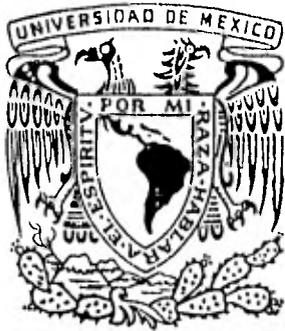


1ej 364



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

HABITOS BUCALES PERNICIOSOS MAS COMUNES EN LOS NIÑOS

REBECA RAMIREZ BUSTAMANTE

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1982



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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- - - - -

CAPITULO		PAG.
I	INTRODUCCION	1
II	EMBRIOLOGIA DE CARA - Huesos - Músculos - Lengua	4
III	EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO DE DIENTES.	26
IV	FISIOLOGIA DEL APARATO MASTICADOR	40
V	FACTORES PSICOLOGICOS EN EL DESARROLLO DEL HABITO	48
VI	HABITOS QUE PUEDEN SER CAUSA DE MALOCLUSION . . . a) Hábito de Succión b) Hábito Anormal de la deglución c) Hábito de lengua d) Hábitos anormales de la respiración e) Hábitos de labios y carrillos f) Hábitos de posición g) Interposición del frenillo h) Bruxismo i) Oniconfagia	52
VII	MALFORMACIONES CAUSADAS POR EL HABITO EN - Dientes - Huesos - Tejidos blandos	60
VIII	PREVENCION DE LOS HABITOS a) Convencimientos b) Trampas c) Castigos	76
IX	TRATAMIENTO CORRECTIVO a) Ortodóntico b) Psicológico	83
X	CONCLUSIONES	98
XI	BIBLIOGRAFIA	101

P R O T O C O L O

= = = = =

HABITOS BUCALES

Los hábitos bucales abarcan en la odontología un amplio territorio, por lo que es obligación del Cirujano Dentista hacer un reconocimiento extenso sobre el problema para así, aplicar un tratamiento preventivo e interceptivo de las alteraciones que puedan causar o causen problema en el desarrollo normal de las estructuras dentales y oseas.

El Cirujano Dentista de práctica general juega un papel importante en el descubrimiento y tratamiento precoz de las anomalías causadas por estos hábitos ya que es el encargado de informar y orientar a los padres de familia de cuan importante puede resultar que un patrón hereditario normal se vea alterado por influencias nocivas del medio ambiente que no permitan lograr un conjunto oral, estético y funcional aceptable.

Un caso común es el succionador del pulgar, el cual es un patrón hereditario, ya que se ha observado en fetos de doce a catorce semanas; de acuerdo a los estudios rea

lizados, esto se debe a la cercanía de la mano a la cavidad bucal, por lo que no debemos dejar alterar dicho patrón, ya que van a existir fuerzas digitales sostenidas entre las dos arcadas, contracción anormal de los carrillos contra las arcadas laterales de los arcos dentales - u presión digital anormal con paladar.

Lo anterior se puede corregir poco a poco, buscando la forma en que el niño entienda el mal que se ocasiona al succionarse el dedo, pues como sabemos, su desarrollo psicológico se enfoca a la información que se le proporciona y conforme al medio ambiente en que se desarrolle.

Por lo que, como lo dije anteriormente, es obligación - tanto de los padres como del Cirujano Dentista corregir este patrón.

Recientemente se han notado las malformaciones y cambios que causan los hábitos, no nadamás en cavidad oral sino en músculos adyacentes y en partes oseas ya que cualquier estímulo funcional originado en cavidad oral va a activar la lengua, labios, músculos masticadores y facia

les que al ser transmitidos a los dientes, van a causar un desajuste en la oclusión dentaria, lo anterior da a entender que un hábito es un reflejo neuromuscular, debido a ésto, debemos saber la fisiología de los hábitos para no cometer errores en el tratamiento y no afectar a los pacientes en otros aspectos (Ejem.: el psicológico)

CAPITULO II

EMBRIOLOGIA DE LA CARA

El conocimiento del desarrollo de las diversas estructuras que conforman el complejo facial permite analizar las relaciones y proporciones normales que guardan entre ellas, - tiene bases suficientes para estudiar las causas que puedan determinar una alteración anatómica y/o funcional durante el crecimiento post-natal.

En el embrión de tres semanas de edad existe una prominencia redondeada anterior que va a ser el proencéfalo o prosencéfalo, el que va a constituir la mayor parte de la cara; esta eminencia va a estar cubierta por mesodermo y ectodermo, por debajo de la prominencia redondeada se va a observar un surco profundo que va a ser la hendidura bucal primaria, denominada también estomastoidea.

En su parte caudal esta membrana bucal va a estar limitada por el primer arco branquial o mandibular, sus bordes laterales los forman las prolongaciones maxilares que tienen su origen en los extremos post-laterales del arco mandibular y van a llevar una dirección hacia arriba y ligeramente hacia adelante.

El arco mandibular va a constar de tres partes en sus primeras etapas: Va a sobresalir una eminencia de las superficies laterales y anterior de cada lado de la cabeza embrionaria; las cuales serán unidas por la cópula en la línea media, la hendidura bucal se reviste de ectodermo, el cual se dirige hacia adentro extendiéndose para encontrar así el extremo ciego craneal o seno bucal del intestino primario o faringeo ahora bien, la hendidura bucal o el intestino ectodermico van a estar separados por una doble capa de epitelio llamada membrana bucofaringea.

Anteriormente al extremo craneal de la membrana bucofaringea se situa una bolsita (Bolsa de Rathke) de donde se deriva el lóbulo anterior de la hipófisis, la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino faringeo se realiza con la ruptura de la membrana bucofaringea aproximadamente cuando el embrión tiene tres semanas. La proliferación del mesodermo que va a cubrir la parte anterior del cerebro forma, por tanto una prominencia amplia efectuándose un cambio importante en el desarrollo de la cara; la prominencia mencionada constituye la parte media superior de ésta y se conoce con el nombre de la curvatura frontal o frontonasal.

En las siguientes etapas se formarán unas deprecciones ova-

les que al transcurso del tiempo se iban haciendo cada vez -
mas profundas, son las fosas olfativas (Nasales) que dividi-
rán la parte caudal de la curvatura fronto-nasal en tres emi-
nencias, dos protuberancias nasales laterales mas pequeñas y
la protuberancia nasal media.

Las primeras protuberancias antes mencionadas van unidas a -
las prolongaciones maxilares y se separan por unos puntos de
poca profundidad que se dirigen hacia arriba y lateralmente.

Anteriormente se creía que los surcos que forman los nasoma-
xilares tenían relación con los nasologrimales pero se ha de-
mostrado que no hay tal entre ellos ya que el conducto lagri-
mal se desarrolla a partir del cordón epitelial que crece ha-
cia la profundidad haciendo un recorrido de la línea que es-
paralela y mesial respecto al surco maxomaxilar, el crecimen-
to de la protuberancia nasal media va a ser mas rápida que -
las nasales laterales.

Los ángulos inferolaterales de este proceso nasal medio pro-
minentes y redondeados, llevan el nombre de eminencias globu-
lares y entran en contacto con las prolongaciones maxilares-
de los dos lados y por consiguiente, las protuberancias nasa-
les laterales no van a intervenir en el cierre de la entrada
de la cavidad.

PALADAR PRIMITIVO: - En esta etapa van a seguir unos cambios que se deben a las protuberancias y cuando se efectúa una verdadera fusión es en la formación del paladar primitivo - junto con la mandíbula, los surcos que forman la mandíbula - se van haciendo cada vez más visibles hasta desaparecer y - esto se debe a la proliferación del mesodermo.

El paladar primitivo separa en el embrión al conducto nasal de la cavidad bucal y una parte del paladar definitivo deriva de éste. Al principio, el paladar primitivo tiene una forma de herradura y por lo tanto da nacimiento al labio superior y la parte anterior de la apófisis alveolar superior.

La formación del paladar primitivo comienza con la profundización de la fosa nasal u olfativa y en el borde inferior - del surco nasal se realiza una fusión.

En primer término tenemos que el borde lateral de la protuberancia nasal media se une con la parte adyacente de la prolongación maxilar; la protuberancia nasal media se une con el extremo de la protuberancia nasal lateral y la prolongación maxilar no se acerca a la abertura nasal externa ni a la ventana de la nariz;

Hay una fusión de epitelio que cubre la protuberancia y forma una capa epitelial que se va a extender desde el borde infe-

rion de la ventana de la nariz hasta el extremo ciego del surco nasal en la parte anterior de la cavidad bucal primitiva.

Esta pared de epitelio se ve destruida por la penetración del mesodermo adyacente que constituye o forma a las protuberancias y solo quedara la parte cercana a la cavidad bucal, ésta se afina y se une con el extremo bucal primitivo; se le dará el nombre a esta lámina epitelial de Membrana Buconasal, cuando la membrana desaparece, la bolsa nasal se abre en la cavidad bucal primitiva a través de la coana primitiva, se forma una barrera de tejido que se situa entre el conducto nasal y la cavidad bucal y el borde de estas superficies faciales y bucales es el paladar primitivo.

DESARROLLO DEL PALADAR SECUNDARIO:- En el desarrollo del paladar primitivo la nariz o cavidad nasal es un conducto corto, las coanas estan separadas por el paladar primitivo que esta en desarrollo y en este desarrollo se forma el labio superior la parte anterior de la apófisis alveolar y la parte premaxilar del paladar secundario.

Cuando las placas palatinas han tomado su posición horizontal tocan todavia el borde inferior del tabique nasal pero estan separadas por la hendidura media que se ensancha hasta atras y se va cerrando gradualmente, en dirección anteroposterior -

se puede apreciar una sutura entre ambas palatinas y el tabique nasal posteriormente, la pared epitelial es perforada por el crecimiento del mesodermo quedando ciertos restos epiteliales que pueden persistir como perlas epiteliales.

El epitelio solo persiste en el extremo anterior donde - - las placas palatinas se fusionan con el paladar primitivo en su lado bucal y lo recubre parcialmente, aquí el epitelio forma dos cadenas que comienzan en la cavidad nasal y se unen debajo del tabique para conectarse con el epitelio bucal.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LOS HUESOS

Es importante mencionar el desarrollo de los huesos, ya que éstos son los que le dan forma y sostenimiento al cuerpo humano.

El desarrollo de los huesos se lleva a cabo de dos formas:

- 1) Condrogénesis
- 2) Osteogénesis

CONDROGENESIS.- El cartílago se va a formar por células mesenquimatosas, se observará que en algunas áreas el mesenquima empieza a proliferar y toma una forma redonda (Condroblastos) y por consiguiente, forma un tejido compacto y abundante, entre cada espacio intercelular existen fibras de colágena.

Debido a las investigaciones realizadas, se descubrieron tres tipos de cartílagos que son:

- 1) Cartílago Hialino
- 2) Cartílago Fibroso
- 3) Cartílago Elástico

CARTILAGO HIALINO:- Se localiza en articulaciones sinoviales y posee substancia intercelular con fibras de colágena.

CARTILAGO FIBROSO:- Se encuentra en los discos intervertebrales y contiene fibras gruesas dentro de la sustancia fundamental.

CARTILAGO ELASTICO:- Posee fibras elásticas amarillas aborrescente y además fibras de colágena.

OSTEOGENESIS:- En su etapa inicial los osteoblastos se disponen en forma irregular pero poco a poco se van formando en hileras y segregan material colágeno el cual forma el hueso primario o provisional.

Para que exista osificación en los huesos debe liberarse la enzima fosfatasa que es producida por los osteoblastos.

Hay osteoblastos que quedan atrapados en el hueso y que forman los osteocitos o células óseas, conforme pasa el tiempo, los centros de osificación se van a la periferia.

En la vida pos-natal, los huesos membranosos y los del cráneo van a crecer por aposición de capas en la superficie externa o por resorción osteoclásica en su interior.

DESARROLLO DEL CRANEO:- Este se divide en dos:

- 1) Neurocráneo
- 2) Viscerocráneo

EL NEUROCRANEO es el que protege al encéfalo formando una cu
bierta y se divide en:

- a) La base del cráneo o condocráneo
que sufre osificación endocondral
- b) Huesos planos -éstos presentan -
osificación intramembranosa.

El cartílago paracordal o Lámina Basal se extiende desde la-
silla turca hasta los somitas occipitales, los cuales forman
cuatro esclerotomas, el Cefálico que es uno, desaparece y los
otros tres forman el cartílago no segmentado que se fusiona-
con la lámina basal.

Esto nos da a entender que la base del cráneo esta formada -
por cartílago paracordal y por cuerpos de los esclerotomas -
occipitales los cuales desaparecen quedando rastro de la es-
tructura del agujero condílio anterior.

Rostralmente se observa el cartílago hipofisiano en relación
con la lámina paracordal, estos cartílagos tienen una rápida
fusión y dan origen al cuerpo del esfenoides y del etmoides -
y también da origen a una placa media alargada de cartílago -
que se dirige desde la región nasal hasta el borde del aguje
ro occipital.

En la lámina media surgen unas condensaciones mesenquímato -

sas, la masa rostral forma el ala orbitaria que en su parte caudal forma el ala menor del esfenoides y el ala mayor de éste la forma el ala temporal o el esfenoides.

Posteriormente, estos componentes se fusionan con la lámina media pero no así en los orificios por los cuales sales del cráneo algunos pares craneales.

EL VICEROCRANEO es el que da origen al esqueleto de la cara y también se divide en dos partes:

- a) Vicerocráneo Cartilaginosos
- b) vicerocráneo Membranosos

VICEROCRANEO CARTILAGINOSO:- Existen seis barras de cartilago en cada uno de los arcos vicerales, estas barras estarán como condensaciones mesenquimatosas, las extremidades forsales de la primera y segunda barra alcanzan la superficie interna del neurocráneo en la región ótica.

Estas barras se curvan junto con la masa del arco que les corresponde a la altura de la pared de la faringe y se unen en la línea media del piso de la misma.

En la parte posterior del primer arco (mandibular) crece hacia adelante, por debajo del ojo en desarrollo hacia el área

olfatoria y forma el proceso maxilar y un ángulo agudo que se une con el segmento anterior o proceso mandibular.

Como resultado de la formación del proceso maxilar, la condensación mesenquimatosa que dará origen al cartílago del primer arco visceral se dobla también quedando la parte dorsal incluida en el proceso maxilar, una porción dorsal del maxilar se condriifica y forma una pequeña masa cartilaginosa que será la barra Pterigocuadrada en los vertebrados inferiores.

Queda una porción de la condensación mesenquimatosa del primer arco (mandibular), este se condriifica y forma el cartílago de Meckel, las extremidades posteriores del cartílago pterigocuadrado y de Meckel pueden ser continuas temporalmente, pero existe una cavidad de unión. El cartílago que aparece en esta condensación del segundo arco (cartílago de Richert) se unirá dorsalmente con los cartílagos del primer arco y se articula en la porción posteromedial del cartílago pterigocuadrado, se interpondrán entre la cápsula ótica cartilaginosa, en su parte media, el cartílago de Meckel retrocede y su vaina se torna ligamentosa y formará el ligamento anterior del martillo y ligamento esfenomandibular.

Para la formación de la apófisis estilohideo, el cartílago

del segundo arco se situa por debajo del estribo, se une con la cápsula ótica y se osifica. Este cartílago continua y dará el ligamento estilohideo que representa la Vaina del Cartílago del segundo arco entre la apófisis estiloides y el cuerno menor del hiodes.

El tercer arco se unirá con el segundo en la extremidad ventral, a través de la línea media con el cartílago de los arcos segundo y tercero del lado contrario cuando se efectua la osificación del tercer arco formará el cuerno mayor y su parte caudal del cuerpo del hiodes.

VICEROCRANEO MEMBRANOSO:- En todos los mamíferos se forman arcos de hueso membranoso que rodea a los cartílagos del primer arco branquial y el espesor de los procesos maxilares y mandibulares.

En los procesos maxilares de cada lado hay o existen cuatro osificaciones membranosas que formarán de adelante hacia atrás el premaxilar, el maxilar, malar y la porción es camosa del temporal.

Existe un aumento de tamaño en el cerebro de los mamíferos y por esto el hueso mas posterior queda incluido en la parte del neurocráneo y en su parte externa sede la cápsula ótica, se une y formará la parte petrosa del hueso temporal

El proceso maxilar en su parte interna y en su extensión téc toseptal existe osificación membranosa posterior que forma el hueso palatino y el Vomer y forma también la lámina pteri goides.

En los lados extremos del cartílago de Meckel se forman dos huesos membranosos el más anterior tiene relación con la parte lateral de la porción ventral del cartílago y forma el -- maxilar inferior.

En la parte posterior de la mandíbula en desarrollo existe un crecimiento hacia arriba y forma la porción ascendente y se relaciona con la porción escamosa del temporal, la cual forma una articulación diatrodial (sinovial) que nos da la articulación temporomaxilar en la cual se desarrolla un disco articular fibrocartilaginoso.

En la parte ascendente de la mandíbula se transforma una parte en Cartílago antes de que ocurra la osificación.

No se ha comprendido el significado de este cartílago secundario pero su existencia denota la relación de desarrollo existente entre el hueso membranoso y el cartílago.

El otro hueso membranoso del proceso mandibular se sitúa lateralmente al cartílago del primer arco y se transforma en --

el martillo. Este hueso membranoso es la placa timpática y en su desarrollo posterior se une con la porción escamosa del hueso temporal y la cápsula ótica cartilaginosa.

El hueso nasal y el lagrimal se desarrollan por osificación membranosa con bastante relación con la cápsula nasal.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LOS MUSCULOS

MUSCULOS DE CABEZA Y CUELLO

Los músculos desempeñan un papel importante en todas las partes del cuerpo humano ya que son los que le dan movimiento y protección a los huesos para que no sufran fracturas fácilmente.

Se derivan de los arcos branquiales; los primeros que aparecen en el embrión se desplazan en dirección caudal y son incorporados al cuello, por lo general, cuatro de ellos se forman en la porción occipital de la cabeza, sin embargo, en los mamíferos con la especialización de la región cefálica las metamerias han sido ocultas por formaciones locales y por funciones secundarias.

No se han podido ver las direcciones metaméricas en el mesodermo anterior a nivel de las vesículas óticas en embriones jóvenes, al principio, el mesodermo esta compuesto de células mesenquimáticas irregularmente dispersas, estas células se desplazan con rapidez y se juntan en todo el espacio que queda entre el cerebro en desarrollo y el ectodermo superficial.

lateral y ventralmente, los arcos sitúan con conglomerados-

visibles de células del mesodermo y se origina gran parte de la musculatura del cuello y de la cara, esto se debe a la de rivación de mesodermo del conjunto de los arcos branquiales, por lo tanto, se dice que dichos músculos son de origen branquimérico.

Los arcos branquiales constituyen un punto de referencia des criptivo ya que aquí existe ausencia de somitas por lo que - puede afirmarse que un nervio se distribuye en el segundo ar co branquial o que un músculo se origina en el tercero y tie nen la misma exatitud que señala el nivel somítico de origen de otras partes del cuerpo.

Por lo descrito anteriormente, se comprende que las masas - primitivas de las que surgen los músculos se encuentran, des de un principio, bien delimitadas.

Las masas mesenquimáticas primitivas darán formación a cua - tro músculos rectos y dos oblicuos del ojo, éstos están desde el primer momento, en íntima relación con la vesícula óti ca en desarrollo.

La formación de dichos músculos se efectúa *in situ* y la ubi cación en el adulto no difiere de su punto de origen, las - relaciones del cuarto par craneal con el músculo oblicuo ma yor del sexto par con el recto externo y de los filetes del

tercer par con los músculos oculares restantes pueden deter
minarse tempranamente al final del segundo mes intrauterino

Los músculos de origen branquimérico tienden a conservar la
inervación característica propia del aparato branquial en -
la Filogenia y la Ontogenia, así que los músculos derivados
de las masas mesenquimáticas primitivas del arco mandibular
están inervadas por las fibras motoras de la rama maxilar -
inferior del quinto par.

Este grupo incluye el temporal, mesetero, pterigoides y tam
bién el milohioides, vientre anterior del digástrico, el pe
riestafilino interno y músculos del martillo. El origen de
los músculos de la expresión facial es más sencillo por no
tener tejido muscular entre la piel y los huesos de la re
gión rostral del cráneo.

Los músculos que tienen su origen en el arco mandibular han
sido destinados a masticar y deglutir, los de la expresión
proviene de otras masas musculares primitivas desplazadas
hacia la región facial.

En los mamíferos, la capa profunda como la superficial de -
la musculatura del arco hioides se extiende hacia la región
facial. La capa muscular primitiva se extiende hasta la fron

te y los costados de la cabeza dando origen a los músculos frontales, auriculares, occipitales y cutáneo del cuello.

El reordenamiento y el subagrupamiento de las capas musculares primitivas profundas de la región del arco hiodes controlan los músculos de la nariz y labios.

Los músculos faciales emigran durante el desarrollo en una extensión mayor que el resto de la musculatura cefálica, - las masas premusculares del tercero y cuarto arco branquial son mas pequeños que las del segundo y primero.

El tercer arco forma el músculo estilofaríngeo y una parte del constrictor de la faringe, del cuarto y quinto arco dan formación a los cartílagos laríngeos, las masas correspondientes dan origen a los músculos de la laringe.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA LENGUA

Mientras el paladar se forma, la lengua va tomando su configuración; se dice que la lengua es como un saco relleno de músculos en crecimiento, las áreas que intervienen en la formación de la envoltura mucosa de ésta aparecen al segundo mes de desarrollo.

En embriones de cinco semanas se observan engrosamientos laterales naciendo en la cara interna del arco mandibular, estos engrosamientos contienen el mesenquima que prolifera rápidamente y también el epitelio que lo cubre y lleva el nombre de Protuberancias linguales laterales, entre ellas existe una elevación pequeña que se denomina tuberculo Impar y detras de éste existe otra elevación denominada Cópula (Tirante), porque une al segundo y tercer arco en una prominencia medioventral.

La Cópula se extiende en sentido cefalocaudal desde el tuberculo impar hasta la protuberancia primordial que señala el comienzo de la epiglotis, a los lados de la cópula hay aceleraciones de crecimiento en el tejido adyacente al segundo, tercero y cuarto arco visceral, estas áreas son relativamente distintas, en los embriones jóvenes se unen tan pronto e íntimamente, que no se puede afirmar cuales partes

de la superficie de la lengua adulta procede de cada una de ellas.

El agujero ciego de la lengua es una pequeña fosita media - del dorso de la misma, en el adulto se situa en el vértice - del surco en forma de "V" inmediatamente atrás de las papi- las calciformes.

Embriológicamente, este agujero es un resto de invaginación del piso de la faringe que dará nacimiento a la glándula tiroides, la invaginación se forma en el segmento cefalocau - dal en donde se une el primero y segundo arco visceral, cuan - do la lengua empieza a tomar forma, esta fosa se encuentra - entre el tuberculo impar y la cópula.

En la lengua adulta, el surco terminal con la fosa en su - vertice se le considera el límite entre el cuerpo y la ra - íz de la misma.

Utilizando como punto de referencia el agujero ciego se pue - de considerar que la mucosa que recubre el cuerpo de la lengua se origina en el tejido del primer arco, esto explica - su inervación sensorial por la rama mandibular del quinto - par y por cuerda del tímpano, rama del séptimo par craneal; tomando otra vez como referencia el agujero ciego se dice -

que la lengua esta revestida por el endodermo que anteriormente cubria las areas medioventrales del segundo y tercero y en menor grado el cuarto arco visceral, el noveno par craneal - - (Glossofaringeo) es el principal nervio sensorial de la lengua y es, por la posición de ésta parte del revestimiento lingual y las relaciones primarias del noveno par con los arcos viscerales implicados y por lo tanto, es también natural la inervación de una pequeña zona de la parte posterior de la lengua - por el décimo (vago), porque esta pequeña región cercana a la epiglotis se origina del tejido del cuarto arco.

Filogeneticamente se sabe que los músculos de la lengua derivan de las masas mesodérmicas bilaterales originadas en los segmentos caudales con respecto al punto primitivo del revestimiento de la lengua, no se puede afirmar que los músculos se originan en los miótomas occipitales, pero se ha observado en embriones de cinco semanas, tejido premuscular en el piso de la faringe, opuestas al origen del duodécimo par - - (hipogloso.)

A medida que las masas musculares presionan hacia adelante - por debajo de la mucosa de la lengua, el nervio se desplaza con ellas y por lo tanto, en el adulto se observa claramente la trayectoria general seguida por los músculos linguales en su migración hacia adelante durante su desarrollo.

La lengua no sangra demasiado y es porque las masas musculares y los vasos sanguíneos asociados a las mismas han quedado apartados de la línea media y ahora se encuentra a los -
lados.

EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO DEL DIENTE

Los dientes son órganos con una función importante y distinta, son los que dan forma a la boca (estéticamente) contribuyendo también a la función de la fonación.

LAMINA DENTARIA

En el segundo mes de vida intrauterina se empieza a formar el diente, en el séptimo, los maxilares superior e inferior sufren un engrosamiento definitivo; este engrosamiento es una franja de células epiteliales que en la octava semana presiona al mesenquima subyacente a lo largo de todo el arco mandibular, lo que va a formar la lámina dentaria, esta lámina coincide en crecimiento con un epitelio que crece hacia adentro próximo a la parte externa de cada mandíbula, existe una invaginación de células que llevan el nombre de Lámina Labiogingival.

ORGANO DEL ESMALTE

Los esbozos de los dientes primarios se presentan en la lámina dentaria pero las células que dan origen al esmalte de los dientes se forman en una época increíblemente temprana, los procesos histogenéticos que intervienen en la formación de los dientes temporales son los mismos para los permanen-

tes; en los cortes histológicos de embriones de once semanas el órgano del esmalte se observa como una copa invertida apareciendo la lámina dental seccionada, semejante a un pie deformado.

Las células epiteliales que revisten la parte externa de la copa se convierten en cilíndricas, esto se debe a que forman el recubrimiento que crea la capa del esmalte del diente y recibe el nombre de ameloblastos (Formadores de Esmalte). La capa externa del órgano del esmalte contiene células que están íntimamente agrupadas y su forma es poliédrica, pero conforme van creciendo se van aplanando y son las que forman el epitelio externo del órgano del esmalte.

Entre el epitelio externo y la capa ameloblastica hay un recubrimiento de células que se agrupan laxamente, por su apariencia característica se les llama reticulo estrellado o pulpa del esmalte.

PAPILA DENTARIA

En la capa que se encuentra el órgano del esmalte hay una masa de células mesenquimáticas que forman la papila dentaria, la que a su vez forma el esbozo de lo que será la pulpa dentaria.

Las células de la papila proligeran rápido y forman un conglomerado muy denso, cuando se desarrolla un poco más, el órgano del esmalte presenta la forma característica de la corona del diente a la que da origen. En ese tiempo, las células externas de la papila dentaria se vuelven cilíndricas y lo mismo sucede con los ameloblastos que ahora toman el nombre de odontoblastos (formadores de dentina) porque son los que van a entrar en actividad secretando dentina. En la parte central de la papila dentaria aparecen los vasos y nervios de esta forma, que su aspecto histológico constituye ya un anticipo del diente adulto.

Mientras esto sucede, la papila dentaria al crecer hacia la encía ha empezado a ocupar el retículo estrellado del órgano del esmalte en la región de la futura corona del diente, por consecuencia, los ameloblastos se acercan más a los pequeños vasos sanguíneos que ocupan el mesenquima circundante. Esta aproximación de los ameloblastos a los vasos aparentemente revisten importancia, puesto que es precisamente aquí, en la extremidad de la corona, donde los ameloblastos empiezan por primera vez a secretar esmalte.

FORMACION DE LA DENTINA

Cuando completa el desarrollo preparatorio de la formación del diente, está por así decirlo, capacitado para iniciar la

fabricación de la dentina del esmalte.

La dentina y esmalte son composiciones orgánicas en las que se depositan compuestos inorgánicos, las composiciones orgánicas forman cordones entrelazados de la matriz, los que dan el tejido de resistencia de tensión y elasticidad, los componentes calcáricos depositados en la armazón orgánica le dan dureza y forma.

Su constitución de hueso, esmalte y dentina es similar porque tienen en su matriz componentes orgánicos e inorgánicos, pero difieren completamente de sus características químicas e histológicas. Histológicamente se diferencian porque la matriz del hueso contiene células dispersas y dispuestas como lagunas, la dentina presenta sus elementos celulares adosados entre sí y envía largas prolongaciones hacia tubulos de la matriz. El esmalte es una estructura primática y las células que lo formaron se destruyen en la erupción del diente.

La primera dentina se deposita en la superficie interna del órgano del esmalte, extrayendo los odontoblastos, sus materias primas de los pequeños vasos sanguíneos de la pulpa y secretando su producto terminado hacia el órgano del esmalte.

Conforme los odontoblastos continúan segregando la matriz de-

la dentina, la acumulación de su producto empieza hacia atrás apartandola del material previamente depositado.

Al parecer, las franjas de su citoplasma quedan encerradas en el material depositado primeramente y luego son empujadas hacia afura para formar las características prolongaciones conocidas con el nombre de fibras dentarias, estas fibras se alargan progresivamente y se cree que intervienen para mantener en buenas condiciones la porción orgánica de la matriz de la dentina.

Cuando a un diente se le extirpa la pulpa junto con odontoblastos, éste va a sufrir cambios como fragilidad y color (se tornan más oscuros), Esto se debe a que su matriz orgánica ya no esta nutrida por odontoblastos, también se piensa que las prolongaciones citoplasmáticas actuan como intermediarios para la transmisión de los impulsos dolorosos a las fibras nerviosas que terminan rodeando las de los odontoblastos.

FORMACION DEL ESMALTE

El esmalte es formado por los ameloblastos, las células de la capa de los ameloblastos son cilíndricas y su núcleo se encuentra en el polo de las mismas, orientado hacia la fuente de su abastecimiento que son los pequeños vasos del mesenquima adyacente. El material orgánico depositado en la matriz es menor que el depositado en el hueso y dentina por lo tanto, es difícil establecer su caracter y disposición pero en cortes des -

calcificados se observan fibras delgadas que se proyectan desde las extremidades de los ameloblastos hasta la zona del esmalte recién formado.

No se puede establecer un significado de las fibras de Thomes porque donde los ameloblastos han depositado compuestos de calcio, este aumenta su afinidad de la parte orgánica de la matriz para los colorantes, que no es posible distinguir diminutos detalles estructurales debido a la misma intensidad de la coloración resultante, cada ameloblasto constituye debajo de él una carilla pequeña o prisma de material calcáreo.

Estos prismas se colocan con su eje largo formando ángulos rectos con la línea de unión de la dentina con el esmalte, por lo tanto, forma una cubierta muy dura sobre la corona del diente. Como los ameloblastos trabajan a ritmos diferentes, la superficie del esmalte es irregular por el grado distinto que se ha calcificado los elementos prismáticos.

La formación de la dentina y esmalte empiezan en la extremidad de la corona y progresa hacia la raíz, la corona del diente esta bien formada pero no así la raíz, cuando aumenta en longitud la raíz es un factor importante para la erupción porque conforme crece la raíz la corona se va acercando hacia la superficie de la encía y cuando la corona del diente empieza-

a interrumpir, la raíz esta aún incompleta y no alcanza toda su longitud hasta que la corona ha emergido por completo.

Las líneas de contorno o líneas de crecimiento son el resultado de la dentina y esmalte que intervienen en la calcificación y se les debe dar ese nombre.

FORMACION DEL CEMENTO

El cemento es una incrustación ósea de la raíz, no existe formación de cemento hasta que el diente se ha desarrollado casi totalmente, su posición definitiva en la mandíbula. Entre el germen dentario y el hueso de la mandíbula en desarrollo se produce una condensación definida de mesenquima, aparece primero en la base de la papila, se extiende hacia la corona y rodea al diente por completo, a este mesenquima, se le da el nombre de Saco dentario.

Cuando ocurre la erupción, la porción del saco dentario es destruida pero la más profunda persiste y se le puede diferenciar por una capa de tejido conjuntivo que se encuentra alrededor de la dentina de la raíz en crecimiento. Esta capa, por ser de origen mesenquimático y por la forma guarda una gran semejanza al periostio que rodea al hueso en desarrollo, es una capa de tejido periostial con sus células osteogénicas cercanas a la raíz del diente y su capa fibrosa se une a la hoja periosteal que reviste al alveolo.

Estas dos capas periostiales que quedan espalda con espalda en el espacio delimitado por el diente y el hueso de la mandíbula constituyen juntos las membranas peridentarias, debido a que las células de la membrana peridentaria adyacente al diente forma cemento, constituyen la capa cementoblástica, cuando el diente ha adoptado su posición final en la mandíbula, las células de esta capa comienzan a depositar cemento alrededor de la dentina de la raíz.

Histologicamente y químicamente se sabe que el cemento es muy similar al hueso subperióstico, al principio, la capa es muy delgada y a medida que el diente madura la capa va en grosando.

FIJACION DEL DIENTE A LA MANDIBULA

Se da mediante fibras de tejido conjuntivo que se encuentra entre la raíz y el alveolo óseo, a medida que el periostio alveolar agrega nuevas láminas de hueso a la mandíbula; por otro lado, los cementoblastos agregan cemento en la raíz del diente, los extremos de los haces fibrosos del periostio alveolar son aprisionados por estas nuevas láminas, por lo que el diente queda sujeto por fibras que estan lateralmente calcificadas y el cemento del diente por un extremo y el hueso de la mandíbula por el otro.

REEMPLAZO DE DIENTES TEMPORALES POR LOS PERMANENTES

El esmalte del diente permanente se desarrolla de la lámina dentaria cercana del punto de origen al diente de leche o temporal correspondiente con la desaparición de la lámina dentaria, el germen del diente permanente queda alojado en una depresión del alveolo en el lado lingual del diente de leche o temporal en desarrollo, cuando la mandíbula empieza a tomar el tamaño adulto los esbozos de los dientes permanentes empiezan a experimentar cambios, la raíz del temporal es absorbida casi totalmente y la corona queda suelta, al caerse, abre camino para la erupción del diente permanente.

Debemos hacer una observación y recordar que los dientes -- que tienen varias cúspides y raíces, el órgano del esmalte toma su forma correspondiente y que la raíz de un diente progresa siguiendo las mismas líneas del temporal que tiene -- una sola raíz y una sola cúspide.

TIEMPOS DE CALCIFICACION Y ERUPCION DE LOS DIENTES.

Cada diente, ya sea en la erupción permanente o temporal, -- tiene sus tiempos de erupción diferentes.

En la siguiente tabla se dan las edades casi exactas de la erupción de los mismos.

P R I M A R I O S

Incisivos centrales	6 a 8 meses
Incisivos laterales	7 a 10 meses
Caninos	14 a 18 meses
Primeros molares	12 a 14 meses
Segundos molares	20 a 24 meses

P E R M A N E N T E S

Incisivos Centrales	6 a 7 años
Incisivos Laterales	8 a 9 años
Caninos	12 a 13 años
Primeros Premolares	- 10 años
Segundos Premolares	- 11 años
Primeros Molares	6 a 7 años
Segundos Molares	12 a 13 años
Terceros Molares	17 a 25 años

En estos últimos puede existir una variante considerable ya que pueden erupcionar en la edad antes descrita o más tarde.

ETAPAS DE CRECIMIENTO

ETAPAS MORFOLÓGICAS	PROCESOS FISIOLÓGICOS
Lámina Dental, listón o <u>Cres</u> ta dentaria	Iniciación
Etapa de la yema Dentaria	
Fase de Casquete (Inicial)	Proliferación
Fase de Casquete (Adelantada)	
Etapa de Campana Inicial	Histodiferenciación
Etapa de Campana Adelantada	Morfodiferenciación
Formación del Esmalte y de - la matriz de la dentina	Aposición

ETAPA DE INICIACION

Esta etapa se lleva a cabo por diferentes factores químicos - que todavía no se tiene un conocimiento exacto, pero ya sabemos que la cresta dentaria y la yema son las que poseen potencial para la formación del diente, además existen diferentes células con determinada función para que se pueda completar - el desarrollo del diente.

Esta etapa es muy importante en el crecimiento del diente, ya que si no existiera, habría falta total del mismo (Anodoncia) y es más frecuente en los incisivos laterales superiores permanentes, en los terceros molares o segundos premolares inferiores. También, si existiera una alteración en esta etapa da por resultado un desarrollo anormal como son: dientes supernumerarios.

PROLIFERACION

En esta etapa existe una actividad intensa de proliferación - en los puntos de iniciación y da por resultado la fase de casquete y la etapa de campana del órgano odontogénico, este crecimiento de proliferación es inducido por la división celular y se caracteriza por los cambios que sufre en tamaño y proporción de los germen dentarios, este germen tiene la potencialidad para progresar en un desarrollo más avanzado, lo que se confirma por los experimentos que se han realizado en cultivos

el cual sigue desarrollandose en crecimiento y también en histodiferenciación.

Cuando existe una turbación, según sea el momento de proliferación o iniciación, van a existir aberraciones diferentes, - las que pueden clasificarse de acuerdo a la etapa en que lasufrieron los dientes, por ejemplo: en esta etapa de proliferación, si existe alguna perturbación, puede llegar a desarrollarse cuspidos o raices supernumerarias o viceversa, o también la pérdida completa del diente.

HISTODIFERENCIACION

Las células formadas en las etapas anteriores sufren cambios - tanto químicos como histológicos y por lo tanto adquieren su función (Crecimiento) por aposisición, esta función llega a un máximo de desarrollo en la etapa de campana, en la que existe una influencia de células epiteliales sobre el mesenquima, se ha demostrado que la diferenciación de la capa interna del órgano del esmalte ameloblastos es un paso preliminar esencial - para la diferenciación de las células adyacentes de la papila dental en odontoblastos. Al formarse la dentina, los ameloblastos se estimulan para tener una función de aposisición y la matriz del esmalte se forma frente a frente de la dentina. La dentina es esencial para la formación de esmalte, cuando la diferenciación no se produce hay un desenfrenado crecimiento -

y proliferación de células, que nos forman un tumor y por el crecimiento excesivo y la desorganización de sus células puede ser maligno

MORFODIFERENCIACION

Es el período avanzado de la etapa de campana la cual señala una histodiferenciación activa y también una etapa importante en la morfodiferenciación de la corona, delineando la futura unión de la dentina, esmalte y el límite amelodentinario.

Los límites amelodentinarios y cementodentinarios que son diferentes y característicos para cada tipo de diente, hacen el papel de trazado de un plano.

En esta zona los ameloblastos y los cementoblastos depositan esmalte, matriz de dentina y cemento respectivamente y dan así al diente completo su forma y tamaño definitivo.

APOSICION

Este crecimiento se caracteriza por el depósito regular y rítmico de material extracelular en período de actividad y de descanso alternados a intervalos definidos y el material depositado es por sí mismo, incapaz de crecimiento posterior

La matriz elaborada a lo largo del sitio delineado por las -

células formativas al final de la etapa de morfodiferenciación (los futuros límites amelodentinarios y cementodentinarios) de acuerdo con cada tipo de actividad celular, pero común a todos los tipos y formas de diente.

El potencial de crecimiento adquirido por las células formativas durante la etapa de histodiferenciación, se expresa - por lo tanto, de acuerdo con leyes de crecimiento definidos y universales; estas leyes, en su mayor parte han sido claras en los estudios sobre el crecimiento de otros diversos organos y organismos.

CAPITULO IV

FISIOLOGIA DEL APARATO MASTICADOR

FISIOLOGIA

Es la parte de las Ciencias biológicas que estudia las funciones de los organismos vivientes, tanto en estado de salud como en enfermedad

Cuando se hace un estudio fisiológico a un ser vivo no se puede estudiar a los órganos por separado, siempre deben ir unidos por lo que es un estudio anatómico funcional del órgano por estudiar.

SENTIDO DEL GUSTO

Es un sentido químico, por lo tanto, sus receptores son quimiosensibles y van a existir tres tipos de sensibilidad que son:

- a) Quimiosensibilidad general
- b) Quimiosensibilidad inconsciente
- c) Quimiosensibilidad sensorial

Esta última es la que nos da la sensibilidad del sabor y dolor y depende de receptores especializados por unos cuerpos llamados sápidos u olorosos, en algunas ocasiones van a existir uniones entre la gustación y la olfacción, pero son dos sentidos independientes, ya que hay sustancias olorosas que no

tienen sabor y viceversa.

El sentido del gusto es el que nos manifiesta los sabores, - hay cuerpos sápidos e insápidos, por lo general, los alimen- - tos son sápidos. El origen del gusto se encuentra en las - - vías digestivas y su sensibilidad esta relacionada con la - - función del alimento.

Los alimentos son los que juzgan su rechazo o su admisión y ponen en marcha la presión, la masticación, la deglución y - la secreción salival y gástrica.

Hay cuatro sabores que pueden caracterizarse:

- | | |
|-----------|-----------|
| a) Acido | b) Dulce |
| c) Salado | e) Amargo |

Pero también existen otros sabores que son: Suaves, pican- - tes, agrios, astringentes, metálicos; estos proceden de los- cuatro sabores fundamentales.

La sensibilidad gustativa se encuentra principalmente en la- punta de la lengua, en sus bordes y en su base. Existe tam - bién un campo accesorio en la cara anterior del velo del pa- ladar y en la cara interna de las mejillas y pilares de la - faringe, estas regiones se van a distinguir perfectamente en-

el embrión y en los jóvenes, en los adultos, regresa con diferencias individuales. No todas las regiones gustativas anteriormente dichas van a percibir los sabores al mismo tiempo, por ejemplo: la base de la lengua va a percibir con claridad lo amargo y la punta percibe el ácido, salado y dulce; estas regiones también reciben impresiones como el calor y dolor, son muy sensibles a éstos; por lo que se complica el análisis de las funciones sensoriales propiamente dichas.

MUCOSA LINGUAL

Contiene pequeñas elevaciones de volumen y número variable - anatómicamente denominadas papilas.

Existen en diferentes tipos en toda la lengua.

PAPILAS FILIFORMES

Forman el tercio medio de la lengua, su aspecto es vellosos - (Estas no van a percibir ningún sabor).

PAPILAS FOLIACEAS

Se encuentran en los bordes posteriores de la lengua.

PAPILAS FUNGIFORMES

Se sitúan por delante de la V lingual existiendo más en la punta y los dos tercios anteriores de la misma.

PAPILAS CALCIFORMES

Conectan las dos líneas de la "V" lingual.

El órgano gustativo es un botón que contiene células que están unidas en grupos pequeños dentro del epitelio que recubre las partes laterales de las papilas. Los elementos que contienen son células fúngiformes provistas de un bastoncillo periférico, entre ellas se enlazan células de sosten. El botón externo contiene un canal gustativo que se abre al exterior y en él van a estar alojados ramilletes de bastoncillos, los cuales, al humedecerse con la saliva van a disolver las sustancias sápidas.

Las células gustativas son secundarias en el sentido de que proceden a la organización nerviosa, entran en contacto con arborizaciones centrípetas de la cuerda del tímpano que inerva los dos tercios anteriores de la lengua, el nervio glosiofaríngeo que inerva el tercio posterior y la "V" lingual, cada ramificación inerva un racimo de receptores.

ESTIMULACION DE RECEPTORES GUSTATIVOS

Esto se lleva a cabo por cuerpos sápidos diluidos en agua y en contacto directo con los botones gustativos.

ESTIMULACION DE LOS MUSCULOS BUCALES

Se lleva a cabo con ramificaciones nerviosas, una fibra ner-

viosa se ramifica al terminar y se forma una estructura llamada placa terminal, la cual se invagina en la fibra muscular y en los extremos de esta placa existen pies terminales.

Existe una invaginación en la membrana de la fibra muscular que lleva el nombre de canal sináptico y el espacio que hay entre el pie y la membrana se denomina hendidura sináptica, esta hendidura contiene una sustancia fundamental en la cual se derrama líquido extracelular. En el fondo del canal hay un número considerable de pliegues de la membrana muscular, los cuales aumentan en la superficie sobre la cual actúa el trasmisor sináptico.

En un pie terminal existen muchas mitocondrias las que sintetizan la acetilcolina, ésta es la trasmisora o excitadora de la fibra, la acetilcolina se encuentra en los pies de la fibra en forma de vesículas.

Cuando llega un impulso neuromuscular, las vesículas liberan acetilcolina. Se ha dicho que un impulso nervioso hace que los iones de calcio se muevan desde el líquido extracelular hacia la membrana de los pies terminales y éstos, a su vez, causan la ruptura de las vesículas de acetilcolina a través de la membrana.

En ausencia de calcio o en presencia de un exceso de magne-

sio se deprime intensamente la liberación de acetilcolina.

La destrucción de acetilcolina se lleva a cabo por la colinestrasa, la cual actúa cuando la acetilcolina es liberada por los pies terminales saliendo de la hendidura sináptica y ya no actúa sobre la fibra muscular.

La colinestrasa que esta alrededor de los bordes de los canales empieza a destruir a la acetilcolina en milésimas de segundo. Y así también pasan unas milésimas de segundo para poder excitar a la fibra muscular otra vez.

La contracción del músculo esquelético en el cuerpo humano se lleva a cabo por el número de neuronas que salen de la médula espinal y el número depende del músculo por inervar. Cuando es inervado por una sola fibra nerviosa se le da el nombre de unidad motora, los músculos que se contraen rápido o reaccionan inmediatamente, tienen pocas fibras musculares y los que tardan en reaccionar tienen de 300 a 800 fibras musculares -- por unidad motor.

En el cuerpo humano, por lo general son 180 fibras musculares por unidad motor, hay fibras musculares de unidad motora que se entrelazan entre otra fibra y esto es lo que permite que las unidades motoras separadas se contraigan y se ayuden unas a las otras.

Hay sumación en el músculo que es lo mismo que la contracción de éste para que existan movimientos musculares fuertes y con entrados. Esta sumación ocurre de dos formas que son:

- Aumentando el número de unidades motoras que se con traen simultáneamente.

- Aumentando la rapidez de contracción de cada unidad

SUMACION DE UNIDADES MOTORAS MULTIPLES

Es cuando el número de unidades motoras pasan de 8, cuando un número de unidades motoras se estimulan simultáneamente la uerza de contracción se hace mayor.

Dentro de una fibra muscular hay variación de unidades moto ras y por esta razón hay unidades motoras mas potentes. Las unidades motoras menores se excitan mas facilmente que las ma ores, porque estan inervadas de fibras mas delgadas que salen de la médula espinal y el impulso llega mas rápido.

LA TETANIZACION DE UN MUSCULO

Se realiza cuando éste es estimulado sucesivamente hasta que llega el momento que las contracciones se fusionan y ya no se puede distinguir una de otra, esta tetanzación se lleva a ca so por las viscosidades propias del músculo y también por el proceso contráctil, las fibras musculares contienen sarcoplas

ma, es un líquido viscoso, estas fibras se encuentran incluídas en la aponeurosis y vainas musculares que oponen una resistencia viscosa al cambio de longitud, por lo tanto, estos factores viscosos intervienen causando las contracciones sucesivas que se funden una con otra, además el proceso contráctil del músculo por la viscosidad dura cierto tiempo y puede producir estados pulsátiles de activación sucesiva del mismo tan rápidamente, que el proceso contráctil se funde en un estado continuo y duradero de activación, o sea, que los iones de calcio persisten en las miofibrillas y proporcionan un estímulo ininterrumpido para conservar la contracción.

CAPITULO V

FACTORES PSICOLOGICOS EN EL DESARROLLO DEL HABITO

Existen diferentes factores por los cuales se desarrolla un hábito, pero todo se desencadena por medio del aprendizaje que es un tanto extenso en psicología y abarca diferentes etapas, pero la mas importante es desde que nace el niño y toda su niñez porque es ahí donde empezará a distinguir lo bueno y lo malo y que reglas le va a imponer la sociedad en la cual se desenvuelve, a continuación mencionare las mas importantes por las cuales se puede desencadenar un trauma, complejo o hábito.

El aprendizaje empieza desde que nace el niño o antes, éste es simple y progresa desde el instante de su nacimiento. Durante él, el niño se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio. Por lo tanto, un niño que esta habituado al succionamiento del pecho de la madre a cada instante que lllore tendrá problemas porque viene la dependencia del succionamiento y cuando la madre quiere que deje de succionar porque ya esta grande o porque esta embarazada empieza a untarse sabores desagradables como por ejemplo: tabaco, ceniza, etc. para que así el niño empiece a rechazar el pecho.

Este destete tan brusco va a causar que sea un niño llorón y se sienta triste y tal vez, hasta rechazado por su madre y recurra a un consuelo que es el succionamiento del dedo, labios o carrillos, porque siempre estuvo acostumbrado al succionamiento.

El niño tiene un acto reflejo para su alimentación, éste hace una extensión de la parte anterior o posterior de la boca y desencadena una serie de reflejos coordinados.

1a. ETAPA: Busqueda del pecho:

Se lleva a cabo con los labios proyectados hacia adelante y la boca entreabierta. Este punto es importante y puede ser hasta decisivo en el hábito ya que el niño, por la necesidad del hambre y por instinto de succionamiento busca satisfacer esa necesidad y si es truncada por no poder amamantarlo la madre o el sustituto del pecho materno esta mal diseñado, el niño empieza a succionar mal y cuando termina de comer, como su función de succionamiento no fue satisfactoria empieza a hacerlo con los labios o lengua.

2a. ETAPA:

Se inicia a los 6 meses, cuando el niño empieza a tomar alimentos sólidos y los líquidos en taza, como dije anteriormente, la primera etapa es importante porque es ahí donde se desencadenan los hábitos ya que cuando el niño empieza a alimentarse con alimentos sólidos el vacío que se deja en la

primera etapa lo va a llenar cuando terminando de comer, suc
cione la mano, dedos, etc.

3a. ETAPA:

El niño ya tiene 1 a 2 años, la alimentación en su mayoría -
es sólida, triturada por él haciendo una mezcla con la sali-
va, por lo que dicha alimentación debe ser rica en proteínas
minerales y carbohidratos y dejarlo comer lo que él quiera -
ya que si esto no sucede, el niño quedará con hambre y para-
satisfacer recurrirá a comer tierra, o al succionamiento o -
chupeteo de su cobija o su camisa.

De la edad de 2 a 4 años empieza un desarrollo psicológico y
una madurez del mismo. Es también en esta edad cuando a la -
hora de comer el niño va a jugar con sus alimentos y con los
cubiertos, por eso es importante que la madre tenga tiempo -
suficiente para dedicárselo ya que a veces comen muy poco, es
ahí cuando ella debe de demostrarle el cariño que siente por
él y hacerle sentir que es un ser importante en la vida.

Esta etapa es también de aprendizaje de los hábitos buenos y
malos, es cuando el niño empieza a imitar, y si ve que su her-
manito o su primo se succiona el dedo y no le llaman la aten-
ción él va a hacer lo mismo, por lo tanto, son de suma impor-
tancia la primera y la segunda etapa del desarrollo ya que -
es en las que el niño va a adquirir y a desarrollar los hábi

tos bucales perniciosos en boca.

El niño de 3 años que se encuentra en estado de stress y que recurre a los padres para su consuelo y no acepta a nadie de be tomarse muy en cuenta ya que si no encuentra consuelo con ellos recurrira a un hábito.

A los 4 años el niño refleja la educación que los padres le- han dado, los hábitos buenos y malos.

Los 6 años son una etapa de transición, le tienen miedo a to das las personas y a los animales.

En todas estas etapas del desarrollo, el niño se encuentra en un estado de aprendizaje ya que la vida emocional del niño -- queda establecida a la edad de 3 años y si se ha desarrollado dentro de una familia temerosa, retraida, con complejos, él - actuará de la misma forma que ellos.

Los padres deben de tener mucho cuidado en la educación de sus hijos durante los primeros años de su vida ya que de ellos de pende que éstos crezcan sin complejos, sin hábitos y tengan - una vida de desarrollo normal.

CAPITULO VI

HABITOS QUE PUEDEN SER CAUSA DE MALOCLUSION

Los hábitos bucales son un número variado y causan problemas o alteraciones dentro de la boca, hay algunos que pasan desapercibidos pero hay otros tan intensos y perjudiciales que - con ver al paciente frente a nosotros podemos darnos cuenta que es un hábito pernicioso.

Los hábitos bucales perniciosos son en algunos casos la etiología de las maloclusiones.

DESCRIPCION DEL HABITO BUCAL

Es la disposición adquirida de un acto que se repite con frecuencia durante el día y día tras día, el cual es provocado por la presencia de un trastorno emocional o de otro tipo y éste forma un desequilibrio dentro de la boca, la que está constituida por músculos, huesos, dientes, lengua y terminaciones nerviosas; se pueden clasificar en:

COMPULSIVO

Es el que se fija en el niño hasta la edad de tres años, cuando pasa de esta edad es fijo y se debe a agentes externos pero las causas principales son: poca alimentación, falta de amor y ternura, etc.

NO COMPULSIVO:

Lo tiene desde que nace, hasta los 4 años y se pierde cuando su conducta es cambiada, ésto ocurre cuando el niño madura.

También existen tres factores que modifican a los hábitos y son:

- a) Duración
- b) Frecuencia
- c) Intensidad

DURACION

Es el tiempo que tiene ese hábito establecido.

FRECUENCIA

Es la realización del hábito en cuantas veces es repetido durante el día o en un corto tiempo o lapso del mismo.

INTENSIDAD

Es la fuerza con que este hábito se realiza.

Estos datos deben tomarse muy en cuenta ya que de ellos dependen de llegar a un diagnóstico correcto y a un tratamiento correcto.

Durante mucho tiempo se ha observado que un hábito es una cosa adquirida y que el deseo y la necesidad influyen en él para hacerlo repetidas veces durante el día. Para corregirlo debemos saber su etiología y así llevar una serie de pasos y datos para un tratamiento correcto.

El diagnóstico es de suma importancia ya que en él se describen claramente los trastornos presentados por el paciente, --

además se debe de incluir el estado de salud, ali
neamiento dentario, relación mandibular, articulación funcio
nal, configuración facial; independientemente de estos datos
y antes de todo, debemos hacer una historia clínica completa
que contenga los datos personales del paciente, las patolo -
gías existentes de éste, también deben incluirse las pruebas
de laboratorio, que son de suma importancia, ya que nos orien
tan para llegar a un diagnóstico y para consultar a los médi
cos generales o especialistas ya que como sabemos, su hábito
no nadamás tiene una patología, sino que muchas veces va acom
pañado por varias a la vez.

Para poder tratar un hábito bucal pernicioso, los Cirujanos-
Dentistas nos debemos auxiliar en primer lugar de:

HISTORIA CLINICA
RX Y EXAMENES DE LABORATORIO
FOTOGRAFÍAS CLINICAS
MODELOS DE ESTUDIO

Como dije antes, no existe una etiología exacta para una hábi
to por lo tanto, pueden existir diferentes factores para que-
aparezcan, los principales pueden ser:

- a) Problemas emocionales
- b) Problemas de Alimentación
- c) Problemas de deglución
- d) Problemas de lengua
- e) Problemas de respiración

Los hábitos pueden dividirse en:

PRIMARIOS

Son los que se presentan por emociones reprimidas o debido a la restricción de mamar o succionar; el hábito que con más frecuencia se presenta es el de succionamiento de dedo o dedos y el de proyección lingual, hay ocasiones en que se acompaña con otras características como jalarse la nariz o el pelo y llevar el nombre de compuestos, en los simples nadamas se succionan los dedos.

SECUNDARIOS

Como en todas las leyes, sigue al primario y si no existe éste, desaparece el segundo. Se considera que después de la succión del pulgar se desarrolla el hábito de morderse los labios y las uñas, puede tomarse en cuenta el hábito chupar la cobja, agarrarse la nariz durante la succión digital, golpearse la cara, rascarse la cabeza o torcerse el cabello. Todo esto desaparece siempre y cuando desaparezca el primario.

Todavía no se puede saber a ciencia cierta cual es la etiología de los hábitos, se ha mencionado que son causados por problemas psicológicos o mecánicos, pero la mayoría se inclina por los problemas emocionales, esto no se puede afirmar ya que el desarrollo de las funciones corporales psíquicas y mentales tienen una estrecha relación con los procesos morfo

lógicos del crecimiento y los fenómenos psíquicos presentan un margen de variaciones individuales tan amplias como los anatómicos y no se puede dar una respuesta a la pregunta - que todos se hacen de que si son por causa o efecto porque no todos son perniciosos y no todos producen anomalías en el desarrollo normal de los huesos y la función muscular, - por eso se dice que es un factor determinante de las maloclusiones.

Los hábitos bucales se clasifican según su anatomofisiología en: Digitales, labiales, linguales, etc. y al clasificarlos así, los mas perniciosos en boca serian:

- a) Hábitos de Succión
- b) Hábito anormal de la deglución
- c) Hábito de lengua
- d) Hábito anormal de la respiración
- e) Hábito de labio y carrillo
- f) Hábitos de posición
- g) Interposición del frenillo
- h) Bruxismo
- i) Oniconfagia

Los antes mencionados son los que causan mayor problema en boca, pero no por eso vamos a dejar de mencionar los que también ocasionan daño aunque en menor grado y se clasifican como sigue:

SUCCION DE DEDO O DEDOS

Es la mas común y fácil de descubrir en la práctica, también puede ir acompañado de algunos otros movimientos como son: - el de jalarse el lóbulo de la oreja, rascarse la nariz con los dedos libres o apretar la nariz.

HABITO ANORMAL DE LA DEGLUCION

Este se presenta por una mala deglución y el paciente presenta una mordida abierta, es fácil de diagnosticar; al hacer una historia clínica completa podemos saber cual es su etiología

HABITO DE LENGUA (Interposición lingual)

Es difícil de controlar y deja secuelas graves, todavía se realizan investigaciones sobre él, se acompaña de succión de dedo y hay pérdida del equilibrio muscular, se diagnostica por el peso de dedo o dedos, intruye los incisivos inferiores, vetibulariza los superiores y contraresta la acción del orbicular de los labios, el cual unifica por completo, obligando a los labios a separarse y mantener la boca abierta.

HABITO ANORMAL DE LA RESPIRACION

Se diagnostica cuando al niño se le observa dificultad para respirar y lo hacer por la boca, la que presenta entreabierta, con resequedad en los labios y al hablar, lo hace de una forma gangosa al hacer un estudio completo se ve hipertrofia de los cornetes, polipos o desviación del tabique nasal,

HABITO DE LABIOS Y CARRILLOS

Ya sea la succión del labio superior o inferior pero la que es más común es la del inferior, es fácil de descubrir en la práctica clínica ya que la piel del labio aparece flácida en posición anormal, también se acompaña por mordeduras en el mismo, dejando huellas.

INTERPOSICION DE FRENILLO

Es causado por el frenillo muy bajo, también cuando existe una abertura entre los incisivos, por lo cual, el niño traba el frenillo entre éstos y le deja ahí por horas, se presenta cuando hay distema en los incisivos. Los factores son: Macrodoncia, dientes superiores numerarios, laterales en forma de cono, quistes en línea media, chuparse el pulgar, proyección de la lengua y chuparse la lengua.

BRUXISMO

Se aprecia cuando los dientes anteriores o posteriores tienen un desgaste excesivo, este hábito se presenta por lo general en las noches y el paciente no se da cuenta. Son personas muy nerviosas.

ONICOFAGIA

(Comerse las uñas) se dice que se debe a factores emocionales, se observan unas uñas muy pequeñas, atricción en los dientes anteriores inferiores, mordida abierta y malestar estomacal cuando las uñas son introducidas a la boca estando sucias.

HABITO DE POSICION (De cabeza o mala posición de dientes)

La mala posición de cabeza esta al acostarse o estudiar y puede intervenir en la mala respiración, lo que se asocia a este hábito, el que nos va a resultar aumentado.

La mala posición de dientes es también la causa de la mala respiración o aumenta el hábito de lengua ya que es una molestia para el niño tener un diente vestibularizado o mesializado y aunque desaparezca la causa, queda con el hábito de lengua.

CAPITULO VII

MALFORMACIONES CAUSADAS POR EL HABITO EN:

DIENTES HUESOS TEJ. BLANDOS

LOS MUSCULOS

El succionamiento es un ejercicio constante de los músculos. Esto debemos entenderlo bien porque desde el nacimiento, lo primero que hace el niño es succionar para poder sobrevivir.

Los movimientos que efectúan los músculos en el succionamiento normal (digo normal hasta que el niño deje de ser amamantado) son los siguientes:

- 1.- La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos Pterigoides Externos, esto agranda el espacio intraoral permitiendo el desarrollo de una presión negativa.
- 2.- Los músculos de los labios se contraen para impedir que el aire entre en la boca destruyendo el vacío creado por el movimiento descendente de la mandíbula. Los músculos en función son: Orbicular de los labios, triangular, canino y mentoniano.
- 3.- Las fibras centrales de los bucinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre las superficies oclusales de los molares, premolares y caninos por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular.

y las acciones musculares antes descritas. Esto produce una fuerte presión lingual sobre las porciones posteriores de las arcadas dentarias.

4.- La lengua pierde contacto con la superficie lingual de los incisivos, caninos, premolares superiores e Inferiores y con la membrana mucosa del paladar duro por la presión de la mandíbula, también cambia de forma la parte central ya que deprime por la acción de los músculos genioglosos condroglosos mientras que los que llevan hacia arriba son el longitudinal superior y el estilogloso, esta acción cambiada, forma el plato de succión de la lengua, la base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahiodeos, el estilogoso y el palatogloso.

5.- Los músculos del paladar blando, o sea el tensor del velo del paladar y el elevado se relajan y permiten el descenso de éste órgano que se encuentra con la base elevada de la lengua, cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío.

Teniendo en cuenta estos movimientos, nos podemos dar una idea de lo perjudicial que es un hábito ya que se suceden bastantes

cambios en un solo movimiento y si este movimiento es contínuo y severo el paciente sufrirá cambios bruscos en su fisonomía, su estética y en su fonación.

MALFORMACION EN DIENTES

La malformación de éstos es variada y dependerá de la fuerza del hábito y la frecuencia con que se realice.

Si un diente no erupciona o es desplazado de su lugar esto se debe a:

- 1.- La posición del objeto en la boca
- 2.- La presión o la palanca que éste ejerza.

Ahora bien, si hay una malposición de dientes nos dará como consecuencia una mala oclusión. Un hábito en dientes por lo general causa:

Mordida abierta
Mordida cruzada
Overjet y overbite exagerado
Problemas en articulación
Diastemas
Retracción mandibular
Cambios en postura de lengua
y labios

Si un hábito desaparece antes de los cuatro años no habrá - problemas en la dentición ya que se corrige por sí sola, se ha dicho que antes de la erupción de dientes permanentes un hábito no causará ningún daño en la oclusión ni efectos duraderos.

MALFORMACION DE HUESO

Como se sabe, el hueso esta constituido de un material sumamente fuerte que puede resistir algunos golpes, pero es un tejido que reacciona ante las presiones o injurias que se realicen en él, por ejemplo: en los hábitos bucales perniciosos que se ejecutan con frecuencia el hueso va a sufrir transformaciones porque éstos se realizan con cierta fuerza.

El hábito de succión en hueso depende de diferentes factores y cito algunos de ellos que son: la frecuencia con que se practique el hábito, la intensidad, la duración, el estado de salud del niño, el desarrollo óseo, etc. Los defectos en hueso son: mordida cruzada y puede ser en dos formas:

- 1.- Crecimiento asimétrico del maxilar superior o del inferior.
- 2.- Falta de concordancia en el maxilar superior y la mandíbula.

La simetria del maxilar superior e inferior puede deberse a patrones de crecimiento heredados o traumas que impiden el crecimiento normal.

Las mordidas cruzadas por crecimiento óseo asimétrico son difíciles de tratar.

La falta de armonia entre el maxilar superior e inferior por lo general se debe a un maxilar superior contraído bilateral

mente. En este caso, los músculos corren a la mandíbula para adquirir una oclusión suficiente para una correcta masticación.

Cuando este problema se combina con la maloclusión clase II-esquelética es cuando se produce una de las más severas de todas las maloclusiones. En Hipertrófia mandibular y prognatismo la mandíbula se presenta excesivamente ancha para el maxilar superior al igual que lo largo, esto da como resultado el problema oclusal mediolateral agregado a la maloclusión clase III.

Una desviación en las líneas medias de la parte superior e inferior al abrirse la boca se debe al crecimiento óseo unilateral; cuando un arco marcadamente más ancho que el otro, el paciente presenta diferentes trayectos de cierre y por lo tanto, varias relaciones oclusales. Pacientes con mordida cruzada unilateral mostraron contracciones bilaterales del arco

MALFORMACIONES CAUSADAS POR LOS DIFERENTES HABITOS

HABITO DE SUCCION

La succión del pulgar es un patrón de conducta normal.

Se considera que hasta el segundo año de vida no es lasivo-

que el niño lo hace por distracción o por que se siente fatigado.

Entre 2 a 5 años se considera un período de regresión excepto si se practica en períodos cortos para aliviar la tensión; de 4 años en adelante el hábito ya tiene importancia en la posición de dientes anteriores, la configuración del arco dentario y la forma del paladar y hueso alveolar, este hábito acentuará la relación esquelética indeseable en patrones esqueléticos - Clase II con mandíbula retraida o subdesarrollada.

La malformación dentofacial por el succionamiento dependerá de la intensidad y duración de los labios y la elevación de los músculos asociados. El hábito puede variar de un simple succionamiento hasta la presión firme de otros dedos contra los dientes inferiores en dirección lingual, en estos casos se da apiñamiento de dientes, sobre todo de los incisivos inferiores.

El niño succionará uno o dos dedos y los dirigirá de tal forma que produzcan una distorsión de los dientes y hueso alveolar en una zona circunscrita.

En algunos casos de succionamiento de pulgar se invierte la mano y la mandíbula es presionada produciendo una fuerza de tensión contra los incisivos inferiores.

La lengua puede contribuir en dicho hábito y ocasionar las mordidas abiertas, incluso si éste se interrumpe.

La intensidad de la succión es muy variable, el niño puede descansar únicamente el dedo en la boca o succionarlo de tal forma que se escuche de una habitación a otra, también va a variar la presión digital asociada con la succión.

Es importante la duración de la succión ya que el niño que succiona el dedo nadamás para dormir no va a causar el mismo daño que el que lo succiona durante todo el día y la noche.

La influencia de un hábito de succión en los músculos de un niño de 4 a 6 años, puede deformar la zona premaxilar hasta crear una protuberancia anterior, los labios pueden volverse ineficaces con el labio inferior colocado en los bordes incisales de los incisivos superiores, los que producen una fuerza adicional hacia adelante, por otra parte, el medio físico creado es propicio para un desarrollo de patrón de deglución con proyección lingual.

La necesidad de crear un sellado bucal durante la deglución y el deseo de cerrar la boca por razones estéticas puede conducir a una hiperactividad de los músculos del mentón y apí-

ñamiento progresivo de los incisivos inferiores, la succión-intensa causa contracción de los músculos bucinadores que pueden producir estreches de los arcos dentarios y un crecimiento inadecuado del hueso alveolar, en sentido transversal los dientes posteriores se apiñan e inclinan lingualmente.

Cuanto mayor sea la fuerza, mayor es el daño. Este concepto-dinámico es aplicado porque algunas personas que tuvieron hábito durante mucho tiempo no tienen malformaciones ya que existió una fuerza mínima, lo cual no excede la resistencia-normal ofrecida por los labios, lengua y hueso alveolar.

HABITO ANORMAL DE LA DEGLUCION

Causa mordida anterior, en adultos migración anterior palatina de los incisivos, apiñamiento anterior, en dentaduras en-desarrollo provoca la estreches de los segmentos laterales y apiñamiento en los anteriores.

La deglución normal se lleva a cabo cuando la lengua se coloca en las arrugas palatinas, los labios se cierran para sellar la cavidad y los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para la contracción de los músculos de la deglución.

En el anormal la lengua empuja hacia adelante entre los dientes anteriores y en sentido transversal entre los dientes --

posteriores, El labio inferior se contrae con intensidad para sellar la cavidad bucal contra la punta de la lengua, lo que causa unas fuerzas intermitentes y frecuentes contra los dientes, impide la erupción y tal vez causa también la intrusión de los dientes.

La mayor parte de las mordidas abiertas son causadas por la interposición de algún objeto ya sea el dedo, la lengua, labios, etc.

En hueso puede haber oclusión nadamás en molares, la mandíbula se presenta grande, tiene un ángulo goníaco relativamente obtuso y el borde inferior de la mandíbula forma un ángulo abierto en relación con el plano horizontal (Frankfort) de la cara. Se observa con frecuencia una hendidura anterior -- del ángulo goníaco, el borde inferior de la mandíbula puede aparecer incurvado. De esta forma, los incisivos inferiores se encuentran alejados de los superiores, por lo tanto, es imposible el contacto de los incisivos durante la función, este reconocimiento ya sea en niños o en adultos se llama displasia esquelética.

HABITO DE LENGUA

Causa el mismo daño en dientes y huesos que el hábito anormal de la deglución ya que éste se lleva a cabo por medio de la lengua, la cual, como sabemos es un saco musculoso super po-

tente que puede causar malformaciones en dientes.

En los músculos, varía un poco ya que si es muy grande y flácida y los carrillos muy pequeños o boca pequeña no va a caber en ella, va a existir festonado de los dientes y marcas alrededor de la misma. En dientes, causa mordida anterior y no deja secuelas posteriores.

Existen diferentes tipos de hábitos de lengua:

- a) Mordisqueo de Lengua
- b) Chupeteo de lengua
- c) Lambeteo persistente del labio

Por esta razón se presentan maloclusiones de clase I, II y III.

Existen otras causas por las que puede aparecer un hábito de lengua y son:

- 1.- Tamaño lingual en relación con los arcos.
- 2.- El tono muscular de la lengua
- 3.- Coordinación muscular de la lengua
- 4.- Posición lingual durante la fonación y deglución.

EN HUESOS

La mandíbula tiene un cuerpo largo y una rama corta, el ángulo goníaco casi siempre es obtuso y la relación del bor-

de inferior de la mandíbula (Plano mandibular) con el plano horizontal de la cara (Horizontal Frankfort) presenta un ángulo abierto, en estos individuos el crecimiento mandibular tiende a adoptar una dirección posterior, de modo que la mor
dida anterior se acentua.

HABITO DE LA RESPIRACION

En dientes va a causar una migración dentaria, y una gígi -
vitis crónica, labios escamados excesivamente secos; ésto -
se produce en tejidos blandos, en hueso solo existe daño en
el tabique nasal ya que éste puede estar dañado y ser la --
causa de la respiración bucal.

Este hábito puede ser ocasionado por mal desarrollo de las
vías respiratorias altas, para comprobar si efectivamente -
es la causa o nada más es hábito, se le coloca un papel del
gado sobre cada narina y se le pide al paciente que respire
por la nariz, el aleteo del papel indicará el grado de aire
y la cantidad que pasa. Si las vías respiratorias son inade
cuadas debemos primero concertar cita con el médico especial
ista y después actuar nosotros, ya que son los pasos a se-
guir para llegar a un diagnostico aceptable y posteriormen-
te hacer un plan de tratamiento y el tratamiento mismo con
muchas probabilidades de éxito.

HABITOS DE LABIOS Y CARRILLOS

Se presenta unilateralmente y si aparece durante el desarrol

llo de la dentición va a causar mordida abierta de la zona de los molares y premolares, al corregir el hábito desaparece la abertura aún en los adultos.

El mordisqueo de los labios se efectúa por la aplicación de una fuerza en dirección lingual en contra de los incisivos inferiores y una intensa fuerza vestibular contra incisivos superiores.

En este hábito el paciente presenta clase II con entrecruzamiento y resalte anterior marcado, esto tenderá a acentuar esa relación si comenzó temprano. En el adulto, puede causar migración de incisivos superiores y apiñamiento de los inferiores si se excede la resistencia del periodonto. La fisiología muscular del labio varía considerablemente y es una característica física y emocional del individuo, la tonalidad de los músculos labiales es, en término medio, Hipertónica (en contracción constante y marcada) o Hiptónica (Flácida, relajada o colgante, el músculo orbicular se presenta hipertónico) aparece un apiñamiento de dientes anteriores superiores e inferiores con rotación de algunos dientes aislados.

La Hipotonicidad del músculo orbicular da una migración por falla del mismo en su resistencia a las fuerzas anteriores de la lengua y de la oclusión.

INTERPOSICIÓN DEL FRENILLO

Este hábito se presenta porque el frenillo está demasiado largo y se acompaña de incisivos superiores con cierta separación, al principio el niño traba el frenillo entre los incisivos como en juego, pero al pasar el tiempo se vuelve un hábito y se desplazan más las piezas dentarias ya que esto las mantiene separadas. Existen pacientes que traban el frenillo por horas tomando descansos periódicamente, otros factores que intervienen para que aparezca este hábito son: Frenillo labial ancho, microdoncia, macrodoncia, dientes supernumerarios, laterales en forma de cono, incisivos laterales faltantes, quistes en la línea media, el hábito de chuparse el pulgar, proyección de la lengua y chuparse el labio.

BRUXISMO

Produce destrucción del periodonto, y migración dentaria en un 75% de los pacientes con este hábito.

La mandíbula sufre movimientos de lado a lado y en su trayectoria pasa por oclusión céntrica o en sentido anteroposterior los dientes contactan con fuerza considerable durante todo el movimiento, con frecuencia se escucha un ruido de rechinar durante el sueño.

También produce migración mesial de los dientes posteriores - la hipertonicidad de los músculos masticadores, intrusión de

Los dientes en la parte oclusa y da como resultado la pérdida de la altura vertical.

HABITO DE APRETAMIENTO

Lo mencionare a grandes rasgos porque también es importante. En este hábito hay un movimiento muy pequeño de la mandíbula los dientes se cierran con fuerza y permanecen así, presionando sobre uno o varios puntos prematuros de contacto en relación céntrica, los individuos con hábito de apretamiento o rechinamiento presentan más migración como resultado de fuerzas excesivas.

Este hábito practicado durante muchas horas causa en los músculos una hipertonicidad masticatoria con consecuencia de reducción de espacio libre e intrusión de los dientes.

Se dice que la causa básica de éstos hábitos es la emocional la inflamación peridontal y las irregularidades oclusales son factores importantes. Los puntos prematuros de contacto se consideran un foco de hábito de rechinamiento. La inflamación excesiva lleva al paciente a buscar alivio al malestar apretando el oclusal intensamente sobre los dientes afectados.

HABITO DE MORDERSE LAS UNAS (ONICOFAGIA)

Transmite toda la fuerza de la musculatura desde un diente a través del objeto intermediario hasta el antagonista, causa migración y por lo regular enfermedad peridontal acentuada,

hay ocasiones en que si se elimina el hábito se corrige la malposición sin llegar a los aparatos, por lo regular, después del hábito de succión el niño pasa a éste, se puede decir que no es pernicioso ya que no causa maloclusiones severas porque las fuerzas aplicadas al morder las uñas son las mismas de la masticación, pero en ciertos casos se ha visto que cuando un individuo tiene impurezas bajo las uñas se observa atricción marcada de los dientes anteriores inferiores. Este hábito alivia la tensión y no es aceptable como todos los hábitos bucales perniciosos, si persiste, cuando el niño crece o es adulto lo sustituye por morder gomas de borrar, gomas de mascar y cigarrillos.

HABITO DE MALPOSICION

Existen diferentes tipos de hábitos de malposición por ejemplo: la postura corporal indeseable, en esta posición, la mandíbula se encuentra fuera de lugar, pero si la persona se mantiene derecha, la cabeza estará en posición correcta sobre la columna vertebral y el mentón se verá adelantado, como se sabe, la expresión y los hábitos son reflejos musculares que actúan con el más pequeño estímulo.

En el hábito de malposición existen dientes muy pequeños o dientes muy grandes, esto es ocasionado por las dimensiones del arco facial, si éste es muy pequeño y los dientes grandes va a existir apiñamiento de los mismos, por lo que el paciente, al sentir una malformación en su boca ayuda con la len

gua a la mala posición de estos dientes creando el hábito ya sea de morder el labio o de lengua.

En dientes pequeños, el hueso o arco facial muy grande va a ocasionar diastemas en los dientes y esto como ya lo dije anteriormente causa el hábito de frenillo superior o lengua, ya que existen ocasiones en que el niño introduce la lengua en los espacios grandes y la parte afectada se observa flácida.

Existe hábito de posición en la dentición mixta ya que cuando se cae un diente y hay espacio, el niño introduce la lengua, el dedo o cualquier objeto que provoca giroversiones o mutilaciones al erupcionar éste, el hábito desaparece cuando existe la erupción, pero no siempre la lesión sufre un cambio de posición espontáneo y requerirá de un tratamiento para que así sea.

CAPITULO VIII

PREVENCIÓN DE LOS HABITOS

- A) Convencimientos
- B) Trampas
- C) Castigos

Los hábitos se pueden prevenir sin tener una consecuencia grave, siempre y cuando la alimentación del niño haya sido ade-cuada, iedeal y bien balanceada desde el punto de vista nutritivo, funcional y emocional buscando así su completa satisfacción, además si el destete a sido a la edad adecuada (un año máximo)

También es importante el tiempo que le dedique la madre a la hora de ser amamantado ya que la satisfacción del hambre, la emocional y psicológica siempre van unidas.

Si la madre, por diferentes razones no puede amamantarlo debe buscar un buen sustituto fisiológico y dedicarla más tiempo a acariciarlo y jugar con él ya que de esa forma siente el cari-ño y el calor de ella. En estos casos, son recomendables los chupones correctamente diseñados ya que éstos evitan la retención prolongada de las facetas de comportamiento infantil.

La falta de atención de los padres hace que los niños se sientan solos y se refugien en un hábito ya que así se sienten satisfechos.

La succión prolongada del pulgar después de los 4 años suele ser síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para consuelo y compensación. Aconseja que las me jo nes medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionarle al niño descanso y escapes por medio de juegos.

Otro punto importante y esencial para la prevención de los hábitos es el de nunca dejar solo a los niños ya que los padres deben de estar siempre atentos a sus problemas y sus juegos. Cuando éstos sean regañados, darles una explicación por la llamada de atención y nunca hacerles sentir mal por que ellos, en su pequeño mundo no tienen en quien refugiarse y optan por un escape (para ellos, el hábito es el más fácil).

Ahora bien, existen diferentes formas de prevención de hábi to las que mencionaré más adelante.

A) CONVENCIMIENTOS

Se dice que el dentista le tiene más miedo a los niños que los niños a él por lo tanto, se enfrenta a un grave problema ya que debe de saber entenderlos y darse a entender. Para llevar a cabo su objetivo, tiene que ganarse la confianza del niño platicandole y explicandole para que sirva cada uno de los instrumentos y aparatos que se encuentran dentro del consultorio e indicarle que se van a ayudar mutuamente ya que la obligación del Cirujano Dentista es auxiliarlo por me di o de aparatos y ellos, al darse cuenta de esto cooperarán-

tratando de dejar el hábito más rápidamente.

El Cirujano Dentista debe utilizar siempre un vocabulario adecuado ya que va a tratar niños de 3 a 10 años, por lo tanto, no va a emplear el mismo sistema y términos para cada edad.

Otra forma de convencimiento será mostrándoles fotografías, transparencias y películas de niños que han tenido un determinado hábito, enseñándoles el daño que se ocasionaron pero no nademás el daño, si no también indicarles que bien se ve la persona cuando éste ha desaparecido, haciéndole notar como va a mejorar su aspecto cuando él deje el hábito que tiene. Además sabemos que el niño de 5 años siempre esta imitando a los adultos y que también en esa edad tienen a un ídolo, esto puede ser un arma poderosa para los Cirujanos Dentistas ya que pueden ponerle ejemplos como el que papá, mamá, hermanos y -- otras personas que conviven con él no succionan o muerden ningún objeto, podemos preguntarles cual personaje admiran y explicarles que ese ídolo es tan valiente y popular porque nunca tuvo un hábito, debemos hablarle con la verdad explicándole que a los Cirujanos Dentistas acuden las personas que tienen problemas en su boca para que se vean o presenten un aspecto agradable y como ya lo dije, utilizando un lenguaje adecuado para cada edad.

El dentista, al tratar al niño en un consultorio dental se en

fronta a diferentes problemas, por ejemplo:

Convencer a los padres de la importancia de la odon
tología.

Saber los factores que influyen en el niño en el -
consultorio dental para que se adapte a ellos.

Al ayudante debe de explicarle como debe de tratar-
a estos niños para que les sea agradable.

Saber comportarse, tanto con el niño como con los -
padres.

Debe de programar bien su tratamiento y explicarle-
al niño que es lo que se le va a hacer en cada cita

Es obligación del dentista hablarle a los padres -
del plan de tratamiento en una forma entendible pa-
ra ellos para que éstos den su consentimiento.

B) TRAMPAS

Existen diferentes tipos de trampas, sobre todo el tipo casero
por ejemplo: Si un niño se succiona el dedo o dedos (Que es el
caso mas común) su madre empieza a inquietarse cuando ha cum -
plido los 5 años y no deja de hacerlo. Hay veces que le coloca
substancias desagradables, le envuelve el dedo o dedos con venu
das o telas adhesivas; en ocasiones, suele amarrarle las manos
hacia atrás o pegarle cuando esta succionando. Los psicólogos-
pediatras y odontopediatras no aceptan la manera agresiva para
eliminar dichos hábitos.

Los padres deben entender que los niños son muy inteligentes -
y suspicases, que saben que todo loque les hagan será por un -

rato o unas horas y que cuando desaparezca el castigo él tendrá otra vez el hábit con mas intensidad por las horas o minutos perdidos, y ésto, en ves de favorecer hará que éste se fije más. Así que se tendrá que hablar con los padres y convencerlos que todo lo que ellos hagan es inutil, porque para poder atacar el hábito debemos saber la causa que lo origina y explicarles la razon por la cual su método no resulta.

Hay otras trampas que son de tipo odontológico, éstos aparatos o trampas se utilizan siempre y cuando el niño este consciente que quiere dejar el hábito, pero que no lo puede dejar por si mismo y en particular cuando es una costumbre y no una regresión compulsiva.

Se aconseja que usen guantes de piel gruesa o tubos de cartón grueso para así no dejar doblar el codo y llevar la mano a la boca, también es recomendable usar aditamentos metálicos que cubran los dedos o dedo.

C) CASTIGOS

Es un tormento físico que causa dolor y que es impuesto por un delito o una falta.

Los castigos impuestos por la familia suelen ser muy severos y perjudiciales para el niño, los padres deben tener mucho cuidado cuando estan imponiendo un castigo ya que es en la familia en donde el niño recibe la educación completa para la

formación de su carácter.

Los castigos no suelen dar los resultados que los padres desean y el niño intensifica más el hábito sintiéndose un ser anormal.

Los castigos pueden ser variados, por ejemplo: Los padres no dejan salir al niño a jugar con sus amigos, lo que es perjudicial, ya que se a visto que mientras el niño se sienta ocupado y entretenido en diferentes actividades se olvida de éste.

Otro tipo de castigo que se presenta con frecuencia es privar al niño de fiestas infantiles reprochándole el mal hábito que tiene y amenazándolo con decir que los niños que van a asistir se burlarán de él, causando con esto una angustia que en lugar de ayudarlo lo trauma y no resuelve el problema.

Otro horror muy grande es dejarlo sin comer en un lapso de tiempo, esto es muy grave porque la causa del hábito puede ser la alimentación que no está bien balanceada y no es administrada a sus horas. Otra cosa que hacen los padres es dejarlos encerrados en sus recamaras, dando como resultado que en la soledad en que se encuentra el niño intensifica más el hábito.

Por lo tanto, los castigos deben de suprimirse durante la pre

vención de los hábitos bucales porque un problema no debe de resolverse con agresiones.

Es recomendable hablarle a los niños siempre con cariño, comprenderlos y saber la causa o causas del hábito.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO CORRECTIVO

A) ORTODONTICO

B) PSICOLOGICO

ORTODONTICO

Se va a llevar a cabo cuando se han agotado nuestros métodos de convencimiento con el niño para que deje el hábito, además, cuando ha habido una injuria muy severa en tejidos blandos, huesos, músculos y lengua. Este tratamiento va a tener eficacia ya que por medio de los aparatos colocados en la boca el hábito va a perder su efectividad y el niño no obtiene una satisfacción cuando lo realiza.

Para tener éxito en nuestro problema el tratamiento debe ser a la edad de 4 a 5 años y se le debe de informar tanto a los padres como a los niños que el aparato no es una medida restrictiva y que no usa para quitar el hábito sino para enderezar los dientes y tener una mejor estética.

APARATO PARA HABITO DE SUCCION.- Se hace una criba fija.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DEL PARATO

En la primera visita se toman impresiones con alginato, se van en yeso y se fabrica el aparato en el molde. Se colocan en

coronas metálicas en los segundos molares desiguos superiores ya -
e constituyen buen soporte. En el molde se recorta la parte me-
ial del primer molar permanente si existe, o la porción distal-
el primer molar desuido impidiendo el contacto con el segundo-
olar desuido éste es cortado siguiendo el contorno de los dien-
es hasta una proximidad de 2 ó 3 mm. sobre las superficies ves-
ibulares, linguales y proximales.

se seleccionan las coronas de acero inoxidable del tamaño adecua-
o, se corta la porción gingival con tijeras para coronas y cue-
los para ajustar el contorno gingival labrado sobre el molde, -
uego se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie
esibucal o disto bucal y se lleva a su lugar.

el aparato palatino se construye con alambre de níquel y cromo-
el número 0.040, el alambre de base en forma de U se adapta pa-
éndolo mesialmente a nivel del margen gingival desde el segun-
o molar desuido hasta el nicho entre los primeros molares desi-
uos y caninos primarios.

n este punto se hace un doble agudo para llevar el alambre en-
dirección recta hasta el nicho entre el molar desuido y el cani-
o primario opuesto manteniendo el mismo nivel gingival. No de-
e seguirse el contorno del paladar si se ha de reducir la suc-
ión y la satisfacción cinestésica neuromuscular, recordemos el
apel importante que desempeña la lengua en esta actividad.

El alambre base debe de colocarse pasivamente en el modelo, el aparato central consta de espolones y una asa de alambre del mismo calibre, el asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo aproximadamente de 45° respecto al plano oclusal.

La asa no deberá proyectarse más allá de la línea trazada que --
-- las superficies distales de los segundos molares desiguales. Las patas de esta asa central se continúan más allá de la misma línea y se doblan hacia el paladar, de tal forma que hagan contacto con él ligeramente. Con pasta de soldar a base de Fluor y solución de plata se suelda el asa a la barra principal. Una tercera anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda en las dos proyecciones anteriores del asa central. Se soldan coronas colocadas en los dos molares desiguales.

Se limpia y se pule el aparato y está listo para la colocación. --
-- En la segunda cita se coloca el aparato, se le pide al paciente que ocluya y si el tejido gingival se blanquea o si el paciente sufre dolor se recortan aún más las coronas en la porción gingival. Colocándolo otra vez se le pide al paciente que muerda ocluya lo más fuerte posible, esto ayuda a adaptarse los contornos oclusales y se verifica si hay presión en encía. No deben incidir los incisivos inferiores en las proyecciones anteriores --
-- del aparato central y en caso que exista contacto se recortan los espolones y se doblan hacia el paladar. Se secan bien las coronas, los dientes se aíslan y se coloca el cemento pidiéndole --

niño que lleve el aparato a su lugar con la mordida; en 10 ó 15 minutos se retira el excedente de cemento.

ADVERTENCIAS AL NIÑO

Se le dice que el aparato no es un castigo sino que lo utiliza para enderezar sus dientes, esto mismo se le comunica a los padres y hermanos para que nunca se burle del niño por el aparato. Se le advierte que tardara varios días en acostumbrarse, que al principio tendrá molestias, también tendrá problemas por la limpieza de los dientes y del aparato, que debe hablar con cuidado y con cuidado, que por la barra que tiene dentro de su boca tendrá problemas del habla durante el tratamiento. Su dieta será blanda; hay niños que salivarán excesivamente, en el transcurso de 3 días de adaptación el niño no tendrá ninguna molestia y hasta se olvidará del aparato.

La visita al dentista se hará cada 3 ó 4 semanas para revisión y a los 6 meses se retira el aparato sin ningún riesgo de que vuelva el hábito porque en la mayoría de casos éste desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato, a los tres meses se retiran primero los espolones, 3 semanas después se retira la extensión posterior, pasadas otras 3 semanas se retira la barra palatina restante y las coronas.

En caso de que hubiera recidiva se recomienda dejar colocado el aparato parcial más tiempo. Si hay un hábito combinado de dedo

y de proyección lingual se modifica el aparato y se deja más tiempo.

El fin del aparato es evitar la deformación del segmento premaxilar, para estimular el desarrollo de la deglución viceral y de la postura lingual madura y su funcionamiento, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito. El mal diseño del aparato con espolones que siguen el contorno del paladar acentúan más la maloclusión.

APARATO PARA HABITO DE PROYECCION DE LENGUA.

Es el mismo del succionador de dedo y tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atras durante la deglución.

DISEÑO

Se toman impresiones de alginato y se corren en yeso se siguen los mismos pasos que el de succionador de dedo. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes de segundos molares y primeros molares desiguos. Se colocan en oclusión los modelos, se traza una línea con lápiz sobre el modelo superior. La línea se aproxima a la relación anteroposterior de los margenes incisales superiores respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustar el contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea y se lleva hasta el canino del lado opuesto, se dobla la barra y se lleva de lo largo del margen gingival, haciendo contacto con las superficies linguales de los primeros y segundos

plares desiguales y de la corona metálica colocada sobre el primer molar permanente.

Para reducir la mordida abierta el dentista deberá asegurarse de que la porción anterior de la barra base y su criba no interfiera en la incisión. Este es el motivo por el que se construye la barra base en sentido lingual respecto al margen incisal inferior. Cuando se fabrica la barra base en posición pasiva sobre el modelo se forma la criba utilizando el mismo alambre de la barra base, se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de "U" que están justamente atrás de los cingulos de los incisivos inferiores.

Cuando los modelos estén en oclusión no deberá existir contacto que pueda interferir a la erupción de los dientes, cuando se forma la "U" de manera que los brazos de las proyecciones se encuentren aproximadamente a nivel del alambre base y se le coloca pasta para soldar o base de fluor, el alambre base se coloca cuidadosamente sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas, después de limpiar y pulir se prueba el aparato en la boca.

Si hay un estrechamiento bilateral anteroposterior puede ampliarse el alambre lingual. El corte vestibular se suelda y el aparato se encuentra listo para ser cementado. Con este aparato el paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del

espacio incisal ya que el dorso es proyectado hacia el paladar la lengua descubre que la posición correcta y cómoda en la regulación es contra las arrugas palatinas.

dependiendo de la gravedad del problema de la mordida abierta es necesario un lapso de 4 a 9 meses para su corrección, hay ocasiones en que se tendrá que colocar un refuerzo extrabucal, pueden ser tubos vestibulares horizontales sobre las coronas, posteriormente puede utilizarse también un arco de alambre o un arco labial.

para la colocación de estos aparatos la edad ideal es de 5 a 10 años. No todos los hábitos de proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores, también puede existir mordida abierta posterior.

Hay aparatos intraorales como la placa tipo HAWLEY, esta placa lleva alambres que terminan en punta y tienen proyección labial con el objeto de lastimar al niño cuando desea practicar el hábito; rejillas fijas removibles, la pantalla oral pasiva se usa con el fin de evitar la introducción del pulgar por ser un escudo de protección compacta insertada en el vestíbulo bucal; estos aparatos resultan ser peligrosos si no existe consentimiento del niño o éste es muy pequeño y se le castiga de esta forma, puede traer consecuencias graves, los psicólogos, pediatras y odontopediatras no aceptan la manera agresiva para eli-

minar los hábitos orales.

Para un hábito de lengua se utiliza un aparato parecido al de succionador de dedo con una cierta variación: los espolones se doblan hacia abajo de manera que formen una especie de barrera con puntas atrás de los incisivos inferiores, durante el contacto oclusal de los dientes posteriores se asegura una barrera efectiva a la interposición de la lengua. Este aparato tiene como objetivo lo siguiente:

- 1.- Eliminar el fuerte empuje de anteriores y la acción de succión durante la deglución.
- 2.- Mantener la postura de la lengua de manera que el dorso se aproxime a la punta y contacte con las arrugas palatinas durante la deglución en lugar de introducirse en el espacio incisal.

Para respiradores bucales se construye una placa de acrílico que se colocará durante las noches entre los labios y los dientes impidiendo así la entrada de aire por la boca.

En Bruxismo, se construyen férulas de caucho blando para ser llevado en los dientes durante la noche. Se coloca caucho blando por que no tiene la consistencia ni resistencia al afrontamiento de los dientes, por lo tanto, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

APARATO PARA EL HABITO DE MORDER Y SUCCIONAR EL LABIO

Suele ser muy favorable, también es agradable observar como la

la lengua alinea los incisivos inferiores y el aparato para el lado evita la actividad anormal del músculo borla de la barba y desplaza los dientes hacia el lingual.

DISEÑO DE APARATO

Se toman impresiones de alginato, superior e inferior, se cocen en yeso y se articulan, se recortan los primeros molares permanentes inferiores o segundos desiguos, debe de asegurarse que el corte sea suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas metálicas completas y bandas de ortodoncia sobre los dientes pilares. Se adapta un alambre de acero inoxidable o níquel de 0.040 pulgadas, corre en sentido anterior desde el diente de soporte pasando los molares desiguos, hasta el nicho entre el canino y primer molar desuido o entre el canino y el incisivo lateral. Se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente al lado opuesto.

El alambre se lleva a través del nicho y hacia atrás hasta el empalme sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares, debemos asegurar que la porción anterior del alambre no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores, si esto sucede el alambre base se doblara para tomar una posición más gingival. El alambre no debe de tocar las superficies labiales de los incisivos, debe de mantenerse alejado dos o tres milímetros

para permitir el desplazamiento de los mismos. Después de esto se colocará un alambre de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 - - pulgadas soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevandolo gingivalmente 6 a 8 mm., este alambre se dobla y es llevado cruzando la encía de los incisivos inferiores paralelo al alambre de base. Este alambre de base debe de estar separado 3 mm. de los tejidos gingivales. Se suelda - el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa todo el aparato para que no exista ninguna intergerencia oclusal o incisal.

COLOCACION

Se limpia y se pule, si se utilizaron coronas metálicas es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir hacer la circunferencia gingival correcta de la corona. La porción labial puede modificarse agregando el acrílico entre el alambre de base y sirve como auxiliar para reducir la irritación de la mucosa del labio inferior.

Este aparato debe de permanecer de 8 a 9 meses; para retirarlo se quitan primero los alambres auxiliares y el resto del aparato varias semanas después.

No existe duda que este aparato permite que la lengua mueva - - los incisivos inferiores en sentido labial y esto reduce la squere mordida y mejora la inclinación axial. Cuando existe una - -

trucción mandibular funcional por la actividad muscular, este aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

APARATOS REMOVIBLES (PARA HABITO DE LENGUA, DEDO Y LABIO)

Se utiliza una pantalla vestibular o bucal o una combinación de las dos para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión.

Estos aparatos removibles han sido perfeccionados por FRANTISEK RAUS de Checoslovaquia. La pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función normal y para la retracción de los incisivos también intercepta el hábito de chuparse los dedos.

La única desventaja que existe es que puede retirarse fácilmente por el paciente, por lo tanto, la completa cooperación del mismo es importante, la pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, se parece al activador por su aspecto pero un poco menos voluminoso. Se puede construir una barrera de acrílico de alambre para evitar la proyección de la lengua, pero se necesita retención adicional. Se fabrican también pantallas vestibulares combinadas para controlar las fuerzas musculares anormales ya sea fuera o adentro de las arcadas dentarias.

Se deberá que hacer un cuidadoso estudio del problema ya que pa-

ra poder diagnosticar estos aparatos debe de estar de acuerdo el paciente en utilizarlos y cooperar, de no ser así, se indican aparatos fijos.

Como nos dimos cuenta, no existen suficientes aparatos de ortodoncia para el tratamiento de los hábitos pero con los anteriormente descritos y con las modificaciones necesarias son suficientes para tratar los hábitos que más injurias causan en boca.

B) PSICOLOGICO

Este tratamiento es muy importante no solo en el de los hábitos bucales perniciosos sino en todos los tratamientos médicos. El éxito del Cirujano Dentista para alcanzar las metas propuestas va a depender del cariño, firmeza y capacidad que tenga para darse cuenta de las demostraciones emocionales de los pacientes.

Sabemos que en su mayoría los niños le tienen miedo a los médicos pero quizá no sea del todo la culpa de ellos sino de los padres que siempre los amenazan con llevarlos al médico o al dentista cuando hacen alguna travesura, por esta razón, el Cirujano Dentista debe de tratar con mucho cuidado a los niños y sobre todo a los que tienen un problema grave como es el del hábito bucal.

Debe de enfrentar la situación de manera amistosa, pasiva y co
nicarle al niño que el trabajo que se le va a efectuar es de
una importancia para su persona. También tomará muy en cuenta
que éste se encuentra en un desarrollo físico y psicológico -
constante y que está adquiriendo, aprendiendo y dejando hábi -
os, para lograr esto último, el médico tendrá que:

- 1.- Ganarse la confianza del niño
- 2.- No mentirle en el tratamiento que se le va a efectuar.
- 3.- Motivarlo en cada cita en diferentes formas.
- 4.- Darle un corto plazo para que deje el hábito
- 5.- Cuando deje el hábito completamente, premiar lo.

Para que esto de resultado, en la primera cita no se efectuará
ningún tratamiento ya que ésta es únicamente para conocerse mu-
tuamente (De parte del Dentista, saber con que tipo de niño va
a tratar y por parte del niño saber si el médico es tal y como
se han dicho) se le permitirá pasar con su papá o mamá, expli-
cándole que por ser la primera vez y no conocerce entrará acom-
pañado para que sea presentado pero que en las demás citas en-
trará él solo, se le tomará su nombre y se le hará una historia
clínica completa haciendolo sentir en confianza e importante pa-
ra que pierda el miedo y explicarle el tratamiento que se le va
a hacer.

importante que el Cirujano Dentista haga una evaluación del niño con el cual va a tratar ya sea retraído, nervioso o mimado por los padres y ésta será la base para tener éxito en el tratamiento.

En las siguientes citas se conversará con el niño adentrándose poco a poco al problema, le preguntaremos el porque siente la necesidad de succionar el dedo, los carrillo, los labios, etc. Deremos tener en cuenta que los niños saben el porque tienen el hábito, ya sea por necesidad, por la alimentación que no es completa, por imitación o problemas emocionales. Le diremos que lo vamos a ayudar y que sabemos que es una persona muy inteligente que comprende el daño que él mismo se esta causando.

Si no obtenemos resultados en la primera semana debemos pedir ayuda a los padres explicandoles que no deben burlarse del niño o deben hacerle bromas al respecto, tampoco mostrarse ansiosos porque no lo deja rápido, sino al contrario, dejarle que succione el dedo y hacerle sentir que lo comprende, que es difícil dejar tan rápido el hábito.

Hay veces que es necesario cambiar la rutina y el medio ambiente del hogar en donde se desenvuelve el niño mientras desaparece el problema, También es eficaz elaborar un calendario con figuras de animales que sean del agrado del niño en los diferentes

días y obsequiarlo explicándole que él nos va a ayudar quitando un animalito cada que no se chupe el dedo en todo el día. El Cirujano Dentista le telefonará durante la semana para recordarle el pacto que acordaron y si en la siguiente semana no los quito todos le diremos que es difícil hacerlo pero que le vamos a obsequiar otro, esto lo haremos hablándole con energía y a la vez con cariño diciéndole que esperamos que en esta semana quite la mayoría.

Por lo regular, en la tercera semana desaparece el problema.

Para motivar más al niño cuando ha dejado el hábito, el Cirujano Dentista puede decirle que si cooperó tanto con él también de su parte va a recibir un regalo, le puede obsequiar una copa dorada, no importa que sea pequeña porque como sabemos, a los niños les llama mucho la atención los colores brillantes u otro trofeo que sea de su agrado. Tal vez éste sea otro medio de mostrarle que los médicos no nadamás hacen cosas malas como les han dicho sino que también saben agradecer a los pacientes cuando ellos cooperan favorablemente.

Si con todos estos esfuerzos no desaparece el hábito se debe concertar cita con un psicólogo.

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

El desarrollo normal de la cara es muy importante ya que si existe un traumatismo de la misma creará una estética indeseable que va a deformar los músculos y huesos que la forman comprometiendo en muchos casos su función, provocando un de sajuste total en el organismo.

La boca esta constituida por: Lengua, dientes y músculos, - los dientes tienen distintos nombres y erupcionan en diferentes etapas; existen dientes primarios o de leche y secun darios o permanentes, los primarios constan de 20 piezas, - los permanentes de 32 y cada uno de éstos tiene diferente - función.

La boca desempeña su función acompañada de la lengua, múscu los y dientes, éstos trituran los alimentos; la lengua, con sus papilas salivales los ensaliva y los clasifica en amargos, dulces, ácidos y salados (Estos son los sabores básicos que percibe el hombre), los músculos son los que abren y -- cierran la boca, haciendo los diferentes movimientos para - el funcionamiento de la misma.

Todo este conjunto se puede ver alterado por los hábitos bu cales perniciosos, los que en algunos casos, son la Etiolo-

gia de las maloclusiones, las que se desencadenan en los niños por falta de cariño, hambre, incomprensión o complejos.

Su tratamiento debe ser adecuado para cada caso ya que ésto va a causar desajuste en los músculos, huesos y tejidos blandos, dicho tratamiento se llevará a cabo por medio de convencimientos o aparatos ortodonticos.

También existen los hábitos psicológicos en los cuales el tratamiento no va a responder, por lo que es obligación del Cirujano Dentista de práctica general estar capacitado para diagnosticar cuando es de este tipo y remitirlo al especialista ya que los padres tratan de corregirlo por medio de castigos y trampas que muchas veces pueden ser traumáticas.

Del tratamiento que se siga va a depender que el hábito desaparezca por completo, por eso es muy importante hacer un estudio radiográfico y modelos de estudio para diagnosticar lo bien y tener éxito en el tratamiento.

Los padres de familia juegan un papel importante en el desarrollo de los hábitos bucales perniciosos ya que de ellos depende que éste progrese positiva o negativamente, deben estar habilitados para aplicar un método adecuado y que el hábito desaparezca sin tener consecuencias graves, porque como

sabemos, los niños están aprendiendo y son sensibles a los tratos que se les da, por eso, los Cirujanos Dentistas tienen que orientar a los padres para que a su vez, ellos cooperen en el tratamiento.

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

= = = = =

- I REVISTA A. SARABIA JESUS
HABITOS PERNICIOSOS
Revista ADM
Vol. XXI No. 1
Enero/Febrero 1964

- II LIBRO BRAVEN JOHN CHARLES
ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL ADOLECENTE
Edit. Buenos Aires
Año: 1960

- III REVISTA CIBA GEIGY
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL NINO (PSICOLOGIA)
Revista Mexicana, S.A. de C.V.
Vol. XIX No. 7
Marzo/Abril
Vol. III
Mayo/Junio, 1976
Vol. XIX
Nov./Dic. 1976

- IV LIBRO C. WITEELER RUSSELL
ANATOMIA DENTAL, FISILOGIA DENTAL Y OCLUSION
Edit. Interamericana
Año: 1979

- V C. GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
Edit. Interamericana
Año: 1974

- VI LIBRO DI CAPRIO
ANALISIS DE LA CONDUCTA DE LA PERSONALIDAD
Edit. Trillas
Año: 1970

- VII REVISTA FASTLICHT JORGE
ALIMENTACION INFANTIL Y HABITOS DE CHUPARSE
EL DEDO
Vol. XXII No. 3
Año: 1965
- VIII TESIS FRAGOSO MARIA DEL PILAR
PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA
Revista ADM Vol. XXXVI No. 4
Julio/Agosto, 1979
- IX LIBRO GRABER
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
Edit. Nueva Interamericana
Año: 1974
- X TESIS HERNANDEZ RIZZI
HABITOS RELACIONADOS CON ORTODONCIA
U.N.L.
Año: 1977
- XI LIBRO HIRACHFELD
PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN ODONTOLOGIA
GENERAL
Edit. Mundi
Año: 1966
- XII LIBRO J. L. DE SILVA HARTRIDGE
FISIOLOGIA
Edit. Interamericana, S.A.
Año: 1967
- XIII TESIS MOTTA PALACIOS MARTHA
HABITOS BUCALES ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO
U.N.A.M.
Año: 1980

- XIV REVISTA MURAIRA MATTIAS
PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO DE CHUPARSE
LOS DEDOS
Revista A.D.M.
Vol. XXII No. 5
Sep./Oct., 1965
- XV REVISTA M. RUFF ROBERT.
MANIFESTACIONES ORALES DE LOS MALOS HABITOS EN
NIÑOS
Revista; ADM
Vol. XXIV, No. 4
Jul/Agosto, 1967
- XVI LIBRO MUSSEN PAUL HENRY CONGER, JOHN JANEWAY, KAGAN-
JEROME
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
Edit. Trillas
Año: 1977
- XVII ORBAN
HISTOLOGIA Y ENBRIOLOGIA BUCODENTAL
Edit. Labor, S.A.
Año: 1964
- XVIII LIBRO PLAZA MONTERO JOAQUIN
PUERICULTURA
Edit. Barcelona
Año: 1979
- XIX LIBRO SINDEY B. FIMM
ODONTOPEDIATRIA
Edit. Buenos Aires
Año: 1979

XX TESIS TENORIO SANDOVAL JAIME
HABITOS ORALES EN NIÑOS
UNAM, 1964

XXI ULLOA ROMO MA. DE LOS ANGELES
COMO SE DESARROLLA LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
Psicología No. 19