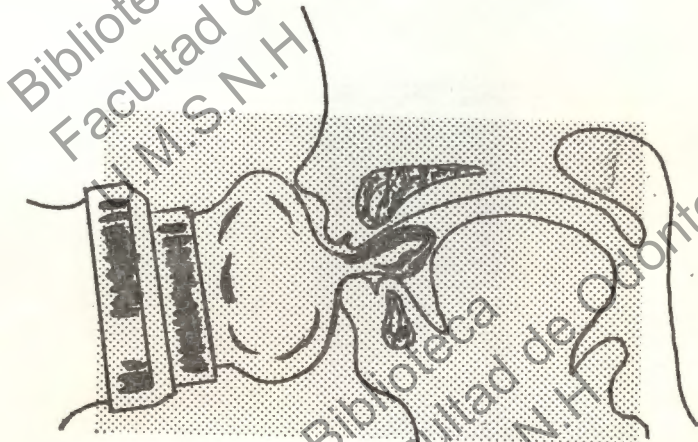
En la figura 2, tetilla de Nuk Sauger, asemeja más la forma del pecho de la madre, la distancia entre labio y labio es menor. Toda la zona perioral está en contacto con la base templada de la tetilla la que es flexible y se adapta al contorno del labio.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

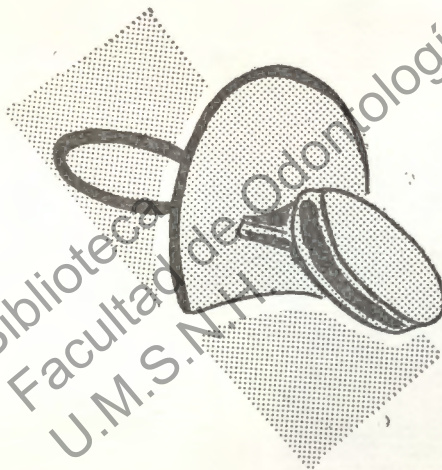


1- BIBERON DE
USO COMUN

2- TETILLA NUK SAUGER



Existen los llamados ejercitadores o pacificadores, que nos ayudarán a evitar que el niño succione el dedo.



DEGLUCION ANORMAL

Deglución normal.—Los labios están en contactos tenues, el superior con el inferior. Los dientes se encuentran en contactos ligeros y la lengua elevada hasta tocar la bóveda palatina y por atrás de los incisivos superiores.

Deglución anormal.—Los dientes se encuentran sin contacto, hay una contracción de los músculos orviculares de los labios y contracción intensa del músculo mentoniano. La lengua se proyecta hacia adelante. Durante la deglución existe una protusión de incisivos anteriores superiores y una retrusión de los inferiores.

CAUSAS

- 1.—Puede ser una secuela de hábito de succión del pulgar.
- 2.—Hipertrofia de las amígdalas, las cuales hacen que al retraerse la lengua, toque la amígdalas inflamadas; el dolor produce la caída de la mandíbula; para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea, después de efectuar la amigdalectomía el hábito lingual persiste, con mordida abierta.
- 3.—Hábito de succión mordida de labio inferior.

La succión del labio puede observarse aislado o acompañado de succión de pulgar u otro dedo; esto ocasiona que al existir un espacio los músculos del orbicular de los labios, el inferior se introduce en este espacio, lo que trae como consecuencia pérdida de tonisidad en el labio inferior. Con presión de los incisivos superiores sobre el labio inferior, dando como resultado una mordida abierta y labioversiones de incisivos superiores.

Ejercicios para obtener tonisidad y armonía en los músculos.

Hay que mencionar que, antes de curar cualquier anomalía, hay que buscar la causa y eliminarla. Si existe amigdalitis, el primer paso a seguir será tratarlas, remitiendolo al especialista.

Posteriormente nos ocuparemos de la Mioterapia, cuyo propósito es la salud y funcionamiento normal de la musculatura orofacial.

Ejercicios miofuncionales para aumentar la tonicidad del orbicular de los labios y músculos que rodean la boca.

a).—Si el labio superior es el perezoso o falta de tonicidad se puede mejorar su función tratando de estirarlo por adentro del inferior lo más enérgicamente posible.

b).—El uso de cualquier instrumento musical de viento producirá rapidamente un buen tono muscular.

Ejercicios Linguales.—Se le indica al niño saque la lengua en punta, lo más delgada posible, que la suba a la mitad del paladar, que cierre la boca y una vez doblada la lengua y con la boca cerrada, junta sus dientes y sin mover la lengua de este sitio, trague saliva; esto hará funciones: 1o. enseñará al niño a deglutir correctamente y eliminar el hábito. 2o. debe enseñarse al niño, que al hacer sus ejercicios, sea frente a un espejo, para que al deglutir, no ejerza fuerzas de contracción de los músculos orbiculares. Estos ejercicios se deben de hacer 3 veces al día, 10 minutos cuando menos, y se le indica al niño que un día a la semana cuando menos, practique estos ejercicios en la cominda, pasando los alimentos con el ejercicio antes indicado.

EJERCICIO PASIVO DE STRANG PARA LA DEGLUCION

En éste, un ejercicio para entrenar los músculos que actúan en la deglución a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones pervertidas especialmente en lo que se refiere a la contracción exagerada durante la succión y el espasmo de la lengua.

- 1.—Téngase a la mano un espejo y un vaso lleno de agua.
- 2.—Tome un pequeño sorbo de agua, lo suficiente para humedecerse la boca.
- 3.—Observe cuidadosamente la boca en el espejo.
- 4.—Junte los dientes y manténgalos en esta posición durante todo el ejercicio.
- 5.—Cierre suavemente los labios y trague, recordando tres cosas
 - a) Mantener unidos los dientes.
 - b) Mantener los labios absolutamente inmóviles.
 - c) Mantener la lengua en la boca sin que haga presión contra los dientes anteriores.
- 6.—Repita lentamente la deglución tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo.

Hágase esto durante dos minutos y, cuando menos, tres veces al día. Repítalo con frecuencia entre períodos de práctica y, después de una semana, aumente la duración hasta tres minutos.

Si la perversión es muy marcada, puede ser necesario que el paciente aprenda este ejercicio por etapas. En este caso, haga que practique primero la deglución con los dientes juntos, repitiendo esta

etapa durante una semana. Haga después que combine lo anterior con un intento para mantener quietos los labios. Cuando haya aprendido a combinar estas dos etapas del ejercicio, enseñele a dominar el movimiento de la lengua.

Si el paciente tiende a dominar la lengua durante la etapa final de la deglución, es muy difícil enseñarle a dominar este hábito. Strang ha hecho notar que si el paciente vuelve la lengua hacia atrás, hacia el paladar duro y la mantiene allí durante el ejercicio, no puede sacarla entre los incisivos y, con el transcurso del tiempo, aprenderá a dominarla.

EJERCICIO TONICO DE ROGERS

El propósito de este ejercicio es promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes, aunque también es valioso para todos los músculos de la cara.

Tome un sorbo agua tibia en la que se haya disuelto bicarbonato de sodio o sal común.

Mantenga los dientes firmemente en oclusión y haga que el agua pase por los espacios interproximales hasta la cavidad de la boca y que vuelva al espacio lingual. Se repite este ejercicio hasta que los músculos muestren ligera fatiga. Deberá repetirse cinco o seis veces por la mañana y por la noche.

APARATO DE GRABER PARA DEGLUCION ANORMAL

Construcción:

En la primera cita con el paciente, se toman impresiones con alginato, y se hace el modelo de estudio y de trabajo. Y si existe un íntimo contacto en caras proximales con alambre de latón se hacen las separaciones.

Una vez corridas las impresiones se ajustan en los segundos molares primarios unas coronas, desgastando ligeramente sus caras oclusales y contornos de los molares. Una vez ajustadas se hará un arco palatino en forma de U; posteriormente se hacen unas proyecciones en forma de V, que se colocarán sobre el arco palatino sin que interfieran en la oclusión y por atrás de los incisivos, posteriormente se soldarán las coronas al arco palatino y las proyecciones en forma de V. Después de pulirlo está listo para colocarlo en la boca del paciente. En el paciente se hacen cortes periféricos y oclusales de los segundos molares temporarios superiores y se establece la correcta circunferencia periférica de las coronas pilares.

Al igual que el aparato para succión de dedo, la mordida abierta es aumentada temporalmente, debido a la interposición de las coronas en los primeros molares.

El paciente ya no introduce la lengua en el espacio incisal. El dorso es forzado con el paladar y la punta de la lengua se encuentra con una posición más cómoda. La duración del aparato en la boca es más prolongada que en la succión de dedo y se requiere de 4 a 9 meses de uso para que la delusión sea la correcta; la mejor edad para colocar este aparato es de 5 a 10 años.

Aparato de Graber con Trampa Lingual
para Deglución Anormal



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Respiración Bucal

La respiración bucal es casi imposible en la temprana infancia; de ahí la molestia de los recién nacidos ante un resfrío común, la respiración se torna dificultosa por la inflamación catarral y el edema de la membrana nasal. Los labios del recién nacido son flácidos y se encuentran separados.

Con el patrón expresivo adquieren mayor actividad los labios; por lo que se afirma que un recién nacido es respirador nasal en esencia.

El labio inferior es el más activo. En el reposo, la lengua del niño llena casi toda la cavidad oral. Lateralmente está en contacto con las mejillas y anteriormente en contacto con el labio inferior.

A los 6 meses en reposo, los rodetes gingivales se encuentran separados y adquieren control de los músculos que sostienen la cabeza y espalda y el niño empieza a sentarse.

Al paso que erupcionan los dientes temporales y los procesos alveolares rellenan el espacio entre los maxilares, los dientes se colocan en tal forma que queda una ligera separación entre ellos, unos milímetros y adopta una posición postural relativamente constante. Se denomina espacio libre interoclusal, que es la separación entre dientes superiores e inferiores en reposo.

RESPIRACION BUCAL RELACIONADA CON LA OCLUSION ANORMAL

Existen dos enfermedades congénitas del tracto respiratorio que dificultan la respiración al nacer el niño y son:

- 1.—Atresia congénita, total o parcial, de las narinas posteriores.
- 2.—Micrognacia congénita. Aquí el niño corre el riesgo de ahogarse si no existe un libre pasaje de aire.

En la micrognacia, el pasaje de aire se halla bloqueado, por la posición de la lengua, por existir una tendencia a tragarse la lengua, y en esta forma obstruye la vía nasal; en estos casos requiere una alimentación minuciosa en el período neonatal.

Los factores adquiridos que intervienen en la respiración bucal son:

- 1.—Tabique desviado.
 - 2.—Reacción alérgica de la mucosa nasal.
 - 3.—Traumatismo.
 - 4.—Reacción de inflamación nasal, con edema de la mucosa.
 - 5.—Adenoides que obstruyen el espacio posterior nasal.
 - 6.—Amigdalitis.
- II. Hábitos que continúan después de la acción de uno o la combinación de varios factores arriba mencionados.
- III. Respiración bucal en pacientes cardíacos, durante un ejercicio con manifestación de fatiga; lo mismo al dormir, existe dificultad de respirar y se ayudan con la boca.
- IV. Pacientes epilépticos, débiles mentales y se observa aún en los niños inteligentes, pero de poca rapidez mental.

MECANISMOS ESFINTERIANOS

Existen, en la cavidad oral, 3 esfínteres que impiden la respiración bucal y son:

Esfínter anterior.—Constituido por los labios.

Esfínter intermedio.—Por la lengua y paladar duro.

Esfínter posterior.—Formado por paladar blando y dorso de la lengua.

Cuando fallan todas las barreras se produce la respiración bucal. Cuando ello ocurre es intermitente y por las noches. Sólo rara vez existe obstrucción nasal completa. Por lo tanto, si se hablara con propiedad, debería denominarse respiración buconasal.

Es bastante curioso que la mayor parte de las formas graves de oclusiones anormales, protusión y retrusión superior e inferior, parecen hallarse relacionadas con la obstrucción nasal, y respiración bucal. Si bien, hay que reconocer, por otro lado, que estas formas de maloclusión se presentan a veces independientes de la respiración bucal.

En la Unidad de Investigación de Vías Respiratorias Superiores, del hospital Guy, de Londres, mostraron que los tipos clínicos que pueden tener o no deficiencias respiratorias superiores son los conocidos con el nombre de Facies Adenoidea, y tienen las siguientes características:

- 1.—Cara más bien alargada.
- 2.—Arcos dentarios superiores estrechos.
- 3.—Incisivos superiores visibles, pero no indefectibles prominentes.

- 4.—Maxilar inferior retruído.
- 5.—Expresión facial ausente.
- 6.—La boca abierta, labio superior corto móvil, narinas anteriores estrechas.
- 7.—Hábitos asociados de chupeteo de pulgar, dedo, labios o lengua.

Indudablemente, allí donde el patrón genético de crecimiento produce vías nasales estrechas, será más factible que un estado edematoso de la membrana mucosa produzca una obstrucción nasal parcial, y esto sucede así con las vías respiratorias nasales posteriores; de aquí el interés que debe tener el ortodoncista del estado de las vías respiratorias, ya que es probable que el paciente no tolere aparatos.

La falta de sellado labial con respiración bucal o sin ella, predispone al paciente a infecciones paradontales.

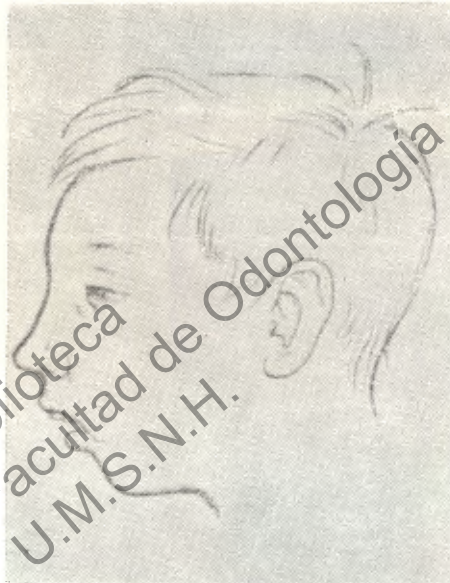
El tratamiento de sellado labial dependerá de los factores causales. El niño puede nacer con sellado labial o sin sellado, a los 10 ó 12 años, por lo general lo adquiere, al llegar a los veinte años este control se hace inconsciente.

En otros casos, cuando la incompetencia es acentuada y también, cuando el labio es muy corto, es posible adquirir el sellado consciente, pero desaparece en períodos de relajación.

A veces el tratamiento ortodóntico, permite el cierre labial.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Facies Adenoidea



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

"PANTALLA ORAL"

Es un aparato removible, de acción directa, utilizando en dientes girados, respiradores bucales que ya ha sido tratado el agente etiológico, hábito de succionar el pulgar, y en pequeñas vestibularizaciones de incisivos.

Este aparato puede actuar haciendo pequeñas presiones sobre la parte vestibular de los dientes; con consecuencias de la acción que ejerce sobre ella los músculos faciales.

"FORMA DE CONSTRUCCION"

- 1.—Se adosa en el papel de estaño en la región anterior, hasta caninos superiores e inferiores.
- 2.—Se liberan los franillos labiales.
- 3.—Se prepara acrílico rápido de auto-polimerización.
- 4.—Estando en consistencia de migajón, empezamos a dosar acrílico sobre el papel de estaño.
- 5.—Se le da la anatomía a la región anterior.
- 6.—El grosor de dos a tres milímetros.
- 7.—Se buscan las retenciones posibles.
- 8.—Una vez terminado se le indicará al niño de colocarlo solo en su boca.
- 9.—Se deberán sellar los labios con dos tiras de diurex para evitar que el niño remueva el aparato.

SUCCION Y MORDIDA DE LOS LABIOS

El hábito puede ser ocasionado por un tic neuromuscular, o lo que se llama peculiarmente "hábito nervioso". Aquí los aparatos usados darán buenos resultados.

Puede ser ocasionada en una clase II con protusión superior y retrusión inferior en los cuales la succión de labio inferior es ocasionada por el tipo de mordida y hasta no corregir la mal-oclusión no empezaremos a tratar la succión del labio.

Cuando el hábito se ha hecho pernicioso hay un marcado apiñamiento en el segmento anterior inferior.

Es fácil darse cuenta de la actividad anormal de este músculo por las arrugas del mentón por la deglución.

Muchas veces este hábito es una actividad compensatoria como resultado del excesivo entrecruzamiento en una sobre-mordida y la dificultad de cerrar los labios en la deglución.

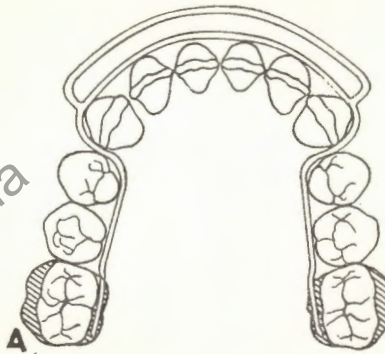
CONSTRUCCION DE APARATO

Se toman las impresiones con alginato y se hacen modelos de estudio y de trabajo, se corren con yeso piedra, se monta en un articulado de bisagra.

Se pueden utilizar coronas de metal o bandas en los dientes pilares, los cuales van a ser primeros o segundos molares de la 1ª dentición.

Se adapta un alambre de acero de 1 mm. por lingual desde el diente pilar hasta el espacio entre canino y primer molar de la 1ª dentición; o bien entre canino y lateral de la primera dentición.

Construcción de un aparato
para interseptar la succión
y mordida del labio



Se puede ocupar cualquier espacio inter-proximal para pasar el alambre hacia labial; se dobla el alambre a nivel del tercio cervical de los dientes anteriores y se lleva a el espacio interproximal correspondiente del lado opuesto y se pasa otra vez a lingual hasta llegar al diente pilar. En oclusión se debe de observar que el alambre no toque en su porción labial, las caras linguales de los incisivos superiores, si esto ocurriera el alambre bucal deberá ir más hacia gingival. El aparato estará separado 2 ó 3 mm. de la cara labial de los incisivos inferiores para permitir sus movimientos hacia adelante; por la parte anterior a la altura del cruce, se le puede soldar un alambre de unos 2 ó 2 1/2 mm. de ancho y paralelo al arco principal. El arco principal se solda con las coronas o bandas. Pulido el aparato está listo para cementado. El agregado de acrílico será preferible hacerlo después de cementado el aparato, y colocando papel de estaño en su región anterior de un grosor de 2 mm. Sobre éste se colocará acrílica de autopolimerización y se moldeará con el labio inferior, una vez fraguado se retirará el estaño y con acrílico líquido se librarán las asperezas del agregado de acrílico; este acrílico reduce la irritación de la mucosa del labio y ayudará a la erupción de los incisivos permanentes; y evita el mal hábito de succión de labio. Aquí se describe la succión del labio inferior, pero al tratarse del labio superior, se hará el aparato en las mismas condiciones.

El tiempo indicado es de 8 meses aproximadamente y acompañados de mio-terapia.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

INFORMACION E INSTRUCCION AL PACIENTE QUE
USARA APARATOS ORTODONTICOS.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

INFORMACION E INSTRUCCION AL PACIENTE QUE USARA APARATOS ORTODONTICOS

El éxito o el fracaso de un aparato, depende de tres factores principales:

- 1.—La edad del paciente.
- 2.—La completa cooperación del padre.
- 3.—La cooperación del hijo.

La completa cooperación del padre

Si uno de los padres, usan aparatos removibles a satisfacción la tarea del ortodoncista y el niño es menor. La inversa también es cierta, si la madre o el padre tienen una dentadura que guardan en el cajón de la cómoda, o de la que siempre se quejan en presencia del niño, el problema de la cooperación en el hogar, aumenta enormemente. Los padres deben de estar cabalmente convencidos de la necesidad que su hijo tiene de la prótesis, y el importante papel que deben desempeñar para ayudar al niño a aprender a usarla. A los padres sin experiencia previa en aparatos de este tipo, se les debe dar instrucciones explícitas sobre el cuidado correcto del aparato.

INFORMACION E INSTRUCCION AL NIÑO

1.—Informar al niño en lenguaje muy simple, exactamente que se hace y por qué. Esto puede parecer sin importancia, pero se logrará una mayor cooperación si el niño comprende la situación. No subestimar nunca la capacidad de los niños pequeños para comprender problemas; son más comprensivos que lo que muchos adultos pueden pensar.

2.—Al niño le explicamos que nuestros aparatos molestan, irritan pero que van a producirnos un bienestar en el futuro. Explicarle que los movimientos son suaves pero intermitentes por lo tanto van a ser incómodos.

3.—El aparato removible debe de estar en la boca todo el día y toda la noche. Unicamente se debe de quitar para sus tres alimentos del día y procurar no comer fuera de sus horas. Y si por algún motivo ingiere alimentos se lo debe de retirar. En aparatos fijos evitar comer fuera de los 3 alimentos.

4.—Dar al paciente un espejo grande y demostrar cómo debe ponerse y sacarse el aparato removible. Repetir este procedimiento varias veces.

5.—Sostenerle el espejo al niño y permitirle que practique, hasta que no haya dificultad para poner y sacar el aparato.

6.—Existirán problema de fonética las cuales el niño tendrá que resolver con lecturas en voz alta hasta corregir su fonética, tendrá problemas con la "S", "T" y debe de hablar abriendo la boca un

poco más de lo normal ya que tiene la costumbre de que al poner su aparato en la boca hablan con la boca entre abierta.

La lengua al no tener el espacio completo en la cavidad oral tropezará al hablar al principio. Posteriormente, hablará normal.

7.—Limpieza del aparato.—Al igual que sus dientes tendrá que cepillar su aparato 3 veces al día.

Si no lava bien sus aparatos la boca adquirirá mal sabor por el aparato.

INFORMACION E INSTRUCCION AL PADRE

1.—Pasa el niño con los padres y se les hará ver a los dos el valor del aparato ya que es el que va a ayudarnos a corregir su oclusión y recordar que el fracaso o el éxito dependerá del buen o mal uso que el le dé al aparato.

"CONCLUSIONES"

- 1.—Para los tratamientos que se apliquen a los niños debemos contar con la completa cooperación tanto de los padres como de los niños, el ganarse a un paciente el cual va a tener toda la confianza en nosotros, es obvio que trabajemos más cómodamente con él.
- 2.—La integridad de la oclusión se obtendrá con la completa vigilancia de la primera dentición, la cual va a ser el cimiento para la oclusión permanente más aceptable, ya que si la primera dentición es descuidada y no se atiende como es debido, tendremos trastornos en la dentición permanente.
- 3.—La importancia de los mantenedores de espacio en la dentición mixta es indudablemente, uno de los pilares para la obtención de una oclusión aceptable y son tan fáciles de construir como de adaptar y colocar que todos los odontólogos lo deberíamos hacer después de las extracciones y así evitaríamos infinidad de problemas posteriores.
- 4.—El localizar y tratar los malos hábitos bucales a temprana edad, ayudará a evitar grandes deformidades dento-faciales, un hábito que perdura en un niño por más de tres años va a ser difícil de controlarlo y habrá causado ya muchos problemas, al corregir un mal hábito, vamos a conseguir una armonía en el aparato masticatorio tanto en su primera dentición como en la segunda.
- 5.—Debido a la dinámica actual en la que vivimos hace que día con día la alimentación sea más blanda, hace que los niños estimulen cada día menos el aparato masticatorio, cosa que afecta a las denticiones, el consumo tan excesivo de hidratos de carbono, hacen que los índices de caries sean más elevados y de aquí la gran importancia de la instrucción e información a los padres y a los niños para el buen uso de sus dientes así como incluyendo la limpieza de la boca adecuadamente.

"BIBLIOGRAFIA"

- 1.—BIOLOGIA DE LA BOCA. Dr. Ramón Torres. Editorial Panamericana.
Año 1973, páginas 470-473.
- 2.—ORTODONCIA ACTUALIZADA. Por ocho autores. Dr. Walther.
Editorial Mundi. Año 1972, páginas 57-64.
Traducción Dra. Ma. Wrlavb de González.
- 3.—TRATADO DE ORTODONCIA. Dr. E. Moyers. Editorial Interamericana. Año 1963, páginas 117-131 y 405.
Traducida por Fermín Rayada.
- 4.—ORTODONCIA: PRINCIPIOS Y PRACTICA. Dr. D. M. Graber. Editorial Mundi. Año 1965, páginas 448-460.
- 5.—ORTODONCIA PRACTICA. Dr. Anderson. Editorial Mundi. Año 1960, páginas 105-108.
- 6.—PRACTICA Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE ORTODONCIA. Dr. Guillermo Mayoral. Editorial Labor. Año 1969, páginas 207-212.