

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



HABITOS ORALES

TESIS PROFESIONAL

DULZE MARIA SOLIS VIVEROS

MORELIA, MICH.

1978

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



H A B I T O S O P A L E S

T E S I S

Que para obtener el Título de :

C I R U J A N O D E N T I S T A

P r e s e n t a :

D U L Z E M A R I A S O L I S V I V E R O S

MORELIA, MICH.

1978

S U M A R I O .

CAPITULO I.

MUSCULOS MASTICADORES Y DE LA LENGUA.

CAPITULO II.

FACTORES PSICOLOGICOS DE LOS HABITOS.

CAPITULO III.

HABITOS.

CAPITULO IV.

EFFECTOS Y TRATAMIENTO.

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

a mis padres

SR. LEONARDO SOLIS REYNA

SRA. ELMA VIVEROS DE SOLIS

que con cariño e inteligencia
motivan mi anhelo de superación

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

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

Con inextinguible gratitudin y respeto a
MIS MAESTROS

DR. LUIGIERO ZEPEDA VAZQUEZ

DR. YOLANDA MALDONADO DE ZEPEDA

A MIS MAESTROS

Por su valiosa enseñanza.

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

A MI HONRABLE JURADO:

con todo respeto.

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

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

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

Durante años el Odontólogo ha atendido los hábitos bucales y tratádoslos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y como autores de oclusiones anormales si continúan estos hábitos por largo tiempo.

Este tema ha provocado controversias e interés para el Odontólogo, ya que los hábitos orales se desarrollan tanto en el paciente niño como en el adulto, por lo que en este problema se han interesado Psiquiatra y Psicólogo, orientándose ellos a los problemas de conducta, tratando el hábito como un síntoma de problemas arraigados.

En el aspecto del tratamiento se han analizado y originado varias tendencias con predominio a las puramente mecánicas, aunque es difícil encontrar un trabajo sobre este asunto que no haga mención a veces muy tibiamente sobre la importancia de los factores Psicológicos. Aunque el Odontólogo rara vez examina hasta después de establecido el hábito bucal, no deja de ser importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema y a la vez se trate de formular un diagnóstico sobre los cambios estructurales y se establezcan las causas psicológicas de los hábitos.

C A P I T U L O I.
MUSCULOS MASTICADORES Y DE LA LENGUA.

El aparato masticador se ha desarrollado como respuesta a demandas funcionales específicas, formado de tal manera que el desarrollo y mantenimiento de un adecuado estado fisiológico con máxima resistencia frente a posibles lesiones depende de la frecuencia y magnitud de los estímulos funcionales.

El aparato masticador tiene un funcionamiento -- que es realizado por los músculos guiados por estímulos nerviosos mientras que sus demás componentes, como lo son las estructuras dentarias y articulación temporomaxilar, son receptores de la acción que ejercen los músculos sobre ellos. Pero afortunadamente el sistema masticatorio presenta cierto grado de tolerancia para las oclusiones que no son ideales y para los estados psíquicos que no son óptimos.

Ha sido probada la influencia emocional sobre los músculos de la masticación. Con frecuencia se observó en el bruxismo que el paciente no se percata del acto de rechinar los dientes o de la desarmonía oclusal, la única manifestación que el paciente nota es la molestia muscular provocada por la firmeza de los músculos esqueléticos (resistencia pasiva que presentan los músculos al estiramiento).

Aunque la función muscular anormal puede ser un -- factor causal, o al menos secundario en la formación de la

maloclusión dentaria, también puede ser el resultado de la -
misma .En un gran número de casos un solo factor puede ser am-
bos.Es posible que la actividad muscular se encuentre en esta
categoría.

En la mayor parte de los casos la corrección de la-
maloclusión elimina la actividad anormal de los labios,lengua
y musculatura bucal.

Aun en los casos en que la relación maxilar es nor-
mal y no se requiere actividad muscular compensadora para la
masticación y la deglución, algunos individuos pueden presen-
tar un patrón de contracción no sincronizado de los músculos-
masticadores.

La actividad de adaptación puede inducir patrones -
de actividad oclusal aberrantes, agravando la maloclusión ori-
ginal.Además estas reacciones de adaptación pueden alterar el
grado de contracción tonal sujeto a estímulos del sistema ---
nervioso central y periférico.

Se hace necesario escribir algunos datos anatómicos
esenciales y las funciones principales de cada músculo para -
explicar la biomecánica básica que interviene en los movimien-
tos y posiciones del maxilar inferior.

MUSCULO TEMPORAL.

El músculo temporal se inserta ampliamente sobre la
cara externa del cráneo, se extiende hacia adelante hasta el-

borde lateral del reborde supraorbitario. Su inserción inferior se hace en la apófisis y a lo largo del borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Las fibras anteriores son casi verticales, las de la parte media corren en dirección oblicua y las fibras posteriores son casi horizontales antes de dirigirse hacia abajo para insertarse en el maxilar. La inervación del músculo temporal está proporcionada generalmente por tres ramas del nervio temporal, que es a su vez rama del nervio maxilar inferior del trigémino.

El músculo temporal es el que interviene principalmente para dar posición al maxilar durante el cierre y resulta más sensible a las interferencias oclusales que cualquier otro músculo masticador. En ausencia de trastornos funcionales existe el mismo tono en todas las porciones del músculo durante el estado de reposo del maxilar.

MUSCULO MASETERO.

El músculo masetero es aproximadamente rectangular y está formado por dos haces musculares que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama del cuerpo del maxilar, su inserción en este hueso abarca desde la región del segundo molar sobre la superficie externa del maxilar hasta el tercer inferior de la superficie posteroexterna de la rama.

La función principal del músculo masetero, es la elevación del maxilar aunque puede colaborar en la protrusión simple y juega un papel principal en el cierre del maxilar cuando simultaneamente este es protruido, toma también parte

en los movimientos laterales extremos del maxilar. En contraste con el músculo temporal cuya función principal es dar posición al maxilar, se considera que el masetero actúa principalmente proporcionando la fuerza para la masticación. Como se señaló anteriormente es difícil y resulta poco adecuado con la realidad, atribuir una función única o principal a cualquier músculo, excepto por conveniencia.

MUSCULO PTERIGOIDEO.(MEDIAL)

El músculo pterigoideo interno es un músculo rectangular con su origen principal en la fosa pterigoidea y su inserción sobre la superficie interna del ángulo del maxilar. A parte de su origen, el músculo se divide, hacia abajo, hacia atrás y hacia afuera, hasta su sitio de inserción.

Las funciones principales del músculo pterigoideo, son la elevación y colocación en posición lateral del maxilar inferior. Los músculos pterigoideos, son muy activos durante la protrusión simple y un poco menos si se efectúa al mismo tiempo abertura y protrusión.

En los movimientos combinados de protrusión y lateralidad la actividad del pterigoideo medial domina sobre la del músculo temporal.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.(lateral)

El músculo pterigoideo externo tiene dos orígenes:

Uno de sus fascículos se origina en la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoidea, mientras

que otro fascículo más pequeño y superior se original en el ala mayor del esfenoideas. Ambas divisiones del músculo se reúnen por delante de la articulación temporomaxilar cerca del cóndilo del maxilar. La inserción principal del músculo pterigoideo externo se encuentra en la superficie anterior del cuello del cóndilo.

Algunas fibras se insertan también en la cápsula de la articulación y en la porción anterior del menisco articular. La dirección de las fibras del fascículo superior es hacia atrás y hacia afuera de su trayecto horizontal, mientras que el fascículo inferior se dirige hacia arriba y afuera hasta el cóndilo.

La función principal del músculo pterigoideo externo es impulsar el cóndilo hacia adelante y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección. El menisco se encuentra adherido al cuello del cóndilo por sus caras interna y externa, y permanece en la cavidad glenoidea en los movimientos pequeños, pero sigue al cóndilo en los movimientos mayores.

Los músculos pterigoideos externos alcanzan su mayor actividad más rápido que otros músculos en la abertura o depresión normal, no forzada del maxilar. De esta manera el músculo pterigoideo se encuentra relacionado con todos los grados de los movimientos laterales, pero auxiliado por el masetero, el pterigoideo interno y las porciones anteriores y posteriores de los músculos temporales.

MUSCULO DIGASTRICO (PORCION ANTERIOR).

La inserción de la porción anterior del músculo digástrico se encuentra próxima al borde inferior del maxilar y a la línea media.

El tendón intermedio entre las porciones anteriores y posteriores del músculo se encuentran unidos al hueso hioides por medio de fibras de la aponeurosis cervical externa.

La inervación de la porción anterior del músculo digástrico está a cargo del nervio milohiideo que es una rama del nervio maxilar inferior del trigémino.

La porción anterior del digástrico está relacionada con la abertura del maxilar junto con otros músculos suprahioides y el músculo pterigoideo externo, sin embargo la actividad del digástrico es de mayor importancia al final de la depresión del maxilar y por lo tanto no se le puede considerar de importancia como iniciador de los movimientos de apertura.

El músculo pterigoideo externo resulta de mayor importancia en el comienzo de la abertura del maxilar y la porción anterior del digástrico en la culminación de dicho movimiento.

LENGUA

En la lactancia los músculos extrínsecos sujetan la lengua a diversas estructuras oseas y permiten ciertos movimientos principalmente en el plano horizontal como en el acto de tragar o mamar.

La lengua, órgano del gusto, de la masticación, deglución, succión y articulación de los sonidos, se encuentra contenida en la cavidad bucal, bajo la forma de un cono aplanado -

y colocado en sentido sagital, cuya punta estaría inclinada hacia adelante, presentando su anatomía dos caras, dos bordes, una base y un vértice. La cara superior convexa con -- una porción anterior o palatina que mira hacia arriba visible al abrir la boca, y con otra porción posterior o faríngea que mira hacia atrás hacia la cavidad de la faringe formando parte de su pared anterior.

Las dos porciones palatina y faríngea están separadas por un punto en forma de V abierta hacia adelante, el vértice de la V mira hacia atrás.

La mucosa que recubre la cara superior en su estado normal es de un color rosado y húmedo de aspecto aterciopelado, debido a las numerosas papilas filiformes entre las cuales se ven sobresalir a veces pequeñas elevaciones redondeadas de mayor tamaño, denominadas papilas fungiformes.

La cara posterior que se encuentra ocupando el curso en V, en la que se encuentra una fila de papilas también en forma de V, son las papilas calciformes de mayor tamaño que todas.

Por detrás de la V, presentan numerosas eminencias que corresponden a los nódulos linfáticos producidos por los folículos análogos a los folículos linfáticos de las -- amígdalas y cuyo conjunto constituye la amígdala lingual.

La cara inferior menos extensa descansa sobre el piso de la boca con el que se une por un repliegue mediano denominado frenillo de la lengua. En la parte anterior el --

frenillo está substituido por un surco, en la parte inferior del mismo y a ambos lados de la linea se encuentran las carúnculas sublinguales, en el vértice de ellos se puede observar los orificios de los canales de wharton y un poco hacia arriba los orificios de los canales excretores de las glándulas sublinguales. Es de notar en las partes laterales de esta cara las dos venas raninas que siempre son muy aparentes.

BCRDES.

Van adelgazándose de atrás hacia adelante, libres y redondeados.

BASÆ.

Amplia y gruesa en relación con el hueso hioides y corresponde de adelante atrás a los músculos milohioides geniohioides, al hueso hioides y a la epiglottis.

La constitución de la lengua está integrada por el hueso hioides y dos láminas fibrosas: La membrana hioglosa y el septum lingual c mediano.

HUESO HIOIDES.

Es un hueso impar, mediano y simétrico, cóncavo hacia atrás en forma de herradura o mejor con aspecto de una V, situada entre la faringe y la mandíbula. No se articula con otro hueso, estando prácticamente aislado del esqueleto con el cual está unido por ligamentos. Presenta un cuerpo que es el fondo de la V, de convexidad anterior, dos astas mayores y dos astas menores.

Se le puede palpar por encima de la manzana de adán levantando el mentón, al bajar éste el hioides se encuentra al mismo nivel o un poco más alto.

Las astas mayores son las ramas de la V, se dirigen hacia atrás a los lados de la faringe.

Las astas menores son más bien unos pequeños módulos alargados y puntiagudos que se desprenden del punto donde nacen las astas mayores y se dirigen hacia arriba.

La membrana hioglosa, parte del borde superior del hueso hioides y se dirige transversalmente hacia arriba y adelante, desapareciendo en el espesor de la lengua.

El séptum lingual llamado también fibrocartilago mediano es una lámina fibrosa falsiforme y vertical, parte del hueso hioides y se dirige hacia la lengua, conservando siempre una dirección vertical. Es el que separa las fibras entrecruzadas de los genioglosos.

MÚSCULOS DE LA LENGUA.

En la lengua existen músculos intrínsecos, llamados así porque sus fibras son superiores longitudinales, inferiores longitudinales, verticales y transversales, existiendo solo un músculo intrínseco, el transverso de la lengua.

Los músculos de la lengua toman el nombre del órgano sobre el cual se insertan seguido de la terminación glosa.

Tres se originan de partes óseas: Palatoglosa, estiloglosa, hioglosa.

Otros nacen de órganos vecinos: Palatogloso, Farin--
gogloso y Amigdalogloso.

Los otros se originan de órganos y hueso: Lingual-
superior que es impar y el lingual inferior. Todos los mús-
culos a excepción del palatogloso son inervados por el doceavo
par craneal, los movimientos delicados y finos son atri-
buidos a los músculos intrínsecos y a la presencia de termi-
naciones propioceptivas es importante.

GENIOGLOSO:

Por una parte se inserta en las apófisis geni supa-
riores situadas en la cara posterior del cuerpo de la mandí-
bula y por otra parte en la porción posterior de la lengua.

ACCION.

Hace que la lengua se contraiga sobre sí misma, --
aplicándola contra el piso de la boca y contra la cara poste-
rior de la mandíbula.

HICGLOSO:

Se inserta por abajo en el cuerpo y asta mayor del
hioides, de allí se dirige hacia arriba para alcanzar la ba-
se de la lengua, cambiando su dirección de atrás hacia ade-
lante hasta la vecindad de la punta.

ACCION

Es abatidor de la lengua al mismo tiempo que la --
comprime transversalmente.

ESTILOGLOSO.

Nace en la apófisis estiloides, se dirige hacia la base de la lengua en donde termina.

ACCION.

Dirigir la lengua hacia arriba y atrás, aplicándola contra el velo del paladar.

PALATOGLOSO.

Se encuentra comprendido en el pilar anterior del velo del paladar. Se inserta por arriba, en la cara inferior de la aponeurosis palatina, hacia abajo termina en la base y sobre el borde de la lengua.

ACCION.

Dirige la lengua hacia arriba y atrás.

FARINGOGLOSO.

Es un fascículo del constrictor superior de la faringe que se continúa hacia adelante con los bordes laterales de la lengua.

LINGUAL INFERIOR.

Se inserta por detrás en las astas menores del hioides y termina hacia adelante sobre la mucosa que reviste el vértice de la lengua.

ACCION.

Abatidor y retractor de la punta.

LINGUAL SUPERIOR.

Músculo impar nace por detrás en el asta menor del hioides y en la cara anterior de la epiglotis. Sus fibras están dirigidas de atrás hacia adelante, bajo la mucosa de la cara superior de la lengua, donde termina.

ACCION.

Es elevador y retractor del vértice de la lengua.

TRANSVERSO DE LA LENGUA.

Este músculo está formado por fibras transversales que van de la mucosa de los bordes de la lengua al septum lingual.

MUCOSA LINGUAL.

La mucosa lingual envuelve al órgano en su totalidad con excepción de la base, sobre el contorno del cual se observa reflejarse para continuarse con la mucosa vecina.

VASOS Y NERVIOS DE LA LENGUA.

Las arterias destinadas a la lengua, provienen de la arteria lingual y accesoriamente de la palatina inferior y faringe inferior.

Las venas se reúnen en un tronco común, la vena lingual propiamente dicha, la cual desemboca en la yugular interna, los linfáticos del vértice van a los ganglios submentonianos y submandibulares, los del cuerpo y de la base a los ganglios yugulares del cuerpo subesternal.

Los nervios provienen del hipogloso mayor, del lingual y glosofaríngeo.

La lengua es capaz de realizar un gran número de funciones debido a que solo se encuentra anclada a uno de sus extremos. Esta libertad permite a la lengua provocar deformaciones a las arcadas dentarias cuando su función no es normal.

Aún así, no se sabe si la acción de la lengua es el resultado de una reacción compensadora de un patrón morfogenético anormal o si es residuo de la deglución viseral infantil.

C A P I T U L O II.

FACTORES PSICOLÓGICOS DE LOS HABITOS.

Se ha creado interés sobre el significado profundo en el desarrollo psicológico emocional del individuo, de esa actividad que pone al recién nacido en contacto con el mundo. Se ha estudiado a fondo de lo que puede significar la frustración de la satisfacción oral en momentos en que a través de la boca el niño establece las bases para el desarrollo de una sana personalidad.

Engel, afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era puramente bucal y de tacto.

Al nacer el niño posee un mecanismo llamado reflejo de succión, incluso antes de nacer se ha observado fisiológicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Mediante el acto de mamar o chupar el recién nacido satisfacer aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado, por ello la importancia fundamental de la disposición afectiva de la madre para la lactancia, ya que con ello el niño no solo satisface sus necesidades de alimentación sino de algo más profundo como la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la

primera parte de la vida.

Los labios del lactante son el organo sensocial -- más desarrollado, al que los Pediatras y Psicólogos se han referido como la vía de comunicación al cerebro y hacia el mundo exterior; posteriormente al desarrollarse otras ---- vías, los lactantes no necesitan depender tanto de esta vía de comunicación y a medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia, a pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a -- continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido -- llevados a su boca para ser lamidos, gustados y examinados -- por medio de sensaciones bucales. Si el objeto ha provocado -- buena sensación puede tratar de comerse, si la sensación -- producida es desagradable la escupe y muestra su desagrado -- contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección -- opuesta al objeto. El intento de llevar a la boca un objeto -- "bueno" se denomina introyección, el rechazo de un objeto -- "malo" se denomina proyección. Estas pruebas bucales evi -- dentemente no solo sirven para aliviar la tensión del ham -- bre experimentada por el niño, sino también son un medio -- de probar con los sentidos disponibles lo que es bueno y -- malo.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el substi -- tute de la madre ahora no disponible con su alimento tibia. Algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas -- de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Al enfocarse las implicaciones existentes entre la lactancia normal, natural y artificial, las investigaciones recientes indican que no se ha dado la suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural. Al buscar únicamente el aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo de tal 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 buccionador se contrae se relaja en forma alternada.

El niño siente el calor agradable y los mimos de la madre, indudablemente aumenta la sensación de euforia. El hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor, el afecto y calor por asociación.

La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde del merbe llén), falta el calor por asociación dado por el cuerpo y el seno materno y la fisiología de la lactancia no es imitada. El mal diseño de la tetilla hace que la boca se abra más y se exige demasiado el mecanismo del buccionador.

La acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba y hacia abajo, hacia atrás y adelante del maxilar inferior, es reducido. El acto de mamar se con --

vierte en chupar y con frecuencia debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que -- realizar demasiados esfuerzos. 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 de puntaroma, aumenta la cantidad de aire ingerido y el niño deberá ser eructado con mayor frecuencia, sin embargo ha sido diseñada una tetilla que proporciona una copia fiel del seno humano que provoca la misma actividad -- funcional que la lactancia natural.

A

A y B.-Comparación del biberón Milk Sauger y Biberones normales. --
C.- Biberón Milk Sauger más corto y una pieza de caucho de adaptación más amplia que fácilmente puede adaptarse a los contornos labiales. El Biberón normal presenta mayor longitud y la rodana de bakelita en una

La tetilla de látex elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar-- y dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el ejercitador o pacificador (chupete). Se espera que con la tetilla anatómica junto con el ejercitador, usado correctamente se reduzca favorablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo al dedo entre las comidas y a la hora de dormir.

En la actualidad la mayor parte de las madres no emplean suficiente tiempo amamantando a su hijo, de acuerdo a esto, Langer (1951) refirió que una mamadera dada con todo cariño y lentamente a un niño que la madre tenga en sus brazos-- y al cual le demuestre francamente su amor, esto significará menos frustración oral que el pecho dado friamente.

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada junto con el contacto materno y los mimos, tendrá como efecto la disminución de hábitos orales.

Investigaciones del Laboratorio de Desarrollo Infantil de Yale, afirman que el hábito de chuparse los dedos y la lengua durante el primer año de vida, deberán desaparecer al segundo año de vida si se presta atención debida a la lactancia.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el primer año y medio de vida, es considerado

rado como ignorar la fisiología básica de la infancia.

Algunos Odontólogos opinan que la manera de resolver el problema de hábitos orales es "quebrar el hábito" a toda costa y desde al principio, por lo que Erikson hizo alusión a que el niño vive y ama a través de la boca. Otros autores opinan que el hábito no se quiebra, solo se transforma, se elimina pero no se quiebra.

Si se opta por encarar la solución netamente mecánica vamos a observar que además de quebrar el hábito se obtiene una mayor hostilidad y un sentimiento de culpa con respecto a sus impulsos. Se insiste en que después de las épocas -- que la succión constituye una actividad normal, no debe impedirse, solo considerar el chupeteo compulsivo como una demostración objetiva de que algo anda mal y es entonces cuando -- buscar la forma del equilibrio psíquico interno dominando la ansiedad.

Los niños deben adaptarse en forma continua a su -- nuevo ambiente, algunos aceptarán las restricciones y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales, pero muchos no lo harán y el hábito se asentará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los malos intentos efectuados para eliminar el hábito, o el hecho de que los padres vigilen constantemente al niño para evitar el hábito, provoca en el niño una arma poderosa para atraer la atención y generalmente lo consigue.

Algunos niños exigen más atención que otros, dependiendo de sus características individuales, la madre deberá resolver esta situación al igual que otras relaciones que tiene con sus hijos; pero si comete algún error lo mejor es que éste no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades mínimas de lactancia.

El ideal sería poder tratar estos asuntos preventivamente, pero como es cierto que al principio no corresponde al Odontólogo, y cuando existe la oportunidad de ser los primeros en enfocar en problema es importante para el caso referido que el Odontólogo conozca las implicaciones de la lactancia y pueda bien aconsejar con respecto a sus aspectos técnicos y emocionales.

C A P I T U L O III

HABITOS ORALES

El dentista se encuentra frecuentemente ante el problema que nace de los hábitos de chuparse y morderse -- los dedos, respirar con la boca y muchos otros hábitos perniciosos que impiden el desarrollo de la oclusión óptima.

El hábito puede ser definido como un sistema completo de reflejos que funciona en un orden determinado -- cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado -- agregando que en el hábito el modo y el orden de las reacciones son adquiridas.

Un autor divide estos hábitos infantiles en ru -

miantes y cavadores. Se opina que casi todos ellos son medios para agotar la energía nerviosa sobrante que se acumula como resultado de la vida sedentaria. Los padres con frecuencia suelen exagerar la importancia de un hábito insignificante, hasta que llega el momento en que el niño olvida las sensuras de los padres, las intervenciones de éstos corren el peligro de convertir en "cavador" un hábito "rumiante". Por otra parte los hábitos "cavadores" son siempre síntomas de alguna tensión emocional más profunda.

Actualmente otro autor ha dividido los hábitos en Actos bucales no compulsivos: Los niños se encuentran sujetos a continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente.

El modelado sutil y no sutil de la personalidad del niño continua en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, por sus compañeros de juegos y de clases.

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 generalmente no resultan reacciones anormales, en las que el niño no ha sido entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más maduro y responsable.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS: Generalmente se afir

ma que cuando el hábito se ha hecho fijo en el niño, se le debe denominar hábito bucal compulsivo.

La práctica de ese hábito es síntoma de alguna -- tensión emocional profunda, nunca se deberá tratar directamente, si se tiene éxito para suprimirlo, solo se obtendrá derivar la energía tensa y mal ajustada a otra parte.

Realizar el hábito al niño le sirve como su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Con frecuencia se observa que el sueño es inquieto y que el apetito se ha perdido y es deficiente.

Algunos autores opinan que la inseguridad del niño es producida por falta de amor y ternura maternal.

Para la eliminación de un hábito bucal anormal, -- puede hacerlo conscientemente el paciente mismo, guiado por el dentista y apoyado por su ambiente social y familiar -- (principalmente este último). El paciente debe estar psicológicamente preparado y querer romper el hábito, en el paciente niño él debe desear concertar la visita al consultorio.

Algunos Ortodontistas recomiendan que antes de -- iniciarse cualquier intervención, se debe de examinar la duración, frecuencia y estado general de la salud del niño.

HABITO DE DEDO.

Durante los tres primeros años de la vida se ha --

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

La morfología original es muy importante debido a las diferentes opiniones referentes a los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos, debido a que algunos de los daños producidos por este hábito, son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II. División I. Se puede pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse el dedo.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacio entre los incisivos inferiores.

Es factible que la proyección de la lengua, patrones infantiles de la deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares poderosos aún en los casos de maloclusión unilateral de clase II asociados con el hábito de chuparse el dedo. Estas observaciones han sido reafirmadas por investigaciones electromiográficas.

Contribuyendo al problema se encuentran aspectos como morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, dura-

ción del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones -
específicas. Como la lengua constituye un factor deformante po-
tente y como existe una correlación entre el hábito de chupar
se los dedos y proyección de la lengua hacia adelante, es im-
portante analizar cual de los dos es el factor primario, el -
diagnóstico puede ser difícil por la íntima relación de la --
forma y la función y su capacidad de adaptación entre ambos.

Los pacientes que mantienen el hábito más allá de --
los cuatro años, generalmente provienen de hogares en que con
intentos vanos de desterrar el hábito del niño lograron la --
prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido elimina-
do por el niño.

Se han establecido tres factores que actúan modifi-
cando el hábito.

10.-DURACION DEL HABITO : La deformación de la ---
oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábi-
to más allá de los tres años y medio incluyendo también como-
factores responsables el auxilio de la musculatura peribucal.
El hábito puede ser mínimo en su duración e intensidad, pero-
el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología. La -
actividad anormal del músculo borla de la barba y la activi-
dad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior,
por esto la deformación continua de manera más constante , --
siendo entonces el verdadero problema el cambio de la oclu-
sión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas-
musculares y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas -

pervertidas las que causan mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos del dedo.

2c.-FRECUENCIA: La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final.

El niño que solamente se chupa el dedo cuando va a dormir o bien a cualquier hora pero ocasionalmente, causará menos daños que aquél que continuamente permanece con el dedo dentro de la boca.

3c.-LA INTENSIDAD: Este es un factor importante. En algunos niños el ruido producido al chuparse el dedo puede escucharse a una distancia bastante considerable.

Las contorsiones de la cara y la función muscular peribucal son fácilmente visibles.

En algunos casos el hábito no es más que solo la inserción pasiva del dedo en la boca, sin actividad visible del buccinador.

El dedo favorito causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca.

Todos estos factores deben ser analizados y evaluados antes de poder contestar cual será la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento.

En los casos de hábito de succión de dedo, existe - con frecuencia un movimiento de la mano que acompaña al acto, se le ha dado el nombre de movimiento accesorio. Dicho movimiento puede llegar a ser tan necesario para realizar el acto de succión, que éste no puede realizarse sin aquél, por ejemplo el caso de un niño cuyos movimientos accesorios mientras se chupaba el dedo era tomar un pedazo de tela y hacerse cosquillas en la cara con él, cuando se le retiraba ese objeto-- el dedo chupado salía de la boca.

Este estudio apoya las opiniones de teorías que refieren que el hábito de dedo es un hábito simple aprendido y contradice la teoría que refiere que el chupar el dedo es un síntoma de un trastorno emocional más profundo.

SUCCION LABIAL.

El hábito de chuparse o morderse los labios puede-- llevar a los mismos desplazamientos que la succión digital, - aunque este hábito generalmente se presenta en edad escolar - haciendo posible la cooperación del niño.

En el análisis del hábito vicioso de los labios se ha observado que:

10.-La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior.

20.-El labio inferior se vuelve hacia adentro.

30.-La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes.

4c.-Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos del maxilar que se inclinan labialmente. El grado de protrusión depende del espesor del labio inferior que conserva la deformidad.

Los hábitos anormales de succión, producen una oclusión desequilibrada, la cortina de los músculos com puesta por los músculos de la masticación y el orbicular de los labios comprimen los dientes de manera que se pervierten las fuerzas del desarrollo normal y se afecta la forma normal del arco y la oclusión correcta.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al paciente cerrar los labios correctamente y se crea la depresión negativa para la deglución normal. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de estar en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal, este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído, a esta afección se le ha denominado postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para cerrar el labio existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua, dependiendo del grado de su forma-

ción, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución normal. La actividad de la lengua es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar aumenta la severidad de la maloclusión, con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución, ejerciendo una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias, casi mil veces diarias.

Frecuentemente muchos niños abandonan el hábito de dedo para sustituirlo por el de chuparse el labio y con menor frecuencia adoptar el hábito de proyectar la lengua hacia adelante.

PROYECCION LINGUAL.

El hábito de proyectar la lengua ha recibido varios términos como: Deglución pervertida o desviada, deglución invertida, retención de la deglución, deglución con dientes separados Etc. En este hábito no existe ninguna norma por lo que a los términos los califican de restrictivos. La maloclusión puede existir o no, los dientes pueden jun-

tarse o no, las presiones labiales pueden ser normales o no y aún la forma de la arcada puede no ser afectada.

El acto de la deglución repetido frecuentemente puede ejercer un efecto profundo sobre el maxilar superior o inferior, especialmente si existe un mecanismo de la deglución anormal. Moyers cree que la retención prolongada del mecanismo de deglución infantil puede ser un asunto de interés y contribuir a la maloclusión, él mismo ha enumerado las características de la deglución infantil y deglución madura como sigue:

DEGLUCION INFANTIL:

10.-Los maxilares se separan con la lengua colocada entre las encías.

20.-El maxilar inferior es estabilizado primordialmente por la contracción de los músculos del séptimo nervio craneal y la lengua interpuesta.

30.-El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

DEGLUCION MADURA:

Las características de la deglución madura se observan generalmente a los 18 meses de edad.

10.-Los dientes están juntos.

20.-El maxilar inferior es estabilizado por la contracción de los elevadores del maxilar inferior que son primordialmente músculos del quinto par craneal.

30.-La punta de la lengua se coloca sobre el paladar, arriba y atrás de los incisivos.

40.-Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

No ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, se debe considerar la existencia del hábito de empuje lingual o una lengua agrandada que puede tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas dentarias anteriores en protrusión.

En el análisis de este hábito los estudios revelan que la lengua proyectada hacia adelante es un residuo del hábito de chuparse los dedos, exponiendo que con el hábito de dedo a manera de chupete interconstruido el patrón de la deglución madura no se ha desarrollado. Con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continua proyectándose hacia adelante, la posición de descanso es también anterior.

Se ha correlacionado la lactancia artificial con el hábito de lengua obteniendo resultados que indican que el grupo alimentado artificialmente tenía mayor tendencia al hábito de lengua, aunque no se considera como factor único sino como

un factor auxiliar .

EMPUJE DEL FRENILLO.

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo, el hábito se puede desarrollar como parte de un juego ocioso, si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el paciente puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas.

MORDERSE LAS UÑAS.

Después de chuparse el dedo, morderse las uñas es el hábito más frecuente. El hábito de chuparse el dedo sirve para satisfacer la necesidad de obtener cierto placer en los labios y se le considera como un acto normal en el recién nacido durante los primeros meses de vida; de modo semejante el hábito de morderse las uñas satisface una necesidad en el paciente. Son hábitos que sirven para aliviar la tensión.

El acto de morderse las uñas (Villing) sigue un acto de cuatro posturas.

10.-La colocación de cualquiera de las dos manos cerca de la boca.

20.-El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.

3c.-Una serie de mordeduras rápidas, espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.

4c.-El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

El hábito de morderse las uñas se inicia entre los cuatro y cinco años de edad, aumentando su frecuencia hasta alcanzar su máximo en la pubertad, el hábito comienza a declinar rápidamente después de los quince años y raramente se observa a los treinta. Al desaparecer tiende a ser substituido por otros más aceptables como mascar goma y fumar.

Se ha observado que el hábito de morderse las uñas es común entre los niños de las escuelas primarias y secundarias, sin extrañar su existencia en grado moderado en el estudiante de tipo medio y por lo mismo se debe considerar normal.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusión, puesto que las fuerzas aplicadas al morderse las uñas son similares al proceso de masticación.

El hábito de morderse las uñas deberá ser considerado normal antes de los tres años de edad, y después de los treinta, en vista de la poca frecuencia que se observa en esas épocas de la vida.

RESPIRACION POR LA BOCA.

En los niños es poco frecuente respirar por la boca, pero en los que sí se presenta la respiración bucal, puede deberse: A obstrucción por hábito y por anatomía. -- Los que respiran por la boca por obstrucción, resistencia-incrementada u obstrucción completa de flujo normal de aire a través del conducto nasal, como existe dificultad para inhalar y exhalar el aire a través de los conductos nasales, el niño se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo, lo hace únicamente por costumbre.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es porque sufre de un labio superior corto, que no le permite cerrar sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Este tipo de respirador bucal debe distinguirse de otro tipo de niños que al igual presenta un labio superior corto que lo hace mantener constantemente los labios separados, pero que sí respira por la nariz.

En la mayor parte de los casos el hábito de respirar por la boca es provocado por: Hipertrófia de los adenoides causados por alergia, e infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire --

contaminado, tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal, adencides agrandadas,

El hábito de respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

BRUXISMO.

El término bruxismo deriva del francés "La bruxomanie", denominado por Marie Pietriewicz en 1907.

El bruxismo se ha definido como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales, aunque en la literatura dental se le han atribuido algunos otros términos como: "Neuralgia traumática", "Neurosis del hábito oclusal" y más recientemente "para función".

Miller diferenció el rechinar nocturno de los dientes, al cual llamó "bruxismo", y al hábito de rechinar los dientes en el día le nombró "bruxomanía".

El rechinar de los dientes fue asociado con tensión nerviosa.

El bruxismo se encuentra íntimamente ligado con el aumento de tono (resistencia pasiva al estiramiento) en los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias y por interferencias oclusales.

El desarrollo de tensión o el acortamiento de los músculos masticadores dependen de los reflejos de estiramiento. Los reflejos de estiramiento están relacionados con los reflejos no innatos de los movimientos del maxilar los cuales surgen como resultado de los impulsos nerviosos procedentes de músculos, tendones y articulaciones del aparato masticador. La influencia del sistema nervioso central sobre el tono muscular se efectúa principalmente a través del sistema fusomotor.

Por lo general el aumento de tono y el bruxismo son el resultado de trastornos en ambos de estos mecanismos.

Las molestias por interferencia oclusal o dolor pueden afectar también el sistema nervioso central. Algunas veces se oye decir al paciente "esta nueva obturación me está volviendo loco".

La fatiga y el dolor subsecuentes ocasionados por las contracciones sostenidas de los músculos del maxilar disminuirán el umbral de irritabilidad y entrarán en el mecanismo poco favorable de la retroalimentación.

El aumento de la tensión muscular por los trastornos funcionales de los dientes, el periodonto, los tejidos bucales, la articulación temporomaxilar y los músculos masticadores, es la base del bruxismo en personas bajo tensión psíquica o emocional.

El estado hipertónico y en ocasiones doloroso de los músculos del maxilar en el bruxismo es de la misma naturaleza que las mialgias en los músculos del cuello y del brazo de los mecanógrafos bajo tensión mental, o de las mialgias posturales en personas bajo tensión psíquica que tienen anomalías posturales.

En la mayoría de los casos de bruxismo, el paciente no se da cuenta que padece el hábito, el interrogatorio carece de importancia, los signos y síntomas no son evidentes. Posiblemente el signo dental más importante de bruxismo sean los desgastes oclusales o incisales que no coinciden con los patrones de desgaste normal masticatorio o de deglución, estas facetas de desgaste son por lo general redondeadas y están colocadas sobre la superficie labial de la cúspide en vez de unirse con las facetas linguales de desgaste que se forman por la masticación. Las facetas no funcionales de desgaste, pueden encontrarse tan alejadas del límite funcional normal que resulta doloroso para el paciente colocar el maxilar en una posición donde hagan contacto las facetas de los dientes inferiores y superiores.

El mecanismo del desgaste excesivo asociado con el bruxismo se basa según Uhling, en el aflojamiento y aplastamiento de los prismas de esmalte entre las superficies de contacto, lo que proporciona las partículas ásperas necesarias para el rápido desgaste del esmalte.

El extenso desgaste oclusal o incisivo en gente con una alimentación bastante blanda, es ocasionado generalmente por bruxismo, principalmente cuando se observa en individuos jóvenes.

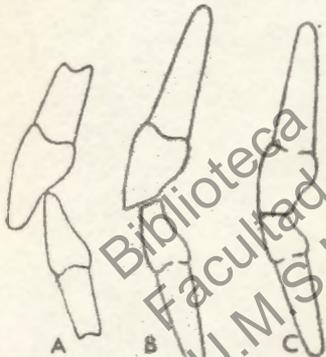
El bruxismo acompañado de regurgitación nerviosa del contenido ácido del estómago, puede originar erosión del esmalte y desgaste lingual incisivo sumamente rápido, puesto que tanto el bruxismo como la regurgitación habitual pueden ser resultado de tensión nerviosa.

No se conoce la causa de la formación de "copas" en la dentina puestas al descubierto por el desgaste en los casos graves de bruxismo.

El patrón de desgaste del bruxismo de larga duración es con frecuencia muy irregular y generalmente más intenso sobre los dientes anteriores que sobre los posteriores en la dentición natural. En los pacientes con prótesis el desgaste puede ser más marcado sobre los dientes posteriores que sobre los anteriores debido a que la estabilidad de la dentadura permite una mayor presión en las regiones posteriores.

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

A- BRUXISMO CON MAYOR DESGASTE
SOBRE LOS MOLARES QUE EN --
DIENTES ANTERIORES.



-A, B y C- EL EXTENSO DESGASTE--
MAS ALLA DEL LIMITE--
DE LA FUNCION NORMAL
ES INDICATIVO DE --
BRUXISMO.

Se ha demostrado experimentalmente y observado --
clínicamente que las interferencias oclusales pueden pre-

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

cipitar el bruxismo. Clínicamente se ha encontrado que el bruxismo puede ser aliviado o eliminado mediante la corrección de la desarmonía oclusal, por lo menos logrando una disminución en los efectos de éste sobre el aparato masticador. Electromiográficamente la eliminación de la desarmonía oclusal es seguida por una marcada reducción en el tono muscular y la armoniosa integración de la acción muscular.

Cualquier tipo de interferencia oclusal puede desencadenar o mantener el bruxismo cuando se combina con tensión psíquica. Tal discrepancia se manifiesta electromiográficamente por contracciones asincrónicas o tensión sostenida en los músculos masetero o temporal en un momento u otro durante la deglución.

Otro factor desencadenante del bruxismo son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio, aunque de menor importancia. Con frecuencia resulta extremadamente difícil localizar las interferencias oclusales, especialmente en el recorrido retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica, en pacientes con músculos maxilares hipertónicos y bruxismo.

Existen otros factores locales que contribuyen a la hipertonicidad de los músculos maxilares y a la iniciación de movimientos maxilares anormales como lo son: Colgajos gingivales de terceros molares, hiperplasia gin-

gival o cualquier tipo de enfermedad periodontal especialmente si hay dolor, irregularidades en el labio, mejillas y lengua y dolor en la articulación temporomaxilar y músculos maxilares.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconciente -- por lo tanto la mayoría de los pacientes ignoran que lo padecen. El bruxismo más intenso se presenta generalmente --- por la noche, aunque muchos individuos presentan bruxismo - durante el día cuando se encuentran bajo tensión. Nuestra - vida emocional prosigue durante el sueño y como se sabe, -- los dientes hacen contacto con la deglución durante éste, - siendo más numerosos durante el sueño ligero. Si una persona duerme sobre la espalda y junta los dientes, (al deglutir o por otra causa) y el maxilar se encuentra en posición retrusiva los dientes pueden cerrarse en relación céntrica y desencadenar bruxismo si existen interferencias en el recorrido retrusivo. Cuando la persona duerme de lado, se --- pueden poner en contacto durante el cierre las interferencias en las excursiones laterales desencadenando también -- el bruxismo.

El rechinamiento, apretamiento y movimientos de trituración no funcionales en oclusión céntrica o bien la trituración excéntrica pueden tener cada uno diferente importancia tanto para los dientes como para el periodonto. Tanto la etiología como el tratamiento pueden variar en ocasiones. Como estos dos padecimientos se encuentran tan relacio

nados es preferible designar ambos como bruxismo excéntrico o bruxismo céntrico. La existencia de bruxismo céntrico o excéntrico depende de la ubicación de las interferencias oclusales que actúan como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar.

BRUXISMO EXCÉNTRICO .

Se denomina bruxismo excéntrico al rechinar y movimiento de trituración de los dientes en excursiones excéntricas.

El bruxismo excéntrico tiene por lo general interferencias excéntricas como factores desencadenantes. Se dice que el bruxismo en excursiones excéntricas interviene con contracciones musculares isotónicas. El bruxismo excéntrico tiene un doble fondo etiológico: Sobre carga psíquica e interferencia oclusal, incluso se ha señalado que los traumatismos oclusales moderados o los defectos oclusales menores pueden recibir poca atención en pacientes neuróticos dando como resultado hábitos de trituración. Recientemente se ha insistido en la importancia de la frustración como causa principal del estado de tensión emocional y el bruxismo parece estar estrechamente relacionado con la frustración.

BRUXISMO CENTRICO.

Se ha definido como bruxismo céntrico a el apretamiento de los dientes en céntrica. Tanto éste como el bruxismo excéntrico son una expresión del aumento del tono muscular.

El bruxismo céntrico se encuentra frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal en la inmediata vecindad de la céntrica. En el apretamiento más estático en oclusión céntrica, se manifiesta una actividad muscular isométrica, aunque esta diferenciación no se ha considerado científica debido a que el apretamiento comúnmente consta de pequeños movimientos del maxilar y cambios subsiguientes en la longitud de los músculos afectados, cooperando para el apretamiento tanto la actividad muscular isométrica, como la isotónica.

En ocasiones resulta imposible marcar una separación definida entre el apretamiento de los dientes normal y patológico. El apretamiento anormal o bruxismo céntrico consiste principalmente en la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de una situación lógica de urgencia física o psíquica. Estas contracciones habituales de los músculos del maxilar pueden perdurar durante largos periodos en las horas de vigilia y es más común durante el día que durante la noche, aunque también es posible que se presenten.

Aunque no existen movimientos maxilares aparentes, el apretamiento habitual se acompaña de un movimiento ligero de algunos dientes, también puede haber ligero movimiento de la posición céntrica a la oclusión céntrica o bien alrededor de ésta.

Resulta difícil lograr mediante el ajuste oclusal de procedimientos restauradores una relación oclusal estable en la que cada diente recibe exactamente la misma presión en el mismo momento en que se juntan las arcadas.

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.

CAPITULO IV.

EFFECTOS Y TRATAMIENTO.

BRUXISMO. El diagnóstico de bruxismo se basa en — signos y síntomas clínicos orientadores, junto con una historia confirmadora obtenida del paciente y de otras fuentes.

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes, y la iniciación de la jaqueca.

Karolyi fue el primero en opinar que las contracciones nocturnas de los músculos maseteros podrian ser el principal factor de la etiología de la "piorrea".

FRACTURA IMPREVISTA DE DIENTES O RESTAURACIONES: — Los daños de impenetrancia ocasionados por bruxismo son con mayor frecuencia en la corona del diente que en el periodoncio. El astillamiento o fractura de los dientes constituye un efecto local del bruxismo, las fracturas pueden presen-

rarse en dientes intactos pero ocurren frecuentemente y en forma principal cuando existe desgaste oclusal en la fosa central de restauraciones blandas, dejando puntas cuspidas duras en la interferencia oclusal y pulpitis, exposición o muerte pulpar, pudiendo también existir fracturas de dientes y restauraciones fuera del límite funcional de oclusión en pacientes con bruxismo durante malposición sumamente forzada de los maxilares.

EFFECTOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES: Generalmente se cree que el bruxismo no inicia la gingivitis o la formación de bolsas gingivales.

Se afirma que el bruxismo no necesariamente da lugar a cambios patológicos en los tejidos periodontales. La posibilidad de que el bruxismo produzca lesión periodontal depende generalmente de los factores que predisponen a la oclusión traumática.

Se ha observado que la mayor cantidad de daño periodontal ocasionado por el bruxismo, se presentó en pacientes con cúspides afiladas cuando se aplicó esfuerzo lateral sobre la punta de las cúspides debido a que este esfuerzo tiene un mayor brazo de palanca que el que se aplica sobre la fosa central, y el esfuerzo sobre la cúspide frecuentemente se dirige hacia afuera de los tejidos que sirven de soporte al diente.

Es posible aunque no comprobado que el bruxismo aumente la posibilidad de la lesión periodontal en presencia de padecimientos generales que afecten el sistema colágeno de los dientes, como el escorbuto y la deficiencia de proteínas, especialmente en los jóvenes. La importancia del bruxismo en la etiología de la enfermedad periodontal, depende de que ocasione trauma por oclusión. Se cree que la oclusión traumática es un factor contribuyente en el progreso de los padecimientos periodontales destructivos. También se ha proclamado que la enfermedad periodontal predispone al individuo al bruxismo por el aumento de tono en los músculos del maxilar.

Las molestias bucales y el movimiento de los dientes asociados con inflamación gingival y periodontal pueden desencadenar interferencias oclusales y en esa forma provocar el bruxismo.

MOVILIDAD DE LOS DIENTES: El aumento de movilidad de los dientes puede ser un resultado del bruxismo - se ha demostrado que los dientes de pacientes con bruxismo nocturno, tienen un grado de movilidad especialmente más elevado por la mañana que durante el resto del día, - estos dientes presentan un sonido sordo a la percusión y pueden doler cuando el paciente muerde con ellos, principalmente por las mañanas.

DOLOR DISFUNCIONAL. El bruxismo es de importancia

cia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporomaxilar.

En ocasiones los músculos masticadores son sensibles a la palpación en los pacientes con bruxismo, quejándose de una sensación de cansancio en los maxilares al despertar por la mañana o experimentan una trabazón del maxilar, por lo que tienen que darse masaje en los músculos masetero y temporal antes de poderlo abrir. Los puntos sensibles son más comunes a lo largo del borde anterior e inferior del masetero y el pterigideo interno, pero pueden encontrarse también en la región temporal. En ocasiones se pueden asociar con la tensión muscular anormal cefaleas.

CEFALEA: Se ha demostrado que el bruxismo puede ser original cefalea crónica aunque no se ha aclarado esta correlación. Wolff ha opinado que la base para el dolor cefalalógico es un trastorno en la circulación de los músculos.

Las molestias de los dientes, músculos y articulaciones temporomaxilares asociados con el bruxismo, con frecuencia aumentan la tensión psíquica y la irritabilidad ocasionando un aumento del tono muscular y del bruxismo.

AUMENTO DE TONO E HIPERTROFIA DE LOS MÚSCULOS

MASTICADORES: Con frecuencia se presenta hipertrofia

unilateral o bilateral de los músculos masticadores, principalmente de los maseteros. La hipertrofia unilateral del masetero se puede confundir con tumor de la glándula parótida.

La hipertrofia y la hiperfunción pueden contribuir en el desarrollo del maxilar inferior durante el crecimiento y dar lugar a marcada asimetría.

El aumento del tono muscular en el bruxismo, acrecienta las dificultades para lograr localizar las interferencias oclusales en el movimiento retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR: Cuando existe aumento anormal en el tono muscular y como respuesta al estímulo hay la posibilidad de lesión traumática de la articulación, así como de músculos y ligamentos. Las lesiones de la articulación temporomaxilar con excepción de aquellas debidas a trauma externo, son el resultado de actividad muscular anormal.

EXCSTOSIS DE LOS MAXILARES: La exostosis de los maxilares puede ser ocasionada por bruxismo. Estas neoformaciones pueden recidivar si el bruxismo continúa después de su extirpación.

T R A T A M I E N T O .

Debido a que el bruxismo tiene una doble etiología que incluye factores oclusales locales y factores psíquicos, el tratamiento debe incluir la eliminación de ambos factores.

Desde el punto de vista clínico y práctico, el bruxismo debe reducirse de tal manera que no sea capaz de producir daños apreciables a los dientes, el periodonto o cualquier otra parte del aparato masticador, esto no significará que el paciente nunca apretará o rechinará sus dientes, sino que únicamente se ha roto el ciclo vicioso entre el bruxismo habitual y el aumento de tensión muscular y que se ha eliminado el bruxismo como hábito pernicioso.

PSICOTERAPIA: No existe duda de que la psicoterapia adecuadamente efectuada para reducir la tensión y eliminar por lo menos temporalmente el bruxismo, es lo indicado; como esta terapéutica es compleja y lleva bastante tiempo, debe quedar reservada para los pacientes que verdaderamente necesitan dicho tratamiento, a estos pacientes se les debe indicar que necesitan consultar a la persona adecuada para realizar este tipo de tratamiento. El dentista debe ser cuidadoso para no indicar ningún tipo de psicoterapia más de lo que está generalmente aconsejado, debido a la existencia de pacientes con bruxismo que han-

desarrollado trastornos psíquicos o emocionales de tal--
profundidad que el dentista no está capacitado para ---
evaluar o tratarlos.

La mayoría de los pacientes con bruxismo no ne-
cesitan psicoterapia complicada, pudiendo los pacientes-
ser ayudados mediante las sencillas recomendaciones del-
dentista. Se debe intentar explicar al paciente, la re--
lación entre el bruxismo y su tensión nerviosa o emc ---
cional.

El tratamiento médico para disminuir la tensión
psíquica de manera sistemática, puede resultar temporal-
mente efectivo, pero no es aconsejable. Los medicamento-
tos tranquilizantes y los relajantes musculares pueden -
aliviar transitoriamente la tensión muscular y bajar el -
umbral de la respuesta neuromuscular a la interferencia-
oclusal lo suficiente para hacer cesar el bruxismo, el -
único uso (no recomendable) para el empleo de tales me-
dicamentos en pacientes con bruxismo debe ser con el ---
propósito de eliminar temporalmente los espasmos muscula-
res dolorosos y poder tener oportunidad el dentista de
diagnosticar y eliminar las interferencias oclusales.

AUTOSUGESTION E HIPNOSIS: La autosugestión ha -
sido una terapéutica favorita para el bruxismo durante -

muchos años.

La autosugestión será de poco valor en el caso de no conocerse los factores desencadenantes del bruxismo. -- Actualmente se ha recomendado el uso de la hipnosis como medio para romper el hábito del bruxismo, sin embargo este tratamiento puede resultar peligroso en caso de que el paciente se deje sin tratamiento para la tensión psíquica -- como el factor irritativo oclusal del bruxismo y al paciente se le impida mediante sugestión poshipnótica utilizar -- esta vía de escape para su tensión emocional, puede suceder que se precipite una reacción psiconeurótica grave.

En la mayoría de los casos la sugestión poshipnótica será superada rápidamente y el paciente volverá a resumir su bruxismo sin una reacción psíquica grave.

EJERCICIOS RELAJANTES Y FISIOTERAPIA: La tensión muscular y el bruxismo pueden disminuir por medio de ejercicios relajantes, tanto locales como generales. Esos ejercicios se encuentran encaminados a aliviar temporalmente la molestia de la tensión muscular asociada al bruxismo, retornando al bruxismo cuando la tensión psíquica haga disminuir la tolerancia para la desarmonía oclusal por debajo del nivel del bruxismo.

TERAPIA OCLUSAL:

Ajuste oclusal: La terapia oclusal en forma de --

ajuste oclusal, coronas de oro sobre los molares para la elevación de la mordida y férulas de vulcanita cubriendo las superficies oclusales de todos los dientes, fue recomendada a principios de este siglo por Karolyi.

La eliminación de interferencias oclusales es el tratamiento elegido por el dentista, pudiendo también ser eliminado el bruxismo por medio del ajuste oclusal o por lo menos controlarlo hasta evitar que constituya un problema que puede ser reconocido clínicamente.

Esta terapéutica depende de la presencia de un número adecuado de dientes ocluyentes, con buen apoyo periodontal. Aparentemente el ajuste oclusal parece ser un tratamiento fácil del bruxismo, pero toma bastante tiempo y es difícil de efectuarlo al grado de perfección necesario para eliminar todas las interferencias oclusales que desencadenan el padecimiento.

El alto grado de tono muscular presente en pacientes con bruxismo hace sumamente difícil y en ocasiones imposible, lograr el relajamiento completo de los músculos de los maxilares para localizar la relación céntrica. Aunque es de importancia esencial lograr una relación céntrica estable, es también importante no dejar contactos prematuros o interferencias oclusales entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

Se debe también procurar localizar y eliminar las interferencias en el lado de balanceo; muchos pacientes -- con bruxismo, mueven su maxilar fuera del límite masticatorio normal en busca de interferencias oclusales, por lo -- que el ajuste debe ser llevado más allá del campo de los -- movimientos funcionales normales.

PLACAS Y FÉRULAS PARA MORDIDA: Existen diversos -- tipos de placa para mordida y férulas oclusales, que se recomiendan para el tratamiento del bruxismo.

Las indicaciones para las placas y férulas son:

1.-Frenar el bruxismo por la eliminación de las -- interferencias oclusales.

2.-Dejar que el paciente frote los dientes con -- tra el acrílico o bien las dos férulas oclusales y de esta manera evitar el desgaste oclusal.

3.-Restringir los movimientos del maxilar y rom -- per el hábito del bruxismo.

Con frecuencia se usa indistintamente los térmi -- nos "placas para mordida" y "férulas oclusales", pero el -- término "placa para mordida" debe emplearse solamente para los dispositivos de tipo Hawley y el de "férula oclusal" -- para los que sujetan y mantienen unidos varios dientes.

Los requisitos principales para ambos tipos de -- dispositivo son:

1.- Eliminar las interferencias oclusales con un mínimo de abertura de la mordida.

2.- Mantener una posición estable de los dientes mientras se está empleando el dispositivo.

PLACAS DE MORDIDA: Las placas para mordida en su forma más simple consisten en una placa acrílica con un gancho retenedor a cada lado de la arcada en el área molar.

Todas las placas para mordida son muy fáciles de fabricar con acrílico de fraguado en frío o caliente sobre un molde del maxilar superior. La mordida debe ser elevada solo lo suficiente para evitar el contacto entre los dientes posteriores. Después del ajuste, la presión de la mordida debe ser uniforme sobre los dientes anteriores del maxilar inferior que hacen contacto sobre la placa de acrílico. Estas placas de mordida eliminan las interferencias oclusales en céntrica y las del lado de balanceo en las excursiones laterales.

El principal inconveniente de todas las placas para mordida es que permiten el movimiento de los dientes siendo este inconveniente más grave para la placa simple para mordida puesto que no tiene arco labial de alambre y permite que se muevan tanto los dientes anteriores como los posteriores.

La acción fijadora sobre los dientes anteriores-

del maxilar superior que se logra con la placa para mordida de Sved, proporciona mucho mejor estabilidad en la región anterior que los otros dos tipos de placas, debido a la fuerza que aplica sobre los dientes anteriores en dirección axial. Sin embargo, existe tendencia a la extrusión de los dientes posteriores y se emplea este dispositivo, se hace inadecuado su uso en tales condiciones. Otro defecto es que la guía incisiva de la placa de mordida puede interferir en el movimiento de Bennet.

Las placas de mordida son de gran valor como auxiliar del ajuste oclusal de la reconstrucción bucal dado que proporciona relajamiento muscular y comodidad a los pacientes, permitiendo al dentista registrar la verdadera relación céntrica. Si en dos o tres semanas no se logra mejoría de los síntomas con el empleo de una placa para mordida, se debe cambiar y emplear férulas oclusales.

FERULAS OCLUSALES: Sin duda el mejor aparato para el tratamiento de pacientes con síntomas disfuncionales es la férula oclusal, que abarca todos los dientes tanto superiores como inferiores.

La férula debe tener una superficie oclusal plana, con contacto oclusal en céntrica para todos los dientes antagonistas y estar completamente libre de interferencias en cualquier excursión.

Por lo general la férula elimina o disminuye la tendencia al bruxismo y como consecuencia casi no se presenta desgaste sobre la superficie del acrílico, incluso después de su uso prolongado.

La férula de cobertura completa puede ser empleada durante cualquier tiempo, ya que no permite el movimiento de los dientes. Se ha observado que después que el paciente ha usado la férula durante dos o tres semanas, los músculos generalmente están relajados y el ajuste oclusal puede ser realizado con precisión.

Existe otro tipo de férulas oclusales, como lo son el recubrimiento posterior bilateral que generalmente cubre los molares y premolares y que tiene la finalidad de aumentar la dimensión vertical oclusal o bien para proporcionar pivotes bilaterales de contacto en el área del primer molar. Sin embargo las férulas por recubrimiento resultan inaceptables, debido a que habitualmente dan lugar a la intrusión de los molares y premolares y a extrusión de los dientes anteriores con interferencias oclusales subsecuentes y recurrencias de los síntomas.

Un tercer tipo de férulas oclusales se fabrica de acrílico blando o caucho, alguna de estas férulas intentan mantener el maxilar inferior en cierta relación

con el superior, uniendo los dientes superiores y los inferiores en el mismo dispositivo.

RECONSTRUCCION OCLUSAL Y PROTESIS: La odontología restauradora está indicada en el tratamiento del bruxismo cuando no es posible lograr una oclusión estable - bien equilibrada utilizando únicamente el ajuste oclusal, las restauraciones oclusales también pueden servir para - substituir o prevenir la pérdida de substancia dental provocada por bruxismo, cuando se hace necesario por razones técnicas o estéticas elevar la dimensión vertical, este aumento debe mantenerse al mínimo. Las restauraciones de - centrada deben tener contacto oclusal con todos los dientes de la arcada dental opuesta para mantener un resultado estable; se hace necesario que en dichas restauraciones el patrón oclusal sea lo mejor posible, para disminuir la tendencia al bruxismo y evitar futuro desgaste oclusal.

Las restauraciones deben ser del mismo grado de dureza para evitar desgaste oclusal.

Un patrón oclusal defectuoso en la reconstrucción bucal de pacientes con bruxismo puede dar lugar a un aumento de este padecimiento, destrucción de las restauraciones y dolor muscular de la articulación temporomaxilar. La elevación de la mordida mediante la colocación de restauraciones únicamente sobre los molares y los premolares,

es un procedimiento insatisfactorio y peligroso.

Lo que se ha dicho sobre bruxismo en individuos con dentición natural se aplica a pacientes con dentaduras movibles parciales y completas.

Cuando un paciente tiene prótesis completa y severo bruxismo, es difícil asegurar una relación céntrica correcta a menos que se deje la dentadura fuera de la boca por algunos días o se fabrique una férula acrílica plana temporal sobre la superficie oclusal de los dientes, esta férula se ajusta y se usa durante dos o tres semanas hasta lograr la relajación muscular.

El ajuste oclusal de las dentaduras para pacientes con bruxismo, puede efectuarse mejor con un buen montaje en un articulador, que directamente en la boca.

EFECTOS DE LA SUCCION DEL DEDO: Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedo, varían ampliamente, generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas.

La morfología inicial y el patrón facial inherente condicionan cualquier predicción de la oclusión final. Si el paciente ya posee una maloclusión inherente

te de clase II, división I, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucaal pueden presentarse más pronto y en mayor grado. Siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedo confirmados tirando hacia adelante sobre la dentadura superior puedan provocar la creación de maloclusión unilateral de clase II en la dentición permanente.

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal, puede provenir de dos fuentes: de la posición del dedo en la boca, y de la acción de palanca que ejerza el niño con las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si además de succionar, presiona contra las piezas.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores, se ha considerado que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Se puede dudar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la

sección palatina. La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales o dificultades de lenguaje.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir, el labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior, estas son producidas a causa de la contracción del músculo mentalis al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores, y el labio inferior puede entrar en contacto con la superficie lingual de las piezas anteriores superiores con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de deglución. Esta fuerza desigual contra las piezas por la musculatura peribucal, puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Deberán considerarse los factores de herencia. La observación de las oclusiones de los padres pueden revelar factores importantes.

TRATAMIENTO: No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato, ya que no todos los hábitos

ocasionan daños, debiendo observar por lo tanto cuidadosamente estos hábitos. La maloclusión puede ser un problema ligado al tiempo, que es eliminado por sí solo con la maduración del desarrollo.

Se ha descubierto que clínicamente es provechoso exigir a los pacientes los ejercicios de labio y lengua.

Si existe daño franco (maloclusión total) deberá hacerse una historia clínica completa como la que se muestra en la siguiente página.

El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre las edades de tres y medio a cuatro y medio años de edad, preferiblemente durante la primavera o el verano, cuando la salud del niño se encuentra en condiciones inmejorables.

El aparato desempeña varias funciones:

10.- Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido, eliminando la succión. El niño podrá ponerse el dedo en la boca pero no obtendrá verdadera satisfacción.

20.- En virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta.

ta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios .

3c.--El aparato obliga a la lengua a desplazarse -- hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postu- ral de descanso de una masa elongada a una masa ancha y nor- mal.

Si los pacientes son niños sanos y normales se ob- servarán pocas secuelas desfavorables, salvo un defecto del habla temporal sibilante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado e después de que es retirado.

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

H I S T O R I A C L I N I C A .

Dirección _____

Nombre _____

Teléfono _____

PROBLEMAS DE HABITOS .

BUCALES .

Remitido por: Dentista Médico Ctro Especificar _____

Edad: Años Meses Pese al nacer: Kg. Sexo: Masculino Femenino

Prematuro Anomalías congénitas Especificar: _____

Casa _____

Hermanos: Núm. de Hermanos Edades de los hermanos _____

Núm. de hermanas Edades de las hermanas _____

¿Quién vive con: Madre Padre Ctro -especificar _____

Otros en el hogar _____

Padres: Madre: calmada Padre: calmado

Temperamento: Enérgica Enérgico

Tensa Tense

Comportamiento social

Personalidad: Introverso Juegos: anormal Escuela: atrasado

bien adaptado normal mismo

extroverso avanzado

Comentarios _____

Salud general

Actual: buena bajo tratamiento enfermedades graves

Salud regular Comentarios _____

mala

Gripes anuales y otras

enfermedades menores: Frecuentes Estación del año Invierno

Ocasionales Primavera

Rara vez Verano

Ctoño

Reacción bajo tensión: Antagonista Comentarios _____

Docil

Defensiva

Alimentación:

Lactancia natural: Duración Meses Edad al destete Meses

Lactancia de biberón: Duración Meses Edad al destete Meses

Alimentación actual: Buena Comentarios _____

Hábitos: Buenos

Malos

Indiferente

Sueño

Día Regular
Irregular
Rara vez

Noche: Número de horas
Profundamente
Frecuente
Interrupción

M.C.

Hábitos: Anormales
Normales

Comentarios _____
_____ completamente.

Edad de aprendizaje: Defecación años meses aprendió años meses

Hábitos fecales

Chupar: pulgar frecuentemente dedos: Frecuentemente
Ocasionalmente Ocasionalmente
Rara vez Rara vez
Edad conciencia del hábito años meses edad en que años meses
le abandonó

Aún continúa día noche escuela viendo T.V.

Hábitos: Mesarse los cabellos acariciar frazada especificar _____

Asociados: tirarse de la oreja Lamerse los labios _____
hurgarse la nariz otro _____

métodos utilizados para ninguno especificar _____
controlar el hábito: dental
otro _____

Conocimiento del hábito por el niño:

niño consciente otro
reñido por los hermanos especificar _____
reñido por la madre
reñido por el padre

otros con hábito ninguno padre otro
similar: hermano madre especificar _____

tratamiento

deseo del niño de c... el si: con tratamiento no le importa
hábito: sin: tratamiento ningún deseo

actitud de los padres: madre sin tratamiento padre: ningún tratamiento
tratamiento tratamiento
aparato aparato
ningún aparato ningún aparato

comentarios generales

Instrumentos:

La mejor manera de clasificar los varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales es en instrumentos fijos y removibles.

Para la elección, el Odontólogo deberá tomar en cuenta la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal.

Para niños de menos de seis años que solamente tienen dientes temporales, los instrumentos removibles pueden ser bien aceptados.

En la edad de dentadura mixta atrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles.

Los instrumentos fijos pueden causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", en cambio uno removible, la libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos, como en la noche, no le provoca este sentimiento; pero la mayor desventaja de los instrumentos removibles, es que el niño lleva el instrumento cuando él desea solamente.

Criba fija:

Una de las formas eficaces para tratar el hábito de dedo es el uso de una criba fija. Al niño solamente se le debe explicar que el aparato es para enderezar sus dientes y sin mencionar que se intenta retirar el hábito, y a-

los padres se les debe dar instrucción para evitar que informen al niño que se desea retirar el hábito.

Si existe tendencia a la mordida cruzada lingual en la zona de los molares deciduos, puede agrandarse la barra central antes de cementar el aparato y colocarse en su lugar sobre los dientes cuando se cementa el aparato. El alambre tiende a recuperar su forma original desplazando el primero y segundo molar deciduos en sentido vestibular. Si se necesita retracción de los incisivos superiores en cada momento puede soldarse tubos vestibulares horizontales sobre las coronas de acero y colocarse un arco de alambre labial de acero.

Una vez cementado el aparato se le dice al niño-- que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alejan abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca (no se debe hacer mención al dedo), al padre se le dice que habrá poca molestia pero que el impedimento del habla residual durará al menos una semana, afectando especialmente a los sonidos sibilantes. Los problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días, algunos niños salivarán excesivamente, otros se quejarán de que se les dificulta digerir. Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los ni-

ños casi no están concientes del aparato.

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 hábito de dedo, es un buen seguro en contra de la recidiva.

En la mayor parte de los casos el hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato.

Después del intervalo de tres meses en que desaparece completamente el hábito se retiran primero los espolones, tres semanas después si no hay prueba de recurrencia se retira la extensión posterior, tres semanas después puede retirarse la barra palatina restante y las coronas.

Si existe tendencia a la recidiva es conveniente dejar colocado un aparato parcial más tiempo.

No se debe hacer demasiado énfasis en que el aparato no es castigo ni una experiencia dolorosa intencional.

No se deberá colocar espolones afilados, la estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar para estimular el desarrollo de la deglución visceral y de la postura lingual madura y su funcio-

namiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.

Los aparatos mal diseñados que poseen espiones - que siguen el contorno del paladar pueden en realidad perpetuar la maloclusión.

Trampa con punzón:

La trampa con punzón es un instrumento reformador del hábito, que posee como recordatorio un afilado alambre que prohíbe que el niño pueda continuar con su hábito.

La trampa puede estar constituida por un alambre engastado en un instrumento acrílico removible como lo es el retenedor Hawley o puede ser una "defensa" añadida a un largo lingual superior y utilizada como un instrumento fijo.

La trampa puede ser útil para romper la succión y fuerza ejercida en el segmento anterior, distribuir la presión a las piezas posteriores, hacer que el hábito resulte desagradable al paciente.

EFFECTOS DEL HABITO DE LABIO.

En varios de los casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios durante la deglución.

Facilmente se descubre la actividad anormal del --
músculo borla de la barba, observando la contracción y el--
endurecimiento del mentón durante la deglución. De la mis--
ma manera que la lengua puede deformar las arcadas denta --
rias también lo puede hacer un hábito anormal del labio .

Cuando el hábito se ha hecho pernicioso se presen--
ta un aplanamiento marcado, el borde del bermellón se hiper--
trofia y aumenta de volumen durante el descanso, los inci--
sivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante --
hasta una relación prostrusiva.

En casos graves el mismo labio presenta los efec--
tos del hábito anormal, se asentúa el surco mentolabial o --
la hendidura suprasinficial. En algunos casos aparece her--
pes crónico con zonas de irritación y agrietamiento del la--
bio, el enrojecimiento característico se extiende desde la --
mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pudiendo ser --
facilmente notado.

De considerable importancia es el hacer un diag --
nóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito --
de labio.

Si existe maloclusión clase II división I, o un --
problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad--
anormal del labio puede ser puramente compensadora y adapta --
tiva a la morfología dentoalveolar, en este caso tratar de --
cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria,
sería un fracaso, pero si la oclusión posterior es normal o

ha sido corregida por tratamiento ortodéntico previo y aún persiste el hábito del labio, se hace necesario aplicar -- un aparato para labio, estos casos son raros, casi siem -- pre la actividad labial anormal está ligada con maloclu -- sión de clase II división I y problemas de mordida abierta y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular anormal.

TRATAMIENTO.

INSTRUMENTOS: A los instrumentos utilizados para el tratamiento de hábito de labio se les denomina "presionador para labio" cuyo aparato permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial, mejorando su inclinación axial y con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional como resultado de actividad muscular asociada con la actividad abeyante del labio, permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

La agregación de acrílico en la porción labial entre los alambres de base y auxiliar, tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior.

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



- A y B - " PRECIONADOR PARA LABIO ", PARA
INTERCEPTAR EL HABITO DE MOR--
DERSE Y CHUPARSE EL LABIO.

El aparato para labio se lleva de ocho a nueve
meses de uso, al igual que para el aparato de chuparse --
los dedos, se reduce gradualmente antes de retirarse, --
los alambres maxilares se retiran primero y el resto del
aparato varias semanas después. No hay prisa para reti--
rar el aparato especialmente en el caso de apiñamiento --
y retroposición de los incisivos inferiores.

EFFECTOS DEL HABITO DE PROYECCION LINGUAL.

En los pacientes que presentan mordida abierta--

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

o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores .

Sea cual sea la causa del hábito de lengua, también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

En los casos en que la lengua se proyecta continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta las porciones periféricas ya no descansan sobre cúspides linguales de los segmentos vestibulares.

Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente empujan el espacio libre inferoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento, resultando de ésta una situación poco sana para los dientes, pudiendo provocarse un efecto colateral como el bruxismo o la bricomania, o bien el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Tratamiento :

El aparato utilizado para el tratamiento de pro -

yección lingual es una variante del utilizado en el hábito de dedos.

El objetivo a obtener con el aparato será:

1.-Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de embolo durante la deglución.

2.-Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

En los análisis del hábito de proyección lingual se revela que la lengua se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar como lo es en condiciones normales. Con los espaldones doblados hacia abajo y para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores se obtiene una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

Al desplazarse la lengua hacia atrás dentro de los límites de la tendición ésta se expande hacia los lados con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores, de esta manera se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de la deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección de la maloclusión. No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, en muchos casos es necesario emplear procedimientos ortodónticos totales.

Si el dentista ha estudiado el caso de su paciente que presenta este hábito, y la elección del tratamiento lo realiza asegurándose de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total y basal, y además coloca oportunamente el aparato para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, los esfuerzos del dentista serán recompensados.

Frecuentemente es necesario colocar un esfuerzo extrabucal, pudiendo esto solucionarse colocando tubos vestibulares horizontales sobre las coronas y a continuación si es que está indicado puede emplearse un arco de alambre o un arco labial.

La mejor edad para la colocación de estos aparatos es entre los cinco y los diez años.

Ejercicios Musculares:

Para ayudar a la corrección autónoma y para evi-

tar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua se recomiendan ejercicios labiales sencillos.

Al paciente se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el bermellón abajo y -- atrás de los incisivos superiores, realizándolo de quince a treinta minutos diarios, durante un período de cuatro o cinco meses cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protrucción de los incisivos superiores -- real constituye también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior.

1.-El labio superior se extiende en la forma antes descrita, el bermellón del labio inferior se coloca -- contra la porción exterior del labio superior extendido -- y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior.

Este tipo de ejercicio es de gran influencia re -- tractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tenacidad de ambos labios.

MORDERSE LAS UÑAS.

Este hábito no es pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones ya que las fuerzas aplicadas a morderse las uñas son similares a las del proceso de masticación.-- Sin embargo en las personas que lo practican se observa --

una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los autores están de acuerdo en -- que el tratamiento del hábito mediante sustancias de sabor desagradable, prohibiciones, reprimendas y burlas, carece de valor y es contraproducente y perjudicial.

Muchos investigadores opinan que el tratamiento -- deberá esforzarse por reducir la tensión del ambiente, y aumentar el sentimiento de confianza en el individuo y -- con ello, aliviar las tensiones internas.

El tratamiento deberá procurar, ante todo elimi-- nar los factores emocionales que son causa del hábito. La ayuda afectiva de los padres y de quienes rodean al pa -- ciente deberá consistir en sugerir actividades interesan-- tes, ejercicios al aire libre, en alentar los juegos -- con otros niños de edad semejante, la participación en -- las reuniones o cualquier actividad que haga que el niño -- salga de sí mismo y sienta que los demás lo quieren y lo -- necesitan.

Se ha indicado que el barniz para las uñas es -- muy útil en muchos casos para recordar al paciente su re-- solución de abandonar el hábito. También se ha utilizado -- el aceite de olivo, aplicado en las uñas, pues hace que -- las uñas sean blandas y lisas, sin bordes desgarrados por -- lo que el paciente siente menos tentación de morderlas.

RESPIRAR POR LA BOCA.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "Facies Adeni-
dea", aunque no se ha demostrado de manera definitiva que -
el respirar por la boca cause este aspecto.

La cara es estrecha, las piezas anteriores hacen -
protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, --
con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos su-
periores.

Como existe falta de estimulación muscular normal-
de la lengua y debido a presiones mayores sobre las áreas -
de caninos y primeros molares por los músculos orbiculares-
de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxi-
lar superior se derrumban, dando un maxilar superior en for-
ma de V y una bóveda palatina elevada.

No ha sido demostrado que la respiración bucal cau-
sa maloclusión, aunque sí existe tendencia a maloclusiones-
en niños que respiran por la boca. Los mismos factores ge-
néticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda
clase, también provocan respiración bucal.

Debido a que la boca está abierta, rara vez funcio-
nan los labios normalmente, lo que hace que el superior no-
se desarrolle y sea tan corto que en lugar de hacer pre --
sión sobre las coronas de los dientes incisivos del maxilar
descansa sobre el borde alveolar hasta sus raíces; en esta-

posición ejerce una presión que lleva estas raíces incisivas lingualmente, en tanto que las coronas son forzadas labialmente para la presión del labio inferior, y se observa el progresivo desplazamiento labial de las coronas de los incisivos maxilares debido al constante empuje de la lengua cuando el paciente intenta humedecer los labios anormalmente secos, a causa de que respira por la boca.

TRATAMIENTO:

En algunos casos de respiradores bucales en los que se ha efectuado una intervención quirúrgica o contracción fisiológica para la corrección nasofaríngea, puede aún después de esto continuar respirando por la boca, por costumbre.

En esta situación es cuando el Odontólogo pueda decidir intervenir con un aparato eficaz para obligar al paciente a respirar por la nariz. En estos casos es posible emplear un escudo bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación del aire a través de los orificios nasales.

El Odontólogo deberá serciorarse con anterioridad al iniciar el tratamiento de que el paciente tiene el conducto nasofaríngeo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire.

Massler y Zwemer sufieren el uso de una torunda o papel delgado colocado frente a los orificios nasales

para comprobar esto. El niño deberá tener los ojos cerrados para que su respiración sea normal y no forzada, si el paciente no respira normalmente deberá ser enviado al rinólogo.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa sobre los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal.

Generalmente se coloca y se deja durante la noche para que el paciente se vea forzado a respirar por la nariz. El protector bucal puede fabricarse de cualquier material compatible con los tejidos bucales, el más sencillo de emplear es el creado con las resinas sintéticas.

En lo posible deberá recurrirse a los diversos ejercicios musculares que se recomiendan.

Muchos pacientes que respiran por la boca o son débiles e hipotónicos, los músculos de la masticación son flojos y les falta fuerza y tono. Si nuestro paciente puede colocar los dientes en la oclusión correcta, es aconsejable recurrir al siguiente ejercicio:

10.—Ponga la punta del dedo índice sobre el músculo masetero, cerca del ángulo de la mandíbula para que el

paciente pueda sentir los movimientos de contracción -
y relajamiento.

2c.-Junte los dientes.

3c.-Contraiga y afloje el grupo de músculos--
masetero-temporales asegurándose de que la mandíbula -
permanece inmóvil y en la posición de ventaja mecánica.

4c.-Mantenga los dientes de los músculos con -
traídos hasta que el paciente cuente 10 mentalmente, a -
continuación afloje los músculos.

5c.-Repita cuando menos 10 veces la contrac -
ción y el relajamiento contando hasta 10.

6c.-Días después deberá aumentarse gradualmen -
te la cuenta de diez hasta llegar a veinte. El esfuerzo -
muscular no debe ser excesivo.

7c.-Este ejercicio deberá realizarse con regu -
laridad 3 veces al día.

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

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA DESCRIPTIVA

-FCO. QUIROZ.

ORTODONCIA

-T.M. GRABER

ODONTOLOGIA INFANTIL

-F.E. HOGEEBCCM

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

-SYDNEY B. FINN.

OCLUSION

-RAMJORD ASH.

TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA-SAMUEL LEVT.

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.