



Universidad Nacional Autónoma
de México

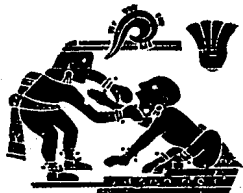
Facultad de Odontología



HABITOS BUCALES

T E S I S
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
presenta

Genoveva Margarita Ponce Vilchis



México, D. F.

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	2
CAPITULO II	
EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL	7
CAPITULO III	
CARIES DENTAL	14
CAPITULO IV	
DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO	23
CAPITULO V	
HABITOS Y SUS EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS DIENTES	32
CAPITULO VI	
TRATAMIENTO DE LOS HABITOS	46
(MEDIOS PARA ELIMINAR LO MEJOR POSIBLE <u>ES</u> TOS TRASTORNOS).	
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFIA	60

INTRODUCCION

En la práctica odontológica nos encontramos frecuentemente con casos de pacientes que presentan un sinnúmero de problemas de maloclusión. Y éstos problemas y el conocer la etiología que puede afectar a un embrión en su proceso de gestación, es posible poder prevenir alguna alteración congénita.

Esta tesis va enfocada principalmente a los malos hábitos describiendo cada uno de ellos, mencionando sus causas, los factores que intervienen en ellos y sus posibles tratamientos.

Con esto no se pretende decir que sean los únicos hábitos, pero creo que son algunos de los mas importantes.

Este es el factor que me motivó a avocarme al estudio de este tema el cual considero muy importante en la Odontología infantil.

CAPITULO I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Crecimiento Embrionario se divide en tres etapas desde la fecundación hasta el nacimiento.

- a) Periodo de formación del huevo
- b) Periodo embrionario
- c) Periodo fetal

a) El huevo se adhiere a la pared uterina y se forman las tres capas de células germinativas: Ectodermo primitivo, Endodermo primitivo y Mesodermo.

Este periodo dura aproximadamente dos semanas, el huevo se segmenta y se inserta en el endometrio uterino.

b) Es el más importante ya que en él se forman todos los sistemas. El embrión mide 3mm. de largo; la cabeza comienza a formarse, está compuesta principalmente por el prosencéfalo, la porción inferior de éste, se convertirá en la prominencia o giba frontal, que esta por encima de la hendidura bucal. Rodeando esta hendidura, lateralmente se encuentran los procesos maxilares rudimentarios.

Alrededor de los 25 días se observa una gran hendidura con una pequeña depresión, se le llama estomodeo y esta formada por la cavidad bucal primitiva; los dos procesos maxilares y el arco mandibular. Entre la tercera y octava semanas se desarrolla la mayor parte de la cara. En la cuarta semana, el embrión mide 5mm. de largo y ocurre la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal.

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior.

La línea de unión de los procesos maxilares y nasales medios se llama Phyltrum. En la quinta semana se puede observar el tejido primordial que formará la cara.

El arco mandibular contribuye a la formación exterior de la cara y el arco hioideo participa en la formación del pabellón de la oreja. Entre la quinta y la sexta aparecen en el proceso frontonasal las vesículas oculares que originarán el globo del ojo.

En el principio de la séptima semana pueden reconocerse la mayoría de los rasgos faciales. El maxilar superior está casi completo y sólo queda una fisura que se eliminará cuando terminen de unirse los procesos nasales medios y que formará el filtrum del labio superior.

En la octava semana, la nariz es más prominente y comienza a formarse el pabellón del oído.

Al final de la octava semana el embrión ha aumentado de longitud. Las fosas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad y pueden llamarse narinas.

Los ojos sin párpados comienzan a desplazarse hacia el plano sagital medio, la cabeza comienza a tomar proporciones humanas. El paladar primario se ha formado y existe comunicación entre las cavidades nasal y bucal a través de las coanas primitivas.

c) Desde la octava y decimosegunda semana el feto triplica su longitud de 20 a 60 mm. Los órganos aumentan de volumen y adquieren las proporciones y relaciones que persistirán después del nacimiento, el maxilar inferior aumenta de tamaño, los ojos se mueven hacia la línea media, se forman los párpados y los labios.

El maxilar inferior crece en mayor proporción que el superior para dar cabida a la lengua.

Desarrollo del paladar primario.

Se deriva de la unión y fusión de los procesos nasales medios y maxilares. En la séptima semana de gestación se completa el triángulo palatino que incluye la porción media del labio superior y la zona premaxilar que finalmente dará origen al hueso alveolar, etapa del desarrollo del paladar primario.

La separación entre el labio y la futura zona alveolar se realiza después debido al desarrollo del listón o lámina labiovestibular, - que dará origen a los dientes.

Formación del paladar secundario.

Se desarrollan dos pliegues casi verticales que posteriormente migran a una posición horizontal y se soldarán en la mayor parte de su posición anterior con el borde inferior del tabique nasal primitivo. Durante la novena semana los procesos palatinos entran en contacto sobre la línea media y comienza a fusionarse desde la papila incisiva hacia atrás para separar definitivamente la cavidad bucal de la nasal.

Desarrollo de la lengua.

Se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales el cuerpo y la punta de la lengua se originan de la cara interna del primer arco branquial o mandibular.

Entre el surco de separación del arco mandibular y del arco -- hioideo está el tubérculo impar, se encuentra en la línea media, que con el tubérculo lingual lateral constituyen los rudimentos de la lengua.

Al principio de la quinta semana los tubérculos aumentan de volumen y extensión y el tubérculo impar crece en forma piriforme llenando el espacio entre los laterales, entre el segundo y tercer arcos hay otra-

eminencia poco saliente; llamada cópula que junto con los surcos que se encuentran entre los tubérculos laterales y el tubérculo impar, se profundiza para formar el surco terminal de la lengua, en cuya línea media forma un brote epitelial que dará origen al agujero ciego de la lengua.

Aproximadamente desde la mitad de la séptima semana la lengua completa su crecimiento mediante aumento de volumen y por un desarrollo en forma de hongo que rebasa por delante y lateralmente el sitio que se une al piso de la boca.

Crecimiento del maxilar inferior.

Hace su aparición como estructura bilateral en la sexta semana, tiene forma de una capa delgada y se encuentra a cierta distancia del cartilago de Meckel, que es un bastón cilíndrico de cartilago.

El hueso comienza a aparecer a los lados del cartilago de Meckel y continúa hasta que el aspecto posterior se encuentra cubierto de hueso, la osificación cesa en el punto que será la espina de Spix. La parte restante del cartilago de Meckel formará el ligamento esfenomaxilar y la apófisis espinosa del esfenoides.

CAPITULO II

EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL

El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal comprende una serie de hechos que comienzan durante el segundo mes de vida intrauterina. El periodo se puede dividir en dos fases: La primera fase, durante la quinta y sexta semanas, se preparan los bloques formadores de la cara, se establece la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino anterior y se forman los conductos nasales.

A finales de este periodo las cavidades bucal y nasal se comunican ampliamente y la lengua ya se ha desarrollado.

En la segunda fase, durante la séptima y octava semanas, se efectúa el desarrollo del paladar, dando lugar a la separación de las cavidades bucal y nasal.

El desarrollo de la cara principia con el establecimiento de la cavidad oral o boca primitiva. Comienza a formarse mediante la invaginación del ectodermo de la extremidad cefálica del embrión.

El ectodermo se profundiza hasta encontrarse y unirse con el endodermo del tracto digestivo primitivo; a la cavidad formada por la in-

vaginación del ectodermo se le llama cavidad oral primitiva o estomodeo.

La cavidad oral primitiva se encuentra separada del tracto digestivo por medio de una membrana que resulta de la unión del ectodermo con el endodermo, denominada bucofaringea y dicha membrana se rompe durante la cuarta semana de vida intrauterina estableciéndose la comunicación entre la boca y el tracto digestivo primitivo, el desarrollo embrionario de la cara toma como centro de partida la cavidad oral.

Dos o tres semanas después de la ruptura de la membrana bucofaringea, cuando el embrión tiene cinco o seis semanas se ve el primer signo del desarrollo dentario.

Por debajo de la cavidad oral se localizan los cinco pares de arcos bronquiales denominados: arco bronquial I, II, III, IV, y V, al principio se le divide en dos procesos, el maxilar y el mandibular.

Al segundo se le conoce como arco hioideo y al tercero como tiroideo; por arriba de la cavidad oral primitiva se encuentra una prominencia que se conoce como prolongación fronto-nasal, la mayor parte de las estructuras de la cara se derivan de los procesos fronto-nasales y del arco bronquial I.

Por otra parte cada uno de los dientes se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente, bajo la superficie de la boca primitiva que se transformará en los maxilares.

La yema dentaria está formada por tres partes: a) el órgano dentario derivado del ectodermo bucal. b) Papila dentaria, que proviene del mesénquima, c) un saco dentario que también se deriva del mesénquima.

Desarrollo embriológico del paladar, el paladar principia su desarrollo más o menos a la mitad del segundo mes de vida intrauterina. -- En un embrión de ocho semanas, se observa que los procesos maxilares dan lugar, a partir de su superficie interna u oral, a unas prolongaciones que se llaman procesos palatinos laterales.

Estos procesos al formarse se dirigen hacia dentro y hacia abajo toman su dirección por la presencia de su órgano voluminoso que es la lengua; ésta se localiza y coloca entre los procesos palatinos laterales y de tal manera que entonces existe una comunicación de la cavidad oral primitiva con las fosas nasales primitivas.

En la parte media se encuentra el tabique nasal. La disposición es tal que parece que la lengua se pone en contacto con el borde inferior del tabique nasal.

Los procesos globulares al mismo tiempo dan lugar a la formación de unas pequeñas salientes de su cara oral o superficie posterior; dichas salientes constituyen los procesos palatinos medios.

A principios del tercer mes de vida intrauterina, comienza a desarrollarse activamente el maxilar inferior, desalojando a la lengua ha-

cia abajo y hacia los lados de tal manera que los procesos palatinos laterales que estaban en posición vertical, se dirigen hacia arriba y adoptan una posición horizontal. Continúan desarrollándose los procesos palatinos medios en dirección hacia los procesos palatinos laterales.

El tabique nasal se acerca más a los procesos palatinos laterales. En embriones de nueve semanas aún existe comunicación entre la boca y las fosas nasales primitivas. En el embrión de once semanas, los procesos palatinos laterales crecen de tal manera que se unen entre sí con los procesos palatinos medios y con el septum nasal.

Ahí quedan definitivamente separadas la cavidad oral primitiva de las fosas nasales primitivas.

Desarrollo embriológico de la lengua, los arcos bronquiales -- son muy importantes para la formación de la lengua.

Los arcos bronquiales se forman como pares de estructuras curvas en el cuello fetal. Estas separadas por surcos branquiales poco profundas en la parte externa y por bolsas faríngeas más profundas en la parte interna.

La lengua se deriva de los primeros y terceros arcos branquiales las estructuras que se derivan de los primeros arcos están separadas durante toda la vida.

El cuerpo y la punta terminal se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial ó mandibular. Existen dos - prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria que es el tubérculo impar.

La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales, o sea la cópula (yugo).

El tubérculo impar que al principio es prominente, reduce su - tamaño relativo y después casi desaparece.

En la línea media sobre el primer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arcos branquiales se desarrolla la - glándula tiroides por crecimiento y diferenciación progresivos hacia abajo.

Los quistes del conducto trigloso pueden desarrollarse en esta - región, desde el agujero ciego hasta el istmo de la glándula tiroides. La lengua se desarrolla en el segundo mes de embarazo, en las etapas tardías se desarrolla la lengua y crece muy rápidamente y en la parte anterior se desarrollan varios tipos de papilas, mientras que en la parte posterior - de la mucosa aparece tejido linfático los músculos extrínsecos se diferen - cian a partir del mesénquima en el espesor de la lengua.

CAVIDAD ORAL A PARTIR DE LAS PROLONGACIONES
EMBRIONARIAS CORRESPONDIENTES

A. Del proceso Fronto-Nasal derivan:

1. La frente
2. El proceso nasal medio que da origen a:
 - a) Porción media y punta de la nariz
 - b) Tabique nasal
 - c) Mamelones globulares, que originan
 - a) Porción central del labio superior o filtrum
 - b) Proceso palatino medio, que da lugar a la premaxila
3. Los procesos nasales laterales, que dan origen a las paredes laterales de la nariz

B. Del primer arco branquial derivan:

1. Los procesos maxilares superiores, que dan origen:
 - a) Porciones laterales del labio superior
 - b) Procesos laterales palatinos, que originan:
 - a') Paladar duro (excepto premaxila)
 - b') Paladar blando
 - c') Arcada maxilar superior
 - d') Porción superior de las mejillas
2. Los procesos maxilares inferiores, de donde se originan:
 - a) Maxilar inferior
 - b) Mentón y porción inferior de las paredes laterales de la

cara

c) Parte de los tercios anteriores de la lengua

C. Entre los Arcos Hioideo y Tirohioideo (cópula)

1. Tercio o base de la lengua

CAPITULO III

CARIES DENTALES

La caries dental es uno de los más grandes problemas de la --
Odontología, tanto por la gran frecuencia de la enfermedad, como la im -
portante influencia sobre el valor estético; la eficiencia de la masticación y digestión.

Definición: La caries dental es la destrucción químico-biológica de las estructuras constitutivas del diente.

Sus sitios de predilección son en todas las zonas donde ésta acción puede perseguir su perturbación con fosas, fisuras, zonas proximales y cervicales de todos los dientes.

Los factores que contribuyen son descuido y falta de higiene, una dieta rica en carbohidratos.

Los factores que contribuyen son el descuido y la falta de higiene. La destrucción abarca:

1. Descalsificación de la porción inorgánica

- II. La desintegración de la sustancia orgánica del tejido, donde la primera es causada por ácidos que resultan de la acción de las bacterias acidogénicas (lactobacilos - acidófilos, estreptococos acidúricos, basilos difteroides, etc.). Sobre los Carbohidratos.

En consecuencia, aún cuando existen una serie de factores cuadyuvantes, puede decirse que el factor determinado de la caries reside en las bacterias, las cuales se han clasificado en tres grupos generales de acuerdo con el papel que desempeñan en la afección:

- A) Acidogénicas o acidúricas, que producen ácido necesario sobre la superficie del diente para ocasionar su descalificación la principal de ellas es la lactobacilo acidofilo, encontrándose también la presencia de ciertos tipos de estreptococos.
- B) Bacterias del grupo de las leptotriocias las cuales forman placas protectoras sobre la superficie de los dientes pero no desempeñan ningún papel efectivo en la producción de la caries.

La caries en la mayoría de los casos se encuentra en distintos dientes de la boca, distribuidas irregularmente o generalizada en todos -

ellos, no ataca a todos los dientes al mismo tiempo ni en el mismo grado.

La distribución de un diente determinado a la caries depende de muchos factores.

La configuración anatómica (figuras, fosetas), hábitos de masticación o irregularidades de posición.

En la superficie del esmalte operan los procesos tales como la formación de ácidos por la descomposición de los hidratos de carbono y -- neutralización de la saliva que por la lisozima tiene acción bacteriostática.

El control de las caries entra en la Odontología preventiva.

El esfuerzo debe hacerse para educar a los Padres e Hijos procurando el menor consumo de azúcares, una buena higiene efectuada correctamente y practicada después de cada comida puede reducir la acumulación de la placa bacteriana en superficies accesibles.

Una dieta que contenga elementos fibrosos que al ser masticados contribuyen por acción mecánica a la limpieza del diente.

El uso de fluor representa un apoyo más efectivo para prevenir la caries. Esta aplicación de fluor debe realizarse a niños de 3 a 12 -- años aproximadamente.

Clasificación de caries:

La clasificación más simple considera dos divisiones:

1. Caries de fosetas y fisuras; caras oclusales de molares, surcos bucales de molares inferiores, surcos linguales de molares superiores y caras palatinas.
2. Caries de superficies lisas. Todas las otras caras.

Otro tipo de clasificación se basa en la velocidad de la lesión puede ser aguda o de avance rápido y crónica o de desarrollo lento.

A). Caries aguda o de avance rápido

Es la lesión común en los períodos de marcada susceptibilidad, en la dentadura primaria suele presentarse y sus características son:

- a) Abertura pequeña en el esmalte
- b) Rápida penetración a través del esmalte
- c) Extensa complicación dentaria

La lesión avanza con tal rapidez que no hay tiempo para una rápida protección siguiendo la complicación pulpar si no se interviene inmediatamente.

La restauración de la pieza es difícil, por la destrucción de esmalte y en casos no tratados es común la fractura de la corona.

El examen radiográfico es fundamental durante el período de -- máxima susceptibilidad para describir la caries en su estado incipiente y poder asegurar su control.

En la caries aguda, el esmalte que rodea la lesión es opaco, - descalcificado y quebradizo.

La dentina es blanda, amarillenta de un olor fétido.

La lesión avanza rápido y se encuentra con más frecuencia en - la cara oclusal de los molares en las zonas de mayor retención alimenticia.

B). Caries crónicas.

Es la lesión más común de los períodos de actividad de - caries moderada en los dientes primarios.

La abertura externa suele ser más grande que el tipo agudo, la velocidad de penetración a través del esmalte es más lenta y la complicación dentaria no tan extensa.

Debido a su avance relativamente lento la pulpa puede proteger se de manera que es fácil encontrarse dentina secundaria transparente y me tamorfosis protectora.

La dentina es de color pardo-amarillento y correaosa, no es tan

extensa como en las caries aguda.

C). Caries de avance lento

Este tipo de lesión se encuentra principalmente en adultos de baja susceptibilidad, la caries puede quedar confinada a varios años alcanzando la unión amelo-dentaria y progresa lentamente si no se trata.

D). Caries detenida.

Cuando la lesión cariosa entro de un diente deja de avanzar se considera detenida.

Se presenta tanto en esmalte como en dentina; el primero es más común en caras proximales cuando el diente adyacente ha sido extraído, la cara con la caries proximal queda sometida a la autolimpieza y la lesión deja de progresar.

La caries detenida se presenta tanto en dientes primarios como en permanentes.

E). Caries rampante.

La caries rampante es un tipo de caries rápida; extendida, de aparición repentina, que produce una precoz complicación pulpar y afecta aquellos dientes o superficies consideradas inmunes a la caries común.

Las características más significativa de la caries rampante, es el hecho de que las superficies generalmente inmunes (caries proximal de los dientes anteriores inferiores, zonas cervicales de anteriores) están afectadas.

Etiología de caries.

Podemos definir la caries como un proceso patológico de origen bioquímico, lento, continuo e irreversible que causa la destrucción de los tejidos dentarios.

La caries es indudablemente uno de los procesos más complejos que existen, en su etiología intervienen múltiples factores que han sido estudiados sin llegar todavía a conclusiones absolutas en ninguno de los casos.

-Teoría Acidogénica de caries-

Esta teoría enunciada por Miller, la caries producida por la acción de gérmenes acidogénicos, o sea productores de ácido, el cual desintegraría el esmalte. Los principales gérmenes acidogénicos según Miller es el lactobacilo, que al actuar sobre los hidratos de carbono desdoblaría a estos y producirían ácido láctico, el cual provoca la desintegración del esmalte.

Actualmente se considera también que un determinado grupo de-

estreptococo, el estreptococo mutans es altamente acidogénico y puede ser también el causante de la producción de ácido para destruir el esmalte. -- El lactobacilo o el estreptococo actúan sobre los hidratos de carbono, -- principalmente azúcares para producir el ácido mediante un mecanismo enzimático. Conforme a esta teoría los factores causales indispensables para que se produzca la caries son: gérmenes acidogénicos e hidratos de carbono; eliminando alguno de estos se evitaría la aparición de caries.

-Teoría Proteolítica-

La destrucción del tejido dentario se debe principalmente a la presencia de gérmenes proteolíticos, como su nombre lo indica causan la lisis de las proteínas, estos gérmenes actuarían principalmente sobre las sustancias interprismáticas desintegrándolas.

Ambas teorías son llamadas teorías microbianas, puesto que -- aceptan la presencia de gérmenes para la producción de caries, es decir -- sería un mecanismo bioquímico en el cual la presencia de gérmenes, específicamente en un caso productores de ácido, en otro destructores de las proteínas, causaría la desintegración del esmalte, la diferencia principal de -- las teorías es que la primera atribuye la iniciación de este proceso de -- caries a la destrucción de la porción mineral del esmalte por ácido y la -- segunda atribuye la iniciación de este proceso patológico a la destruc -- ción de la sustancia interprismática por lisis de las proteínas.

Otra teoría sobre la formación de caries es la que explica el-

proceso patológico bajo un mecanismo exclusivamente químico; es la llamada teoría de la quelación.

Existe también la llamada teoría Endógena a que atribuye la producción de caries a procesos anormales del metabolismo interno del diente; la caries se producirá primero en el interior del diente y después provoca rfa la fractura de su superficie adamantina facilitando la invasión microbiana y destrucción posterior de la pieza, a pesar de la diversidad de los diferentes enfoques en las teorías mencionadas, es cierto que todas ellas tienen algo de verificación puesto que todas han sido coaprobadas en el laboratorio y se cree que la producción de caries se debe a la presencia de Todos los factores enunciados, es decir, que existen en una placa bacteriana gérmenes acidogénicos y proteolíticos que en un momento dado inicien la destrucción dentaria a más de producirse el fenómeno de quelación y finalmente el metabolismo interno de la pulpa dentaria favoreciendo la evolución más rápida o más lenta del proceso de caries.

Existen otros múltiples factores como puede ser: psicológicos, endócrinos, hereditarios, etc., que van a influir en el proceso de caries, es por eso que la prevención de este padecimiento es investigado desde hace mucho tiempo, y se sigue investigando y actualmente todavía no hay un procedimiento con el que podamos prevenir el 100% de caries.

CAPITULO IV

DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO

El desarrollo psicológico del niño es un acontecimiento manifestado como patrón de conducta, adquisición de conocimientos, destreza e interés. El dentista que se encuentra en contacto con este ser en madurez y pleno desarrollo, con características propias precisa conocer los lineamientos de conducta y capacidad mental y emocional para encausarlos y canalizarlos en tal forma que la relación niño-dentista sea altamente positiva.

El odontólogo por su experiencia se da cuenta que un niño normal para a un crecimiento mental además de físico y tiene la comprensión suficiente para el niño que adquiere hábitos, los deja y modifica de la misma forma y es un hecho que en cada uno de éstos pequeños haya un ritmo y un estilo de crecimiento, puesto que la edad cronológica no siempre concuerda con la psicológica.

El proceso de aprendizaje progresa desde el instante del nacimiento y mediante éste proceso, el niño se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a fenómenos del medio.

Es conveniente presentar atención a las pautas de conducta y -

grado de desarrollo que se puede esperar a cierta edad y procurar determinar si el niño se desarrolla según su norma.

El desarrollo psíquico de un individuo no se puede considerar aparte de su crecimiento físico, ya que ambos están intrínsecamente relacionados, presentándose conductas específicas a determinadas edades de las cuales se tratará de explicar las más relevantes.

En el momento en que el bebé nace trae consigo un pasado, que podemos dividir en tres partes.

a) Herencia de generaciones anteriores que marca las diferencias individuales, algunas expresadas inmediatamente (temperamento) y otras que permanecen latentes y que se manifiestan a medida que ganan apoyo de influencia en su ambiente.

b) Un pasado de 9 meses obtenido dentro del cuerpo materno, del que se sabe relativamente poco sobre la influencia que pueda tener sobre su vida emocional.

c) Más recientemente es el periodo del parto, que lo libera, pero en forma tal que responde a ciertos estímulos sobre todo el dolor y el llanto.

Durante el primero y segundo día mientras reacciona con todo el cuerpo, las funciones físicas del bebé al principio se encuentran en

un estado de trastorno, como la respiración es superficial e irregular, el ritmo intestinal está desorganizado con frecuentes movimientos antiperistálticos y el sistema cardiovascular no está aún estabilizado.

En el primer mes su estado físico se ha observado que el niño - saca la lengua, saber chupar y tragar al nacer, empuja los brazos y las - piernas hacia afuera y se mueve un poco de lado a lado.

En su estado mental durante la primer y segunda semana el bebé mantiene una existencia vegetativa; en un dormir y despertando solo cuando está suficientemente incómodo, la actividad de succión, el soporte -- firme en los brazos de la madre, los olores y el calor maternal que le son familiares, le harán dormir de nuevo.

El mamar es la actividad predominante del bebé el cual se inicia con el estímulo del pezón en su boca, continuando con movimientos rítmicos del mentón de arriba hacia abajo para acoplarse y estimular a la vez el paladar duro y la cara dorsal de la lengua, simultáneamente a esto la - contracción de los músculos buccinadores para producir un vacío de la cavidad bucal.

La unión emocional entre la madre y su hijo amamantando en un marco de bienestar ordenado constituye el fundamento de la relación de un individuo con los otros individuos.

Esta relación madura cada mes, a medida que se agregan nuevas -

percepciones. Al principio el lactante parece estar buscando en forma no muy precisa el rostro materno, con movimientos casuales del brazo y de la mano, hacia las seis semanas la mirada del bebé está centrada mira deliberadamente la cara de su madre, sonriendo, pateando y moviéndose con alegría ante sus cabeceos y risitas.

Hacia los seis meses, cuando un bebé se sienta y aprende a alcanzar, a agarrar y responder sonriendo, murmurando, tironeando, se ha convertido en una verdadera personalidad para sus hermanos y hermanas, al igual que para su padre.

Alrededor de esta época la mayoría de los lactantes, pasan por la irritante y a menudo dolorosa experiencia de la dentición, tienen una necesidad de morder con frecuencia bastante potente.

La inhibición prolongada del morder puede ir seguida de un serio trastorno de aprendizaje, o la agresión puede volverse contra el niño mismo y expresarse más tarde por el desgaste y sujeción de los dientes o por morderse las uñas, la lengua o el carrillo.

El llanto del bebé se hace cada vez más autoacertivo. Durante la segunda mitad del primer año un bebé no solo se sienta, mira hacia su alrededor y busca las cosas, las agarra y se las lleva a la boca, sino que también responde con interés a sus muchos estímulos sociales; murmura en respuesta a sonidos vocales, a menudo imitando algunos, le gusta que jueguen con él, empuja sus pies contra su madre. Como su madre se ha conver

tido en algo importante para él por su experiencia de amamantamiento.

La obscuridad crea una sensación de aislamiento que le asusta, adoptando sus propias formas de hallar comodidad en ese momento.

El bebé se da vuelta, se arrastra o gatea, pronto será o estará haciendo toda clase de esfuerzos para pararse, el bebé tendrá variaciones en su apetito; más o menos en esa época comiendo muy poco.

El niño de dos años de edad les encanta jugar con sus padres, aunque no están suficientemente adelantados como para permitir relaciones interpersonales prolongadas, gozan toda clase de maniobras corporales, ser balanceados de un lado a otro, cabalgar en las rodillas en los momentos tranquilos les gusta sentarse en el regazo del padre; a menudo investigan los rasgos de los mayores, su cabeza y sus orejas; puede mirar con curiosidad, debe organizar sus experiencias tocando, manoseando y palmeando, depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo cuando está alejado de ella.

El niño de tres años de edad, a este nivel el niño da muestras del comienzo de semi-dependencia, puede observarse un interés en compañeros de juego imaginarios; la madre casi siempre es la preferida, las niñas suelen ser bastante coquetas a esta edad y emplean todos los medios para atraer la atención de sus padres.

Los varones seguirán a éstas cuando están haciendo sus tareas

domésticas en la casa o jardín intentando unirse a ellas.

El niño de cuatro años de edad ésta es la edad del "por qué" y el "como" durante la cual el niño desarrolla una actividad genuinamente investigadora, de dependencia y resistencia; junta con la curiosidad, es un gran conversador y está generalmente activo, le gusta estar con compañeros, responde bien a las directivas verbales y puede llegarse a él - apelando a su espíritu de independencia.

El niño de cinco años de edad tiene sentimientos igualmente intensos respecto a su madre.

Las pesadillas son casi universales a esta edad, a menudo adquieren la forma de sueños repetidos, como el ser cazados por un león o una bestia salvaje, etc.

El niño se encuentra en un conflicto equilibrante al de la niña, la que desea la mayor parte del tiempo conservar el amor de sus padres.

El niño de seis años de edad tiene una agresividad que puede ser constructiva o bien orientada hacia lo negativo llegando hasta el sadismo. Las madres en ocasiones son muy exigentes y no les permiten que se ensucien la ropa, que maltrate a los demás y esto representa para el niño una represión, para ayudarlo se le puede dar un cuarto donde juegue a la vez que pueda ser vigilado fácilmente, que esté cómodo con sus juguetes, juegos y actividades.

Se les debe alimentar su ingenio y su armonía, procurando que el niño desarrolle su ingenio artístico.

La conducta de los padres debe ser orientada en los niños en cuanto a sus relaciones. Lo más relevante en esta edad es la entrada -- del niño a la escuela y tiene una repercusión en todas sus áreas psicológicas, desde su vida afectiva hasta su vida intelectual, en la escuela -- va a recibir una serie de informaciones que van a alterar su comportamiento, el niño va a empezar a conocer números, letras, que antes eran -- para él completamente ajenas: en la vida afectiva puede ocasionar un trauma psicológico, porque el niño supone que esto representa una separación de su hogar a la que todavía no está preparado a aceptar.

Niños de edad preadolescente esta etapa de los siete a los once años en la cual encontramos cambios anatómicos, físicos, etc., esta época requiere de mayor tiempo de reposo (sueño) u alimento.

El preadolescente es un sujeto con una carga erótica muy grande y que lo orienta a él mismo a su sexo, desde un punto de vista psicológico dicen que la preadolescencia es una etapa de latencia, sin embargo, es una etapa en la que la dedicación en la escuela es bastante; es el -- tiempo en que el preadolescente se nota introvertido, callado, es importante que en esta época el sujeto empiece a sentir confianza y cariño, la pre-comprensión de los padres debe de ser un 100%, hay que encausar los -- aspectos efectivos, las derivaciones deben hacerse continuas mediante aspectos positivos que traigan el interés.

influencia paterna]. Si el odontólogo desea lograr o realizar un buen acercamiento a la práctica de la odontología para niños, debe conocer la importancia del ambiente hogareño y la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño.

Hay que estimular a los padres para que se preocupen por la salud dental de sus hijos.

La primera visita al odontólogo, se tratará de que sea agradable, consistirá en un examen cuidadoso de los dientes primarios y su limpieza.

El padre es quien frecuentemente se convierte en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con niños.

Ignorar las variaciones de conducta, experiencias y enseñanzas de los padres cuando presentan a sus hijos al odontólogo es limitar el propio campo de utilidad al niño y a la sociedad que le rodea, ejercer o la odontología para niños sin evaluar al padre, sin su participación y confianza sólo puede conducir al fracaso.

Si bien, el tratamiento odontológico es uno de los más comunes para combatir el dolor, es también una de las tareas más difíciles para el profesionalista, agravándose esta situación si el paciente es niño. Aunque en la actualidad los avances de la odontología han sido muchos, un aspecto al que no se le presta la debida atención es la que ocu-

pa la psicología dentro del campo de esta, principalmente en el tratamiento de los niños, todo dependerá de la primera cita con el profesionalista - ya que esta será el futuro comportamiento del niño como paciente y posteriormente como paciente adulto.

Generalmente todo niño acude al dentista con gran temor el -- cual puede deberse a diferentes causas como desconocimiento de lo que en realidad el consultorio dental y un dentista son; por lo cual el pequeño debería tener una orientación adecuada de lo que todo esto significa en la conservación de su salud dental y general.

CAPITULO V

HABITOS Y EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO
DE LOS DIENTES

Durante los años de crecimiento y desarrollo hasta llegar a la vejez, existen numerosos factores que actúan sobre el organismo pero a veces algunos de estos toman un rumbo equivocado y se vuelven nocivos para el desarrollo y crecimiento óptimo.

Resulta difícil redactar una definición que sea totalmente satisfactoria para describir la palabra "hábito".

Se puede considerar el hábito como una función general de la vida, del cuerpo, y del psiquis; que presenta una parte automática, de rutina, y una parte viva, de creación fondo de reacciones que posibilita un desarrollo más profundo de la vida mental.

Otra definición nos dice que el hábito, es la forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos definidos.

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

Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, se debe diferenciar de los hábitos normales de seados, que forman parte de la función orofaríngea normal y representa un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología ocular.

Es de suma importancia distinguir entre los hábitos normales o necesarios y los anormales o productores de malformaciones, ya que no todos los hábitos bucales producen malformaciones maxilofaciales; ciertos hábitos estimulan el crecimiento normal de la mandíbula como son los: succión, deglución y masticación; siempre y cuando sean correctamente realizados.

En ortodoncia y en odontopediatría se encuentra frecuentemente como hábitos a ciertos actos como son: Chuparse el dedo, morderse las uñas, interponer la lengua, adquirir posiciones defectuosas, respirar por la boca, morderse los labios, etc., los cuales al repetirse frecuentemente determinan en algunos casos serias repercusiones anatómicas y funcionales en el aparato masticatorio, debido a ello se les ha denominado como "malos hábitos".

Se describe a algunos de ellos:

- A) Lactancia Anormal
- B) Succión del pulgar y de otros dedos
- C) Hábitos de respiración bucal
- D) Hábitos linguales
- E) Hábitos de deglución
- F) Posiciones visiadas

A) Lactancia anormal. Frecuentemente se ha observado, que - el uso prolongado de chupones y biberones puede ser una causa importante - de anomalías en los dientes, en los maxilares, y en los tejidos blandos. - Estas anomalías se presentan por: Prognatismos, retrognatismos, Hipoclusión y vestibuloversión de los incisivos o hipotonicidad del orbicular de los - labios. La lactancia artificial va íntimamente unida a la deglución anor - mal por persistencia de la forma visceral de deglución, que debe ser nor - mal en el niño sin dientes: cuando interpone la lengua entre los bordes - alveolares; pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición - de los dientes: colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar detrás de los incisivos superiores.

Se deduce que con el uso de biberones el niño no efectúa la -- succión normal de la lactancia natural, y que los musculos orales y perio rales no actúan en forma adecuada.

La tetilla artificial sólo hace contacto con la membrana mucosa

sa de los labios; y debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo buccinador.

La acción del émbolo de la lengua y el movimiento rítmico: -- arriba abajo, adelante y atrás del maxilar inferior es reducido, no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar, la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia -- atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

El destete deberá ser propuesto por lo menos hasta el primer año del niño; y si la lactancia se realiza con tetilla artificial deberá estar fisiológicamente diseñada con el objeto de reducir considerablemente los hábitos derivados por este problema.

B) Succión del pulgar y de otros dedos. En el niño, los reflejos de succión se afinan con el ejercicio: el lactante no se conforma con chupar cuando mama, sino que se chupa los dedos cuando los encuentra, después cualquier objeto que fortuitamente se le presente, y coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse sistemáticamente a veces desde el segundo mes, el pulgar a la boca.

En una palabra, asimila una parte de su universo a la succión, hasta el punto de que su comportamiento inicial podría expresarse diciendo que, para él, el mundo es esencialmente una realidad susceptible de ser chupada.

Se ha dicho que la succión digital es normal durante los primeros dos años de vida, aún cuando muchos niños no lo hayan presentado.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Pero muchos niños no lo harán; y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo, como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos aconsejados de manera inadecuada para eliminar el hábito, y la continua vigilancia del niño por parte de los padres para que saque el dedo de la boca, dá a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.

Esta observación es aplicable a niños de todas las edades.

De una manera general esta parece ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado, junto con otros mecanismos infantiles.

La morfología original es muy importante, ya que existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar.

Debido a varios de los daños producidos por este hábito son si

milares a las características que presenta la maloclusión el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, la sobremordida profunda, el labio superior flácido, la bóveda palatina alta, y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida no suele hacer más que: reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. Puede existir también leve apiñamiento, o mal posición de los dientes anteriores inferiores.

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante; igualmente importantes tenemos dos factores más: la frecuencia del hábito durante el día y la noche afectan el resultado final; el niño que chupa esporádicamente sólo cuando se va a dormir causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca.

En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccionador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de gancho sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca; el mismo dedo puede mostrar los defectos del hábito.

Cualquier succión del pulgar u otro dedo que persiste después de los cuatro años, enfrenta al clínico ante un problema difícil, el hábito de chuparse el pulgar, observado durante esta fase, necesita de una terapeútica dental, y psicológica completa.

Las maloclusiones de los incisivos superiores causadas por chuparse el dedo, generalmente provocan hábitos secundarios en los labios, y casi en un 80% predisponen a la respiración bucal.

Obviamente, es necesario calificar muchos aspectos de este problema, contribuyendo al problema, se encuentran entidades como: morfología original, patrón de mamar y deglutir ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad duración del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones específicas y otros factores, que deberán ser considerados y evaluados para sacar conclusiones acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento, que trae consigo el hábito de chuparse el dedo.

C) Hábito de respiración bucal posiblemente en la mayor parte de los casos, el hábito común de respirar por la boca tiene su origen en la primera infancia y es cuando por alguna obstrucción de la respiración normal.

La respiración normal se efectua por las fosas nasales cuyas mucosas, tienen funciones bactericidas y del calentamiento del aire, la cavidad bucal sólo interviene en la respiración por los esfuerzos físicos, es decir --

cuando el aire inspirado por las fosas nasales no es suficiente, pero cuando la respiración se hace continuamente por la boca existe una respiración anormal y puede ser un factor determinante y de bastante importancia, ya que establece un desequilibrio muscular que impide el desarrollo normal de las estructuras faciales, alterando el balance muscular que actúa normalmente sobre los dientes.

Es de suma importancia que los padres, conozcan la manera de hacer cesar el hábito de respirar por la boca y restaurar la respiración por la nariz.

Mientras el niño crece, y el esqueleto laríngeo desciende hacia el cuello, le es posible aspirar el aire por la boca, pero lo normal es -- que lo impidan tres mecanismos esfinterianos: el esfínter anterior (labio) el esfínter intermedio (lengua y paladar duro), el esfínter posterior (paladar blando y dorso de la lengua). Cuando fallan todas las barreras, se produce la respiración bucal, por lo general es intermitente cuando ocurre y más común por la noche, solo raras veces hay obstrucción nasal -- completa: Atresia congénita.

La respiración bucal puede ser debida a tres causas:

- 1) Por obstrucción
- 2) Obstáculos nasofaríngeos y pueden ser debido a hipertrofia de los cornetes, desviación del tabique, inflamación de mucosa nasal, reacción alérgica, adenoides que obstruyen el espacio nasal posterior.

3) Obstáculos bucofaríngeos como la hipertrofia amigdalina es probablemente la causante de provocar la prognasia -- mandibular, el niño está obligado a proyectar su mandíbula para permitir el paso del aire.

Por hábito el niño que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre aunque se haya eliminado por obstrucción que lo obliga a hacerlo.

Por anatomía el niño que respira por la boca por razones anatómicas es cuando el labio superior corto no le permite cerrar por completo, al hacerlo tiene que realizar enormes esfuerzos, y es frecuentemente que tenga los labios separados.

Otro análisis es que la aereación insuficiente de las cavidades nasales y el seno maxilar en los respiradores bucales, es la causa por la cual las vías respiratorias no se desarrollan ni se expanden adecuadamente.

D) Hábitos linguales. La presión lingual es un hábito mucho más generalizado, en cualquier caso de mordida abierta; encontramos este hábito y con frecuencia es la causa de espacios persistentes, al faltar el germen dentario o después de extracciones, encontramos que la lengua puede producir serios trastornos al ser colocada durante un lapso de tiempo entre o sobre los dientes; producida por la tentación, ya sea cuando existe fracturado o cuando ha sido eliminado, adquiriendo la costumbre perniciosa

de tocar con la lengua exactamente el borde fracturado, o el espacio que dejó el diente, se comienza por tocar el espacio vacío, por simple curiosidad o sensación nueva, y llega a ser tan frecuente este movimiento mecánico, que con el tiempo la lengua no solamente llena el espacio que corresponde a la pieza faltante sino que hace lugar suficiente en una superficie mayor, que abarca los dientes anteriores; produciendo mordida abierta, y tratándose de la parte posterior de la arcada, el hábito consiste en masticar la lengua, con frecuencia este hábito se acompaña de mordedura de carrillo, dicho hábito provoca separación de premolares y molares, y si es persistente impide la evolución normal de estas piezas, inhibiendo la función masticatoria, debido a que solo se encuentran en oclusión los dientes anteriores.

La compresión lingual es a menudo expresión de hábitos de deglución anormales; dicho esto con relación a anomalías de la oclusión, igualmente se relacionan con ello ciertos defectos de lenguaje, especialmente en los sonidos sibilantes, en que la lengua avanza con exageración.

Ocasionalmente al morder la lengua como mal hábito, algunos niños la llevan a un solo lado o hacia el frente, pero siempre presionando los dientes, y tendremos como consecuencia la mordida abierta.

El labio superior no contacta más con el inferior, por lo que deja de actuar como esfínter, actividad que realiza normalmente al tragar, queda hipotónico, sin función y aparece retrátil o corto. Dependiendo del grado de deformación, la lengua es llevada hacia adelante para ayudar

al labio inferior a lograr el cierre necesario para el acto de la deglución, 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.

Moyers clasificó los hábitos linguales en:

1. Empuje lingual simple: lo define como la presión ejercida por este órgano en los casos de deglución con los dientes en contacto, la consecuencia es una mordida abierta bien circunscrita en la región anterior y un encaje firme de las cúspides de los dientes posteriores sin movimiento de deslizamiento por interferencia de las cúspides. Hay un funcionamiento anormal de los labios y de la musculatura perioral y mentoniana.
El empuje lateral de la lengua durante la deglución puede causar mordidas abiertas en las regiones posteriores de la boca.
2. Empuje lingual complejo: Se define como la presión ejercida por la lengua durante la deglución con los dientes separados hay mordida abierta generalizada y mala adaptación oclusal, de los dientes posteriores.
3. Persistencia del tipo de deglución infantil, después de-

la erupción de los dientes, el recién nacido estabiliza su mandíbula durante la deglución sosteniendo la lengua entre los rodetes gingivales y contrayendo los músculos faciales.

Con la erupción de los dientes la lengua normalmente se retrae durante la deglución y queda rodeada por los dientes, y la mandíbula es estabilizada por los músculos de la masticación. La deglución produce la contracción-energica, casi violenta de los músculos del mentón y peribucal. Hay dificultad en la masticación y, a menudo, hipersensibilidad del reflejo nauseoso.

4. Postura anormal de la lengua: puede ser endógena o adquirida algunos niños mantienen la punta de la lengua entre los dientes la mayor parte del tiempo. La postura anormal de la lengua puede ser adquirida debido a la presencia de amígdalas hipertróficas y adenoides, o faringitis crónica, pero esta posición lingual suele corregirse al curarse las molestias faríngeas.

E) Hábitos de deglución. En el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares.

Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto a los maxi

lares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua.

Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión especialmente el mentoniano, -- cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. Como resultado de una anomalía en la deglución, se -- presentan arcadas superiores estrechas, constricción maxilar con dientes -- superiores en protrucción y mordida abierta.

La importancia de la colocación de la lengua en relación con el paladar, que influye cooperando con los dientes en el acto de la deglución no puede ser olvidada, porque es el motivo por medio del cual se logra el balance de las fuerzas que sostienen las distintas distancias de los huesos maxilares.

F) Posiciones visiadas. Hábito de recargarse se ha observado este hábito en los niños quienes se recargan en las manos mientras miran -- la televisión. La posición común es apoyar una o ambas manos cogiendo la -- barba, resultado una presión hacia adentro y para atrás de los dientes -- maxilares.

Se observa también, el gusto de algunos niños por tirarse en el suelo y las manos en la barba. Otros niños comen o estudian con una mano -- haciendo presión en un lado de la cara. Puede deducirse, que el conoci -- miento de las presiones extraorales que se ejercen contra los dientes, pue -- de ser de fundamental importancia para los dentistas y auxiliar a los or --

todoncistas para valorizar en sí estas observaciones.

Posiciones viciadas durante el sueño, posturas impropias sobre la almohada, apoyando entre ésta y la cara la o las manos, los brazos y - algunas veces sumadas posiciones impropias de la espalda, tiene una gran influencia sobre la forma de las arcadas dentarias tiene una gran influencia en aquellos niños que han sufrido deficiente nutrición o enfermedades durante su infancia.

Los niños sanos con desarrollo y crecimiento rápido, y que -- duermen habitualmente en mala posición presentaron ligera mala oclusión.

El factor de la salud, como las presiones de los malos hábitos externos, deben tener el mismo valor para la formación de nuestro diagnóstico, y la combinación de estos dos factores, además del medio, son suficientes para producir las deformaciones más grotescas.

En sí como se mencionó anteriormente, la postura es la expresión sumada de reflejos musculares, y por lo tanto, es capaz cambio y corrección.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LOS HABITOS

(MEDIOS PARA ELIMINAR LO MEJOR POSIBLE ESTOS TRASTORNOS)

El tratamiento a seguir durante el tratamiento de cualquier hábito deberá ser tomado en cuenta desde el punto de vista de la integridad del paciente, y no sólo concretarse a segregarse el hábito sin ponerle debida atención a los problemas emocionales que este presenta.

La corrección de las malas posiciones dentarias producidas por hábitos perniciosos, no podrá llevarse a cabo con feliz resultado solamente con aparatos ortodónticos, si no llega a dominarse antes el hábito que las produce.

A continuación mencionaré algunos de los tratamientos a seguir para cada uno de los hábitos, en el propósito de erradicarlos.

A) Lactancia Anormal. En diversas circunstancias, las madres no pueden amamantar a sus hijos el tiempo suficiente, por lo que se ven obligadas a alimentarlos con los biberones de tipo comercial. La solución posiblemente más adecuada a este problema será el uso de las Letillas anatómicas que fabrica el mercado.

Este chupón es succionado dentro de la boca hasta que ésta se encuentra plana y ancha, el reflejo de succión cesa y los labios se cierran sobre la parte externa del conducto del chupón.

La respiración nasal comienza, el cierre de la mandíbula se estimula al contacto del chupón contra la superficie palatina, el niño extrae la leche de la parte anterior del chupón.

Por la presión de la lengua hacia arriba y los movimientos de la mandíbula, al tratar de extraer la leche del biberón la presión de sus labios y mandíbula cerrarán el conducto bloqueando así el biberón. Al suspender la masticación, la acción de succionar puede transportar la leche de la parte anterior del chupón a la boca.

Este tipo de biberón ayuda a la succión satisfactoria y fomenta el ejercicio de los músculos orales, así va preparando al niño para la transición temprana del alimento infantil y de los hábitos orales.

Los chupones que tienen el objeto de ejercitadores, es utilizar los tejidos bucales como en la succión normal que se ejecuta en los primeros años de la vida.

Las partes del ejercitador se adaptan a la cavidad oral en la misma forma que el chupete. El propósito de los ejercitadores es incitar al niño a cerrar sus labios y mandíbula durante su uso.

Otro propósito es permitir la respiración nasal en virtud de - que incita a cerrar los labios.

B) Succión del pulgar y de otros dedos. Los medios para evitar este hábito ya establecido, por lo general se abrigan esperanzas de - que el hábito cese en cuanto se resuelvan las dificultades emocionales -- del niño, ya que el chupador de dedo se origina especialmente cuando está en estado de tensión emocional.

Se debe hablar al niño directamente sobre este problema, sin - amenazarlo ni avergonzarlo, de una manera calmada y amistosa con objeto - de convencerle de las diferentes actividades y perjuicios que provoca es- te hábito, y sobre todo buscar su cooperación para erradicarlo.

Debido a que el hábito es una norma mental inconsciente, solo parece razonable que el uso de un dispositivo recuerde el acto, haciéndolo consciente y moleste la norma haciendo el hábito inefectivo.

La terapéutica a seguir debe ser aplicada individualmente, y - no generalizarse con reglas, porque también las causas son individuales y de diverso origen.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito del - chupeteo del pulgar sería aquel que cumpliría con lo siguiente:

a) Que no ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular --

normal.

- b) Que no necesitará recordatorio para usarlo
- c) Que su uso no avergüence.
- d) Que no dependa de los padres

Puede utilizarse la placa bucal para la corrección del chupeteo del pulgar, pero se necesitará la colaboración intensa del paciente.

Posiblemente el mejor aparato, es el arco lingual como pequeños espolones soldados en sitios estratégicos, que recuerden al pulgar que no debe meterse.

Este aparato no es una interferencia mecánica con el pulgar y por lo tanto no debe tener la forma de una gran pantalla llamada rastro.

Debe adaptarse correctamente, sin estorbar la función bucal normal; y estar previsto de suficientes espolones cortos y agudos que produzcan ligeras señales aferentes de incomodidad cada vez que se inserte el pulgar.

Debemos entender claramente las razones de este aparato, una señal clara de incomodidad o de ligero dolor, recuerda al sistema neuromuscular, aún durante el sueño, que lo mejor es que el dedo no se introduzca a la boca.

Hay que advertir a los padres el porqué del aparato y se les pide ayuda para las dos primeras noches. Los niños en fase II, a menudo se quitarán varias veces los aparatos, por lo que es necesario recomendarlos.

Debemos tener cuidado con los aparatos sugeridos, ya que algunos son tan grandes y grotescos que se utilizan como barrera mecánica, y traen como consecuencia la frustración del niño.

C) Hábito de respiración bucal. Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal, deberá eliminarse la causa de este hábito con la ayuda de un otorrinolaringólogo. El hábito no se quitará al eliminar la causa que lo produjo, pero con el uso de una pantalla oral ayudaremos al niño a respirar normalmente.

Existen dos tipos de pantallas orales, una de acrílico de autopolimerización y la otra de plexiglas.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA PANTALLA ORAL DE ACRILICO

1. Se tomarán impresiones del maxilar superior e inferior con alginato y se vacían en yeso.
2. Se montan los modelos en un articulador de bisagra.
3. Con los modelos en perfecta oclusión, se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención, dejando una superficie continua entre el modelo superior e inferior.

4. Se diseña la pantalla oral siguiendo el contorno de la línea mucogingival, llevándolo aproximadamente 2 o 3 mm. por arriba o antes del fondo de saco, extendiéndose hasta la región de los caninos, o de los primeros o segundos premolares si se desea dar mayor retención a la pantalla.
5. Se bordea con sera negra el contorno del diseño.
6. Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera procurando dejar una superficie tersa.
7. Se recorta, se pule y se coloca dentro de la boca.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA PANTALLA
ORAL CON PLEXI GLAS

Material necesario:

- a) Plexi - glas en hoja
- b) Papel de estaño
- c) Segueta
- d) Una banda de hule que se puede obtener recortando una porción de cámara de llanta de automóvil.

PASOS:

1. Se toman modelos de ambos maxilares, y se preparan en la misma forma que los empleados para la pantalla de acrílico de autopolimerización.
2. Una vez diseñada la pantalla, colocamos papel de estaño, lo adaptamos al modelo y recortamos el sobrante.

3. Colocamos el papel de estaño sobre el plexi glas y dibujamos con lápiz sobre el papel celofán el contorno del papel estaño.
4. Con la segueta vamos a recortar el plexi glas guiándonos del diseño
5. Calentamos la pantalla de plexi glas en una lámpara de alcohol, procurando no mantenerla durante mucho tiempo sobre la flama, ya que únicamente deberá reblandecerse.
6. Colocamos la pantalla reblandecida sobre el modelo y presionamos con la banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable aplicar al niño unas tiras de cinta adhesiva transparente; en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si el paciente estuviera ligeramente protusivo, lo corregimos ayudándonos de la fuerza del músculo orbicular de los labios.

Si éste es el caso, cada 30 días podemos recortar ligeramente los modelos sobre los que se construyó la pantalla.

Si el aparato fué elaborado en acrílico se le hará un pequeño rebalse por la parte que está en contacto con los dientes pero si la pantalla se construyó en plexi glas, ésta se recalientará y adaptará con la banda de hule.

D) Hábitos linguales. La gran importancia de la lengua en la

mordida abierta, lleva a que el tratamiento se estructure en lo posible - con carácter casual.

Para este tipo de hábitos, hacemos lo siguiente; se sugiere al paciente que se coloque un pedazo de dulce en la parte palatina anterior-correspondiente a la región de los incisivos centrales, pero lejos de los dientes; y que trate de retener el dulce con la punta de la lengua. Esta debe mantenerse en esa posición durante el ejercicio de la deglución de - la saliva.

Esta práctica debe ser repetida hasta que el paciente se acostumbre a deglutir, haciéndose consciente de que pueda pasar la saliva u - otros líquidos sin empujar la lengua hacia afuera empujando los dientes.

Todo esto es con el fin de reeducar la lengua; pero requiere de un considerable esfuerzo por parte del paciente.

Posiblemente el aparato ideal para este tipo de problemas sea - el Monobloc, que se mantiene en la boca alejando la lengua de los dientes y facilita la erupción de los mismos, ya que mediante la configuración -- adecuada de las superficies de fresado se puede dar a la erupción la di - rección deseada.

La manipulación del monobloc es muy sencilla, los casos que -- reaccionan favorablemente muestran a los pocos meses una mejoría esencial.

Generalmente, la oclusión total de las arcadas dentarias se con que de los 6 a los 10 meses de uso. Puede observarse a menudo, que el há bito, de presionar la lengua disminuye rápidamente ya que a los pocos -- días o semanas, incluso se oye una mejor claridad en el lenguaje.

En ocasiones el uso del monobloc durante el día y la noche, no es suficiente para anular las influencias nefastas de la lengua en los in dividuos intervalos en que el paciente no usa su aparato.

En estos casos, se construye un aparato o placa que pueda lle - varse en las horas de comida y para hablar, evitándose así la interposi - ción de la lengua entre los dientes.

Una pequeña placa lingual será suficiente para obtener buenos - resultados en ese tipo de problema.

E) Hábitos de deglución. Para algunos dentistas, la presen - cia del hábito puede pasar desapercibida, pero existe un procedimiento - sencillo para observarlo, que consiste en lo siguiente: Separar suave - mente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observándo - se así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios -- persistentes.

Para poder controlar este hábito, se solicita la colaboración - de un otorrinolaringólogo, que de ser necesario efectuará la extirpación de las amígdalas.

Hecho ésto, colocaremos una placa llamada Recordatorio lingual, que consiste en un paladar de acrílico sostenida a los molares por medio de ganchos, con unos espolones de alambre que indicarán al paciente la posición correcta de la lengua.

Si el paciente es poco cooperativo, el aparato que se colocará tendrá que ser fijo.

Para ayudar al niño en el control de su hábito se le indicará que ejecute un ejercicio muy sencillo que se realiza de la siguiente manera:

- a) Tomar un poco de agua
- b) Ocluir con todos los dientes
- c) Efectuar la deglución sin despegar los dientes

Este ejercicio se hace frente a un espejo con el objeto de que el niño observe que al deglutir no deberán moverse los labios ni el mentón.

El recordatorio lingual deberá ser usado durante bastante tiempo generalmente más de seis meses, por la gran dificultad que presenta la eliminación de este hábito.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DEL RECORDATORIO LINGUAL

1. Se tomarán impresiones tanto del maxilar superior como del inferior

- y se hace el vaciado en yeso.
2. Se montan los modelos en el articulador de bisagra.
 3. Con alambre del .032 se adaptarán unos ganchos en los molares más retentivos.
 4. Se colocará un separador de acrílico en el modelo superior.
 5. Los ganchos de alambre se fijan al modelo con cera pegajosa.
 6. Con el alambre del .032 contornearemos tres proyecciones que en su posición basal tendrán retenciones para el acrílico y en su porción libre deberán llegar hasta el cingulo de los dientes inferiores.
 7. Aplicamos acrílico de autopolimerización ya sea por medio del pincelado o por goteo, al paladar teniendo cuidado al cubrir los ganchos al principiar el proceso de polimerización las proyecciones linguales que servirán de barrera para la interposición de la lengua, éstas se colocarán aproximadamente en la parte anterior a las arrugas palatinas.
 8. Se verifica con el modelo inferior, de manera que los espolones no interfieran con la oclusión y así lleguen hasta los cingulos de los dientes inferiores.
 9. Se recorta, se pule y se coloca en la boca.

F) Posiciones visladas. La mandíbula puede mostrar una variedad de posiciones posturales; por lo tanto, se ve un márgen postural más- que una posición postural aislada para cada persona.

Cualquier posición postural, es el resultado de todas las determinantes posturales fisiológicas operables en el momento que se hace el -

examen. Se ha demostrado repetidamente, en años recientes, en contra de conceptos previos, que las posiciones posturales de la mandíbula son más difíciles de ubicar en forma confiable que las posiciones limitrofes u oclusales. Términos como posición de descanso fisiológico, posición de descanso postural, posición de descanso, etc., son sinónimos de uso común. Se prefiere el término posición postural, porque es más exacto fisiológicamente, y está de acuerdo con el uso general en otras partes del cuerpo.

Las personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente muestran también una posición postural indeseable en la mandíbula, ambas pueden ser expresiones de una salud general pobre.

Por otra parte, la persona que se mantiene derecha y erecta, con su cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, casi por reflejo va a mantener su mentón adelantado en una posición preferida.

La postura es la expresión sumada de reflejos musculares y, -- por lo tanto, es capaz de cambio y corrección.

CONCLUSIONES

A través del presente trabajo, he pretendido señalar la importancia que tienen los malos hábitos, y como constituyen su derivación por diversas causas; las cuales desembocan con bastante frecuencia en alteraciones anatómicas, asimétricas estéticas y en la mayoría de las veces en conflictos psicológicos, que van a repercutir en un desarrollo poco saludable para nuestros clientes.

El cirujano dentista debe tener en cuenta que cualquier factor que interfiera en la formación normal sobre el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara y maxilares, pueden provocar maloclusiones; por lo tanto es básicamente necesario que sepa identificar a tiempo el tipo de problema que se trate y tener conocimientos necesarios sobre el crecimiento de la cara, desarrollo de la oclusión y atención ortodóntica en general para aplicar determinadas medidas de prevención.

Por último, considero que es responsabilidad del odontopediatra ortodoncista y del cirujano dentista el valorar el efecto que tienen los hábitos sobre los dientes, huesos y músculos de la boca a fin de evitar su desarrollo y lograr su eliminación.

Pese a todos estos esfuerzos, habrá ciertos casos difíciles que requieran largos tratamientos quirúrgicos, de hábitos y con aparatos,

un objetivo del tratamiento preventivo es menguar el número de casos en -
un míni mo.

ESTA TESIS DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

BARNETT

Terapia Oclusal en Odontopediatría
Editorial Panamericana

SPIRO J. CHAÇONAS

Ortodoncia
Manual Moderno

SIDNEY B. FINN

Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana

MUSSEN CONGER KAGAN

Desarrollo de la personalidad del niño
Bibliografía Técnica de Psicología
Editorial Trillas.

HELEN BEEB

Desarrollo del niño
Editorial HERLA

D.R.T.M. GRAVER

Estudio de la Conducta
Editorial Interamericana

PAUL SWARTZ

Estudio de la Conducta
Editorial CECSA

STRANG ROBERT H.W.

Tratado de la Ortodoncia
Etiología de la Maloclusión
Editorial Argentina

STAHEY L. ROBBINS

Tratado de la Patología
Tercera Edición.

WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD K. KINE, BARNET M. LAVY

Tratado de Patología Bucal

D.R. MALCOLM A. LINCH
Medicina Bucal de Burked
Diagnóstico y Tratamiento
Septima Edición.

MOISES DIAMOND
Anatomía Dental

JON LANG MON
Embriología Médica
Segunda Edición.