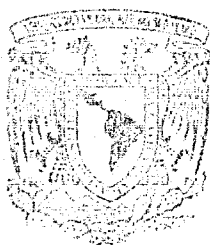


ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

ODONTOLOGIA



HABITOS PERNICIOSOS MAS FRECUENTES

EN LA NIÑEZ

T E S I S

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

SOLVEIG DIAZ VAZQUEZ

San Juan Iztacala, México

1979



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.

# I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.	1
I. HISTORIA	3
II. SISTEMA ESTOMATOGNATICO	7
A) ANATOMIA	7
a) Inervación	7
b) Capa Muscular	10
c) Sistema Oseo	15
d) Dientes	17
e) Parodonto	18
f) Articulación Temporomandibular	22
B) FISILOGIA	25
a) Masticación	26
b) Deglución	27
c) Fonación	29
d) Respiración	30
III. ETIOLOGIA	32
IV. DIAGNOSTICO	35
V. TRATAMIENTO	40
A) HABITO DE SUCCION	40
B) HABITO DE MAMILA	43
C) PROYECCION LINGUAL	47
D) MORDER LABIO Y CARRILLOS (QUEILOFAGIA)	50
E) RESPIRACION BUCAL	53
F) BRUXISMO	55
G) HABITO DE POSTURA	58
H) MORDER LAS UÑAS (ONICOFAGIA)	60
I) OTROS	61
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	65

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

"Las cosas agradables que hace un niño no pueden ser llamadas hábitos, simplemente las hace"

Esta frase de Kanner (1961), describe ampliamente la psicología del niño, - con toda su potencialidad de futuro y no aislado, sino en un ambiente familiar, y en medio social.

Dedos, dientes, son solo circunstancias dentro del esquema corporal, y nuestro enfoque integral exige la consideración de lo físico sin olvidar lo psíquico.

Debemos recordar que una de las facultades que el niño desarrolla desde el momento del nacimiento, es la succión. Este reflejo permite al infante, alimentarse y, algo muy importante, continuar unido físicamente a su madre, de la cual fue separado al nacer.

Al recibir su alimento, recibe también cariño y amor, que le transmite la madre en el momento del amamantamiento. De tal forma que, la hora de comer, significa para el niño, la relación con la madre.

Antes que el niño pueda ver o escuchar, aprende a succionar, de ahí que, todo objeto que se le proporcione, lo llevará a la boca, y ésta lo identifica por medio de sensaciones. Si el objeto es tibio, suave, como el pezón de la madre, el niño lo acepta y juega con él. En cambio, si el objeto es frío, áspero o duro, es rechazado por el niño.

En ocasiones, la disponibilidad de la madre no es completa. El alimento no le es proporcionado a tiempo o durante el período que satisface las necesidades del niño, es entonces, cuando el pequeño, para satisfacer sus necesidades, introduce el pulgar en su boca.

Este acto es instintivo y no se deberá tomar como "malo". Sin embargo, si el niño no cesa de succionar su pulgar o lo hace fuertemente, es cuando pensaremos en un hábito.

Se podría decir que en los 2 primeros años, la succión es un reflejo, y más adelante, cuando el niño ha desarrollado todo tipo de facultades, ya se comunica con sus semejantes, ya se alimenta él sólo, entonces se considera un hábito y -- puede ser empleado como escape.

Sabemos también que el hábito de succión digital no es el único. Es más, - podríamos decir que muchos de los demás hábitos, son secuelas de éste y se originan por el rompimiento brusco del hábito de succión digital.

El tratamiento más adecuado, incluye, la conversación con los padres y con el paciente, infundirle confianza, cariño, comprensión. Tanto el paciente como los padres deben estar al tanto de las medidas que serán tomadas y estar de -- acuerdo. En caso de requerir aparatología ortodóncica, ésta será llamada "recordatorio", de tal forma que, el niño estará conciente de no realizar el hábito.



En 1943-1950 IZARD habla de unos dispositivos como alfileres de seguridad - que une las mangas de la batita (en lactantes). Un brazal con ballenas que limita la función del codo.

En 1944 LEVY señala la consecuencia de las restricciones del movimiento y - sobre todo de las violentas reacciones por fijación del codo y al establecimiento de lo que llama "tics mecánicos".

En 1944-45 MAHLER hizo trabajos sobre restricciones de la actividad muscular.

En 1947 JOHNSON utiliza un enrejado de acero inoxidable para colocar en el codo.

En 1950 POLDY señala que el único consejo que puede darse es el que el dentista se interese en el desarrollo psicológico del paciente y trate de establecer las causas psicológicas de los hábitos. "La succión del pulgar ya se deba a aburrimiento o a irregularidades de la digestión, se convierte en hábito, porque es para el bebe una experiencia siempre placentera".

En 1950 LAWES utiliza un dispositivo en forma de tubos metálicos atados con cintas a las muñecas.

En 1951 WHITMAN dice que se deben eliminar las causas de las tensiones responsables del origen y mantenimiento del hábito y obtenerse una historia clínica - completa para que podamos encontrar la causa original del trastorno y prevenir una recidiva.

En 1951-58-60-61 y 64 ABERASTURY realizó estudios sobre la fase oral sádica del desarrollo emocional y la influencia que pueden tener en los trastornos de la dentición.

En 1952 ISAACS señala que "los trastornos psicológicos debido a una fuerte - privación, pueden ser más serios y durables que un resultado hipotético sobre los dientes o sobre un dedo que hace mal".

En 1953 BARRETO habla de dar al niño repetidas veces, sugerencias nocturnas de que no se chupe el dedo.

En 1954 SULLIVAN señaló la posible sintomatología regresiva que puede produ-

cir la inhibición forzada de la succión.

En 1956 FLESHER tuvo éxito en el uso de "recordatorios", no para evitar el hábito, sino para evitar la maloclusión o malformación.

En 1956 SPOCK habla de los hábitos placenteros cuando hacen delicioso el momento de ir a dormir.

En 1957 WINNICOTT habla de la lactancia, sus aspectos técnicos y emocionales.

En 1957 FLEISCHL dice que "el chupón es en parte una forma de relacionarse y en parte un patrón reparador de adaptación, con el objeto de sustituir y llenar los eslabones ausentes con el medio ambiente interior y exterior.

En 1957 KORNER y REIDER analizaron niños que usaron "recordatorios" y encontraron mayor hostilidad y mayor sentimiento de culpa.

En 1957 HYMES habla de "el Biberón Impersonal" al hecho de dar al niño su biberón, en su cochecito, sin contacto y cariño.

En 1958 ABERASTURY habla del pecho materno y la manera de darlo.

En 1958 TRAISMAN y TRAISMAN sostienen que el chupón reduce la incidencia de succión del pulgar.

En 1958 CHENEY mostraba al niño fotografías con espeluznantes maloclusiones y decía: "esto es lo que pasa cuando el niño se chupa el dedo".

En 1959 ERICKSON dice: "el niño vive y ama a través de la boca y la madre vive y ama a través de sus senos". También considera 5 estadios del período oral:

- a) Incorporativo 1 (caracterizados por la salida de los dientes y
- b) Incorporativo 2 (con ellos el placer de morder objetos resistentes)
- c) Retentivo
- d) Eliminatorio o Expulsivo
- e) Intrusivo

En 1960 MARIA INES EGOZCUE en la Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, se inician grupos psicoterapéuticos para niños - con dificultades para aceptar el tratamiento. Las madres recibían también instrucción de parte de especialistas.

En 1963 SALAS y colaboradores realizan el mismo trabajo.

En 1960 BAKWIN habla de la lactancia, sus aspectos técnicos y emocionales.

En 1961 KANNER dice que las cosas agradables que hace un niño no son llamadas hábitos, simplemente las hace.

En 1961 KELSTEN señala el caso de un negrito de 4 años con una gran succión del labio inferior. Se le colocó un "recordatorio" y mejoró notablemente, tanto el aspecto físico como el psicológico.

En 1961 ACKERMAN dice que "El hábito aparece como una forma de conducta que le permite sobre un clima de carencia emocional...reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión y dar placer a su propio cuerpo".

En 1961 LEWIS dice: "si mientras se están erizando los dientes, se está do blando el YO, toda la validez del proceso es dudosa".

En 1962 CARLISKY analizó la influencia del rechazo primario de los dientes y que lo obligan a separarse de la madre.

En 1962 BETTELHEIM señala la desconfianza básica de la relación madre-hijo, cuando el niño busca placer en su propio cuerpo. Habla también del chupón y la reacción negativa de la madre.

En 1963 EL TERCER SEMINARIO ANUAL DE PAIDODONCIA en Febrero de ese año, en la ciudad de Gainesville, Florida, con el tema "Psiquiatría y Paidodoncia".

En 1964 BELMONT habla de la aparición de los dientes y lo que el infante -- siente al perforar éstos sus tejidos y emerger a la cavidad oral, sensación masoquista que se alivia mordiendo más fuerte.



## II. SISTEMA ESTOMATOGNATICO

El Cirujano Dentista en cualquiera de sus ramas, enfocará su atención a la Odontoestomatología y ello implica el conocimiento y manejo de un sistema llamado Sistema Estomatognático.

Este sistema comprende todas las estructuras destinadas a la recepción, masticación y deglución de los alimentos y toma parte activa en otras funciones importantes como: respiración, fonética, salivación y estado postural.

### A) ANATOMIA.

Está compuesto por huesos y dientes, por músculos y nervios, por ambas articulaciones temporomandibulares, y por todo un sistema de vasos glándulas y anexos indispensables para su función.

	Sistema Neuromuscular
Sistema	
Estomatognático	Sistema Osteodentario
	Sistema Articular

**Sistema Neuromuscular.-** La inervación es recibida por el Trigémino V Par.- Los músculos que lo forman son los músculos masticadores, músculos del paladar, -- músculos hioideos, músculos de la lengua y de la región labial.

**Sistema Osteodentario.-** Formado por huesos, dientes y parodonto de inserción y protección.

**Sistema Articular.-** Formado por las dos Articulaciones Temporomandibulares.

#### a) Inervación.

Está dada por el V. Par Craneal o Nervio Trigémino. Este sale del pedúnculo protuberancial, las fibras sensitivas o posteriores y las motoras o anteriores, separadas por una porción de fibras protuberanciales formando un tronco que se di-

dirige hacia adelante y un poco hacia afuera, colocándose las fibras motoras por debajo de las sensitivas y perfora la duramadre. Después se expande y forma el ganglio semilunar de Gasser, situado en la fosa del mismo nombre en la cara anterior del peñasco. El ganglio tiene forma semilunar con la convexidad orientada hacia delante, afuera y abajo, de donde nacen las tres ramas principales del Trigémino.

La primera u Oftálmica, va en línea recta hacia adelante por la pared lateral del seno cavernoso y entra en la órbita por la fisura esfenoidal.

La segunda o Nervio Maxilar se dirige oblicuamente hacia adelante y algo hacia abajo, pasa por el agujero redondo mayor a través del cual llega a la fosa -- Pterigomaxilar.

La tercera o Nervio Maxilar Inferior con la asociación de la porción motora del Trigémino, se dirige casi en línea recta hacia abajo, sale del cráneo por el orificio oval penetrando en la fosa Cigomática o Infratemporal.

**NERVIO OFTÁLMICO.**— Se divide en tres ramas: 1) Nervio Lagrimal, 2) Nervio Frontal y 3) Nervio Nasal. El nervio Oftálmico es un nervio sensitivo -- que comprende la piel de la frente, del párpado superior y de la nariz, la mucosa del vestíbulo nasal, del seno frontal, y de las celdillas etmoidales, da inervación sensitiva al ojo y al perióstio de la órbita.

**NERVIO MAXILAR SUPERIOR.**— Se divide en:

Nervio Orbitario con sus dos ramas: la superior o Lacrimonasal y la inferior o Temporomalar.

Nervios Dentales Posteriores.— Se distribuyen en la mucosa de las encías y el carrillo y entran en pequeños conductos óseos para seguir un trayecto por el seno maxilar, inervando su mucosa y los molares y premolares, anastomosándose -- con el nervio dentario anterior.

Nervio Infraorbitario.— Llega directamente a la escotadura infraorbitaria y pasa por el conducto del mismo nombre, en el piso de la órbita hasta llegar al agujero infraorbitario y sale por él, inervando el párpado inferior, nariz, labio superior y piel del carrillo. Emite un ramo cerca del conducto infraorbitario.

de la pared lateral de la boca y termina en la mucosa de los lados y del dorso de los dos tercios anteriores de la lengua.

**Nervio Mitoideo.-** Rama del Dental Inferior, que inerva el músculo del mismo nombre, y el vientre anterior del digástrico.

**Nervio Dental Inferior.-** Entra por el conducto Dentario y continúa por éste inervando los molares, premolares y parte de encía. A la altura del agujero mentoniano, se bifurca en:

**Nervio Incisivo.-** Que se distribuye en el canino y los dos incisivos inferiores alcanzando hasta el incisivo central del lado opuesto.

**Nervio Mentoniano.-** Sale por el agujero Mentoniano, inerva los incisivos, - la piel de la barbilla y el labio inferior.

Este nervio da sensibilidad somática general de la región mandibular, la arcada dentaria inferior, lengua en sus dos tercios anteriores, piso de la boca y sus anexos. La rama motora inerva los músculos antigravitatorios: temporales, maseteros, pterigoideos internos y externos, digástrico y el músculo del martillo.

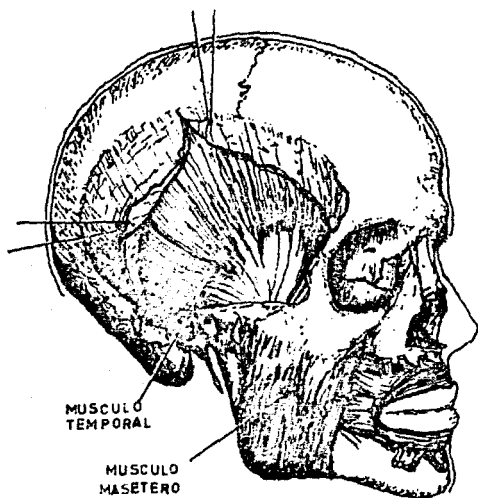
#### b) Capa Muscular.

Los músculos que integran el sistema, según su ubicación o función son: Músculos Masticadores, Suprahioideos, del Paladar, de la Lengua y de la Región Labial.

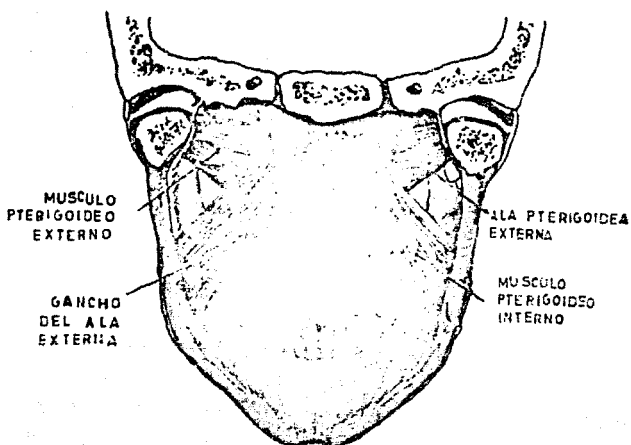
#### Músculos Masticadores.

**Temporal.-** De forma triangular, nace en la fosa del Temporal, tiene tres tipos de haces: anterior, medio y posterior, que se unen en un tendón y descienden entre el arco cigomático y el pterigoideo externo. Se inserta en el vértice y la porción profunda de la apófisis coronoides y en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Se encarga de elevar y dirigir hacia atrás el maxilar inferior.

**Masetero.-** Se dirige de la apófisis Cigomática a la cara externa del ángulo de la mandíbula. Tiene un haz superficial y uno profundo, el primero se inserta -



## MUSCULOS MASTICADORES



en los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático y en el ángulo y borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula. El haz profundo se inserta en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática al borde inferior del cuerpo de la mandíbula, todo esto por su cara externa. Se encarga de elevar el maxilar inferior.

**Pterigoideo Interno.**- Nace de la superficie interna de la apófisis Pterigoides y de la Tuberosidad del maxilar superior, se dirige hacia atrás y afuera, hasta el ángulo de la mandíbula, por su cara interna, formando un cabestrillo con el masetero. Se encarga, junto con éste, de elevar la mandíbula.

**Pterigoideo Interno.**- Posee dos vientres: el primero nace en la superficie externa de la apófisis Pterigoides, el segundo nace de la cara inferior del ala mayor del Esfenoides. Los dos convergen hacia atrás y se insertan en el cuello del cóndilo, por su cara anterior, la cápsula y el menisco de la articulación Temporomandibular. La contracción de uno de ellos produce un movimiento de lateralidad hacia el lado contrario. Si se contraen los dos, se produce un movimiento de protrusión.

#### Músculos Suprahioideos.

**Genihioideo.**- Va de la apófisis Geni a la parte ventral del Hioides y es craneal al milohioideo. Se encarga de traccionar el hioides y el piso de la boca se acorta.

**Milohioideo.**- Craneal al vientre anterior del digástrico, nace en la línea milohioidea del maxilar inferior, desde el tercer molar al mentón y se une en el Rafé medio con el milohioideo del lado contrario. Sus fibras posteriores se insertan en el hioides y forman el piso de la boca. Su contracción produce la elevación del piso de la boca.

**Digástrico.**- Posee dos vientres: El posterior se inserta en la ranura Digástrica del Temporal, y el anterior en la fosita digástrica del maxilar inferior. Ambos vientres unidos por un tendón se insertan en el cuerpo del hioides.

**Estilohioideo.**- Del borde posterior de la raíz de la apófisis Estiloides a la cara superior del asta mayor del hioides.

### Músculos del Paladar.

**Periastafilino Externo.**- Es un músculo triangular que nace del lado externo de la Trompa de Eustaquio hasta la espina del esfenoides, desciende por la fosa pterigoidea, atraviesa el Buccinador, se dobla en ángulo recto para extenderse en la aponeurosis del velo del paladar. Tensiona el velo del paladar.

**Periastafilino Interno.**- Músculo de forma cilíndrica, nace en el lado interno de la porción cartilaginosa de la Trompa de Eustaquio y la zona adyacente del peñasco y se dirige hacia abajo y adentro sobre el borde superior del constrictor superior de la faringe. Se extiende en abanico para insertarse en la cara superior de la faringe. Se extiende en abanico para insertarse en la cara superior de la aponeurosis del velo del paladar. Su función es elevar el velo del paladar.

**Faringoestafilino o Palatofaríngeo.**- Nace de la aponeurosis del velo del paladar y debajo de la mucosa, dirigiéndose hacia afuera y atrás por detrás de la amígdala y por fuera de la aponeurosis faríngea para insertarse en el borde posterior del cartílago tiroideos.

**Glosoestafilino o Palatogloso.**- Nace de la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar, desciende por el pilar anterior del velo del paladar delante de la amígdala para mezclarse con las fibras del Transverso de la Lengua.

**Músculo Acigos de la Uvula.**- Fascículo delgado paralelo al del lado opuesto, está incluido en el paladar blando y se extiende de la espina nasal posterior a la úvula.

### Músculos de la Lengua.

La lengua es una masa compacta móvil que posee, para su estudio, un ápice, un cuerpo y una base. Su parte libre posee dos caras: ventral y dorsal. Formada por 17 músculos: 8 pares y uno impar que es el Lingual superior.

**Geniogloso.**- Músculo en forma de abanico, se inserta en la apófisis Geni superior. Tiene un vientre posterior que se dirige hacia arriba y atrás la lengua y el hioides. El vientre anterior los lleva hacia abajo y atrás. Su contracción total produce presión de la lengua sobre el piso de la boca.

Lingual Inferior.- Situado por fuera del geniogloso, va del asta menor del hioides a la punta de la lengua. Desciende y retrae la lengua.

Hiogloso.- Músculo aplanado, lateral en la lengua. Se inserta en el cuerpo del hioides, cerca del asta menor. Desciende y retrae la lengua.

Estilogloso.- Músculo que va de la apófisis estiloides al borde lateral de la lengua. Ensancha la lengua y la lleva arriba y atrás.

Palatogloso o Glosostafilino.- Músculo elevado, aplanado y débil, se inserta por arriba del velo del paladar en la cara inferior de la aponeurosis palatina. Eleva la lengua y estrecha el Istmo de las Fauces.

Amigdalogloso.- Se inserta en la cara externa de la cápsula amigdalina. Eleva la base de la lengua.

Faringogloso.- Haz constrictor superior de la faringe. Lleva hacia arriba y atrás la lengua.

Músculo Transverso.- Sus fibras transversales van de la cara lateral del septum lingual a la cara profunda de la mucosa del borde lateral de la lengua. Alarga y estrecha la lengua.

Músculo Lingual Superior.- Músculo impar en forma de lámina delgada de 3 haces, dos laterales y uno medio. Los laterales se insertan en el ala menor del hioides. Su acción es bajar y acortar la lengua.

#### Región Labial.

Forma la pared anterior de la cavidad bucal, constituida por los labios y repliegues mucomembranosos a la entrada de la boca. Sus límites son:

Superior.- Extremidad superior del subtabique, borde de las ventanas nasales y surco labiogeniano.

Inferior.- Surco Mentolabial.

Externo.- Surco Labiogeniano.

Sus Planos son:

Piel.- Cubierta por vello y en el labio superior está adherida a la capa -- muscular.

Tejido celular subcutáneo.- De escaso espesor, y en algunas regiones no - - existe.

Capa Muscular.- Músculo Orbicular de los Labios formado por dos porciones,- Semiorbicular superior en el labio superior y el Semiorbicular inferior, en el labio inferior. A este músculo se unen a manera de rayos en una rueda: Mirtiforme (de la fosilla mirtiforme a la eminencia canina), Elevador Común del Ala de la Nariz y del Labio Superior (se inserta en la apófisis ascendente del maxilar superior), Elevador Propio del Labio Superior, Canino (de la fosa canina al agujero - suborbitario), los Cigomáticos Mayor y Menor, el Risorio de Santorini, el Triángulo de los Labios, el Cuadrado del Mentón y el Buccinador.

Capa Glandular.- Se encuentra entre la capa muscular y la mucosa perceptible como pequeñas masas, al palpar la cara interna del labio.

Mucosa Labial.- Cubre la cara interna de los labios y se continúa con la mucosa de la región geniana y de la región gingival. En la línea media forma un repliegue fibroso que se inserta en la línea de soldadura de los dos maxilares, llamado Frenillo Labial.

c) Sistema Oseo.

Los principales huesos, sobre los que tienen repercusión los hábitos son:

Maxilar Superior.- Consiste en un cuerpo hueco, las apófisis piramidal, ascendente y palatina y el borde alveolar. Cuerpo.- En su cara anterior o facial presenta eminencias que corresponden a las raíces de los dientes, la eminencia canina es la mayor, por dentro de ésta queda la fosa mirtiforme y por fuera la fosa canina. Inmediatamente por abajo del borde orbitario está el agujero infraorbitario.

La cara posterior presenta los agujeros dentarios, hacia abajo está la tuberosidad del maxilar. En la parte superior se limita por el borde anterior de la



hendidura esfenomaxilar que la separa de la cara orbitaria. Esta, tiene forma triangular, forma casi todo el suelo de la órbita y presenta el canal infraorbitario.

En el borde alveolar están insertadas las raíces de los dientes, en la parte anterior es delgado y se engruesa hacia atrás para terminar en la tuberosidad del maxilar.

La apófisis piramidal, corta y gruesa, se proyecta hacia afuera para articularse con el malar.

La apófisis palatina, más delgada atrás que adelante constituye tres cuartas partes del paladar óseo, se proyecta desde la unión del cuerpo y del borde alveolar. En la línea media, inmediatamente por detrás de los incisivos, hay un pequeño hundimiento, la fosa incisiva.

La apófisis ascendente, delgada, se eleva entre los huesos propios de la nariz y el unguis, para articularse con la apófisis orbitaria interna del frontal.

El seno maxilar, de forma piramidal, con su vértice dirigido hacia la apófisis piramidal y la base corresponde a la pared externa de la nariz. El piso del seno en su porción más inferior queda un centímetro por abajo del suelo de la nariz, presenta surcos y tabiques y a veces es invadido por las raíces de los dientes.

Mandíbula.- Es un hueso fuerte formado por un cuerpo horizontal en forma de arco gótico, en cuyo vértice queda la barbilla y de cuyos dos extremos se proyectan verticalmente las ramas de la mandíbula.

Cuerpo, en su cara externa, en la línea media se presenta una rugosidad vertical, la sínfisis mentoniana y se ensancha hacia el borde inferior formando una zona triangular, la eminencia mentoniana, en cuyos ángulos basales están los tubérculos mentonianos. Por abajo del espacio interpremolar se observa el agujero mentoniano. La línea oblicua externa parte del tubérculo mentoniano y se continúa hacia atrás con el borde anterior de la rama.

En la porción superior del cuerpo se observan los alveolos o cavidades para los dientes o reborde alveolar.

La cara interna del cuerpo muestra una línea diagonal, la línea oblicua interna o milohioidea, que se borra hacia la porción media del borde inferior. A ambos lados de la sínfisis, por arriba de la línea oblicua se observan las apófisis gení superiores e inferiores.

La rama de la mandíbula es plana, su borde anterior se proyecta en un pico, la apófisis coronoides, el borde posterior inclinado hacia atrás termina en el cóndilo, éste queda separado de la apófisis coronoides por el borde superior cóncavo y delgado llamado escotadura sigmoidea.

Por su cara interna, por arriba de la porción central, el orificio superior del conducto dentario inferior, en dirección oblicua, conduce al agujero dentario inferior. Por delante del orificio superior del conducto dentario, el nervio lingual está adosado al hueso. Una laminilla delgada llamada lín-gu-la o espi-na de Spix cubre al agujero como un escudo.

#### d) Dientes.

Los dientes son órganos duros, pequeños, de color blanco amarillento, dispuestos en forma de arco en ambos maxilares.

Estructuralmente existen tres tejidos duros del diente y uno blando, los duros son esmalte, cemento y dentina, la pulpa es un tejido blando.

El esmalte es de origen ectodérmico y los tres restantes son de origen mesodérmico.

Recubriendo al esmalte y en los primeros momentos de la vida del diente se encuentra la membrana de Nashmith, la cual puede encontrarse antes de que el diente haga oclusión. Tanto el esmalte como el cemento se encuentran en la periferia, el primero en la corona y el segundo en la raíz. Interior a ellos se encuentra la dentina, formando las dos porciones del diente y circunscribiendo una cavidad ocupada por la pulpa.

La dureza del esmalte nos permite soportar las presiones de un trabajo masticatorio. La dentina soporta al esmalte y a su vez gracias a su elasticidad, previene la fractura de sus estructuras. El cemento asegura la constante relación del diente con el hueso en que se aloja. En el interior, la pulpa dentaria es -

portadora de los elementos nutricios del diente y está inervada, factor que provee al diente de sensibilidad.

El diente se aloja en los procesos alveolares de los huesos maxilares por medio de un aparato propio de contención o fijación llamado Ligamento Parodontal.

El color de los dientes va del blanco al blanco amarillento, según la constitución física del individuo y casi sin excepción en los niños, será blanco, -- sin relación alguna con la constitución.

Respecto al tamaño de los dientes, se puede indicar que la amplitud de las coronas guarda cierta relación con la longitud del cuerpo, no siendo así en lo que se refiere a la longitud total del diente.

En cuanto a la forma observaremos varios grupos diferentes entre sí y son: Incisivos, caninos, premolares y molares. Con una diferencia entre la dentadura del niño con la del adulto: para la primera dentición, dentición de leche o dentición decidua tendremos sin excepción, una fórmula de 20 dientes dispuestos en relación de 5 por cada Hemiarcada (incisivo central, lateral, canino, 1°. y 2°. molar). En la segunda dentición, existe una fórmula de 32 dientes, dispuestos en 8 en cada Hemiarcada (incisivo central, lateral, canino, 1°. y 2°. premolar y 1°, 2°. y 3er. molar).

#### e) Parodonto.

Está constituido por la encía, ligamento, cemento y hueso alveolar. La encía está dividida según su constitución en:

Encía Marginal.- Es la encía libre que rodea los dientes a manera de collar y se halla separada de la encía insertada por una depresión lineal poco profunda llamada surco gingival, con una profundidad promedio de 1.8 mm.

Encía Insertada.- Es firme, resiliente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar, por vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar, relativamente laxa, separadas por la unión mucogingival. En lingual, la encía termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. En palatino, la encía insertada del maxilar superior se une imperceptiblemente con la mucosa palatina, igualmente firme y resiliente.

**Encfa Papilar o Interdentaria.-** Ocupa el espacio interproximal debajo del área de contacto, consta de 2 papilas, una vestibular y una lingual, y el col.- Este último es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta al área de contacto. En caso de no existir punto de contacto, la encfa se adhiere firmemente al hueso interdentario formando una superficie lisa y redondeada.

#### Fibras Gingivales.

Son haces de fibras colágenas que tienen como función, mantener la encfa marginal firmemente adosada contra el diente para proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de masticación sin ser separada de la superficie dentaria y unir la encfa marginal libre con el cemento de la raíz y la encfa insertada adyacente. Las fibras se disponen en tres grupos:

a) **Gingivodental.-** Son las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal. Se hallan incluidas en el cemento, en la base del surco gingival. En vestibular y lingual se proyectan en forma de abanico hacia la cresta y la superficie externa de la encfa marginal y terminan cerca del epitelio.

b) **Circular.-** Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encfa marginal e interdentario y rodean al diente a modo de anillo.

c) **Transceptal.-** Situadas interproximalmente, las fibras transceptales forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes vecinos.

La Adherencia Epitelial es una banda a modo de collar que se une al diente por una lámina basal.

El color de la encfa insertada y marginal se describe como rosado coral, producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentaciones. El color también varía según la pigmentación cutánea.

La Mucosa Alveolar es roja, lisa y brillante, esto es, porque el epitelio es más delgado, no queratinizado y no contiene brotes epiteliales con mayor cantidad de vasos sanguíneos.

### Ligamento Parodontal.

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso. Es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

### Fibras Principales.

Los elementos más importantes del ligamento parodontal son las fibras, colágenas, dispuestas en haces que se denominan fibras de Sharpey y se designan según su trayectoria.

a) Trasceptales. Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

b) Crestoalveolar. Se extienden oblicuamente desde el cemento por debajo de la adherencia epitelial, hasta la cresta alveolar. Equilibran el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener el diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

c) Horizontales. Se extienden en ángulo recto respecto al eje longitudinal del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es semejante a la del grupo anterior.

d) Oblicuas. Se extienden desde el cemento en dirección coronaria hacia el hueso. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

e) Apicales. Estas fibras se irradian desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. Si una raíz no es completa, no existe este grupo de fibras.

### Funciones.

Físicas.- Incluye, transmisión de fuerzas oclusales al hueso. Mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales y proveer una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

**Formativas.-** Las células del ligamento parodontal participan en la formación y reabsorción del cemento y del hueso, que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del parodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

**Nutricional.-** El ligamento parodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

**Sensorial.-** La inervación le confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre el diente y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

#### Cemento.

Es un tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la rafe anatómica. Existen dos tipos de cemento: Acelular (primario) y Celular (Secundario). Se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. Hay dos tipos de fibras colágenas; Fibras de Sharpey, porción incluida de las fibras principales del ligamento parodontal. Un segundo grupo de fibras, producidas por cementoblastos que producen substancia fundamental interfibrilar.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular, la mayoría se insertan en la superficie dentaria y penetran en la profundidad del cemento. Se hallan completamente calcificadas por cristales, excepto cerca de la unión amelocementaria, donde la calcificación es parcial.

El cemento celular está menos calcificado, las fibras de Sharpey ocupan una porción menor de cemento celular y están separadas por unas fibras paralelas a la superficie radicular.

Generalmente el cemento se encuentra, cubriendo la mitad coronaria de la rafe, el cemento acelular y la mitad apical, cubierta por el cemento celular.

#### Hueso Alveolar.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. Formado por: pared interna del alveolo, el hueso delgado y compacto llamado hueso

so alveolar (lámina cribiforme), el hueso de sostén, trabeculado (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y lingual de hueso compacto.

Está compuesto de una matriz calcificada con osteocitos, dentro de unas láminas que se extienden dentro de pequeños canales. Estos se encuentran en una matriz intercelular, que lleva oxígeno y alimentos a los osteocitos y elimina -- los productos de desecho.

#### Pared del Alveólo.

Las fibras principales del ligamento parodontal están incluidas dentro del hueso alveolar, donde algunas están calcificadas. La pared del alveólo está formado por hueso laminado y hueso fasciculado que limita el ligamento parodontal.

#### f) Articulación Temporomandibular.

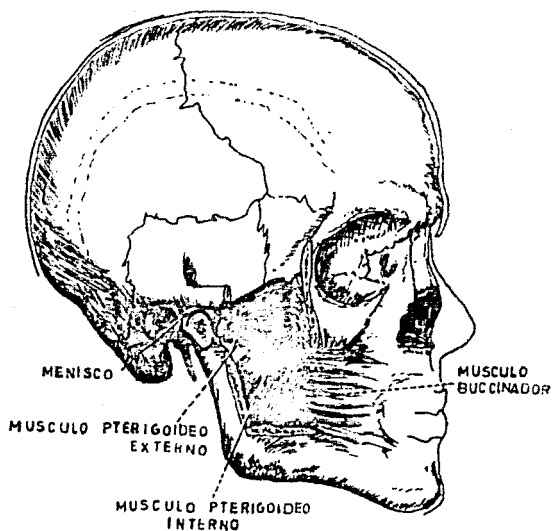
La articulación temporomandibular es considerada como una articulación bicondilea compleja. En este tipo de articulaciones, las diartrosis, las superficies articulares presentan un revestimiento de cartilago hialino. Dividimos los elementos de la articulación para su estudio en: Superficies articulares, medios de unión, y las porciones auxiliares extrínsecas.

#### Superficies Articulares.

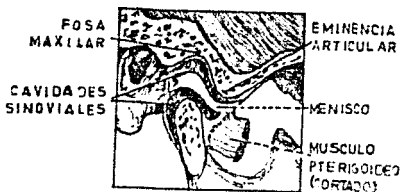
Son la cavidad Glenoidea y el Cóndilo de la Mandíbula.

La Cavidad Glenoidea se localiza en la Escama del Temporal. Es de forma semicircular y se divide en dos partes, una superior y otra inferior, por la Apófisis Cigomática. La superior se relaciona por dentro con las meninges y por fuera con la arteria Temporal Profunda. En la parte inferior se encuentra la Cavidad -- Glenoidea.

La Apófisis Cigomática es un desprendimiento de la porción media de la Escama y forma un canal Cigomático en el cual se insertan las fibras posteriores del Temporal. En su extremo se une con el hueso malar y forman el Arco Cigomático. -- Presenta dos caras, una externa y otra interna, un borde inferior llamado Rafz -- Longitudinal de la Apófisis Cigomática, en la que encontramos dos abultamientos -- llamados Eminencias Articular al anterior y Tubérculo Cigomático Posterior al que



## ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR





se encuentra hacia atrás. Posterior inferiormente al nacimiento de la Apófisis - Cigomática encontramos el hueso Timpánico, unido a ésta por la Cisura de Glasser o Sutura Timpanoescaamosa.

La cavidad presenta tres superficies:

Techo.- Formado por la Eminencia Articular y la porción más profunda.

Pared Interna.- Formada por la superficie plana Subtemporal.

Pared Posterior.- Formada por el Tubérculo Cigomático Posterior.

Y sus límites son:

Anterior.- Eminencia Articular.

Posterior.- Cisura de Glasser.

Externo.- Rafz Longitudinal.

Interno.- Base de la Espina del Esfenoides.

Cóndilo.- Es la superficie Articular de la Mandíbula, tiene la forma de alero, su parte más alta, la Cresta Transversal, divide esta superficie en dos: una anterior y otra posterior.

Medios de unión.

Entre estos encontramos el Menisco, estructura fibrocartilaginosa que posee - dos caras, una superior cóncavo convexa y una inferior cóncava, dos bordes, uno anterior fino y uno posterior grueso, y dos extremidades, una externa más gruesa - que la interna. El menisco divide la articulación en dos porciones, una superior o suprameniscal y una inferior o inframeniscal.

Bolsas Sinoviales.- Estructuras de tejido conjuntivo elástico que contienen en su interior líquido sinovial. Químicamente el líquido sinovial contiene un 92%

de agua, mucina, ácido hialurónico y gran variedad de sales minerales. La función de las bolsas sinoviales es producir el líquido sinovial, y la de éste es lubricar las superficies articulares y los movimientos mandibulares.

**Cápsula Articular.**- Es una estructura de tejido conjuntivo fibroelástico que contiene en su interior los medios articulares. Se inserta por arriba con la eminencia articular, la raíz longitudinal, la cisura de Glasser y la base de la espina del esfenoides (límites de la cavidad glenoidea) y por abajo en el cuello del cóndilo.

**Ligamentos.**- Se dividen en Intrínsecos y Extrínsecos. Los Intrínsecos son:

**Ligamento Lateral externo o Temporomandibular** y va de la raíz Longitudinal al cuello del cóndilo.

**Ligamento Interno o Cápsular** que va de la base de la espina del esfenoides al cuello del cóndilo.

Los Ligamentos Extrínsecos o porciones auxiliares extrínsecas son:

**Ligamento Esfenomandibular**, que va del vértice de la espina del esfenoides a la zona de la Lengua y su función será, limitar los movimientos de lateralidad.

**Ligamento Estilomandibular**, va de la apófisis estiloides al borde posterior de la rama ascendente y limita los movimientos de protrusión.

**Ligamento Pterigomandibular**, va del ganchillo de la apófisis pterigoides a la zona retromolar y limita los movimientos de apertura.

## B) FISILOGIA.

El sistema Estomatognático toma parte en las funciones de masticación, deglución, fonación y respiración y en el ajuste de la expresión facial. La apariencia facial está influenciada por la forma de los maxilares, junto con las posiciones y relaciones oclusales de los dientes.

La respiración y la deglución son funciones innatas, no así la masticación y

la función, que son aprendidas.

a) Masticación.

Es un acto biomecánico caracterizado por llevar a cabo la incisión, desgarramiento, corte y trituración o desmenuzamiento de los alimentos.

**Incisión.-** Comienza con un movimiento de apertura preparatorio, se efectúa con incisivos y caninos si el alimento es llevado con las manos y si es llevado con tenedor, interviene la lengua, poniendo el bocado en posición de incisión. En ésta los dientes anteriores se encuentran borde a borde y los posteriores están separados. Se realiza un movimiento protrusivo que en ocasiones es latero-protrusivo, que ayuda a desmenuzar el bocado, los premolares y molares desocluen por un movimiento de apertura, mientras que los bordes de los incisivos inferiores se deslizan a lo largo de las superficies palatinas de los superiores. La fase final es un movimiento inverso del anterior, es decir, de borde a borde se deslizan la mandíbula hacia atrás y hacia arriba, los bordes incisales se deslizan por las caras palatinas de los incisivos superiores hasta llegar a oclusión centrada. Para desgarrar los alimentos fibrosos se usan los caninos y un movimiento de latero protrusión.

**Corte y Trituración.-** Este es el segundo movimiento masticatorio y se lleva a cabo por la combinación de un movimiento de apertura y otro de rotación lateral. El bolo es llevado al interior de la cavidad bucal por acción de los labios, carrillos y lengua hacia los premolares que lo cortan en porciones pequeñas por medio de sus crestas. El patrón de apertura no es el mismo que el de cierre, ya que éste es inverso al primero, produciendo una gráfica de "Gota de Agua" o "Lágrima".- Al hacer el corte, las cúspides interiores o linguopalatinas se necesitan para ayudar a sostener el alimento en posición para un desmenuzamiento mayor.

Existen tres patrones de masticación que son:

**Unilateral.-** En este el paciente sólo mastica de un lado, ya sea derecho o izquierdo.

**Bilateral Alternado.-** El paciente mastica de un lado y luego del otro.

**Bilateral Simultáneo.-** El paciente divide el alimento y mastica de los dos

lados al mismo tiempo.

La lengua tiene un papel importante en la masticación, cabe aclarar que mueve el alimento hacia una posición correcta de masticación y lo lleva de un lado a otro, obligando a la mandíbula a efectuar una transtrusión.

#### b) Deglución.

Es la segunda etapa de la digestión, denominada como el acto de pasar el bolo alimenticio al esófago a través de la faringe. La deglución, en contraste con la masticación, es un reflejo automático e innato. Este reflejo al igual que la respiración, se presenta desde el nacimiento y guardan un estado de acción continua hasta la muerte.

El aire y el alimento pasan a través de la faringe, por lo que no es posible respirar y deglutir al mismo tiempo, existiendo una coordinación refleja de ambas funciones.

El reflejo de la deglución se realiza dos veces por minuto durante la vigilia y una vez por minuto durante el sueño, lo que nos da un total de 2400 degluciones diarias más las realizadas durante la comida.

Cada vez que se deglute, el arco mandibular se estampa con el arco maxilar y la lengua se adosa al paladar.

Es interesante saber que si se bebe líquido ininterrumpidamente de un vaso o se succiona a través de un tubo, los dientes se mantendrán separados mientras dure la función, por lo tanto, se supone que la mandíbula recibe el soporte necesario por la actividad de los labios.

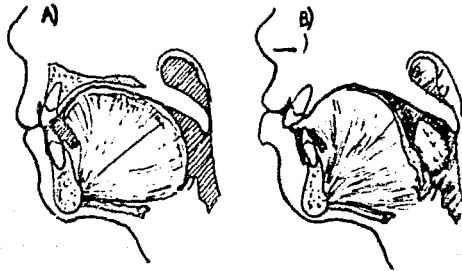
La Deglución consta de tres fases:

1. Bucal. Esta fase es voluntaria, reversible y se realiza al terminar la masticación.

2. Faríngea y

3. Esófágica.

- A) EN LA DEGLUCION NORMAL, LOS DIENTES ESTAN EN CONTACTO LIGERO  
 LOS LABIOS CERRADOS Y EL DORSO DE LA LENGUA ELEVADO HASTA TO  
 CAR LA BOVEDA PALATINA.



- B) EN LA DEGLUCION ANORMAL, LA MANDIBULA CAE, LA LENGUA SE PRO-  
 YECTA HACIA ADELANTE, ALEJANDOSE DE LA REGION FARINGEA. LOS  
 LABIOS SE CIERRAN PARA MANTENER A LA LENGUA EN LA CAVIDAD -  
 BUCAL.

Estas dos son reflejas y automáticas.

Para que se lleve a cabo la deglución debe existir una condición característica: el corte del aire anterior, realizado por labios, lengua, carrillos y dientes. En caso de ingestión continua de líquidos, el corte del aire es realizado por los mismos líquidos. La deglución se inicia al terminarse la masticación, habiéndose preparado el bolo alimenticio, éste, toca las terminaciones nerviosas -- que posee la mucosa faríngea, iniciando la 2a. fase de la deglución. Ya en la faringe, el bolo alimenticio es conducido al esófago por medio de un peristaltismo, donde se inicia la 3a. fase en la que el esófago conduce el bolo a través del mismo, con movimientos peristálticos, a una velocidad de 5 cms. por segundo.

La deglución puede clasificarse en:

1) Deglución vacía típica y atípica.- La primera sirve para humedecer las membranas mucosas orales y faríngeas y, drenar la nasofaringe, también ventilar el oído medio. Durante la deglución, la parte posterior de la lengua es llevada hacia atrás contra la pared faríngea y el paladar blando es levantado para cerrar la cavidad nasal. El hueso Hioides y la faringe se levantan por acción de los -- músculos Suprahioideos, ayudando a cerrar la tráquea. La mandíbula es estabilizada, por los músculos masticadores, contra el maxilar. En la forma atípica, la -- lengua puede ser levantada y presionada contra el paladar, estabilizando la mandíbula contra el maxilar en forma bastante imperfecta. En esta forma atípica, los músculos masticadores no están completamente activos.

2) Deglución de alimentos y líquidos.- En contacto dentario durante la deglución depende de la calidad del acto de masticación previo a la deglución.

c) Fonación.

Se define como la formación de sonido. La fonética es la ciencia de los sonidos de la fonación y su producción. La articulación, fonéticamente hablando, -- es el control de los órganos de la fonación y sus movimientos durante ésta. El -- sistema fono articulador constituido por una serie de órganos que entre otras de sus funciones está la de generar palabras, es un acto dinámico y dirigidos por el cerebro. La fonación y articulación de palabras se hace posible por medio de:

1) Aparato Respiratorio que genera la presión de aire suficiente para ha--

cer vibrar las cuerdas vocales y producir sonido.

2) Laringe, órgano productor del sonido.

3) Cavidades supraglóticas responsables de volúmen, resonancia y articulación de palabras.

Los pulmones, contenidos en la cavidad torácica, suministran el oxígeno al organismo y producen una presión atmosférica conducida a través de la tráquea, para tener como primer impedimento, la laringe donde se encuentran las cuerdas vocales. La laringe es el órgano esencial de la fonación. De número impar. situado en la parte media y anterior del cuello por debajo de el hueso hioides y la lengua a nivel de las últimas vértebras cervicales. Morfológicamente es una pirámide triangular con una cara posterior y dos anteriores laterales, en la unión de éstas se encuentra el cartilago Tiroides (Bocado de Adán), en su cara posterior se encuentra el cartilago Cricoides y hacia arriba y laterales los cartilagos aritenoides.

Límites y fijación.

Superior.- Continuidad con la faringe.

Inferior.- Continuidad con la tráquea, músculos y ligamentos que la sujetan al hioides y parte del torax.

Una vez que la presión de aire hace vibrar las cuerdas produciendo sonido, las cavidades nasales darán el volúmen, el tono estará dado por la forma y dimensiones de la laringe, cavidades nasales, senos maxilares y cavidad oral.

d) Respiración.

El aparato respiratorio está formado por pulmones, tráquea, glotis, faringe y nariz. Este aparato proporciona oxígeno a la sangre y elimina el dióxido de carbono. La finalidad de la respiración es la entrada y salida continua del aire en los alveólos, que mantiene el suministro de oxígeno alveolar y elimina el dióxido de carbono conforme se acumula.

Función de la nariz.- La superficie interna de la nariz es amplia. La ca-

vidad nasal, dividida por un tabique central, tiene en ambos lados unas proyecciones llamadas cornetes. Al penetrar el aire en la nariz, se pone en contacto con toda la superficie interna, donde se calienta y humedece. Los cornetes hacen que el aire forme remolinos y lo obligan a rebotar en muchas direcciones diferentes - antes de pasar por la nariz.

La glotis es el sitio donde la faringe se divide en tráquea y esófago, en -- ella los alimentos se separan del aire, que pasa a la tráquea, mientras que los - alimentos siguen al esófago.

La glótis es regulada por reflejos locales. Cuando una substancia sólida to ca la superficie de la faringe, la epiglótis automáticamente se cierra sobre el orificio de la tráquea, permitiendo que la comida se deslice al esófago. Cuando entra aire en la faringe, la epiglótis permanece abierta y el aire sigue el curso de menor resistencia, pasando a tráquea y pulmones.

La respiración incluye dos actos individuales, inhalación y exhalación, y -- dos diferentes funciones, tomar aire y expeler productos de desecho.

Con la inspiración o inhalación, el pecho se expande y el aire es lanzado a los pulmones. Algo del oxígeno del aire inhalado es tomado por la sangre y utili zado en los procesos químicos del cuerpo.

Con la expiración o exhalación, los pulmones son comprimidos y algo del aire de los pulmones es forzado a través del mismo tubo por el cual entró primero.



### III. ETIOLOGIA

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, ya que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja.

El niño al momento del nacimiento, sufre una conmoción psicobiológica que confiere a la boca un lugar preponderante y singular dentro de su organismo y le ayuda a superar ésta, mediante un mecanismo de succión que le permitirá adaptarse nuevamente con su madre.

Al nacer el niño está dotado de la habilidad de succionar, necesita chupar, satisface con ello no solo sus necesidades de alimentación. De ahí la disposición afectiva de la madre para la lactancia. En ese momento el niño introyecta, junto con el alimento, la imagen de lo que significa la relación con ella. Sin embargo, influyen mucho la manera de darlo, el calor, el cariño que acompañan a la madre, ya que significará menos frustración, que el pecho dado friamente.

La capacidad de succionar le sirve como medio de autoconservación, pues sin la posibilidad de tomar los alimentos en forma líquida, el niño sucumbiría por inanición. La succión de los líquidos es fundamental para su existencia.

El niño aprende a succionar antes de ver o localizar un sonido. Cuando se le da un juguete lo lleva hasta la boca y por la succión adquiere una percepción del objeto.

El infante aprende que este hábito de succión es el que proporciona el alimento y la sensación placentera de sentir el estomago saciado y un deseo de dormir.

Cuando el pecho o la mamadera no están a su alcance, el niño aprende a obtener la misma satisfacción placentera por la succión de sus dedos. La zona de la boca es una de las áreas más precoces de obtención de placer.

Un hábito es una costumbre fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se hace menos consciente, y si se repite lo suficientemente a menudo, puede ser relegado al inconsciente.

Los hábitos pueden ser compulsivos y no compulsivos:

#### HABITOS NO COMPULSIVOS.

Los hábitos placenteros no impulsados emocionalmente, no suelen ser perjudiciales para el individuo. Sirve de liberación o escape para la tensión, que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad.

Todos estos hábitos inócuos, inofensivos, son todos liberadores normales de tensión, necesarios como amortiguadores para el individuo que ha de alcanzar la madurez emocional normal.

#### SUCCION COMPULSIVA.

En algunas ocasiones se observa un niño que ya en la edad escolar aún se succiona el pulgar u otros dedos. Estos están en su boca muchas veces durante el día y los succiona con gran vigor y fuerza sin tener en cuenta la ocasión.

Cuando el hábito se hace compulsivo y se prolonga más allá de la edad en que suele dejarse la succión del pulgar u otros dedos como fuente de placer, es posible suponer que la succión satisface una necesidad definida que puede haber sido engendrada por una frustración presente o pasada.

El hábito es, entonces, una forma de expresar su aislamiento del mundo exterior, su volverse a sí mismo, un refugiarse en su vida de fantasía, una posición autista, una regresión.

El niño al cual se castiga constantemente por succionarse los dedos, puede generar una fijación como medio de regresión a sus experiencias pasadas.

En ocasiones el niño utiliza el hábito como una forma de llamar la atención de su madre.

El chupeteo compulsivo en épocas posteriores a la succión normal es considerado como síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y una forma de buscar el equilibrio psíquico interno, dominando la ansiedad. En esos niños se comprueba la insatisfacción de las necesidades afectivas en la relación con los padres. De tal forma, reaparece el hábito como una forma de conducta que le permite sobre un clima de carencia emocional...reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión y dar placer a su propio cuerpo.

El niño en edad escolar que aún prosigue succionándose compulsivamente, está utilizando esta regresión como una liberación subconsciente de la realidad y su succión puede ser el índice de una inmadurez emocional y de la necesidad de un auxilio.

Los padres suelen emprender por sí mismos la tarea de romper el hábito de succión del pulgar, valiéndose de la fuerza o de los castigos. Esto hace que el hábito se fije. El niño se succionará con más fuerza, pero en vez de hacerlo a la vista, se esconderá en algún rincón y engendrará sentimientos de culpa, que se agregarán a su ya recargado desarrollo emocional.

Si uno suprime un hábito, emocionalmente necesario, por la fuerza, el niño suele generar otro, quizá más pernicioso y destructor de personalidad.

Cabe mencionar que al intentar suprimir el hábito, debemos tomar en cuenta los efectos laterales que se pueden producir, como son: mayor hostilidad y mayor sentimiento de culpa con respecto a sus malos impulsos.

Entre los métodos que producen estos efectos, tenemos: amenazas, substancias de sabores repelentes, la utilización del ridículo, castigos, sobornos, etc.

#### IV. D I A G N O S T I C O

Aunque el dentista es frecuentemente el primero y ocasionalmente el único, - consultado en estos casos, los hábitos orales rara vez son problemas dentales.

Es la obligación del dentista, sin embargo, buscar evidencia del hábito, procurar determinar la causa, describir las posibles consecuencias y en casos selectos, procurar ayudar al niño en el vencimiento del hábito.

Una historia cuidadosa ha sido completada en una tentativa para conocer la - causa.

Hablando al niño y a los padres, el dentista puede usualmente determinar si el hábito es relacionado a un problema de alimentación temprana y es ahora conducido como un hábito vicio, es adquirido en imitación de otra persona o es el resultado de un problema emocional complejo.

La modificación de un cuestionario recomendado por Graber ha sido invaluable en desarrollar un patrón de eventos que llevan al desarrollo de un hábito.

Los hábitos orales son frecuentemente una manifestación de la inseguridad o malajuste del niño. El niño puede tener miedos extraordinarios, tales como: miedo al cuchillo, miedo de separación de los padres ó miedo de animales o insectos. La historia, seguido revelará dificultades en el entrenamiento del baño, algunos niños continúan mojando la cama varios años después de empezar la escuela, tales cosas como mala voluntad para entrar en actividad de grupo pueden ser obtenidos - en la historia. Conflictos en el hogar pueden también ser relacionados al hábito y a otros problemas de ajuste emocional normal.

El problema de los hábitos orales, algunas veces, puede no ser un síntoma -- aislado, sólo, pero, puede ser uno de varios síntomas relacionados a conflictos e inestabilidad emocional resultando de una serie de eventos pasados.

Los aparatos correctivos para hábitos orales son indicados sólo cuando puede ser determinado que el niño quiere abandonar el hábito y necesita sólo un recordatorio para completar el tratamiento.

El uso indiscriminado de aparatos rompe-hábitos, cuando el hábito es el resultado de un problema emocional profundo, pueden resultar en una serie de reacciones indeseables. En suma, nuevos síntomas drásticos, tales como terrores nocturnos, desórdenes del habla, rechazo a los alimentos sólidos, violencia e irritabilidad son observados.

Aparatos enteramente diferentes han sido practicados por algunos dentistas, cuando es evidente que el niño quiere abandonar el hábito. Estos aparatos envuelven cooperación por los padres y su consentimiento para romper el hábito y no hacer mención de él al niño. En una conversación privada con el niño, el dentista discute el problema y sus efectos. El niño es interrogado para mantener un record diario sobre un kardex, de cada vez que realiza el hábito y llamar al dentista cada semana para reportar su progreso de romper el hábito. En un período de una semana, una disminución en el número de veces que el hábito es practicado, es evidencia de que el niño eventualmente abandonará el hábito.

## HISTORIA CLINICA

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo de Hábito: \_\_\_\_\_

Alimentación durante la infancia: \_\_\_\_\_

a) Pecho \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Quando pasó a botella: \_\_\_\_\_

b) Botella \_\_\_\_\_ ¿Cuándo pasó a taza? \_\_\_\_\_

Hábitos al dormir: \_\_\_\_\_

a) Siesta de día, regularidad, duración, etc. \_\_\_\_\_

b) En la noche, número de horas, frecuencia de interrupción, profundidad, etc. \_\_\_\_\_

Miedos extraordinarios: \_\_\_\_\_

Hábitos de baño y entrenamiento: \_\_\_\_\_

Hábitos de comer: \_\_\_\_\_

Condiciones en casa: \_\_\_\_\_

a) Medios Hermanos, número y edad: \_\_\_\_\_

b) Temperamento de la madre: \_\_\_\_\_

c) Temperamento del padre: \_\_\_\_\_

d) Otras personas en la familia: \_\_\_\_\_

e) Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

f) Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ajuste escolar: \_\_\_\_\_

a) Dificultades sociales: \_\_\_\_\_

b) Hábitos al jugar: \_\_\_\_\_

c) Dificultades escolares: \_\_\_\_\_

Salud general del niño: \_\_\_\_\_

a) Enfermedades de la niñez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Número de resfriados y dolencias menores anuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Cuando se enferma el niño, en invierno, en verano o todo el año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Respuestas bajo stress: \_\_\_\_\_

A que edad empezó el hábito? \_\_\_\_\_

Ha sido continuo desde entonces? \_\_\_\_\_

a) De día, de noche o ambos? \_\_\_\_\_

b) Durante la televisión? \_\_\_\_\_

c) Frecuencia, persistencia, intensidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qué métodos han sido empleados para parar el hábito? \_\_\_\_\_

Ha sido regañado acerca del hábito por la familia o por extraños? \_\_\_\_\_

Hábitos similares o historia de hábitos en otros elementos de la familia: \_\_\_\_\_

Actitud para con la terapia: \_\_\_\_\_

a) Quiere el niño abandonar el hábito? \_\_\_\_\_

b) Quieren los padres un aparato construido? \_\_\_\_\_

c) Conoce el niño el propósito de la visita? \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



## V. TRATAMIENTO

### A) HABITOS DE SUCCION.

La succión digital es parte de un patrón de conducta normal de un niño pequeño, generalmente desaparece a los dos años, estimula las estructuras bucales y no se considera como hábito lesivo.

Esta actividad indica que el niño está hambriento, aburrido, fatigado o como consuelo después de un regaño.

De los 2 a los 5 años, señala una tendencia a la regresión, excepto si lo practica durante periodos cortos de tiempo para aliviar la tensión.

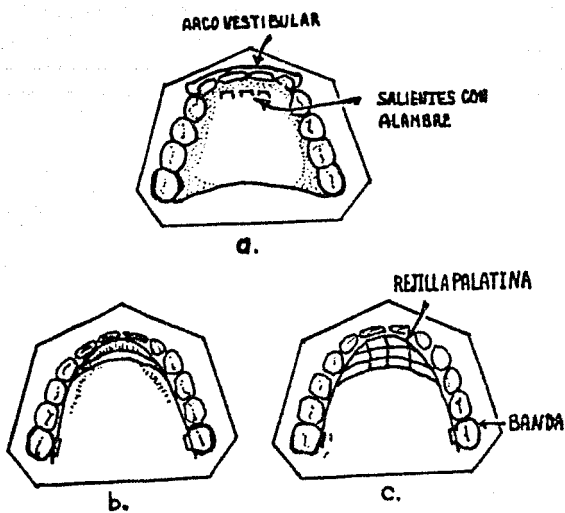
El tipo de hábito puede variar de una simple succión del pulgar o dedo, hasta una combinación de la succión, acompañada por la presión firme de otros dedos contra los dientes inferiores en dirección lingual. En algunos casos se invierte la mano y la mandíbula es tomada por los dedos.

La intensidad de la succión es variable. Puede ser la sola introducción del dedo en la boca o succionar con tal fuerza que el ruido se escuche en la habitación contigua.

El hábito de succión puede acompañarse de otros llamados hábitos accesorios como estirar un mechón de pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice o dar tirones al lóbulo de la oreja.

Un niño succionador de 4 a 6 años de edad, puede deformar la zona premaxilar, por acción de los músculos, hasta el punto de crear una protrusión anterior, el labio inferior se coloca por debajo de los bordes incisales de los incisivos superiores, lo cual produce una fuerza adicional hacia adelante. Por otra parte, una mordida abierta propicia el desarrollo de un patrón de deglución con proyección lingual o la exacerbación de una proyección lingual.

Una succión intensa produce la contracción de los músculos buccinadores que puede causar la estrechez de los arcos dentarios y un crecimiento inadecuado del



a. REJILLA REMOVIBLE DE ALAMBRE Y ACRILICO USADA  
COMO RECORDATORIO.

b. REJILLA FIJA PARA INTERFERIR LA SUCCION.

c. REJILLA FIJA MODIFICADA EN CASOS DE  
SUCCION COMPULSIVA.

hueso alveolar en sentido transversal, apiñamiento e inclinación lingual de los dientes posteriores.

Esto es que, el peso de la mano fuerza a la mandíbula a adoptar una posición de retrusión. Los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua se mantiene contra el paladar. El labio superior se vuelve hipotónico, mientras que el inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores.

Una conversación detenida con el niño o sus padres proporcionará un cuadro más claro con respecto al papel que desempeña el hábito en la formación de una protrusión o mordida abierta anterior, así como la fuerza empleada.

Es mucho más efectivo el manejo del hábito de succión del pulgar por prevención. El momento de prestar atención a la succión del pulgar, es cuando el bebé intenta hacerlo por primera vez, ya sea inmediatamente después de alimentarse o cuando succiona con insistencia durante intervalos, es conveniente reducir el tamaño de la perforación del biberón o acortar los intervalos entre comidas.

Se considera que el uso moderado del chupón es menos perjudicial que la succión del dedo y el niño lo abandona más pronto.

Los métodos correctivos que emplean castigos, tales como atarles las mangas, ponerles substancias amargas en los dedos o burlarse de ellos, son ineficaces y tienden a fijar aún más el hábito. La mejor terapéutica es la educación y comprensión de los padres.

## B) HABITO DE MAMILA.

En el último siglo, Jacobi, uno de los primeros pediatras americanos, describió una gran destrucción de los dientes de los infantes y niños pequeños. En este siglo, especialmente durante los últimos 25 años, reportes de gran cantidad de caries en infantes y niños en edad pre-escolar, han aparecido en la literatura -- dental de varios países.

En todos los reportes, la distribución de caries en los dientes de niños -- afectados, es similar y describe la condición alimenticia, hábitos de succión que persisten más allá de los 12 meses de edad.

Este tipo de afección, la caries rampante, ha sido llamada "Síndrome de Mamila", Caries de biberón, ya que se ha relacionado con el uso prolongado de la botella alimentadora, más allá del período normal de uso. Este mismo síndrome, se ha visto también en niños que succionan chupón embarrado con miel y en niños cuyas -- madres les atribuyen un régimen prolongado de alimentación de pecho.

### Agentes etiológicos.

Leche bovina y fórmulas de leche.- Contienen carbohidratos lactosos. Estudios de laboratorio han demostrado que la lactosa, disacáridos compuestos de glucosa y galactosa, realzan la implantación oral de bacterias cariogénicas en animales, producen caries dental cuando se alimenta a los animales y producen descalcificación en el esmalte de los dientes, cuando actúan por una bacteria. La leche bovina y las fórmulas de leche son así implicadas en el hábito de mamila, en virtud de su contenido lactoso. Sin embargo, bajo condiciones de dieta habitual, la leche probablemente no conduce a la caries. De hecho, algunos estudios de laboratorio han demostrado que la leche de bovino contiene sustancias que pueden actuar para prevenir la caries dental. De tal forma, uno no puede condenar tan radicalmente un producto dietético que es tan esencial para el crecimiento y desarrollo normal de infantes y niños.

Jugos de fruta y otros líquidos dulces.- Muchos reportes han indicado que -- el contenido de la mamila por la noche, no era frecuentemente solo leche, sino -- que, de hecho, la leche había sido endulzada con otros azúcares como azúcar de mesa (sacarosa) o miel (mezcla de glucosa-fructuosa), fórmulas vitamínicas, etc. En otros reportes, la leche fue completamente reemplazada por jugos de fruta, tales

como el jugo de manzana que es capaz de desgastar el esmalte de los dientes a causa de su pH ácido.

- Leche Humana.- Especialmente llamativos, son los más recientes reportes de casos de caries rampante en pequeños con alimentación de pecho. ¿Que es después de todo, lo más natural y conductivo al bienestar de un infante, que el alimento de pecho? Los avocados a esta práctica están animando a las madres a alimentar de pecho al niño más allá del año. Así, niños de 2 y 3 años de edad, siguen siendo alimentados de pecho. La leche humana contiene un más alto porcentaje de lactosa que la leche comercial de bovino o la leche en fórmulas. El hábito de alimento frecuente y prolongado a veces por años, establece los prerequisites para la iniciación del síndrome de mamila. En estos casos, el hábito no involucra la botella de leche, pero sí al pecho materno.

Chupones endulzados.- Puede ser igual de dañoso, succionar un chupón endulzado con un agente promotor de la caries. Lo favorito de las madres, es el uso desde el nacimiento, del chupón embarrado con miel. En dos casos de niños americanos, a los cuales les fue permitido succionar un chupón endulzado con miel, los resultados fueron los mismos a los antes descritos, en los cuales, los incisivos superiores fueron afectados, mientras que los incisivos inferiores quedaron intactos.

#### Apariencia clínica de la caries de biberón.

Existe un patrón distintivo de la caries de biberón, lo cual permite al profesional, diagnosticar rápidamente la condición. Los cuatro dientes anteriores superiores son más afectados, mientras que los cuatro dientes anteriores inferiores, frecuentemente no exhiben daños. Los otros dientes primarios, los caninos y los molares, pueden exhibir alguna afección, pero usualmente no son tan severamente afectados como los incisivos superiores. Pueden, éstos, desarrollar inicialmente una banda blanca de descalcificación a lo largo de la línea de la encía, -- que no es detectada por los padres, sin embargo, mientras el proceso progresa, -- las lesiones blancas se desarrollan a caféoscuro o collares negros de caries que ciñen el cuello de los dientes. En casos avanzados, los cuatro incisivos superiores pueden ser destruidos, dejando como secuela una raíz con caries o "raigón". Inversamente los cuatro incisivos inferiores, usualmente no son afectados. En el mismo niño, los incisivos superiores severamente careados, en contraste con los incisivos inferiores normales, es un signo característico y distintivo del "Sin--

drome de Mamila".

#### Explicación del patrón de la caries.

Las razones de la distribución peculiar y la variable severidad de la caries en diferentes dientes en el mismo niño, se debe a tres factores:

- a) El patrón de erupción de los dientes primarios.
- b) La duración de los hábitos de chupar.
- c) El patrón muscular de succión en infantes.

Los incisivos primarios usualmente salen al año, los primeros molares y caninos a los dos años y los segundos molares a los tres años. Por lo que un delecto hábito oral que está presente desde el nacimiento va a afectar más a los incisivos que a cualquier otro diente. La continuación del hábito va a implicar por último todos los demás dientes en secuencia de erupción. Esto es, si se descontinúa el hábito antes de los dos años, los últimos dientes que erupcionan serán - - afectados levemente.

Durante el periodo de hábito de succión, el pezón natural o artificial queda contra el paladar, mientras que la lengua queda sobre los dientes inferiores. El líquido del pecho de la madre o de la mamila, puede bañar todos los dientes excepto los incisivos inferiores, los cuales son físicamente protegidos por la lengua. Si el niño se queda dormido con el pezón en su boca, el líquido se regará contra los incisivos superiores. Si el líquido contiene carbohidrato fermentado, éste podrá actuar por la bacteria oral, resultando en la producción de los ácidos que disuelven los tejidos del diente. Así, los incisivos superiores son más destruidos, mientras que los incisivos inferiores, los cuales están protegidos por la lengua y también por la saliva de las glándulas salivales, quedan a salvo.

Mientras el niño, alternativamente, duerme y chupa, se queda un poco de líquido estancado, alrededor de los dientes, el proceso de descalcificación continúa, disminuye el flujo salival durante el sueño y ayuda al daño de los dientes. La continuación del hábito de chupar, ya sea de día o de noche, por varios meses, deja la imagen clínica de la caries por alimento de botella.

El Síndrome de Mamila, puede ser prevenido a través de un programa educacional a los nuevos padres. La prevención es particularmente aplicable en niños pe-

queños. Una condición oral saludable, promueve buena nutrición, un estado saludable y un crecimiento normal.

### C) PROYECCION LINGUAL.

La lengua es una fuerza activa en el desarrollo y conservación de la posición dentaria normal. A la inspección se puede determinar si la lengua es grande, pequeña o de tamaño mediano en relación con la dimensión de los arcos dentarios. La tonicidad de la lengua se distingue por palpación.

La función fundamental de la lengua es participar en la deglución. Normalmente el extremo de la lengua se coloca sobre las rugas palatinas, los labios se cierran para sellar la cavidad bucal y los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para la contracción de los músculos de la deglución. En el patrón 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, esto causa la protrusión, impide la erupción y posiblemente cause la intrusión de los dientes.

Este hábito, a menudo, queda como residuo del chupeteo del algún dedo o puede ser causado por amígdalas hipertróficas o hipersensibles. Si las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas, esto produce dolor y por un movimiento reflejo, la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos movimientos de la deglución.

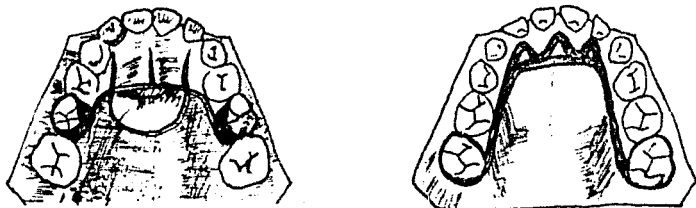
Algunos individuos presionan con fuerza su lengua contra la superficie lingual de los dientes, como expresión de tensión emocional o gratificación.

Otros pacientes aprietan repetidamente la lengua con los incisivos, premolares y molares y la presionan con suavidad durante períodos prolongados. Estos hábitos de morder los bordes anteriores y laterales de la lengua afectan los dientes anteriores, los premolares y aún los molares, después de dar por resultado una mordida abierta unilateral o bilateral.

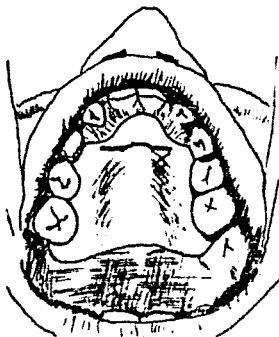
Ocasionalmente ciertas irregularidades en la anatomía o posición de los dientes provoca que el paciente los toque constantemente con la lengua. Con la eliminación de estas irregularidades se promueve la eliminación del hábito.

Otra actividad de la lengua es el acto de lamerse los labios, carrillos o





A



- a) Trampa lingual, sostenida en bandas sobre los molares y unidas, éstas - entre sí por un arco de alambre, sobre el cual se soldan unos punzones. Aparato Traumático.
- b) Trampa lingual, sostenida por medio de bandas en los los. molares secundarios. Un arco en forma de herradura, en el que al nivel de caninos - se soldan unos rizados hechos de alambre.
- c) Trampa lingual removible. Paladar Acrílico sostenido por medio de ganchos circulares en los molares, y a nivel de caninos unos rizados, que impiden la salida de la lengua entre los dientes.

dientes durante el habla o antes de la deglución. Este acto puede observarse durante la conversación con el paciente.

Los pacientes que poseen una lengua grande, vigorosa, el empuje de ésta presiona vestibularmente contra los incisivos en el arco y produce una mordida abierta extensa.

En otros pacientes se observan espacios entre todos los dientes en arcos -- grandes sin mordidas abiertas, los bordes de la lengua son festoneados con la -- forma de los espacios interdientales.

El empuje lingual es un reflejo, por lo tanto, es más difícil de cambiar, - pero si el paciente está suficientemente motivado, podemos reeducarlo y eliminar el hábito. En pacientes niños mayores de seis años, en la etapa puberal o adolescencia los ejercicios musculares y la corrección en el acto de tragar, son eficaces, cuando existe ceceo.

Otro método eficaz es la colocación de una canastilla de alambre adherida a un arco palatino con bandas en los molares para fijación. Este aparato controla a la lengua y le impide su protrusión contra los incisivos.

#### D) MORDER LABIO Y CARRILLOS (QUEILOFAGIA).

El hábito de labio puede observarse aislado o acompañando a la succión del dedo. Se caracteriza por la aplicación de una fuerza vestibular contra los incisivos inferiores y una intensa fuerza vestibular contra los incisivos superiores. Generalmente se trata del labio inferior, éste se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de éstos, a menudo una mordida abierta y ocasionalmente linguoversión de los incisivos inferiores.

La contracción excesiva del labio inferior, contribuye al apiñamiento de los incisivos inferiores y al desarrollo de la protrusión superior.

Los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción.

Generalmente se presenta en la edad escolar, cuando el niño posee ya juicio, que nos permite solicitar su cooperación para lograr el abandono del hábito.

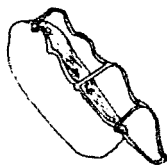
Si existe protrusión, es necesario corregir el hábito lo antes posible, tratando de ganar la buena voluntad y cooperación del niño.

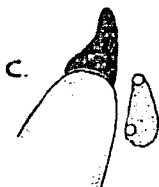
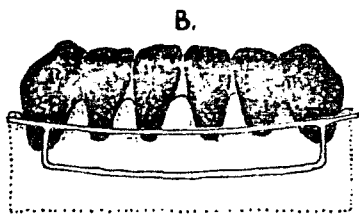
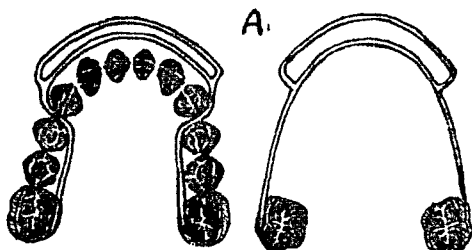
Este hábito se practica de manera unilateral y puede estar asociado con la succión o mordisqueo del carrillo de ese sector.

Los castigos son considerados contraproducentes. La terapéutica muscular es la más eficaz y consiste en ejercicios labiales.

La colocación de aparatos que impidan la introducción del labio o carrillo entre los dientes es de gran ayuda.

CRIDA REMOVIBLE  
PARA HABITO DE  
MORDEDURA DE  
CARRILLOS





- A. "LIP BUMPER". Aparato fijo sostenido sobre los molares permanentes. En la zona anterior se construye un esqueleto de alambre recubierto con acrílico.
- B. Detalles labiales del esqueleto de alambre.
- C. Esqueleto recubierto con acrílico.

## EJERCICIOS MUSCULARES

### Ejercicio masetero-temporal.

Consiste en la contracción y relajación alternadas de los músculos masetero y temporal con la mandíbula en oclusión céntrica, tres o cuatro veces al día, aumentando de diez a cincuenta paulatinamente.

### Ejercicios de lengua.

Se coloca la lengua contra la papila palatina anterior, y el paciente deglute, diez veces el primer día y se aumenta a cincuenta lentamente.

### Ejercicios tónicos generales.

Con los dientes ocluidos, se fuerza una solución salina tibia a través de los espacios interproximales, desde el vestíbulo hacia el interior de la boca y de vuelta al vestíbulo, hasta que se produzca fatiga muscular. Se repite cinco o seis veces cada mañana y noche. Fortalece los músculos de labios y mejillas.

### Ejercicios de los músculos orbicular del mentón.

Un modo de ejercitar los músculos orbiculares consiste en hacer tener al paciente el ángulo de una pequeña tarjeta entre los labios, apretándola como si se pronunciara la letra "p". Los labios se relajan y contraen alternativamente. Se comienza con veinte contracciones hasta aumentar a cincuenta.

Un ejercicio adicional para los labios es la pronunciación repetida forzada de la letra "p" como en las palabras: pipa, pepe, pipo, pedro, etc. Estos ejercicios tienen valor solamente si se los practica regular y conscientemente. El dentista debe transmitir al paciente la sensación de que ésta es una parte esencial del tratamiento y resulta eficaz.

## E) RESPIRACION BUCAL.

La respiración bucal ejerce un influjo desfavorable sobre el desarrollo de la posición de los dientes, de la articulación e incluso de la plasmación del -- perfil, conduce con frecuencia a enfermedades por enfriamiento. Se señala como causa de la respiración bucal, una hipertrofia amigdalara, la cual produce un obs-- táculo para la respiración nasal normal.

La respiración bucal es la consecuencia de un mal hábito, cuyo origen, se -- remonta probablemente a un coriza muy prolongado.

Las consecuencias de la respiración bucal son: la deficiente oclusión la- -- bial conduce a una hipoplasia de la musculatura labial, especialmente del muscu- lo orbicular. El labio superior queda flácido e hipotónico, falta la hendidura bucal horizontal normal, el rojo de los labios está seco y agrietado, por lo tan- to, los dientes frontales se desplazan en una típica posición de protrusión. El maxilar se hunde hacia abajo y atrás, la lengua no puede descansar normalmente -- sobre el tercio anterior del paladar, por seguir el movimiento del maxilar.

Falta el estímulo funcional de la lengua sobre el maxilar superior que am- -- plifa el paladar y la arcada dentaria superior.

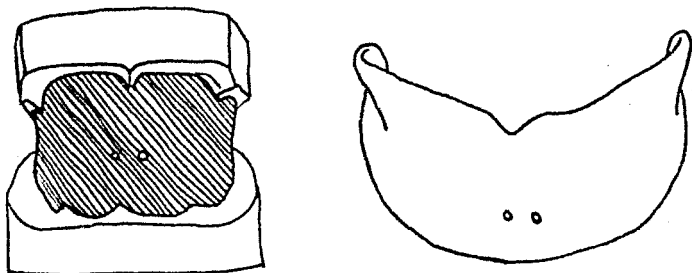
La mejilla presiona con mayor tensión sobre los dientes laterales, lo que -- produce estrechez del maxilar superior denominada compresión del maxilar.

La sequedad de las partes marginales de la encía conduce a menudo a una gin- -- givitis crónica y constituye con ello el principio de una lesión parodontal.

La deficiente autolimpieza funcional masticatoria y la sequedad facilitan -- la formación de exudados que se adhieren firmemente, determinante de una descal- cificación del esmalte y de una caries superficial muy difíciles de tratar.

Si la respiración bucal es de origen obstructivo se remite al otorrinolarín- -- gólogo. Si es de origen habitual un método eficaz, que practicará el paidodon-- cista es colocar una pantalla bucal que sólo permite la respiración nasal y com- pletándolo con ejercicios de respiración.

## CONSTRUCCION DE UNA PANTALLA BUCAL



Se obtienen los modelos superior e inferior. Se montan en articulador de bisagra. Se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención, dejando una superficie contfnua entre el modelo superior e inferior.

Se diseña la pantalla, siguiendo el contorno de la línea mucogingival, 2 o 3 mm. antes de fondo de saco, extendiéndose hasta caninos o primeros o segundos premolares.

Se bardea con cera negra el contorno, se coloca acrílico de autopolimeriza---ción dentro del borde, dejando una superficie tersa.

Se hacen dos pequeños agujeros entre los incisivos centrales superiores o inferiores.

Se pule.

## F) BRUXISMO.

Los hábitos de bruxismo y apretamiento producen destrucción del parodonto y migración dentaria.

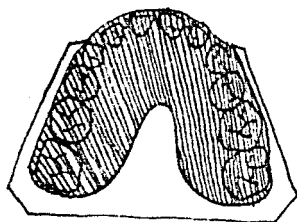
En el bruxismo, la mandíbula se mueve de un lado a otro o en sentido antero posterior. Los dientes contactan con fuerza considerable durante todo el movimiento.

Frecuentemente se escucha un rechinado que se realiza durante el sueño.

En el hábito de apretamiento hay un movimiento muy pequeño de la mandíbula. Los dientes se cierran con fuerza y permanecen así, presionan sobre uno o varios puntos prematuros de contacto en relación céntrica. Las fuerzas aplicadas son mayores que las utilizadas en la masticación y su duración es más prolongada. En la mayoría de los casos con hábitos de apretamiento o bruxismo se presentan más migraciones como resultado de fuerzas excesivas.

La tensión emocional se considera la causa básica de estos hábitos.

Los puntos prematuros de contacto se convierten en focos de hábitos de -- bruxismo.

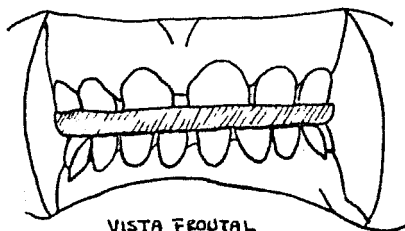


VISTA OCLUSAL

GUARDA NOCTURNA



## TRATAMIENTO DEL HABITO DE BRUXISMO



### GUARDA NOCTURNA EN ACRILICO

Las fuerzas aplicadas en el bruxismo, llevan a una migración mesial de los dientes, y los dientes posteriores se pueden intruir por el hábito, con el consiguiente aumento del entrecruzamiento de la zona anterior.

Hay varios caminos para reducir el efecto de estos hábitos:

1. Corrección de contactos prematuros en relación céntrica, que impiden un cierre armonioso de los dientes.
2. Eliminación de inflamación gingival y periodontal que suele causar una ligera sensación de escozor que es aliviada por rechinar o apretamiento.
3. Sugestión al paciente del gran daño que se causa a sí mismo con la prosecución de ese hábito.
4. Autosugestión. El paciente repite "Labios juntos, dientes separados" o "Me despertaré si rechino los dientes".
5. Tratamiento de la tensión nerviosa. Estos hábitos son por lo general la expresión de tensión emocional y en casos graves fueron derivados al psiquiatra.
6. Cambio de hábitos de dormir. De espaldas, de cabeza hacia atrás, ésta

posición impide el rechimiento.

7. El uso de guardas nocturnas de acrílico. Se puede confeccionar una -- guarda de acrílico para recubrir las superficies oclusales de los dientes supe-- riores con una superficie lisa para que ocluyan los dientes inferiores.

El aparato puede tener un paladar entero o ser una herradura que cubra el - paladar alrededor de un tercio de centímetro a partir del margen gingival. Se - extiende hasta cubrir aproximadamente una tercera parte de la superficie vestibular de todos los dientes. En la zona molar, el espesor del acrílico no debe ser mayor de un milímetro. Como los dientes contactan con él, su espesor es algo ma yor en la zona premolar y anterior. No es aconsejable separar los maxilares más allá de la posición de reposo. Es necesario observar periódicamente estos aparatos, porque es posible que ocurran cambios oclusales indeseables.

### G) HABITOS DE POSTURA.

Son aquellos que provocan una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Aquellos que llevan la mandíbula hacia adelante y las posturas incorrectas al dormir.

Durante el descanso se cambia de postura con frecuencia, produce influencias perniciosas, cuando es ejecutado con intensidad y duración. Se produce una deformación del segmento bucal del maxilar. No es frecuente la deformación de la mandíbula porque tiene movimiento.

Los malos hábitos al dormir se presentan generalmente en los niños en edad pre-escolar.

Una postura típica de la cabeza al dormir puede ser una inclinación ventral o una flexión dorsal.

Algunos niños se enrollan durante el sueño en posición lateral, la cabeza se inclina hacia el pecho, el maxilar inferior es empujado forzosamente hacia adelante.

Otros niños duermen en posición decúbito supino o lateral con la cabeza echada hacia atrás. Los músculos del piso de la boca se ponen tensos y tiran del maxilar inferior en dirección posterior lo cual produce una hipoplasia del maxilar y su posición distal.

El hábito mandibular es resultado directo del dolor, pero el hábito de dormir sobre el estómago se produce porque el padre coloca al niño en esa posición para ayudar a la eliminación del dolor. Dormir sobre el estómago produce considerable fuerza sobre la cara y si coloca una mano o el brazo debajo de su cabeza -- ejerce una presión adicional indebida.

Una dieta adecuada prevendrá este tipo de hábito.

Mantener constantemente a un niño pequeño en decúbito, sobre una superficie dura y plana puede aplanar el occipucio o producir asimetría facial. Para evitar malas posiciones durante el dormir debe enseñarse al niño a hacerlo en varias posiciones y darle vuelta ocasionalmente si tiende a quedarse demasiado en alguna -

de ellas.

Un colchón firme le permitirá cambiar su propia posición con más facilidad.

#### H) MORDER LAS UÑAS (ONICOFAGIA).

Frecuentemente el niño pasará de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Es un hábito frecuente en los niños y jóvenes que no presenta efectos perniciosos en la dentición, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder -- las uñas son similares a las del proceso de masticación, sin embargo, ciertos casos en que permanecían impurezas debajo de las uñas de los pacientes que realizaban el hábito, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia la tensión.

La terapéutica a base de castigos es contraproducente. Ya que el hábito ha sido adquirido como una ayuda para aliviar la tensión interior, la educación de los padres junto con su acercamiento espiritual es el mejor tratamiento.

## I) OTROS.

Morder objetos.

El mordisqueo o chupeteo habitual de lápices, chupones y otros objetos duros puede ser tan dañino al crecimiento facial como el chupeteo del pulgar u otro dedo.

Masticar el lápiz perjudica el parodonto, usarlo como palanca produce movimiento de uno o más dientes, porque toda la fuerza masticatoria se aplica sobre una región. Lo mismo ocurre en diversos hábitos ocupacionales, tales como sostener clavos o alfileres con los dientes, o tocar instrumentos musicales.

Estos hábitos frecuentemente se observan en la adolescencia y se derivan de los hábitos de succión.

A veces la sola eliminación del hábito lleva a la corrección de la malposición sin mecanoterapia, y se deberá intentar antes de comenzar cualquier tratamiento corrector.

Empuje del frenillo.

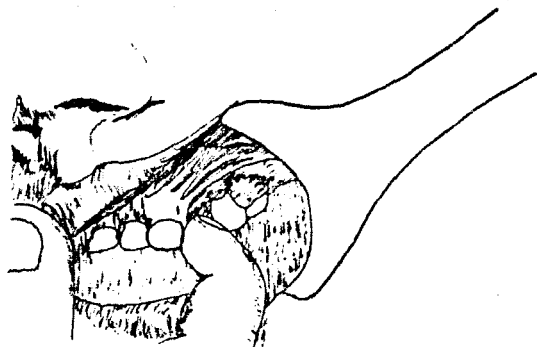
Si entre los incisivos centrales superiores permanentes existe diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Lo que generalmente se inicia como un juego ocioso, puede desarrollarse en hábito, que desplace las piezas distalmente.

Habitos masoquistas.

Son aquellos en que el propio niño lacera su anatomía. Como ejemplo tenemos el paciente que utiliza su uña para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de sus dientes. Lo cual provoca la exposición del hueso alveolar.

El tratamiento consiste en ayuda psiquiátrica y envolver el dedo con cinta adhesiva.

## HABITOS MASOQUISTAS



UN NIÑO DE 6 AÑOS DE EDAD, HA TRAUMATIZADO  
LA ENCIA ENTRE LOS MOLARES PRIMARIOS SUPERIORES  
CON LA UÑA DE SU DEDO INDICE

## CONCLUSIONES

1. Los hábitos perniciosos deben ser interceptados oportunamente y de preferencia a edad temprana.
2. La malposición dentaria no podrá ser corregida sólo por aparatos ortodónticos, mientras persista el mal hábito.
3. Para dominar el hábito nocivo debe contarse con la cooperación del paciente y es preciso suprimir castigos.
4. El tratamiento en el hábito de succión digital, se iniciará con procedimientos sencillos, para evitar lesionar al paciente.
5. La capacidad de algunos alimentos productores de caries, puede estar influenciada por hábitos alimenticios. Cuando un hábito de mamila nocturno frecuente o alimentación de pecho es mantenido más allá de 1 año de edad, el potencial de caries en niños pequeños, es establecida. La leche vobina, en fórmulas y humana, han sido implicadas en la condición de "Síndrome de Mamila", por su contenido de lactosa. El uso de endulzadores en el biberón, el uso de jugos de frutas o el uso de chupones con miel, produce el mismo síndrome.
6. En casos de deglución anormal, el tratamiento será, con la cooperación del paciente, tomar conciencia del problema y ejecutar ejercicios musculares.
7. Si existe respiración bucal y es producida por trastornos en las vías respiratorias, el tratamiento incluye atención por el otorrinolaringólogo.
8. El bruxismo se tratará en conjunto con el médico o psiquiatra, por ser producido por tensión emocional.
9. En todos los tipos de hábitos, el tratamiento se iniciará, conversando con el paciente, inspirándole confianza y amor. Una vez obtenido esto, tenemos el 50% del éxito asegurado.
10. Debemos obtener el consentimiento de los padres, al tratamiento insti--



tudo, y darles instrucciones precisas de la actitud que deberán tomar hacia el pequeño. En todos los casos se requiere comprensión y amor.

11. La prescripción pediátrica de vitamina TCA (tierno-cuidado-amoroso), -- tres veces al día, es científicamente válida, agregando a ella el Factor R (respeto por la personalidad del niño) y el factor SH (sentido del humor).

## BIBLIOGRAFIA

APRILE, HUMBERTO

Anatomía Odontológica

Ed. Ateneo

5a. Edición

1971

BARNETT

Terapia Oclusal en Odontopediatría

Ed. Médica Panamericana

1978

BRAUER, JOHN CHARLES

Odontología para Niños

Ed. Mundi

1a. Edición

1959

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA

Psicología en Odontología

Serie VI, Vol. I

Ed. Mundi

1969

FASTLICHT, JORGE

Como Ayudar a Chupadedos a Controlarse

Revista de la A. D. M.

V. XXIX No. 5 Sept.-Oct. 1972

FINN, SIDNEY B.

Odontología Pediátrica

Ed. Interamericana

1976

FUENTE MUÑOZ, DE LA

Psicología Médica

Fondo de Cultura Económica

8a. Reimpresión

1969

GRABER, T. M.

Ortodoncia Teoría y Práctica

Ed. Interamericana

1974

GUYTON, ARTHUR C.

Fisiología Humana

Ed. Interamericana

1960

HARDNT, EWALD

Pedodoncia

Ed. Mundi

1969

HIRSCHFELD, LEONARD A. GEIGER  
Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General  
Ed. Mundi  
1969

HOTZ, RUDOLF  
Odontopediatría Odontológica para Niños y Adolescentes  
Ed. Médica Panamericana  
1978

HOTZ, RUDOLF  
Ortodoncia en la Práctica Diaria  
2a. Edición  
1974

KUMOTO K. KATSUMI  
Apuntes de Protopedoncia I  
E. N. E. P. Iztacala  
Clínica Acatlán 1976

LAW, LEWIS, DAVIS  
Atlas de Odontopediatría  
Ed. Mundi  
1972

LEYT, SAMUEL  
Temas de Odontología Pediátrica  
Odontoediciones  
1966

LOPEZ TAMANAJA, AMADA  
Apuntes de Medicina Estomatológica  
E. N. E. P. Iztacala  
Clínica Acatlán 1978

LOCKHART, HAMILTON, FYFE  
Anatomía Humana  
Ed. Interamericana  
1965

MAGANA AHEDO, LUIS  
Apuntes de Oclusión  
E. N. E. P. Iztacala  
Clínica Acatlán 1978

MCDONALD, RALPH  
Dentistry for the Child and Adolescent  
The C.V. Mosby Company  
1969

MARTINEZ ROSS, ERICK  
Oclusión  
Vicova Editores  
1978

MOYERS, ROBERT  
Tratado de Ortodoncia  
Ed. Interamericana  
1960

PEARLMAN, LOUIS M.  
Your Breath and Your Health  
Academy Publishing Company  
Massachusetts, 1936

PROGRESOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA  
Odontopediatría, Ortodoncia, Terapéutica  
Serie VII, Vol. V

ROTBURG, SAUL  
Control Clínico en el Hábito de Succión Digital  
Revista de la A. D. M.  
V. XXIX No. 2 Marzo-Abril 1972

ROTBURG, SAUL  
Manejo Clínico del Hábito de Succión Digital  
Revista de la A. D. M.  
V. XXIX No. 3 Mayo-Junio 1972

RIPA, LOUIS W.  
Nursing Habits and Dental Decay in Infants. "Nursing Bottle Caries"  
Journal of Dentistry for Children  
Vol. XLV No. 4 July-August 1978

SIM, JOSEPH M.  
Movimientos Dentarios Menores en Niños  
Ed. Mundi  
1973

VATTUONE, LUCY F. DE  
Anatomía y Fisiología Humanas  
Ed. El Ateneo  
2a. Edición  
1976