

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



120.

Revisada y autorizada Mastanda

**PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS MALFOR-
MACIONES DENTOFACIALES PROVOCADAS POR
LOS MALOS HABITOS BUCALES.**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

JUAN DE DIOS BERMUDEZ ZENTENO

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E :

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

C A P I T U L O I

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA CARA.

- a).- DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA.
- B).- DESARROLLO DEL PALADAR.
- C).- DESARROLLO DE LA LENGUA.
- D).- DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR.
- E).- DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR.
- F).- DESARROLLO DE LA BOVEDA CRANEANA.
- G).- DESARROLLO DE LA BASE DEL CRANEO.

C A P I T U L O II

ETIOLOGIA DE LA DENTICION.

- A).- DESARROLLO PRENATAL DE LOS DIENTES.
- B).- DENTICION AL NACER.
- C).- DESARROLLO POSTNATAL DE LOS DIENTES.
- D).- CARACTERIZTICAS DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- E).- DENTICION PERMANENTE.
- F).- PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- G).- DENTICION MIXTA (CLASIFICACION DE ANGLE.)

C A P I T U L O III

HABITOS BUCALES.

- A).- SUCCION DE PULGAR Y OTRO DEDO.
- B).- PRESIDN DE LENGUA Y LABIO.
- C).- MORDERSE LAS UNAS (ONICOFAGIA).

D).- RESPIRADOR BUCAL.

E).- BRUXISMO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

La finalidad de este pequeño trabajo, no es tan solo llenar un requisito sino que también para poder contribuir y orientar aunque sea someramente, para el mejor conocimiento del estudio de las alteraciones causadas por los hábitos bucales.

Enfocándome principalmente en la prevención y supresión de dichos hábitos, que a la larga provocan grandes problemas y deformidades dentofaciales. Por eso es conveniente recalcar a nuestros pacientes la importancia de las visitas periódicas al consultorio dental, para así disponer de un método de diagnóstico y efectuar un estudio que nos lleve a la detección de las fases anormales, obteniendo de esa manera mejores y eficientes resultados.

- - - - -

C A P I T U L O I

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA
CARA

- A).- DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA.
- B).- DESARROLLO DEL PALADAR.
- C).- DESARROLLO DE LA LENGUA.
- D).- DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR.
- E).- DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR.
- F).- DESARROLLO DE LA BOVEDA CRANEANA.
- G).- DESARROLLO DE LA BASE DEL CRANEO.

El conocimiento de la formación de la cavidad oral y de la cara en condiciones normales son indispensables, para de ahí poder partir y estudiar las diferentes anomalías causadas por los malos hábitos bucales.

En la cuarta semana de vida intrauterina es cuando la cara empieza a tomar forma, y se define el aparato branquial. La boca primitiva empieza a formarse a partir de la invaginación del ectodermo de la extremidad cefálica del embrión. El ectodermo se profundiza hasta conseguir la unión con el endodermo, en la cual se forma una cavidad llamada PRIMITIVA O ESTOMODEO.

La cavidad primitiva o estomodeo se encuentra separada de la prolongación fronto-nasal, y por debajo de ésta, se encuentran localizados los cinco pares de arcos branquiales.

Del primer arco branquial y del proceso fronto-nasal se derivan la mayoría de las estructuras de la cara, como son: El proceso maxilar y mandibular, en los cuales también se unen el segundo y tercer arco branquial, para la formación de la lengua. A estos últimos se les conoce con el nombre de arco hioideo y tiroideo respectivamente.

Los procesos maxilares superiores se derivan de la porción superior del primer arco branquial, y están constituidos por dos yemas, una izquierda y una derecha, y son las que dan origen a las porciones laterales del labio superior, mejillas, paladar duro, paladar blando y arcada del maxilar superior.

La formación de la parte inferior del primer arco--
branquial, son los maxilares inferiores, que derivan al-
maxilar inferior, paredes laterales de la cara, mentón -
y parte anterior de la lengua.

El crecimiento fronto-nasal empieza a desarrollar--
se rápidamente. Al encontrarse una vez integrados los-
procesos maxilares superiores e inferiores, retardándo--
se un poco la porción inferior de la cara. El proceso-
nasal medio se forma por debajo de la frente, constituí-
do por dos invaginaciones que vienen a ser las aberturas
de las fosas nasales. Por arriba y por adentro de las-
invaginaciones o agujeros olfatorios se forma el proceso
nasal medio, que viene a formar la punta de la nariz, --
la cual tiene un crecimiento interior secundario, que --
será la separación de las fosas nasales (septum nasal).-
El labio superior es formado por la fusión que realizan-
los procesos globulares, con los procesos maxilares, - -
quedando concluída esta fusión en el segundo mes de vida
intrauterina.

DESARROLLO DEL PALADAR.

Con la formación del tabique nasal y su prolifera--
ción en sentido caudal, durante la octava semana queda -
constituído el paladar que a su vez interviene a la - --
formación del labio superior, los premaxilares y las - -
apófisis alveolares situadas debajo. Después de toda -
esta sucesión, es cuando la cabeza empieza a tomar pro--
porciones humanas.

La parte principal del paladar se origina en la -- porción del maxilar superior, que procede de la epófisis maxilares, y a medida que el tabique prolifera hacia abajo y atrás, los bordes palatales concoideos aprovechan -- el rápido desarrollo mandibular que permite que la lengua caiga caudalmente. Las epófisis palatines conti-- núan abanzando hacia adelante, acercándose mutuamente -- hasta unirse con el tabique nasal que a su vez prolifera para formar el paladar duro.

DESARROLLO DE LA LENGUA.

El desarrollo de la lengua se lleva a cabo en el -- segundo mes de vida intrauterina. Patten describe a la lengua como un saco de membrana mucosa que se llena con una masa de músculos en vías de crecimiento. La lengua y los músculos linguales son de diferente origen.

Durante la quinta semana de vida embrionaria se --- produce una rápida proliferación de alteraciones mesen-- quimatosas cubiertas por una capa de epitelio, esto su-- cede en la cara interna del arco mandibular, entre ellos surge una elevación central, el tubérculo impar, ahí mis-- mo se encuentra la cópula que une a los arcos branquia-- les II y III para formar una elevación central que se -- extiende hasta la epiglotis. El tejido de los arcos -- branquiales II a IV se desarrolla a ambos lados de la -- cópula que contribuye a la formación de la Lengua. El -- segundo arco también llamado hiodeo, contribuye a la i-- nervación de los mamelones gustativos. La mayor parte de la lengua se halla cubierta por tejidos procedentes -- del ectodermo del estomodeo. Las papilas de la lengua-

se reconocen a las once semanas de edad fetal y a las -- catorce semanas se observan los mamelones gustativos --- en las papilas fungiformes. Bajo la cubierta ectodérmica existe una masa especializada y bien desarrollada de fibras musculares, admirablemente preparadas antes del - nacimiento para desempeñar las múltiples demandas funcio- nales de la deglución y succión.

DESARROLLO DE LA MANDIBULA.

El desarrollo mandibular se produce entre la octava y décima segunda semana de vida intrauterina. Antes de la osificación de la mandíbula podemos observar dentro - del proceso mandibular un delgado tallo cartilaginoso, - llamado CARTILAGO DE MECKEL que durante el segundo mes - puede considerarse como el precursor de la mandíbula, -- puesto que el hueso no deriva directamente de él, sino, - que él únicamente lo rodea tomando su forma. En la ca- ra proximal del cartílago de Meckel que es la más cerca- na al condocráneo, se forman: el yunque, martillo y el - estribo del oído. En sentido lateral del cartílago de- Meckel empieza el desarrollo óseo que prosigue hasta que toda la superficie posterior queda cubierta por hueso. - Esta osificación se detiene en el punto que viene a - -- convertirse en la línula mandibular y la apófisis espi- nosa del esfenoides. La consolidación de la mandíbula- ocurre durante el primer año de vida extrauterina aproxi- madamente.

En el peculiar crecimiento de la región condilar --

de la mandíbula intervienen la proliferación intersticial y por aposición. El crecimiento de este último tipo sucede en el borde posterior de la rama y en los bordes alveolares e inferior del cuerpo de la mandíbula y en menor grado en las superficies laterales se produce el aumento del tamaño de ésta pieza ósea.

Se verifica una reabsorción concaminante del borde anterior de las ramas que da lugar al aumento efectivo de la longitud del arco dentario.

DESARROLLO DEL MAXILAR SUPERIOR.

El maxilar superior es esencialmente un hueso membranoso, con la excepción de la apófisis paranasales de la cápsula nasal y las regiones cartilaginosas, del borde alveolar de los procesos cigomáticos. En el tercer trimestre el maxilar superior, crece en altura, a causa del desarrollo óseo entre la órbita y la región alveolar, y se une al cráneo por medio de las suturas frontomaxilar, cigomático-maxilar, cigomático-temporal y pterigopalatina. Por la posición de las suturas que son oblicuas y más o menos paralelas entre sí, hacen que el crecimiento del maxilar sea hacia abajo y adelante o el cráneo hacia arriba y atrás.

CRECIMIENTO VERTICAL.

Un factor destacado del aumento de la altura del --

complejo maxilar es la posición continua del hueso alveolar, en los bordes libres de la apófisis alveolares a medida que brotan los dientes. Asociadamente con el descenso del maxilar se produce una aposición permanente del hueso y en el suelo orbitario con resorción concamiante del suelo nasal, y aposición del hueso en la superficie palatal inferior. Por el proceso altamente de depósito de hueso y resorción modeladora, los suelos orbitario y nasal y la concavidad palatina descienden siempre paralelamente.

CRECIMIENTO HORIZONTAL DEL MAXILAR SUPERIOR.

Durante la vida fetal y el primer año de vida, las suturas interfrontal, palatal media y sinfisaria, contribuyen paralelamente al crecimiento en anchura craneofacial.

Después de esta época parece haber poco crecimiento. Otras de las suturas que contribuyen al crecimiento en esta dimensión es la etmoides, cigomática y los huesos lagrimal y nasal, también contribuyen a lo mismo, el crecimiento por aposición de las paredes laterales del propio maxilar.

En cuanto a la anchura, su crecimiento es por aposición superficial externa, aumentando su tamaño en todas direcciones. Este crecimiento está sujeto al crecimiento coronario de los molares permanentes.

RESUMEN DE LAS DERIVACIONES FACIALES Y DE LA
CAVIDAD DRAL:

I.- DEL PROCESO FRONTO-NASAL DERIVAN:

a).- La frente.

b).- El proceso nasal medio que da origen a:

1.- Porción media y punta de la nariz.

2.- Tabique nasal.

3.- Mamelones globulares que originan:

a).- Porción central del labio superior o -
filtrum.

b).- Proceso palatino medio, que da lugar a
la premaxila.

c).- Los procesos nasales laterales que dan origen-
a las paredes laterales de la nariz.

II.- DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL DERIVAN:

a).- Porciones laterales del labio superior.

b).- Procesos palatinos laterales, que originan:

1.- Paladar duro (excepto premaxilar).

2.- Paladar blando.

3.- Arcada maxilar superior.

4.- Porción superior de las mejillas.

c).- Los procesos maxilares inferiores, de donde se originan:

1.- Maxilar inferior.

2.- Mentón y porción inferior de las paredes laterales de la cara.

3.- Parte de los dos tercios anteriores de la lengua.

III.- ENTRE LOS DOS ARCOS HIGIDEO Y TIROHIDEO (COPULA),-
TERCIO POSTERIOR O BASE DE LA LENGUA.

DESARROLLO DE LA BOVEDA CRANEANA.

El crecimiento de la bóveda craneana en los primeros meses de vida, supera al esqueleto facial y posteriormente sobrepasa el crecimiento de la cara. Su crecimiento es sumamente rápido, este es de ocho a nueve veces más grande que el tamaño de la cara. Dicho crecimiento disminuye considerablemente después de los dos años de vida.

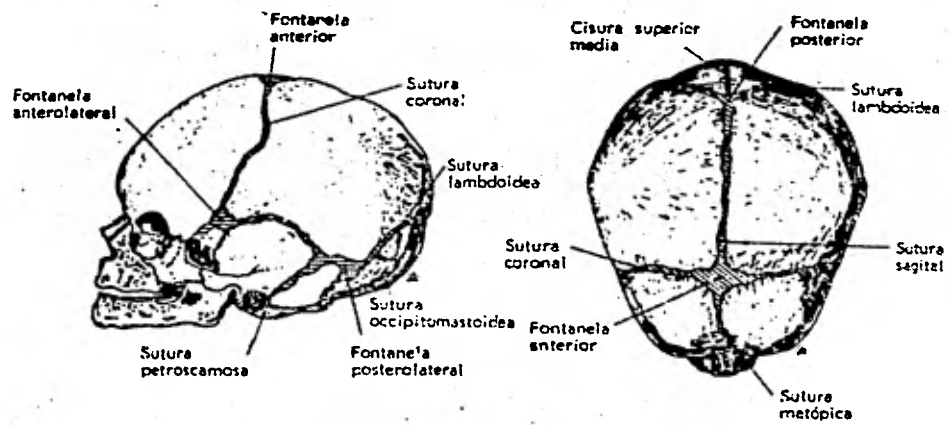
El aumento que representa la bóveda craneana es debido a la fuerte presión que ejerce el cerebro en creci-

miento. Además del crecimiento sutural que se lleva a cabo en las uniones de los huesos.

La bóveda craneana aumenta en anchura primeramente-- por la osificación de relleno del tejido conectivo proliferante en la sutura lambdoidea, coronaria, interparietal, parietoesfenoidal y parieto temporal. La sutura sagital no se cierra hasta la tercera década de vida. El aumento de la longitud es debido al crecimiento activo de la sutura coronaria. El crecimiento de altura se verifica principalmente y a expensas de la actividad de las suturas parietales, junto con el crecimiento de las suturas óseas contiguas del occipital, temporales y esfenoides.



ZONAS PRINCIPALES DE ACTIVIDAD SUTURAL EN EL MAXILAR SUPERIOR.



FONTANELAS, FISURAS Y SUTURAS EN EL CRANEO DEL
RECEN NACIDO.

DESARROLLO DE LA BASE DEL CRÁNEO.

Su crecimiento se debe principalmente por desarrollo cartilaginoso, en la sincondrosis esfenoidal, interesfenoidal, esfenoccipital e intraoccipital, su crecimiento es variable según parece, la actividad en la sincondrosis interesfenoidal termina al nacer, algunas pruebas también indican que la sincondrosis intraoccipital se cierra entre los tres y cinco años de edad. La sincondrosis occipital es la que contribuye al crecimiento del cráneo. Todas las porciones de la base del cráneo se desarrollan en el condocráneo excepto la del hueso frontal.

Las investigaciones hechas recientemente indican - - que el crecimiento o la falta de éste, en la sincondrosis esfenoesfenoidal puede tener consecuencias importantes en la rehabilitación del paladar hendido.

- - - - -

C A P I T U L O I I

ETIOLOGIA DE LA DENTICION.

- A).- DESARROLLO PRENATAL DE LOS DIENTES.
- B).- DENTICION AL NACER.
- C).- DESARROLLO POSTNATAL DE LOS DIENTES.
- D).- CARACTERISTICA DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- E).- DENTICION PERMANENTE.
- F).- PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES.
- G).- DENTICION MIXTA. (CLASIFICACION DE ANGLE).

- - - - -

Las maloclusiones se han descubierto por medio de los estudios realizados desde hace mucho tiempo, actualmente comprobamos que las maloclusiones son provocadas por diferentes causas, que gracias y con la ayuda de los diferentes métodos se han podido clasificar en dos grandes grupos:

a).- Grupo local.

b).- Grupo general.

Dentro del grupo local se encuentran los factores que obran directamente sobre la dentición como son: Anomalías en el número, tamaño, forma, pérdida prematura, retención prolongada, erupción normal de los dientes, etc.

Y dentro de los factores generales quedan comprendidos los hábitos bucales, los cuales se clasifican en útiles y dañinos.

Pero antes de pasar a considerar los problemas y medidas preventivas y curativas de los malos hábitos bucales, debemos primeramente como señalamos en el capítulo anterior, conocer la formación, desarrollo, erupción y posición normal de los dientes dentro de la cavidad oral, lo cual nos servirá para la mejor comprensión de las alteraciones producidas por los malos hábitos bucales.

DESARROLLO PRENATAL DE LOS DIENTES.

Schour y Massler dividieron la evolución natural -- de los dientes en cuatro etapas principales:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| | Iniciación. |
| | Proliferación. |
| a).- CRECIMIENTO: | Histodiferenciación. |
| | Aposición. |
| b).- CLASIFICACION. | |
| c).- ERUPCION. | |
| d).- ATRICCION. | |

Para la formación del gérmen dentario contribuyen -- tanto el ectodermo como el mesodermo. El órgano del -- esmalte provienen de la capa ectodérmica oral. La den-- tina, el cemento, la membrana periodóntica y la pulpa, -- se originan en el mesodermo.

En las primeras etapas se pueden distinguir las --- siguientes fases:

- a).- Lámina dentaria y formación de la yema.
- b).- Fase en casquete.

c).- Fase en campana.

d).- Formación de la raíz o fase de vaina de la raíz epitelial de Hertwing.

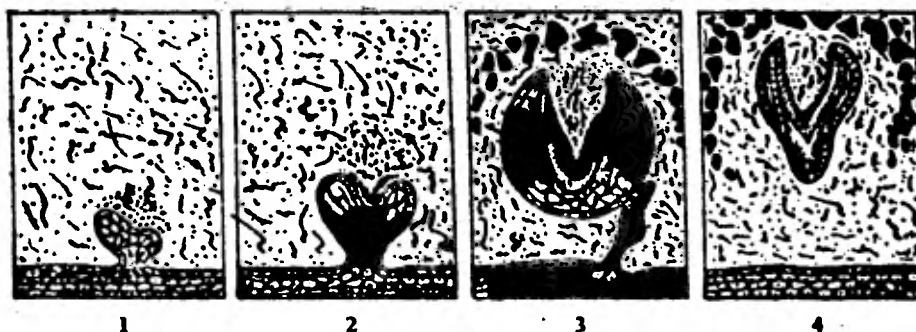
LAS CUATRO ETAPAS DE DESARROLLO INICIAL DE LOS DIENTES:

1.- INICIACION O FASE DE YEMA.

2.- PROLIFERACION O FASE EN CASQUETE.

3.- HISTODIFERENCIACION O FASE EN CAMPANA.

4.- APOSICION O FASE DE CALCIFICACION.



De cada lámina surgen una serie de diez prominencias o proliferaciones, que son los anclajes o yemas de-

los futuros dientes temporales, que tienen un desarrollo bastante rápido, mediante este desarrollo que es diferencial, estas protuberancias forman una especie de gorro - en su cara opuesta al epitelio oral.

Las células de dicho gorro presentan una diferenciación hística. Las células formadoras de esmalte, -- son los ameloblastomas, que constituyen un recubrimiento en la parte interna de la campana o fase siguiente, adaptando una forma que posteriormente corresponderá a la corona del diente.

Bajo los ameloblastomas van aparecer los odontoblastos, y la línea de unión entre el epitelio y los odontoblastos señalará el futuro límite entre la dentina y el esmalte. Con la excepción del primer molar permanente, cada campanula engendra otra análoga para el diente de sustitución que será el permanente.

La parte más envaginada del órgano del esmalte encierra la mayor parte de la pulpa dentaria. La dentina se origina de la capa más externa de los odontoblastos.

En la fase avanzada de la campana, la conexión entre la lámina dentaria y el órgano del esmalte comienza a desaparecer.

DESARROLLO PRENATAL DE LOS DIENTES.

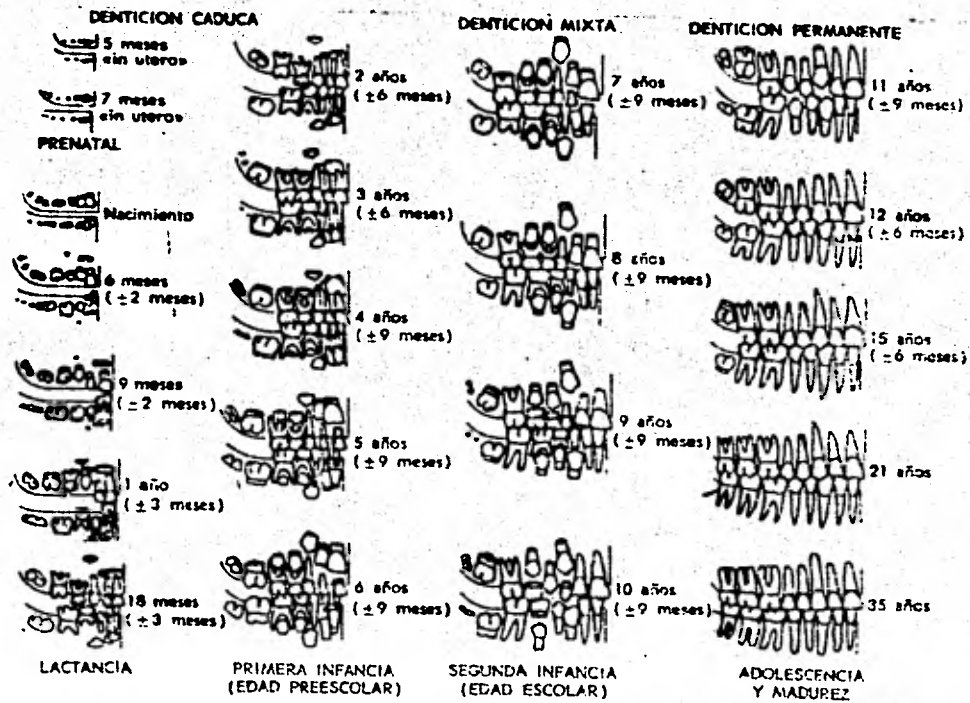
Las raíces dentarias se empiezan a formar después de la constitución del esmalte y la dentina, alcanzando la posterior unión entre el cemento y el esmalte.

La vaina de Hertwing vendrá a determinar la forma de la raíz dentaria. Dicha vaina empieza a desaparecer en cuanto los odontoblastos empiezan a depositar dentina a lo largo del límite exterior de la misma. Toda esta complejidad se desarrolla a pasos agigantados entre la sexta y la décima cuarta semana de vida intrauterina y aquí --- es donde empieza la calcificación hasta el sexto mes.

La primera zona donde empieza la calcificación es en el primer incisivo central temporal del maxilar inferior.

DENTICION AL NACER.

La dentición empieza a hacer erupción antes de nacer. Cuando el feto está en condiciones de ser dado a luz, en este tiempo las coronas de los dientes temporales se encuentran completamente formadas y se inicia el desarrollo de sus raíces. En el sentido lingual de éstos se encuentran situados ya los gérmenes de los dientes sustitutos que vienen a ser los dientes permanentes. Los incisivos laterales presentan un grado de desarrollo parecido al de los antes mencionados. Los caninos temporales en este momento poseen aproximadamente solo un tercio de su formación de esmalte y los gérmenes permanentes de éstos se localizan por encima del nivel del suelo nasal. Y en la mandíbula están situados debajo de su predecesor temporal. Los molares temporales de ambos maxilares aparecen completamente formados por sus coronas, y el revestimiento de sus cúspides es continua. Los gérmenes de los primeros premolares empiezan a constituirse. La calcificación de los segundos molares temporales no se encuentran tan avanzados, sus cúspides son más discontinuas y las raíces no han iniciado su formación, reconocemos a los segundos premolares. En ambos maxilares los primeros molares permanentes empiezan a presentar los primeros signos de su calcificación.



En este diagrama podemos mostrar la secuencia de --
 la aparición de la dentición temporal, mixta así como --
 la permanente.

DESARROLLO POSTNATAL DE LOS DIENTES.

En el momento de nacer los maxilares superiores como inferiores, son como dos estuches óseos que contienen dientes en diversas etapas de desarrollo.

Como señalamos anteriormente la calcificación de los dientes primarios o temporales, comienza entre el cuarto y sexto mes de vida intrauterina. Y son los incisivos centrales inferiores los que erupcionan primero, por estar mucho más adelantados que sus antagonistas superiores. Estos aparecen entre el sexto y séptimo mes de vida, seguidamente aparecen los incisivos laterales posteriormente el primer molar y por último el canino y segundo molar. Generalmente esta primera dentición queda completa entre los dos años y los tres. Cuando la erupción de éstos se retarda se tendrá entonces que hacer un estudio de la estructura facial.

CARACTERISTICAS DE LA DENTICION TEMPORAL.

Las variaciones que se presentan en esta dentición son invariablemente menores que en la permanente ya que éstas pueden ser corregidas por la erupción de los dientes permanentes, siempre y cuando no se alejen del patrón que se considera normal.

Una de las diferencias de la dentición temporal a la dentición permanente, es: el número de dientes, la forma, colocación y tamaño de éstos.

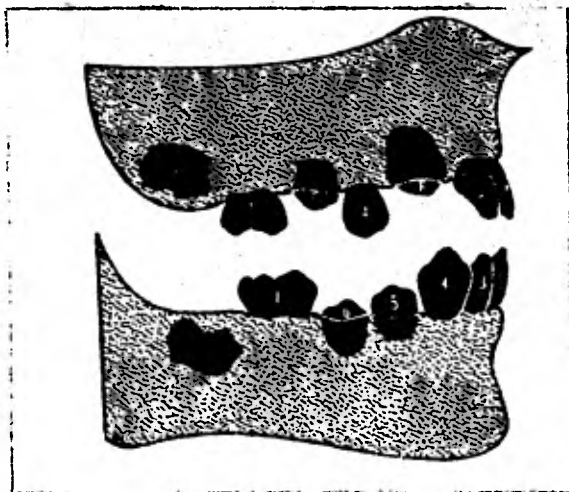
DENTICION PERMANENTE.

Una vez que la dentición temporal se encuentra --

completa, todavía veremos que existe crecimiento de parte de los maxilares tanto inferior como superior.

La relación más frecuente de los dientes temporales es el plano terminal recto, tomando en cuenta las caras distales de los segundos molares. La mandíbula tiende a aumentar de volúmen ligeramente hacia adelante con lo que la longitud del arco de la mandíbula es ligeramente mayor al maxilar superior.

Esto es de suma importancia en relación con el ordenamiento erupcional de los dientes permanentes que en condiciones normales deben seguir.



ORDEN MAS FRECUENTES DE ERUPCION DE LOS DIENTES
PERMANENTES.

Esta dentición consta de 32 piezas dentarias que van a reponer a la dentición temporal.

A excepción de los primeros molares que como volvemos a repetir no tienen predecesores en la dentición - -

Estos brotan por detrás de los molares temporales - aproximadamente a los seis años de edad. Este es el -- único diente permanente que se desarrolla directamente - de la lámina dental, y también de todos los dientes permanentes, éste es el que con más frecuencia se pierde, - por ser el más susceptible a las caries y a las afecciones pulpaes.

Es muy importante la erupción del primer molar permanente inferior y después la del superior, pues siguiendo este orden de erupción se logra la formación del escalón mesial del plano terminal, o sea que, la superficie distal del primer molar inferior queda en relación - con la superficie distal del primer molar superior, característica de la oclusión, Clase I, que Angle utilizó para distinguir el tipo de maloclusiones. Como la oclusión, Clase II, o distoclusión que viene a darnos la - erupción contraria o sea la aparición del molar superior primero, antes que el inferior.

Los dientes que siguen en erupcionar en condiciones normales son: El incisivo central y lateral que como ya dijimos su desarrollo es lingualmente a raíces de sus -- predecesores, en caso de reabsorción de las raíces de -- dientes temporales y éstos hagan erupción desviada y pro

voquen apiñamiento, se puede corregir con la extracción oportuna de los temporales y con movimientos de lengua, empujándolos labialmente considerando que existe espacio primitivo suficiente entre los incisivos temporales. -- Seguidamente aparecen el canino y premolares en el maxilar inferior y los premolares y canino en el maxilar superior.

La función que tiene el canino al hacer erupción -- antes de los premolares, es para mantener la longitud adecuada del arco anterior y evitar la inclinación de -- los incisivos, en caso de que éstos órdenes sean alterados se presentará una sobre mordida en la parte anterior del arco, ocasionando una labioversión del canino, pues se pierde el control de la longitud de arco. A diferencia del canino superior, que es el que presenta la mayor dificultad al realizar su erupción, pues la trayectoria que recorre para erupcionar es más larga. La alteración de su erupción es más frecuente, pero independientemente del recorrido que haga éste, también está influenciado -- por la erupción del segundo premolar, pues si éste erupciona fuera de su posición normal, afecta el espacio para el canino dándonos como resultado una excesiva labialización del canino.

Los premolares primeros inferiores, no tienen gran dificultad para erupcionar, en cambio los segundos, -- éstos como son los dientes que erupcionan al último de -- la zona lateral presentan frecuentemente erupción normal.

El segundo molar es el penúltimo en surgir hacia la cavidad oral y debe principiar con la erupción del segundo molar del maxilar inferior y posteriormente la del --

superior. Cuando se presentan cambios en su posición normal y se altera el orden de aparición, resultará como consecuencia una maloclusión de tipo II.

No es posible señalar una época concreta de la aparición de los terceros molares, pero Hume estima que la mediana del momento de erupción de éstos, es entre los 20 y 25 años.

Es fácil comprender que con frecuencia se producen conflictos en las zonas de los terceros molares, teniendo en cuenta la diferencia inicial de la longitud de la arcada. La tendencia de éstos molares tanto inferiores como superiores a decusarse las distintas inclinaciones de sus ejes respectivos y el momento variable de su erupción.

Los trastornos de los terceros molares no solo pueden constituir una experiencia dolorosa, sino que, con susceptibles de afectar la longitud de la dentadura y despertar una patología de la articulación temporomandibular.

PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES.

La pérdida prematura de los dientes temporales, puede ser causada por diferentes factores etiológicos, con la consecuencia de una temprana exfoliación o algunos de los dientes pueden caer por una repentina reabsorción de las raíces, sin causas aparentes, ocasionando pér-

dida de espacio y una mala oclusión de los dientes temporales, que como ya sabemos y mencionamos anteriormente, erupcionan y su exfoliación están, dentro de un límite de tiempo, como podemos ver en la figura del desarrollo, erupción y absorción de los dientes temporales.

Una marcada variación de este tipo de indicación -- de crecimiento incorrecto haciéndose un estudio cuidadoso para saber cual es la causa.

DENTICION MIXTA.

En esta etapa de la dentición es cuando más dientes se encuentran dentro de la cavidad oral.

En esta época se realiza un período difícil de conversión de la dentición temporal a la permanente. Esta etapa tarda de los seis a los doce años y ésta se encuentra muy expuesta a los factores ambientales.

En esta etapa es cuando mayores problemas se presentan en el consultorio del dentista de práctica general, por lo tanto, es necesario descubrir el tipo de maloclusiones. Angle clasificó a la maloclusión basando se solamente en los primeros molares permanentes, pues él consideró que eran los dientes que menos variabilidad tenían con respecto a los demás dientes. De hecho es sabido que no podemos seguir la clasificación en una manera estricta como base para un tratamiento, pero a pesar de las críticas que ha recibido se ha mantenido por mucho tiempo, además que presenta una basta sencillez, para su uso. Y, en 1887 Edward H. Angle, fué cuando --

presentó su clasificación de las maloclusiones de la siguiente manera:

CLASE I.- Ortógnata o neutro oclusión. O sea que cuando el arco tanto inferior como superior se encuentran en relación NORMAL. Cuando la cúspide mesio platina del primer molar superior permanente, ocluye en la foceta central del primer molar inferior permanente.

CLASE II.- Diatocclusión o retroclusión o sea que la posición de la mandíbula es posterior en relación con el maxilar superior. En esta clase existen dos divisiones, cada una es capaz de encontrarse en un sólo lado, a lo que se le puede llamar sub-divisiones.

CLASE II.- Sub-división.- I.- O sea cuando los incisivos superiores, se encuentran vestibularizados. El labio es corto y no hace contacto con el labio inferior, en su parte anterior.

CLASE II.- Sub-división.- II.- Aquí la relación de la mandíbula respecto al arco superior, con los incisivos inclinados hacia lingual. Se debe mencionar que no toda la clase II de Angle están incluidos en esta división.

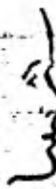

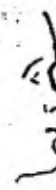

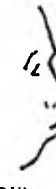
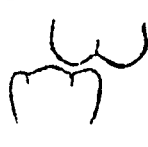

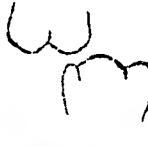
CLASE III.- La mandíbula es grande en proporción con el maxilar y por lo tanto, esta etapa está en posición - mensial o viceversa.

El arco inferior se encuentra en relación anterior-respecto al arco superior.

En la clase III, la cúspide meso-vestibular, del primer molar superior, ocluye en el espacio entre el primer y segundo molar inferior permanentes.

Los incisivos pueden ocluir borde a borde, los incisivos inferiores pueden estar por delante de los superiores, y más raramente los incisivos inferiores pueden -- ocluir con la cara lingual de los superiores en cuyo caso hay una exagerada inclinación de los incisivos.

.. CLASIFICACIÓN DE ANGLS

Tipo de oclusión	Relación mandibular	Relación molar	Otros hallazgos dentales
Normal	 PERFIL RECTO	 CLASE I	Buena oclusión
Maloclusión clase I	 PERFIL RECTO	 CLASE I	Protrusión, apinamiento u otras malposiciones de los dientes
Maloclusión clase II	 PERFIL RETROGNATICO	 CLASE II	Varían; además del problema esquelético puede haber discrepancias dentales
Maloclusión clase III	 PERFIL PROGNATICO	 CLASE III	Varían; además del problema esquelético puede haber discrepancias dentales

C A P I T U L O I I I

HABITOS BUCALES:

A).- SUCCION DE PULGAR U OTRO DEDO.

B).- PRESION DE LA LENGUA Y LABIO.

C).- MORDERSE LAS UÑAS.

D).- RESPIRADOR BUCAL.

E).- BRUXISMO.

Después de haber visto el desarrollo, crecimiento y erupción de la cara y la cavidad oral en condiciones -- normales, vamos a enfocarnos a ver las anomalías que --- nos causan los principales y más frecuentes hábitos bu-- cales.

Los hábitos bucales están clasificados en útiles y dañinos; entre los útiles encontramos la posición normal de la lengua, respiración y deglución normal, uso adecuado de los labios, etc., y entre los dañinos que son los que en particular nos interesa, tanto su nocividad como su prevención o curación.

Los hábitos más frecuentes y practicados son: Suc-- ción del pulgar u otro dedo, presión de lengua y labio, morderse las uñas y bruxismo.

El hábito puede ser definido como la forma metódi-- ca en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos -- definidos.

El instinto y el hábito indudablemente están com-- puestos por los mismos reflejos elementales. En el -- instinto, el modo y el orden son heredados. En el há-- bito ambos se adquieren durante la vida del individuo.

Los niños que chupan el dedo suelen ser considera-- dos como impresionables o niños difíciles.

Las historias clínicas muestran con frecuencia que -- los fenómenos anormales nerviosos y psíquicos son numerosos y de diversa naturaleza.

Para la mejor comprensión vamos a dividir estos casos en dos grupos:

- 1.- Tics musculares o hábitos concaminantes que acompañan al de chuparse el dedo.
- 2.- Anormalidades generales nerviosas y psicológicas por ejemplo: retorcerse el pelo, tirarse de la oreja, rascarse la piel, etc.

Invariablemente es sabido que los síntomas son más numerosos y graves cuando los hábitos han sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad.

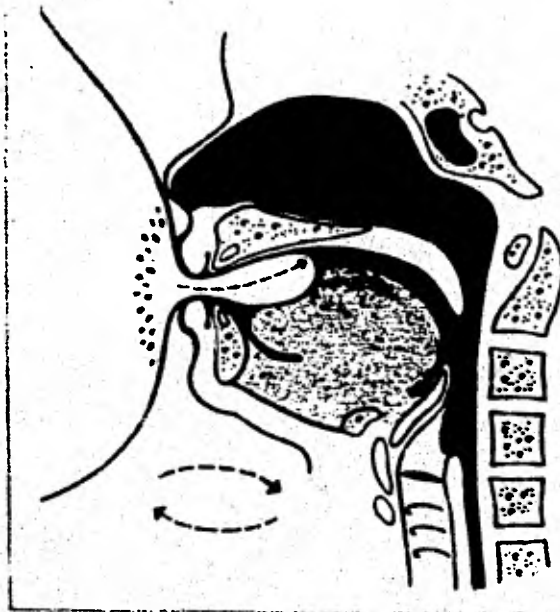
Al igual que sucede con las personas de clase pobre, los niños que se chupan el dedo necesitan siempre la -- atención del Odontólogo.

No existen métodos completamente satisfactorios para prevenir o curar éste hábito que se adquiere al nacimiento o un poco después.

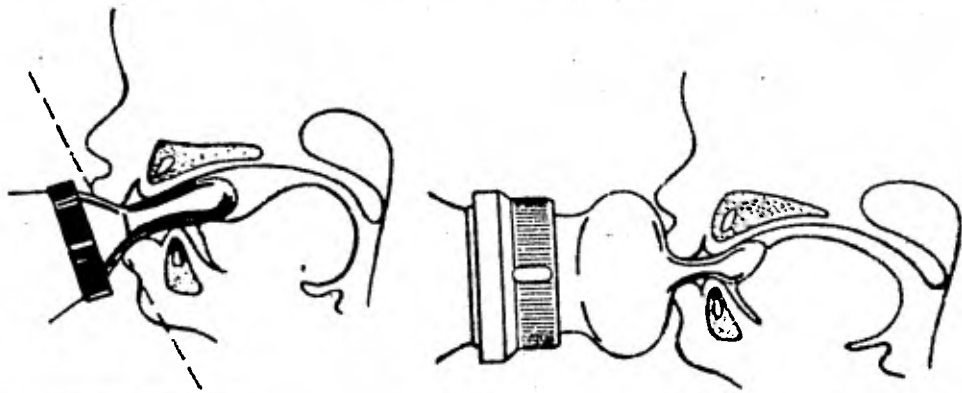
Es indudable que esta acción proporciona al niño un placer o satisfacción, hasta que este se convierte en un hábito arraigado y bajo ciertas circunstancias.

Los estudios y observaciones realizados han demostrado que la causa principal del hábito es la insuficiencia de chupar el pecho o el biberón.

Las cuestiones no aclaradas respecto a la alimentación al pecho comparada con el biberón, son aún bastantes numerosas, pero las investigaciones más recientes, han demostrado que hasta ahora se había prestado una atención demasiado escasa a la satisfacción sensorial que procura la alimentación al pecho. Preocupados solo por encontrar un método eficiente de administración de lecho, los fabricantes de tetinas han prescindido de las bases fisiológicas de la succión y deglución infantiles.



Al teter, la mandíbula del niño se mueve rítmicamente adelante y atrás, en combinación con la acción esfinteriana-naxperioral. Las encías se aproximan mutuamente, aplanando el pezón.



Con las tetinas de goma la boca debe adelantarse -- abierta y es difícil obtener una oclusión suficiente con los labios.

SUCCION DE LOS DEDOS EN LOS PRIMEROS AÑOS.

Se ha demostrado que en los primeros tres años de vida, las perturbaciones de la oclusión dentaria se limitan principalmente al segmento anterior. Este trastorno suele ser temporal, presuponiendo que inicialmente el niño tuviera una oclusión normal. Dadas las abundantes discusiones que ha planteado el problema de succión de los dedos.

Como quiera que a menudo las anomalías que consecuentan por éste hábito se parecen a la maloclusión de clase-II, subdivisión 1.

Muchas veces se acepta que el retrognatismo del maxilar inferior, el prognatismo del segmento anterior del superior, la hiperarquía horizontal excesiva, la flacidéz del labio superior, el paladar ojival y la estrechez de las arcadas dentarias son consecuencia de la succión de los dedos.

SUCCION DE LOS DEDOS DESPUES DE LOS TRES AÑOS.

La persistencia de la maloclusión aumenta notoriamente en los niños que conservan este defecto después de cumplir los tres años de edad. La persistencia de la costumbre más allá de la infancia no es la única determinante. Tienen alguna importancia al menos semejante otros dos factores: El primero, la frecuencia relativa del vicio durante el día y la noche influyendo en el resulta-

do final. El niño que solo esporádicamente se chupa -- el dedo corre menor peligro de un trastorno permanente -- que aquel otro que constantemente tiene el dedo en la -- boca.

El segundo factor, posee importancia la intensidad de la succión.

Los factores expuestos constituyen la traida que -- debe reconocerse y evaluarse antes de diagnosticar la -- intensidad del daño en los dientes y tejidos contiguos.

La duración, la frecuencia y la intensidad deben -- ser considerados por el psiquiatra, el pediatra y el dentista.

El hábito de succión no solo deforma las arcadas -- dentarias por presión, sino que también, estorba la estabilidad del hueso alveolar, porque hace que los planos -- inclinados de los dientes queden fuera de contacto funcional. Los maxilares se encuentran tan separados tanto tiempo cuando se practica este hábito que se pierde -- gran parte del estímulo funcional producido por los esfuerzos oclusales sobre el hueso del borde alveolar y -- sobre los músculos de la masticación; de manera que no -- se adquiere la estabilidad normal de estas estructuras.



Tres ejemplos de distorsión palatina en diferentes puntos donde el pulgar ejerció presión.

Las medidas para la corrección de este hábito son muchas, numeraremos algunas de las más usadas y practicadas. Entre estas encontramos los mitones, las dederas de diversas formas, guardas y barras, así como la aplicación de soluciones desagradables en los dedos.

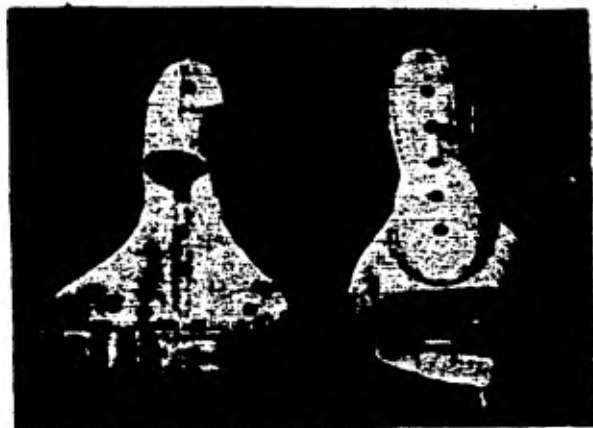


Posiciones distintas de succión del pugar y otros -
dedos. Nótese la acción de palanca ejercida al chupar los
dedos índice o medio con la palma de la mano dirigida ha--
cia arriba.

Aparatos recordatorios para los hábitos bucales.



GUARDA ANTISUCCION DEL PULGAR.

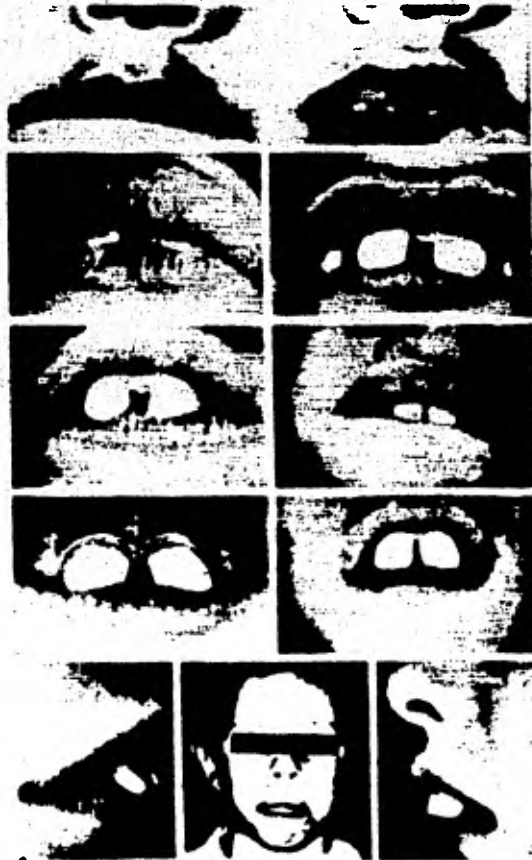


GUARDA DE CAUCHO SUAVE PARA EL PULGAR.

HABITOS DE PRESION DE LENGUA Y LABIO.

Está asociada con el hábito anterior; a medida que la maloclusión es engendrada por la perturbación inicial del cierre dentario (o sea, por la succión digital), se va desarrollándose una actividad muscular compensadora que acentúa la deformidad.

El labio inferior se sitúa por detrás de los incisivos superiores y el cierre labial se obtiene por la actividad anormal del músculo borla de la barba.



Protusiones del maxilar superior ocasionadas por la succión de los dedos y hábitos linguales anómalos.

El labio superior ya no debe formar como esfínte--

res contacto con el inferior, cual es propio de la deglución normal, se encuentra hipotónico y afuncional y tiene un aspecto acortado.

Este hábito por lo general nos ocasionará una lingualización de los incisivos inferiores labialización -- de los superiores y mordida abierta.

Este hábito tiene muchas variantes, se puede presentar como un sustituto del hábito de succión de los -- dedos.

Tanto como la función de la lengua tiene importancia su tamaño, sus efectos en la dentición se muestran notoriamente en los casos de pacientes con aglosia congenita y macroglosis.

Las amígdalas y adenoides tumefactas pueden contribuir a la posición lingual anómala, como frecuentemente se puede observar. El resultado final será una maloclusión permanente con mordida abierta.

En estos casos no se necesita de aparatología, pero es de difícil desaparición del hábito, y para esto tendrá que hacerse un estudio a fondo de la motivación -- psicológica del paciente.

COMERSE LAS UÑAS (ONICOFAGIA).

Hábito vicioso más frecuente que se viene a considerar como la transferencia de un hábito frustrado.

Se ha observado que en el tiempo que dura esta serie de movimientos de la boca y las manos, el rostro del paciente adquiere una expresión grave. Si el niño o persona que realiza este hábito se da cuenta de que es observado interrumpe súbitamente su actividad con lo que al parecer es un sentimiento de culpa.

Se ha observado también que este tipo de hábito es relativamente común entre niños de las escuelas primarias y secundarias.

Este hábito suele desaparecer durante la adolescencia, pudiendo adquirir otro más aceptable como puede ser el fumar, masticar goma, etc.

Su prevención y tratamiento: Para este tipo de hábito no debemos recurrir a las prohibiciones, reprimiendas y burlas que frecuentemente suelen hacerse y que carecen completamente de valor y en realidad es contraproducente y perjudicial:

El dentista debe procurar estudiar y descubrir los factores psicológicos que actúan sobre el paciente y procurar eliminar ante todo los factores emocionales que son la causa del hábito.

RESPIRADORES BUCALES.

Este hábito común de respiración bucal, tiene su origen en la primera infancia y es causada por alguna obstrucción de la respiración normal, tales como las vegetaciones adenoides, la hipertrofia de las amígdalas, las alergias, etc. En este caso es conveniente el diagnóstico de un especialista en enfermedades propias de las vías respiratorias y de la garganta (otorrinolaringólogo). Para confirmar los factores etiológicos como en ocasiones ha sucedido que después de la extirpación de las amígdalas y vegetaciones denoides el hábito no cesa.

Las deformaciones bucales del respirador bucal son típicas. Se ha observado clínicamente una resequedad en labios, lengua y garganta, debido a que la boca esta abierta, rara vez funcionan los labios normalmente, lo que hace que el labio superior no se desarrolle normalmente y sea tan corto que en lugar de hacer contacto con las ~~bordes~~ de los dientes incisivos del maxilar superior descansa sobre el borde del borde alveolar hasta las raíces.

También se verifica progresivamente el desplazamiento labial de las ~~bordes~~ de los incisivos, de los maxilares, debido al constante empuje de la lengua cuando el paciente intenta humedecer los labios anormalmente secos.

Generalmente el labio inferior es fofo y de aspecto desagradable.

No es extraño observar los bordes oclusales de los incisivos inferiores se encuentran en contacto con la membrana mucosa del paladar duro, en sentido lingual -- con respecto a los incisivos superiores.

Tratamiento: Una vez que el especialista ha eliminado toda obstrucción de aire en caso de que halla, el problema principal consiste en decidir si el paciente requiere un tratamiento ortodóntico, para modificar -- cualquier protrucción extrema de los dientes del maxilar que haga casi imposible que se junten los labios o prescribir ejercicios de respiración.

Existen personas con este tipo de hábito pudiendo cerrar y unir los labios. En estos casos usaremos un escudo de plástico o acrílico para la boca.

B R U X I S M O .

Bruxismo: Rechinamiento o acretamiento de los ---
dientes.

El hábito de apretar o rechinar los dientes es di--
vido por una contracción tetánica de los músculos mas---
ticadores y rechinamiento rítmico de los dientes de ---
lado a lado.

Su causa no esta completamente definida se cree ---
que puede ser por una secuela desfavorable de una mordi--
da profunda, pero también existe un componente psicoló--
gico cinestático y neuromuscular o ambiental.

Las personas nerviosas son las más propensas a des--
gastar, rechinar y fracturar los dientes con movimien---
tos del bruxismo o como dijimos anteriormente de late---
ralidad.

Generalmente encontramos que estos pacientes presen--
tan una sobremordida más profunda de lo normal por res--
tauraciones altas, prótesis mal ajustadas, etc.

El hábito se puede presentar en personas de cual- -
quier edad.

Entre los signos clínicos que ayudan a identificar--
la presencia de hábitos nocivos como este, se incluyen -
patrones de desgaste anormales de los dientes, bordes --
incisales desgastados o mellados, movilidad y a veces --
cabe observar síntomas tales como la sensación de can---
sancio de los maxilares, sensibilidad al despertar o do--
lor.

Otros indicios de hábitos viciosos pueden ser cambios radiográficos en los signos clásicos de trauma por oclusión, el más significativo es el ensanchamiento de la membrana periodontal.

Cuando el paciente tiene conciencia del problema - puede superarlo mediante una autodisciplina; sin embargo cuando el hábito no puede ser superado mediante el - esfuerzo conciente del paciente convendrá adaptarle un protector nocturno que proporciona un medio eficaz para eliminar los efectos perniciosos del hábito.

Este protector consiste en una férula acrílica removible. Esta férula esta destinada para proporcionar una cobertura palatina, lo cual hace que aumente la estabilidad y contribuye a la comodidad del paciente.

Este tipo de férulas pueden ser superiores e inferiores, dependiendo del grado de movilidad que existan en los dientes.



Paciente mayor de treinta años con hábito de - - - bruxismo protusivo y gran nivel de irritación causado por desgaste inicial protusivo.

C O N C L U S I O N E S :

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, es necesario hacer una serie de estudios (diagnóstico) para saber que tipo de tratamiento necesita el paciente -- y así obtener buenos resultados posteriormente.

Los métodos preventivos para estos tipos de hábitos son variables. Los cuales evitan las deformaciones o deformidades y el inadecuado desarrollo de los huesos, posición de los dientes y componentes que intervienen -- para lograr un buen desarrollo dentofacial normal.

El tipo de tratamiento a seguir para la corrección de estos hábitos, dependen de diferentes factores principalmente del grado, intensidad y complejidad que éstos presenten, así como la causa, edad y cooperación del paciente.

Cuando el hábito es muy arraigado, el cirujano dentista necesitará la ayuda del Psicólogo así como la del Pediatra para poder obtener un mejor diagnóstico y así poder llevar a cabo un buen tratamiento y obtener resultados satisfactorios tanto para el paciente como para -- uno.

- - - - -

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

- ALVIN L. MORRIS Y
HARRY M. BOHANNAN. "Las especialidades Odontológicas en la práctica general"; Editorial Labor, 4ta. Ed. 1980
- FINN, S. B. "Clinical Parodontics"; 3ed. -- Ed., Philadelphia, W. B., Saunders, Co.- 1960.
- FALKNER, FRANK,. "Desarrollo Humano"; Editores - Salvat.- 1969
- GUILLEN, GIL LUIS. "Mantenedores de Espacio y su - Uso para prevenir algunas Maloclusiones"; Tesis, U. N. A. M. 1974.
- HOGEBOM, FLOYDE EDDY. "Odontología Preventiva e Higiene Odontológica"; Editorial -- Hispano-Americana.- 1958.
- IRELAND, R. L. Y
KRAMER, W. S. "Paiodoncia"; "Odontología -- Clínica de Norteamérica", Serie V., Vol., 15.- Buenos Aires, Editorial Mundi.- 1963.
- MOYERS, R. E. "Tratado de Ortodoncia", 1a. -- Ed. México. Interamericana, -- 1960.
- TAPIA CAMACHO, JUAN. "Apuntes de Histología y Embriología Bucodental"; México, --- U. N. A. M. 1971.
- WALTHER, D. P. "Ortodoncia Actualizada", Buenos Aires.- Editorial Mundi.- --- 1972.

- - - - -