

318322

23  
24



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HABITOS ORALES COMO DETERMINANTES DE  
MALFORMACIONES DENTOALVEOLARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUIS ADRIAN NUÑEZ PINTOR

MEXICO, D.F.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1999

272425



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA**

**“HABITOS ORALES COMO DETERMINANTES  
DE MALFORMACIONES DENTOALVEOLARES “**

**POR**

**LUIS ADRIAN NUÑEZ PINTOR**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR. MANUEL BRAVO**

Vo. Bo  
*[Handwritten signature]*

Vo. Bo  
*[Handwritten signature]*  
2-XI-98

A QUIENES SIN ESCATIMAR ESFUERZO ALGUNO  
HAN SACRIFICADO GRAN PARTE DE SU VIDA  
PARA FORMARME Y EDUCARME, Y CON ESTO  
HEREDARME EL TESORO MAS GRANDE  
QUE SE LE PUEDE DAR A UN HIJO.

**GRACIAS PAPA Y MAMA**

GRACIAS A TU APOYO, ESFUERZO,  
PACIENCIA Y DEDICACION,  
UNA GRAN PARTE DE LO QUE SOY  
LO DEBO A TI.

GINA

A MIS HERMANOS MIKE, IRMA, GRISELDA,  
EDUARDO Y ALEJANDRA,  
PORQUE DE ALGUNA FORMA FUERON PARTICIPES  
DE ESTE PASO EN MI VIDA  
Y SE QUE COMPARTEN CONMIGO  
ESTE MOMENTO.

# INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>CAPITULO I GENERALIDADES</b> .....	2
<b>CAPITULO II REFLEJO DE BUSQUEDA</b> .....	14
<b>CAPITULO III REFLEJO DE SUCCION</b> .....	16
<b>CAPITULO IV HABITOS DE SUCCION</b> .....	22
Succión Digital.....	38
Succión de Chupetes y Mamila .....	40
Succión Labial .....	41
Succión de Carrillos .....	42
<b>CAPITULO V HABITOS LINGUALES</b> .....	43
Lengua Protráctil .....	44
Defecto en la Articulación del Fonema "S" (Seseo) .....	45
Respiración Bucal .....	46
<b>CAPITULO VI HABITO OCLUSAL</b> .....	49
Bruxismo Excéntrico y Céntrico.....	49
Importancia .....	61
Consecuencias .....	64
Tratamiento .....	65
<b>CAPITULO VII</b>	
<b>MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS</b> .....	66
<b>CAPITULO VIII ONICOFAGIA</b> .....	66
<b>CONCLUSIONES</b> .....	68
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	70

## INTRODUCCION

El cuerpo humano es el organismo más adaptable que se ha desarrollado. Está de tal forma constituido, que cada parte funciona en una relación armónica con el resto del organismo. Cuando por alguna razón una parte funciona anormalmente, la forma y función de las partes adyacentes se alteran. La función determina la forma.

Un hábito es la consecuencia de una constante repetición de un acto. Entre más constante sea esta repetición se va haciendo menos consciente hasta llegar a ser inconsciente. Entre éstos, encontramos hábitos de succión, linguales, oclusales, onicofagia y mordedores de objetos diversos.

Los hábitos orales han merecido la atención tanto de la Odontología como la de diversas ramas tales como la Psicología, Pediatría, etc.

Se considera a los hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas sobre la conducta y la integridad física del individuo. Los hábitos perniciosos nos van a producir una alteración ósea, una malposición dentaria. Es precisamente en estos puntos donde radica la importancia del tema : ya que el profesional de la salud, tiene la obligación y necesidad de evitarla.

## CAPITULO I GENERALIDADES

Un hábito es una práctica fija producto de la constante repetición de un acto. Entre más constante sea esta repetición, se va haciendo menos consciente hasta que llega a ser completamente inconsciente.

Los hábitos perniciosos o los malos hábitos son aquellos que van a producir una alteración ósea, una mala posición dentaria y en general una alteración física o psicológica.

Existen tres corrientes que estudian y explican la causa de dichos hábitos :

- a) La que se fundamenta en dosis
- b) Psicoanalista
- c) Cuantitativas

La que se fundamenta en dosis se refiere a que todo mamífero tiene necesidades tanto afectivas como físicas. Cualquier deficiencia en dosis tanto físicas como afectivas puede originar un hábito pernicioso.

La psicoanalista es aquella en la que todo individuo atraviesa por una etapa oral y una anal.

La Cuantitativa o Conductista, se fundamenta en un instinto de toque y busque. Va a descubrir por casualidad un objeto por instinto.

El efecto de los hábitos perniciosos repercute sobre las estructuras blandas y duras como el hueso. Los agentes externos sobre hueso, nos van a producir una respuesta en cuanto a forma y estructura.

Olson estudió los hábitos en niños de primero a sexto grado, 1250 hombres y 1250 mujeres, durante sesenta minutos. Los más frecuentemente observados fueron los hábitos orales, nasales y la onicofagia; estos pueden presentarse solos o combinados.

Es necesario subrayar que los hábitos en los niños son muchos y variados como lo reportado por Olson, los cuales fueron enlistados de la siguiente manera: succión del pulgar, onicofagia, frotarse los ojos, rascarse, jalarse las orejas, parpadear, retorcerse el pelo, jugar con la nariz y hábitos orales. Estos a su vez fueron definidos como succión digital, succión del pulgar, onicofagia y empuje lingual, siendo el más común el de succión digital aunque los reportes más recientes colocan al hábito lingual en la posición más alta definiéndolo así como el hábito oral más común en los jóvenes.

La importancia de los hábitos bucales en niños ha sido atendida por el odontólogo desde hace muchos años. Los dentistas consideran

estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos durante un largo tiempo.

Los hábitos se acompañan del interés del pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño; en general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es importante para el odontólogo poder formular diagnósticos sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

El odontólogo rara vez examina a los niños hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos, solo examina al niño para actuar como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino para el

niño. A causa de esto, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio ambiente a través de sus actividades bucales.

Se han logrado hallazgos interesantes de estudios realizados por pediatras para determinar cuál es la frecuencia real de succión del pulgar y de otros dedos en una sección transversal del paciente observado en un consultorio pediátrico. En un estudio de este género, Traisman examina a 2650 lactantes y niños de más edad desde el nacimiento hasta los 16 años y observaron que el 46% de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa de este periodo. De éstos, el 25% comenzaron durante el primer año de vida. En promedio, la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 años. Existían algunos, sin embargo, que habían continuado el hábito hasta edades tan avanzadas como 12 ó 15 años.

En el estudio en serie, conducido por Rakosi, de 693 niños considerados como succionadores de pulgar, 60% de ellos habían abandonado el hábito después de menos de dos años. La mayoría de este grupo presentaba oclusión normal, de los 413 niños de este mismo grupo que presentaban algún tipo de maloclusión, se encontró que habían continuado su hábito de succión del pulgar u otro dedo más de cuatro años. Esto llevó al investigador a concluir que la succión del pulgar podía ser un factor causal de maloclusión, especialmente la de segunda clase. Sin embargo, en muchos de estos casos se observó que, cuando se abandonaba el hábito, la dentadura permanente se normalizaba gradualmente, y los efectos continuos causados por

presiones continuas iniciales sobre las piezas y mandíbulas parecían tener poca importancia.

### **Actos Bucales no Compulsivos**

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El modelo sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se adaptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo encaminado para cambiar de hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

## **Hábitos Bucales Compulsivos**

Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiene que sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito, le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea; es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

## **Métodos Psicológicos Utilizados para Educar al Niño**

Aunque estos problemas de personalidad se incluyen claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos

psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza. Algunos ortodoncistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño. Es evidente considerar que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios, tales como succión de dedo y pulgar, con hábitos secundarios como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra con el caso de una niña escolar de 10 años que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza, esto continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, ésta perdió los deseos de chuparse el pulgar, y así se terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos menos drásticos, igualmente eficaces. Un doctor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar sugería simplemente que quien llamaba, sonaba

tan “mayor” que naturalmente no podía ser que “antes” se chupara el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar y para que esta información pudiera incluirse en “el registro especial de nuestro consultorio”. Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper hábitos. Naturalmente, el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo con cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).

2.- No criticar al niño si el hábito continúa.

3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

### **Métodos de Adiestramiento Extrabucal**

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consiste en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la

muñeca de la mano afectada. Sin embargo, todos estos métodos tienen algo en común. Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito . Deberá advertirse a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimiento es de innegable importancia. Si exigen del niño una perfección que éste no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por “dejar el hábito”, durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.

Uso de instrumentos intrabucales para eliminar hábitos nocivos.

La mayoría de los instrumentos intrabucales fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño, son considerados por el niño como instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los

niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de “culpabilidad” al hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un “niño nervioso”. En estos casos el costo de la curación es demasiado elevado.

El odontólogo deberá hacerse las siguientes cinco preguntas antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos:

1. Comprensión del niño: ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño que le ayuden?
2. Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo que está usted tratando de hacer, y le han prometido cooperación total?
3. Relación amistosa: ¿Ha establecido usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de “recompensa” en vez de una sensación de “castigo”?
4. Definición de la meta: ¿Han elegido los padres del paciente y usted una “meta” definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?
5. Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?

El odontólogo inteligente que se formula estas preguntas y se asegure de que, las respuestas son afirmativas, generalmente puede sentirse seguro al aplicar un instrumento de formación de nuevos

hábitos. La mayoría de las personas que informan de éxitos logrados con este tipo de instrumentos concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condena a este al fracaso.

### **Construcción de Instrumentos**

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el odontólogo. La mejor manera de clasificarlos es, quizá, en instrumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años, en quienes solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en periodos críticos, como la noche. Ciertamente, para el odontólogo, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son

más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo. La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva solo cuando él desea.

### **Precauciones Con Relación a Tratamientos “Demasiado Tempranos y Demasiado Fuertes”**

Después de haber desarrollado un enfoque técnico con respecto al problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el Odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos “con exceso y demasiado temprano”. Klein ofrece un enfoque más precavido con sugerencia de diferenciar el hábito de succión “significativo” del hábito de succión “vacío”. Describe el hábito significativo como “aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño”. El tratamiento acertado de este tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión vacío es “aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que el hábito parece proporcionar”. En estos casos la corrección del hábito se realiza mejor por medios odontológicos, es decir, por la aplicación de un instrumento recordatorio. Klein afirma que “el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito, antes de que el Odontólogo le aplique el aparato”.

## CAPITULO II REFLEJO DE BUSQUEDA

En algunos países y sociedades la historia nos revela que la primera tetada ameritaba una atención especial por ser el primer contacto con el alimento, una ocasión importante.

En otras culturas no se permitía que el niño mamase sino hasta pasados varios días del nacimiento. Como en otras persistía la superstición de que el calostro no es bueno para el bebé.

Sin embargo, el posponer la lactancia es una costumbre antinatural que debe evitarse. No hay razón por la cual un bebé sano, no mame inmediatamente después de nacer. Está comprobado que con esto aumenta el éxito y duración de la lactancia.

En la actualidad algunas instituciones han actuado al respecto recomendando y aplicando medidas tales como la de procurar una pronta lactancia materna desde las primeras horas de vida hasta los seis meses de edad.

El recién nacido responde a ciertos estímulos, como por ejemplo al tener alguna sensación en la boca, éste responderá abriéndola, buscando con esto el contacto con el pezón del seno materno correspondiente a un reflejo innato. Es importante estimular este reflejo evitando colocar directamente en los labios el pezón y en

su lugar rozar los carrillos con éste para que el recién nacido haga por él.

Para el neonato, la importancia de la succión es un medio de regular o de adaptación a sí mismo y es observado cuando empieza a tener el cambio de estado de quietud al llanto. Este reflejo innato se satisface en el momento en el que existe un contacto a través de su mano con la boca, para finalmente introducir el dedo y succionarlo. Esto es un indicativo de que el recién nacido tuvo su comportamiento bien orientado.

Un pacificador puede producir la misma tranquilidad en un bebé trastornado, pero no sirve como sistema de retroalimentación y/o autorregulación tan copiosamente como la ejecutada por sus propias maniobras.

### CAPITULO III REFLEJO DE SUCCION

El reflejo de succión está constituido a las 16 semanas y aún a las 27 semanas el feto puede succionar el pulgar in útero. En este estadio, el embrión depende metabólicamente de su madre ya que ella lo suministra de los elementos necesarios para su crecimiento y desarrollo.

Al nacer ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

La observación directa de los niños en su primer año de vida revela que su organización es esencialmente bucal y de tacto (Engel).

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad de agarrarse que no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, contribuyen a su desarrollo psíquico. El reflejo de succión pertenece al aparato digestivo, es una respuesta ya lista para ser usada cuando el niño nace (y aun antes, a medida que madura el sistema nervioso del bebé). Este reflejo tiene como rama sensitiva el

nervio trigémino (V Par Craneal) y el estímulo que lo provoca es el toque o roce de la mucosa labial y piel que la rodea dando origen a los movimientos de succión, los cuales contraen el orbicular de los labios. buccinador y aparece un ascenso y descenso de la mandíbula, así como los estímulos a la cara por el nervio facial (VII Par Craneal), la porción posterior de la faringe, paladar, epiglotis, nervios glosofaríngeos y vago (IX y X Par Craneal) y la lengua por el nervio hipogloso mayor (XII Par Craneal). El centro de succión recibe impulsos de los centros rostrales del talle encefálico, ganglios basales y centros corticales altos.

Este mecanismo de succión constituye la relación más importante del neonato con el mundo exterior, a través de este reflejo no sólo recibe alimento sino también un sentimiento de bienestar (esencial en los primeros meses de vida). El calor de la leche que llega a su cuerpo y la cesación de alivio de hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

La principal actividad que desarrollan tanto el maxilar como la mandíbula en esta época de la vida del neonato es la de “mamar”.

Entre otros autores, Karl Haulp divide el reflejo de succión en dos fases:

## A) Primera fase

Comprende la presión del pezón eréctil y de la areola mamaria o del chupón de la botella.

El recién nacido a través de sus labios es capaz de prender el pezón o el chupón con fuerza suficiente para lograr una oclusión hermética en la parte media de los labios, formando así un verdadero diafragma con la válvula y el velo del paladar obturando el orificio de la faringe.

Los movimientos rítmicos de los labios propulsan el líquido alimenticio en esta cavidad a presión negativa. La mandíbula se separa del arco maxilar, la lengua es avanzada en posición de recepción adoptando una forma de cuchara para facilitar el transporte del contenido bucal hacia la faringe.

Por movimientos también rítmicos de ascenso y descenso de la mandíbula se forma el espacio succional (esta acción no es capaz por sí misma de aspirar la leche o el calostro).

## B) Segunda Fase

La succión tiene lugar en esta fase en la cual se exprime el líquido.

La mandíbula se traslada de su posición de descenso distal hacia adelante, hasta que su borde gingivoalveolar anterior se halle frente al correspondiente arco maxilar acompañado de movimientos de

fricción de adelante hacia atrás. Ordeña el pezón manteniendo la lengua en forma de cuchara para recibir la leche, la cual fluye hacia atrás para ser deglutida. Después se repiten los descensos y ascensos mandibulares.

Afirman que la succión consiste en movimientos rítmicos coordinados de la mandíbula y la lengua.

Durante el amamantamiento, la punta de la lengua se mantiene por detrás del labio inferior y por encima de la encía inferior mientras el resto de la porción anterior de la lengua cura el contorno de la areola mamaria. La mandíbula mueve hacia arriba la lengua, comprimiendo la areola materna contra el reborde gingivoalveolar del lactante, con la cual exprime la leche de los senos a la cavidad bucal. Cuando la mandíbula desciende, los senos galactóferos se llenan nuevamente y la secuencia se repite una vez más.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al

objeto. El intento de llevar a la boca un objeto “bueno” se denomina introyección. El rechazo de un objeto “malo” se denomina proyección. En este comportamiento se puede observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonato. Estas “pruebas” bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar a la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran ésto como uno de los primeros síntomas de desarrollo, de independencia o separación de la madre.

Algunos de los padecimientos asociados con la depresión del reflejo de succión son la inmadurez del Sistema Nervioso Central (prematurez) y el desarrollo inadecuado del Sistema Nervioso Central (Trisomía 18 y 21).

Las anomalías del reflejo de succión están relacionadas con la estructura de la cara, boca o faringe y son una expresión de

disfunción del Sistema Nervioso Central, periférico o de la musculatura correspondiente y depende de la disponibilidad de vías intactas del tallo encefálico y de la transmisión de impulsos a través de los nervios craneales, a una musculatura sana de la cavidad oral y faringe.

## CAPITULO IV HABITOS DE SUCCION

Existen pocos fenómenos con los que se enfrenta el dentista que no están sujetos a controversia en un momento dado. Los delicados matices que median al tomar una decisión sobre lo que es normal o anormal y la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico, son establecidos frecuentemente por la interacción de la enseñanza, experiencia clínica e inclinación filosófica del dentista. La frase “Dentro de límites normales” es un valle ancho, no es un desfiladero angosto formado por una serie de componentes de adaptación dinámicos, continuamente cambiando y reaccionando. Si aceptamos esta afirmación, debemos sospechar de las opiniones arbitrarias y escritos autoritarios. Sin embargo, en la literatura no existen demasiadas opiniones arbitrarias y definitivas sobre el hábito de chuparse el pulgar.

Los diarios con frecuencia son fuentes abundantes de “noticias de última hora”. Según una encuesta popular la salud y la educación son los dos temas que provocan el mayor interés; la salud ocupa el primer sitio. Cada diario posee una columna que trata los diversos problemas físicos y mentales de los lectores. Los artículos sobre el hábito de chuparse el dedo pulgar generalmente son firmados por médicos pediatras, pero casi nunca por dentistas. Cada “especialista” posee su cúmulo de datos, cifras y recomendaciones obtenidos primordialmente de fuentes secundarias seleccionadas. A la prensa le preocupa poco que estos informes puedan estar en desacuerdo con

otros artículos igualmente autorizados que aparecen en el mismo periódico o en otros. El aire de incertidumbre acerca del curso a seguir con respecto al hábito de chuparse los dedos afecta a la literatura pediátrica, como se explica en el siguiente párrafo:

El hábito de chuparse el pulgar y otros dedos es importante por la preocupación que causa a los padres. Con frecuencia, el pediatra, a quien acuden los padres alarmados, se encuentra tan confundido acerca del significado de este hábito como los mismos padres. Se le dificulta ayudarles a calmar sus angustias. Hacer esto, requiere de conocimientos acerca del significado de este hábito en diferentes edades. Necesita saber qué daños puede provocar si es que existen, qué factores conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada.

*William James, el eminente psicólogo, escribió:*

“Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes”.

“Los hábitos en relación con la maloclusión deben ser clasificados como útiles y dañinos. Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas

contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios y chuparse los pulgares...”.

Haryett, Hansen, Devidson y Dandilanda escribieron:

“El chuparse el pulgar es un hábito adquirido sencillo y contradice la teoría psicoanalista que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional más profundo”.

Lo siguiente fue tomado de un inglés, el Dr. E.A. Barton del Hospital Colegial de la Universidad de Londres.

“Aparte del efecto de chuparse continuamente el pulgar, existe otro aspecto que exige consideración. El pulgar es un cuerpo duro y, si se coloca con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante la premaxila junto con los dientes incisivos, de tal manera que los incisivos superiores se proyectan hacia adelante más allá del labio superior, dando la apariencia de ‘dents des Anglais’ que los franceses han caricaturizado. Cuando el niño posee su segunda dentición, el dentista realiza el tratamiento con alambres para llevar hasta su lugar los incisivos prominentes”.

Estas predicciones del Dr. Barton, y muchos psiquiatras, no son apreciadas en todas partes. Es obvio que toda la gente no puede

acertar, como demuestra una encuesta realizada sobre más de 100 artículos (los escritos sobre el tema durante los últimos 40 años).

### **Filosofías Auspiciadas por Material Clínico Seleccionado**

Los informes sobre la frecuencia del hábito de chuparse el pulgar varían desde 16% hasta 45%. En forma similar, varían los datos acerca de la maloclusión dependiendo de la fuente, la oclusión original y el tiempo que duró el hábito. Las normas son mal definidas y contradictorias de un estudio a otro. Kdeligren, en un estudio de 167 chupadores de dedo, encontró que 87% presentaban maloclusión. Popovitch, en el estudio de Burlington, informó que 52% de los 689 niños de tres a 12 años de edad tenían maloclusión atribuible a hábitos bucales.

La duda acerca de si el daño es temporal o permanente puede ser contestada "si" para ambos. Obviamente, es necesario calificar muchos aspectos de este problema. Contribuyendo al problema se encuentran entidades como morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito de palanca producida por posiciones específicas y otras fuerzas como la de la lengua, que constituye un factor deformante potente. En esta correlación, entre el hábito de chuparse los dedos y proyección de la lengua hacia adelante, es indispensable realizar un diagnóstico diferencial para determinar cual de los dos es el

factor primario. El diagnóstico puede ser difícil por la íntima relación de la forma y la función y la capacidad de adaptación de ambos. Quizá es mejor analizar el problema de chuparse el dedo sobre una base cronológica y tratar los diversos aspectos calificativos cuando estos se presenten.

### **Hábitos de Chuparse los Dedos Desde el Nacimiento Hasta los Cuatro Años de Edad**

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

Aunque existían aún muchas preguntas por contestar respecto a la controversia existente entre la lactancia normal, natural y artificial, las investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente

atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades cinestésicas neuromusculares poderosas. Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada, el niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia. El hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor y el afecto y calor por asociación.

La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde bermellón). Falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo materno, ya que la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre y se exige demasiado al mecanismo del buccinador; la acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia, debido al gran agujero en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico

blando permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Un estudio realizado a niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, apoya las observaciones de Anderson, de que “los niños amamantando en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles”. En un estudio que comparó la lactancia con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

Balters y sus colaboradores, en Alemania, concluyeron que “mediante otros factores, las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodóncicos y pediátricos”. La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe, no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido; el niño, por lo tanto, deberá ser “eructado” con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fue diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente elimina las

características negativas de los chupones no fisiológicos anteriores. Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el “ejercitador” o “pacificador” (chupete); se espera que esta tetilla anatómica, junto con el ejercitador, usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir. La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo; se recomienda un mínimo de media hora por intervalos.

Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación, por esta razón, no puede ser establecida una norma firme e inflexible. La madre deberá resolver esta situación, al igual que las muchas relaciones con sus hijos. Pero, si comete un error, será mejor que este error no sea el de dar poca atención y descuidar la necesidades mínimas de la lactancia.

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación, por lo tanto el destete deberá ser pospuesto por lo menos hasta el primer año. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales de labio y de lengua, que son la base del

ejercicio profesional de los ortodoncistas, serán reducidos considerablemente. Es posible que el bruxismo y la bricomanía, tan frecuentes en niños y adultos, también puedan ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación. Se recomienda el uso de chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de lactancia.

Gesell e Ilg., del laboratorio de desarrollo infantil, de Yale, afirman que "el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño". Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua en su ambiente nuevo, algunos aceptaran la restricción y sublimaran sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Sin embargo, muchos niños no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por si solo, y lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres y generalmente lo consigue. Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación. Esta observación es aplicable a niños de todas las

edades; en los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito. Esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación de hábito en niños que se encuentran mas allá de la edad en que este hábito normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

Durante los tres primeros años de la vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica Clase II, División I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxila prognático, sobre mordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentaria estrechas son el resultado de chuparse los dedos. Quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco en la maloclusión Clase II, División I, exista o no el hábito en el tercer año de la vida, no suele hacer mas que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores, también puede existir leve apiñamiento o mal posición de los dientes anteriores inferiores.

Teóricamente, es posible crear una serie de hechos que atribuyan la protrusión total maxilar al hábito de chuparse los dedos con el aumento de presión del mecanismo del buccinador activando en rafe pterigomaxilar justamente detrás de la dentición y desplazando los dientes superiores hacia adelante. En la práctica, aunque veremos mordidas abiertas severas, mordidas cruzadas vestibulares, protrucción de los dientes anteriores superiores y apiñamientos de los incisivos inferiores, es poco probable que la relación bilateral de los segmentos vestibulares Clase II pueda ser atribuida al hábito de chuparse los dedos. Es factible que la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares poderosos aun en los casos de maloclusión unilateral de Clase II, asociados con el hábito de chuparse los dedos.

Estas observaciones son apoyadas por las investigaciones electromiográficas. El comportamiento altamente individualista de los músculos impide establecer una relación directa de causa y efecto entre el patrón muscular y la maloclusión. En un estudio no se encontró relación biométrica entre el hábito de deglución visceral y la severidad de la maloclusión; 10 de 24 pacientes habían retenido hábito de deglución visceral; cinco se encontraban en etapa de transición y nueve habían alcanzado el estado de deglución somática. Sin embargo 19 a 24 demostraron actividad normal del músculo borla de la barba. De los 13 casos de mordida abierta en la muestra estudiada, 12 mostraban contracción preponderante del músculo de borla de la barba, lo que es ilustrado por los electromiogramas tomados por Baril y Moyers, en el

grupo de chupaderos en posición postular, durante la deglución, contacto entre los dientes y de actos de chupar.

### **Hábitos Activos Después de la Edad de Cuatro Años**

Como ya se ha mencionado, la mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguraron su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño. El principal infractor generalmente es el padre; éste se encuentra muy trastornado, menos tolerante y es el más indicado para tratar de desterrar el hábito prestándole demasiada atención, mostrando enojo y finalmente recurriendo al castigo.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Como ha sido mencionado anteriormente, esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo, dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios ayuden a la detención durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aun más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las

aberraciones musculares de los labios son auxiliares por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existen buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se tarda en chupadedos confirmados. El acto infantil de deglución, (con su actividad a manera de émbolo) persiste o se prolonga demasiado el periodo transicional con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormirse), pero el hábito de lengua continua adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. De especial interés es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función. Por esto la deformación prosigue de manera más constante de los que hubiera sido posible con hábito de dedo confirmado. El verdadero peligro, por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedos.

La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta al resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el

dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribuca y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca, sin actividad visible del buccinador.

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

El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito. Estos por lo tanto, constituyen el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión sobre los daños de los dientes y tejidos de revestimiento. La duración, frecuencia e intensidad de este trío de factores deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente de Clase II, División I, los daños causados por el hábito y la función muscular peribuca pueden presentarse más pronto y en mayor grado. Debemos recordar que normalmente existe una relación plana de los planos terminales de los primeros molares permanentes, con relación borde a borde de las cúspides, hasta la pérdida de los molares

deciduos y la eliminación del espacio interoclusal. Esto es en realidad una tendencia transicional a la Clase II . Siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedo continuados tirando hacia delante sobre la dentadura superior, puedan provocar la creación de la maloclusión unilateral de Clase II en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo, lengua y labio sólo aumenta esta posibilidad.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados de los padres para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que causa al padre o a los padres.

Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar este hábito. Pero al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva de gustación, higiene mental poco deseable. Solo necesitamos examinar nuestros propios fracasos en la autodisciplina y nuestras reacciones cuando se nos amonesta par comprender la actitud del niño. Con algunos niños los mecanismos infantiles retenidos funcionan como un arma para atraer la atención; esta situación no conduce a la tranquilidad doméstica, especialmente cuando el padre está al tanto de las posibilidades de dañar en forma permanente los dientes y tejidos adyacentes. En otros niños, el hábito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia; es un hábito condicionado por la repetición constante y el niño aún no tiene

transferencia en sus actividades para obtener placer a actividades maduras extrovertidas propias de niños mayores.

A pesar del interés de muchos psicólogos de orientación freudiana y pediatras, en el sentido de que el hábito de chuparse los dedos es síntoma de una neurosis profunda y que el desarrollo del hábito causará problemas en el adulto, las pruebas clínicas de estas afirmaciones no existen. Aquí, quizá, más que en cualquier otro tema, los aficionados a la psicología se han divertido inventando interpretaciones seudocientíficas y proyecciones no fundamentadas por investigación objetiva. Haryett, Hasen, Davidson y Saridilands han realizado un estudio intensivo multidisciplinario de los problemas y de las advertencias contra el uso de los aparatos para eliminar el hábito, basándose con frecuencia en las historias clínicas de dos o tres niños seleccionados. Estos autores no han dado validez a las afirmaciones. Palermo sugiere que “el chuparse el pulgar surge de una reacción progresiva de estímulo y recompensa que desaparecerá espontáneamente, salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención”. Eysenck, al tratar la teoría del aprendizaje y el tratamiento del comportamiento, dice categóricamente: “La teoría del aprendizaje... considera a los síntomas neuróticos como simples hábitos aprendidos; no existe neurosis bajo el síntoma, simplemente el síntoma. Eliminen el síntoma y habrá eliminado la neurosis”, en el estudio de Alberta, 66 niños fueron estudiados y divididos en 11 grupos cada uno de ellos sometidos al siguiente tratamiento: 1) control, 2) tratamiento psicológico, 3) arco palatino únicamente, 4) tratamiento

psicológico y arco palatino, 5)reja palatina únicamente, y 6)reja palatina reforzada con tratamiento psicológico. El arco se adosaba al contorno palatino. La reja o criba palatina con espuelas resultó muy eficaz, ya que no hubo transferencia del hábito, como la masturbación (una afirmación psicoanalítica frecuente). Los hábitos asociados como torcerse el pelo, mimar, taparse con la cobija, etc., desaparecieron junto con el hábito del dedo. Este estudio apoya el punto de vista de los teóricos del aprendizaje en el sentido de que "el hábito de chuparse el pulgar es un hábito simple aprendido, y contradice la teoría psicoanalítica que considera el chuparse el pulgar como una simple sintomanía de un trastorno emocional más profundo".

En cualquier caso, el dentista puede presentar valiosa ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y el niño. Esto lo realiza ayudando al paciente a sortear este obstáculo en el camino hacia la maduración, eliminando una fuente de conflicto entre el niño y los padres y evitando la maloclusión permanente, con las consecuentes implicaciones desfavorables psicológicas y para la salud.

## **SUCCION DIGITAL**

La succión digital consiste en la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos dentro de la boca repetidamente. La succión digital se presenta durante el día y/o durante la noche, esto ocasiona malformaciones que, según Raloki, son del 85%, Kjellger 87% y Povitch 52%.

La succión de dedo ocasiona mordida abierta anterior, alteración del maxilar, mandíbula, arco dentario y tejidos blandos, además lingualización de los incisivos inferiores, retracción de la mandíbula, alteración y cambio en la articulación e inhibición de los movimientos propios así como mesialización de la mandíbula.

En el maxilar, provoca protusión de los dientes anteriores superiores, fuerza de carrillos en los arcos, impidiendo el crecimiento de los arcos lateralmente, dando como resultado un paladar ojival. El piso de las fosas nasales no desciende normal o anatómicamente provocando problemas de tipo respiratorio y además hipotonicidad en el labio superior.

En la mandíbula se observa una lingualización de los incisivos inferiores. Hay retracción de la mandíbula, inhibición de los movimientos propios de mesialización de la mandíbula y provoca también un aprisionamiento del labio inferior.

Overjet o Traslape Horizontal.- Lo tiene en forma vertical profunda, se presenta además un engrosamiento de la piel en el dedo, callosidades, trastornos fonéticos, acompañada de la lengua protáctil o lengua inquieta.

Tratamiento.- Se debe efectuar una Historia Clínica y combinación de hábitos.

En ocasiones, se utiliza una sustancia muy amarga (stop-21T) para quitar el hábito.

El hábito se debe de quitar de los 4 años en adelante, ya que hasta los 5 años, los cambios todavía son reversibles. Si no se trata oportunamente, después de los 5 años en adelante, los cambios serán irreversibles.

Antes que todo, se le debe de explicar al niño su problema para que trate de erradicarlo, esto sería la primera oportunidad. Si pasado un tiempo de 10 días (como máximo) el niño no razona, entonces se procede a la colocación de su plaquita para que le recuerde que no se debe de chupar el dedo y así tratar de eliminarle el hábito.

La placa inicial se hace removible, con ganchos de Adams en posteriores y arco vestibular. En la zona del paladar, se pondrá la trampa, la cual puede ser de diferentes formas. La duración mínima del apartado será de cuatro meses, si para el tiempo persiste el hábito, se procede a instalar un aparato fijo con bandas en las piezas posteriores y unos alambres en donde irá la trampa.

## **SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS**

La casa Rocky Mountain, fabrica un chupón fisiológico adecuado a los niños para un cerrado perfecto. La parte plana da un

movimiento de succión adecuado que puede prevenir hábitos como succión de dedo, de labios, etc.

## SUCCION LABIAL

Es aquella acción de chuparse el labio hasta imprimirle una fuerza mayor y morderlo. Surge por succión digital desplazando al dedo y apareciendo la succión del labio. Asimismo, se da en los casos de mordida horizontal amplia, y al querer deglutir cierra la boca el niño. Las malformaciones son a distintos niveles dentales, o sea a nivel del labio, provocando vestibulación superior y lingualización inferior ocasionando una sobre mordida más profunda y más amplia. En este padecimiento, el labio superior se muestra hipnótico, corto y retraído. El labio inferior parece abultado, asociado con frecuencia al Herpes crónico con inflamación e irritación.

Tratamiento.- Fundamentalmente consiste en buscar la causa del problema, corregir la mala oclusión y colocar un "Lip Bomper" (el cual rompe las fuerzas).

El alambre del .040 va soldado a las coronas o bandas a niveles de caras proximales en caninos y separados de tres a cinco milímetros de los anteriores. Uniendo el alambre en las bandas y separándolo en las caras vestibulares.

El límite del acrílico será de 6 a 8 mm de la cara distal del canino de un lado al otro lado distal del canino contrario (en forma de media luna). Van 2 alambres soportados por dentro del acrílico para darle mayor fuerza.

Al mismo tiempo se le practican al niño diferentes ejercicios colocando el labio inferior por encima del superior, quedando hacia abajo para adentro del inferior. Este ejercicio debe hacerse con frecuencia hasta erradicar el hábito.

## **SUCCION DE CARRILLOS**

Se piensa que este hábito nace por impulso y satisfacción de una necesidad. La Etiología puede ser una mordida abierta posterior, ya que los carrillos ocupan ese espacio y mientras más serio se va volviendo el hábito de la succión, y más se incrementa el tipo de malformación.

Las malformaciones pueden ocasionar irritabilidad de la zona de la succión que posteriormente se transforma en una úlcera y puede desarrollarse un problema de tipo cancerígeno.

Tratamiento.- Se coloca una plantilla oral igual que la del respirador bucal, o bien, se elabora una prótesis superior (placa) pasando por alambre de platino a vestibular y se le coloca acrílico.

## CAPITULO V HABITOS LINGUALES

Straub describió como acto normal de deglución “aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso”. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido de los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios. Si la fuerza excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y en la relación de los dientes.

En el hábito normal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto con los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con la mordida abierta en solo la región incisiva y canina. En otros, además de la punta, interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en las zonas anteriores. Pueden resultar involucrados el músculo

orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayudar para llevar el bolo hacia atrás. El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto (o menos) en el sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

La posición normal de la lengua es también con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes, con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal. Straub cree que “tanto la posición normal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de Clase III”.

La anormalidad en la deglución se indica por la contracción labial, así como por el fracaso en el contacto de los segmentos bucales y de los molares, y por la protrusión lingual entre los incisivos y/o dientes bucales durante el acto de deglución. Estos son los principales aspectos que se han definido al diferenciar la deglución normal de la anormal.

## **LENGUA PROTRÁCTIL**

Este hábito consiste en proyectar y adelantar la lengua en el momento de la deglución. Tanto Moyers como Graber, lo atribuyen al

“resultado de una ‘succión digital’ y ‘mordida abierta anterior’, dejando el espacio donde la lengua se proyecta hacia adelante, haciendo que el espacio se agrande e impidiendo que se cierre. En ocasiones, este hábito se puede presentar por un padecimiento de amígdalas sensitivas o hipertróficas, como en el caso de la amigdalitis”.

La mordida abierta anterior localizada, a menudo en oclusión posterior normal, es característica de tipo simple de hábito de proyección lingual. Es frecuente observar que hay dientes que se ponen en contacto cuando se proyecta la lengua hacia adelante. La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión.

Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debería intentar una terapéutica funcional. Después de que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior con una “valla”, para que recupere la posición correcta de la lengua durante la deglución.

## **DEFECTO EN LA ARTICULACION DEL FONEMA “S”**

Se define como un sigmatismo, y es un defecto en la articulación del fonema “s”. El origen de este defecto se debe a una

posición defectuosa de la lengua en el momento del habla. Es una deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora por imitación, por pérdida prematura de los dientes anteriores de la primera dentición, por fisuras palatinas, por giroversiones y mala posición de los incisivos inferiores, lo cual impide que haya una posición correcta de la lengua.

Las malformaciones que se pueden ocasionar son : la protrusión de los dientes anteriores superiores, mordida abierta anterior, mordida abierta posterior y paladar ojival.

Debe determinarse la causa del hábito ya que posiblemente el problema no lo pueda tratar el Cirujano Dentista, sino el Foniatra o el Terapeuta de lenguaje. Si faltan piezas anteriores, el Dentista es quién puede solucionarlo colocando la prótesis que resulte más conveniente y posteriormente se corregirá cualquier alteración o malformación que haya originado el hábito.

## **RESPIRACION BUCAL**

Cuando existe un bloqueo del paso normal respiratorio, por el desarrollo excesivo del tejido de las adenoïdes, el aire no puede pasar a través del área nasofaringea, es entonces cuando la respiración bucal se convierte en una necesidad. Los labios se separarán, la lengua se moverá hacia abajo y lejos del paladar blando, así como una depresión en la postura de la mandíbula.

El hábito de respirar por la boca se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal. Por mucho tiempo considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado y simbiótico y en menor grado, resultado de la maloclusión.

Al igual que con otros hábitos, cualquier señalamiento arbitrario de causa, asociación y efecto sería precario. Es posible que el hábito de respiración bucal contribuya a las tres fases de la dinámica de la maloclusión.

Los especialistas en oído, nariz y garganta, con frecuencia hacen notar que problemas en el aparato respiratorio son más frecuentes en quien respira por la boca. El efecto de la filtración y el calentamiento del aire, por los conductos nasales, se pierde, y además por obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia. Las adenoides y las amígdalas grandes y trastornos en el oído medio con frecuencia se ven asociados a esa situación. Tales padecimientos no son constantes; muchos factores están incluidos, entre los cuales encontramos la resistencia individual. Sin embargo, sí existe el peligro para la salud del niño, y si la "facies adenoidea" va en detrimento de la apariencia del niño, es conveniente que el ortodoncista ayude en la medida de lo posible.

En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal, reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios y estimula la respiración nasal normal.

## CAPITULO VI HABITO OCLUSAL

### BRUXISMO EXCENTRICO Y CENTRICO

Se le denomina bruxismo excéntrico al rechamamiento y movimiento de trituración de los dientes en excursiones excéntricas y bruxismo céntrico consiste en el apretamiento de los dientes excéntrica.

Tanto el bruxismo céntrico como el excéntrico son expresión de un aumento de tono muscular. El que domine el bruxismo céntrico o excéntrico depende de la ubicación de las interferencias oclusales que actúan como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar. El bruxismo excéntrico tiene por lo general interferencias excéntricas como factores desencadenantes, mientras que el bruxismo céntrico se encuentra más frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal en la inmediata vecindad de la céntrica.

El bruxismo excéntrico tiene un doble fondo etiológico de sobrecarga psíquica e interferencia oclusal. El componente psíquico de agresión reprimida, tensión emocional, angustia y temor ha sido señalado por muchos autores como el factor único o más importante en la etiología del bruxismo. Carolyi (a principios de este siglo) reconoció el papel de las interferencias oclusales además de los factores psíquicos del bruxismo. Dicho autor señaló que "incluso los traumatismos oclusales modernos o los defectos oclusales menores,

tales como una cúspide prominente, pueden recibir indebida atención por parte de individuos neuróticos dando por resultado hábitos de trituración". Algunos autores han insistido en la importancia de la frustración como causa principal del estado de tensión emocional y el bruxismo parece estar estrechamente relacionado con la frustración. Estudios realizados por Hutchinson indican, que al provocar un estado de frustración en el mono se observa un aumento muy considerable de su actividad de mordida.

Aunque un gran número de autores han discutido la etiología y naturaleza del bruxismo, casi no ha habido investigación más allá de la observación clínica, hasta que las recientes investigaciones electromiográficas han proporcionado información básica respecto a los fenómenos neuromusculares asociados con el bruxismo. La electromiografía ha hecho posible observar y registrar los trastornos neuromusculares dentro del aparato masticador. Con esta técnica pueden efectuarse observaciones mucho más precisas y detalladas que utilizan investigaciones clínicas únicamente. De especial importancia resulta el hecho de que la electromiografía ha proporcionado la oportunidad de registrar alteraciones en la tensión muscular básica o tono asociado con la tensión nerviosa y con el dolor.

El bruxismo se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de tono de los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias y

por interferencias oclusales. La interacción de estos tres mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo.

Las contracciones del tono postural o antigravitacional dentro de los músculos masticadores dependen de la actividad refleja miotática. A la cual se añade la actividad eferente gamma o fusomotora. El centro del reflejo miotático se encuentra íntimamente relacionado con el control de los patrones de los reflejos condicionados de los movimientos del maxilar, los cuales han surgido como resultado de los impulsos nerviosos procedentes de las diversas terminaciones nerviosas propioceptoras y sensoriales dentro del aparato masticador. La influencia del sistema nervioso central sobre el tono muscular se efectúa principalmente a través del sistema fusomotor. Un estado de hipertonicidad de los músculos masticadores puede deberse por lo tanto a: 1) influencia del sistema nervioso central por medio del sistema fusomotor, o 2) falta de armonía local entre las partes funcionales del aparato masticador que actúa sobre el mecanismo reflejo que controla los movimientos subconscientes del maxilar. Por lo general, el aumento de tono y el bruxismo son el resultado de trastornos en ambos de estos mecanismos.

En cada individuo existe un límite para la adaptación fisiológica a la imperfección o falta de armonía en las relaciones oclusales. Cuando se traspasa este límite, ya sea debido a un aumento en la desarmonía oclusal o en la tensión del sistema nervioso central, se presenta una respuesta hipertónica en los músculos masticadores.

Esta respuesta puede ser en el sentido de facilitación de los impulsos nerviosos de origen oclusal o en la disminución del umbral de excitabilidad neuronal por la tensión nerviosa o dolor, o en ambos a la vez. Un aumento de la actividad neuromuscular puede dar lugar a una lesión en el periodonto o en la articulación temporomaxilar, o puede producir dolor y molestia dentro de los músculos en tensión. Dicha lesión o molestias ocasionarán un aumento de los estímulos aferentes al centro nervioso del sistema reflejo, con la subsecuente tendencia a aumentar la actividad eferente e incrementar el impacto lesivo.

Las molestias por interferencia oclusal o dolor pueden afectar también el sistema nervioso central. La irritación del sistema nervioso central disminuirá el umbral de irritabilidad de los componentes nerviosos asociados con los movimientos reflejos del maxilar, así como aumentará el tono y el dolor subsecuente ocasionados por la contracción sostenida de los músculos del maxilar disminuirán también el umbral de irritabilidad y entrarán dentro del mecanismo desfavorable de "retroalimentación".

Este círculo vicioso de aumento autoperpetuable de la tensión muscular relacionado con los trastornos funcionales de los dientes, el periodonto, los tejidos bucales, la articulación temporomaxilar y los músculos masticadores, es la base del bruxismo en personas bajo tensión psíquica o emocional. El mecanismo cerebral del bruxismo provocado ha sido estudiado en conejos, suscitando movimientos laterales de las quijadas por medio de excitaciones eléctricas de

diferentes zonas del cerebro como, por ejemplo, área cortical, anteromedial, cápsula interna, subtálamo y núcleo amigdalóide. Sin embargo, por ahora no es posible relacionar el significado de dichos estudios con el bruxismo en el hombre.

El estado hipertónico, y en ocasiones dolosos de los músculos del maxilar en el bruxismo, es de la misma naturaleza que las mialgias “profesionales” en los músculos del cuello y del brazo de los mecanógrafos bajo tensión mental, o de las mialgias posturales manifestadas como “dolor de espalda” en personas bajo tensión psíquica que tienen anomalías posturales. La similitud electromiográfica es bastante llamativa cuando se comparan las observaciones de Lundervold efectuadas en mecanógrafos con las observaciones de Ramfjor en los músculos de pacientes con bruxismo. Fosberg encontró que “de 157 pacientes con bruxismo, el 76% se quejaba de molestias en otros músculos”; Eggen reportó que “de 136 pacientes con bruxismo y trastornos de la articulación temporomaxilar, el 37% habían experimentado previamente tratamiento para mialgias profesionales o dolor de espalda, hombros, occipital, brazos o piernas”. En un grupo testigo con historia de bruxismo, sólo el 6% tenía antecedentes de dolor muscular previo. Usando el índice Médico Cornell, Thaller encontró “correlación entre el bruxismo y el estado de ansiedad del paciente”.

En pacientes con hipertonicidad muscular y bruxismo, así como en pacientes con mialgias, la influencia reguladora sobre la

actividad muscular procedente de impulsos sensitivos y propioceptivos, así como la actividad refleja dentro de los músculos no funcionan normalmente o pueden faltar.

Se ha demostrado experimentalmente, y observado en clínica en innumerables ocasiones, que las interferencias oclusales pueden precipitar el bruxismo. Clínicamente se ha encontrado que el bruxismo puede ser aliviado o eliminado mediante la corrección de la desarmonía oclusal, por lo menos hasta un grado en que no se a notado por el paciente y sus efectos sobre el aparato masticatorio sean mínimos. Por supuesto que el bruxismo puede ser reintroducido en cualquier momento por la colocación de una restauración con interferencia oclusal. Electromiográficamente, la eliminación de la falta de armonía oclusal es seguida por una marcada reducción en el tono muscular y al armoniosa integración de la acción muscular.

Cualquier tipo de interferencia oclusal puede desencadenar o mantener el bruxismo cuando se combina con tensión psíquica. El factor desencadenadamente más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. Electromiográficamente, tal discrepancia se manifiesta por contracciones sincrónicas o tensión sostenida en los músculos maseteros o temporal en un momento u otro durante la deglución. El segundo factor desencadenante del bruxismo, en orden de importancia, son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio. Aunque de mucho menor importancia que los dos factores ya señalados, también

las interferencias en las excursiones protrusivas o en el lado de trabajo pueden desencadenar bruxismo.

Se encontrará siempre algún tipo de interferencia oclusal en todos los pacientes con bruxismo. Sin embargo, con frecuencia resulta extremadamente difícil localizar las interferencias oclusales, especialmente en el recorrido retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica en pacientes con músculos maxilares hipertónicos y bruxismo. Esto puede explicar la afirmación hecha por varios autores en el sentido de que han observado numerosos paciente con bruxismo que no tenían interferencias oclusales. Otros investigadores no aceptan la desarmonía oclusal en el recorrido retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica como interferencia oclusal, y dado que ésta es la causa más común del bruxismo, dicho enfoque impedirá reconocer el factor oclusal más importante en la etiología de dicho padecimiento.

Pueden existir también factores diferentes a las interferencias oclusales que contribuyen a la hipertonicidad de los músculos maxilares y a la iniciación de movimientos maxilares anormales. Dichos factores son: colgajos gingivales de terceros molares, hiperplasia gingival o cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor; irregularidades en la superficie del labio, mejilla y lengua y dolor o malestar en la articulación temporomaxilar y maxilares.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconsciente controlado de manera refleja y es, por lo tanto, en la mayoría de los casos, desconocido por el paciente a menos que se le haya llamado la atención sobre él. Por esta razón, ha sido difícil estudiar la importancia y frecuencia del bruxismo hasta que recientemente se introdujeron dispositivos registradores que pueden recoger y almacenar información acerca de la actividad de los músculos del maxilar de día y de noche. El bruxismo más intenso se presenta generalmente por la noche, pero muchos individuos rechinan también los dientes durante el día cuando se encuentran bajo tensión. El rechinar a los movimientos de trituración de los dientes son más comunes durante la noche, mientras que la presión o apretamiento es más común en el día. Sin embargo, ambos estados pueden presentarse tanto durante el día como durante el sueño.

En un extenso estudio electromiográfico de 167 pacientes, Kraft comunicó que “aproximadamente la mitad rechinaban los dientes durante el sueño y los otros únicamente mordían o los apretaban. Las actividades musculares durante el sueño era muy variable, desde unas cuantas contracciones hasta 269 durante ocho horas de sueño. Estas contracciones musculares eran por lo general de menos de un segundo de duración. Sólo 11% de los paciente tenían contracciones largas y sostenidas que duraban entre 2.5 y un minuto. La actividad muscular estaba distribuida en forma bastante regular durante toda la noche en el 67% de los pacientes, en el resto la mayor

parte de la actividad desarrollaba precisamente antes de dormir y después del despertar por la mañana”.

Nuestra vida emocional prosigue durante el sueño, con frecuencia incluso se acentúa y se pone de manifiesto en sueños. Es bien conocido que los dientes hacen contacto en la deglución durante el sueño. Los movimientos de deglución son más numerosos en el sueño ligero que se presenta al comenzar a dormir o que procede al despertar con los movimientos durante el sueño. Si una persona duerme sobre la espalda y junta los dientes (al deglutir o por otra causa) y el maxilar se encuentra en posición retrusiva, los dientes pueden cerrarse en la relación céntrica y desencadenar bruxismo si existen interferencias en el recorrido retrusivo. Cuando la persona duerme de lado, se pueden poner en contacto durante el cierre las interferencias en las excursiones laterales desencadenando también el bruxismo. Algunos han comprobado que el bruxismo ocurre principalmente cuando el sueño llega a su segundo nivel (estado de sueño) y que está asociado con movimientos oculares rápidos, movimientos corporales y ritmo cardiaco acelerado. Los relativos verbales de la actividad mental, obtenidos por medio del despertar experimental, no indican que hay relación entre el bruxismo y algún tema mental específico.

Puesto que el bruxismo es la expresión de factores psíquicos y oclusales combinados, habrá naturalmente ciertos momentos o estados en la vida de un individuo durante los cuales es más probable que se

presente dicho trastorno. Puede haber bruxismo en caso de interferencia oclusal grave y grado moderado de tensión emocional o psíquica; o puede ser también el resultado de tensión psíquica muy intensa y muy poca interferencia oclusal. La tensión psíquica suele variar bastante de un periodo a otro de la vida de una persona; así como de una situación a otra dentro de la vida diaria. Las interferencias oclusales que se evitan y no son importantes la mayor parte del tiempo, pueden tomar grandes proporciones, desencadenar bruxismo y volverse muy molestas durante periodos de tensión psíquica. Es de observación común entre las poblaciones estudiantiles que el bruxismo se agrava durante los períodos de examen. La tensión premenstrual es otro factor precipitante común del bruxismo cíclico. El esfuerzo diario más común que da lugar al bruxismo es el manejar automóvil rápidamente, sobre todo cuando hay mucho tránsito. Puede observarse que las situaciones de tensión suelen provocar bruxismo únicamente si existen factores desencadenantes locales en la oclusión.

Se ha señalado que el apretamiento de los maxilares puede ser una manifestación normal de aumento general del tono muscular en la tensión emocional y psíquica, o parte de una acción fijadora asociada con esfuerzo físico o urgencia. En ocasiones resulta imposible marcar una separación definida entre el apretamiento de los dientes normales y patológico. el apretamiento normal o bruxismo céntrico consiste principalmente en la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de ninguna situación obvia de urgencia física o psíquica de contracción habitual de los músculos del maxilar pueden

perdurar durante largos periodos en las horas de vigilia, y es probablemente más común durante el día que durante la noche, pero puede también presentarse durante este último periodo. Dado que este apretamiento es subconsciente y silencioso, el paciente muchas veces no se da cuenta del hábito.

Aunque no existen movimientos maxilares aparentes asociados al apretamiento habitual, se acompaña éste con frecuencia de un momento muy ligero de algunos dientes. Puede acompañarse también de ligeros movimientos de la posición céntrica a la oclusión céntrica o bien alrededor de esta última. Resulta extremadamente difícil, lograr mediante el ajuste oclusal o los procedimientos restauradores, una relación oclusal absolutamente estable en la cual cada diente reciba exactamente la misma presión precisamente en el mismo momento en que se presentan las arcadas.

El desgaste oclusal es principalmente el resultado de los contactos oclusales. La firmeza de estos contactos (cuando los dientes funcionan juntos) depende del carácter de las estructuras de sostén de los dientes, la forma de las raíces, la relación corona-raíz, la posición de los dientes y la dureza de las superficies del contacto, incluyendo los materiales restaurados. Todos estos factores pueden ser ligeramente desiguales, lo cual dará por resultado cierta desigualdad en el desgaste oclusal y subsecuentemente relaciones de contacto oclusal dispares. Esto explicará el papel del contacto dispar como factor desencadenante oclusal al ponerse los dientes en contacto y colocaría

la etiología del apretamiento de los dientes sobre bases similares a las del bruxismo. Este concepto puede ser apoyado por las pruebas clínicas de la disminución de la tendencia al apretamiento de los maxilares después de ajustes oclusales muy precisos o del empleo de férulas de acrílico, y por las pruebas clínicas de la disminución de la tendencia al apretamiento de los maxilares después de ajustes oclusales muy preciso o del empleo de férulas de acrílico además por las pruebas electromiograficas de tono muscular disminuido después de tales procedimientos. Sin embargo, la evidencia de una relación directa entre un factor oclusal desencadenante y el apretamiento de los dientes, ha quedado tan bien establecida como la relación definida entre un factor desencadenante y el rechinado excéntrico de los dientes. Se necesita un conocimiento más profundo del tono muscular y del espacio interoclusal antes de poder comprender todo el mecanismo del apretamiento de los dientes.

El apretamiento habitual de los maxilares en malposiciones bloqueadas, el morder objetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos, son todas vías de escape para la tensión psíquico y emocional. Sin embargo, estas condiciones no tienen necesariamente asociación con la desarmonía oclusal, como es el caso del bruxismo. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas condiciones, es posiblemente un aumento en la tonicidad muscular; por el contrario, el tono muscular puede disminuir mediante el tratamiento oclusal y la eliminación de los factores irritantes de la boca. La supresión de las interferencias oclusales

puede, por lo tanto, facilitar la desaparición de algunos de estos hábitos, pero la mordedura del labio, lengua, mejilla o uñas puede constituir también una vía de escape de substitución cuando se ha eliminado el mecanismo de escape anterior a través del bruxismo al *suprimir los factores desencadenantes oclusales*. Algunos de estos hábitos tienen una presentación cíclica típica similar al bruxismo. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, y la tensión premenstrual o tensiones de otro tipo, pero teniendo todas como fondo común un estado de frustración.

Otros hábitos oclusales están asociados con la ocupación de la persona, por ejemplo: el morder hilos por las costureras, el sostener clavos entre los dientes por los carpinteros o tapiceros y el mantener vidrio entre los dientes por los sopladores de dicho material. En estos casos no existe necesariamente desarmonía psíquica u oclusal dentro del hábito oclusal. La tensión física muy pronunciada (levantar o empujar objetos pesados o realizar algún trabajo difícil) suelen estar asociados con el apretamiento de maxilares y de dientes. A este apretamiento y fijación de los maxilares y de los dientes durante la sobrecarga emocional y el ejercicio físico no debe considerarse como un bruxismo.

## **IMPORTANCIA**

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes, las

articulaciones temporomaxilares, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del sistema nervioso central.

Karolyi fue el primero en postular que "las contracciones nocturnas de los músculos maseteros podrían ser un factor principal en la etiología de la 'piorrea'", dicho autor recalcó también el papel lesivo de las contracciones espásticas de los músculos labiales y de la lengua para el periodonto y el efecto molesto de tales contracciones sobre la comodidad bucal del paciente.

Cualquier modificación tisular asociada con la oclusión traumática puede, por supuesto, ser resultado del bruxismo. Sin embargo, puesto que estas alteraciones tisulares quedan confinadas principalmente a los tejidos periodontales apicales del reborde alveolar, se cree generalmente en la actualidad que el bruxismo no inicia la gingivitis o la formación de bolsas gingivales. El papel del bruxismo y de la oclusión traumática asociada en la etiología de los padecimientos periodontales es aún controvertible y no ha podido ser completamente aclarado.

Debe hacerse hincapié en que el bruxismo no necesariamente da lugar a cambios patológicos en los tejidos periodontales. En la mayoría de los individuos con soporte periodontal normal, las secuelas habituales del bruxismo en la hipertrofia compensadora de las estructuras periodontales son el engrosamiento del hueso alveolar, aumento de la trabeculación del reborde alveolar, mayor

ensanchamiento de la membrana periodontal por abundancia de fibras colágenas y una mejor inserción de las fibras al cemento.

La posibilidad de que el bruxismo produzca lesión periodontal depende generalmente de los efectos que predisponen la oclusión traumática. Thielemann observó que la mayor cantidad de daño periodontal ocasionado por el bruxismo se presentó en pacientes con cúspides afiladas cuando se aplicó esfuerzo lateral sobre la punta de estas cúspides. Dicho esfuerzo tiene un mayor brazo de palanca que el que se aplica sobre la fosa central, y el esfuerzo sobre la cúspide frecuentemente se dirige hacia afuera de los tejidos que sirven de soporte al diente. El esfuerzo vestibulolingual es también de mayor importancia que el mesiodistal si los dientes tienen buen apoyo interproximal por medio de contactos anormales. Si el esfuerzo se aplica sobre pocos dientes, ya sea por pérdida de piezas dentarias o desarmonía oclusal grave, aumenta la posibilidad de lesiones por bruxismo. La misma posibilidad de lesión se encuentra presente cuando hay pérdida de apoyo periodontal a causa de padecimiento avanzado de estas estructuras. Es concebible, -aunque no se ha podido comprobar- que el bruxismo aumente la posibilidad de lesión periodontal en presencia de padecimientos generales que afecten el sostén colágeno de los dientes, como el escorbuto y la deficiencia de proteínas, especialmente en los jóvenes. La importancia del bruxismo en la etiología de la enfermedad periodontal depende de que ocasione trauma por oclusión. Se cree, generalmente, aunque no se ha comprobado científicamente, que la oclusión traumática es un factor

contribuyente en el progreso de los padecimientos periodontales destructivos y que su importancia aumenta a medida que progresa la destrucción periodontal.

Eschler y otros autores han proclamado que “la enfermedad periodontal predispone al individuo al bruxismo por aumento del tono en los músculos del maxilar, las molestias bucales y el movimiento de los dientes asociados con inflamación gingival y periodontal pueden desencadenar interferencias oclusales y en es forma provocar bruxismo”. El aumento del tono muscular ocasionado por las molestias que acompañan a la inflamación aumenta la posibilidad de que este factor desencadenante precipite el bruxismo. Bajo estas circunstancias, puede decirse que los padecimientos periodontales provocan bruxismo.

## **CONSECUENCIAS**

Los daños de importancia ocasionados por el bruxismo resaltan con frecuencia mayores en la corona del diente que en el periodonto. El desgaste de los dientes ocasionado por el bruxismo puede dar por resultado una reducción cinestética en la longitud de la corona. Trastornos en las relaciones del contacto interproximal, y ocasionar pulpitis, exposición o muerte de la pulpa. Otras posibles secuelas del bruxismo son bordes del esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturados e incluso estrangulación apical de la pulpa.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporo-maxilar.

Se ha demostrado que el bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica. Aunque la correlación no está completamente clara, Wolff ha postulado que "la base para el dolor o la dolencia es un trastorno en la circulación de los músculos".

Las molestias de los dientes, músculos y articulaciones temporomolares asociadas con el bruxismo, con frecuencia aumentarán la tensión psíquica y la irritabilidad y ocasionarán un aumento del tono muscular.

Las malformaciones que provoca son: desgaste de las coronas de los dientes, esmalte afilado, agrietamiento de los dientes, dolor a los cambios térmicos (frío y caliente), hiperemia, dolor asociado a trastornos de ligamento parodontal y alteración en los músculos masticadores y la articulación temporomandibular.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento consiste en la eliminación de los puntos prematuros de contacto haciendo un buen ajuste oclusal; se pueden colocar guardas nocturnas, férulas y se administrarán al paciente tanto relajantes musculares como tranquilizantes y analgésicos.

## CAPITULO VII MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS

Este tipo de hábito agrupa en general a aquellas personas que muerden diferentes objetos tales como el chupón, trapos, plumas, lápices, etc. Se considera como la prolongación de un hábito de la infancia. Se cree que es un escape de la tensión emocional y se puede intensificar y provocar alteraciones de acuerdo al tipo de objeto.

## CAPITULO VIII ONICOFAGIA

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la edad de la succión del pulgar a la de morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente el 80% de los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusión, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos, individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atracción de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas, alivia normalmente la tensión. Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a

## CAPITULO VII MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS

Este tipo de hábito agrupa en general a aquellas personas que muerden diferentes objetos tales como el chupón, trapos, plumas, lápices, etc. Se considera como la prolongación de un hábito de la infancia. Se cree que es un escape de la tensión emocional y se puede intensificar y provocar alteraciones de acuerdo al tipo de objeto.

## CAPITULO VIII ONICOFAGIA

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la edad de la succión del pulgar a la de morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente el 80% de los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusión, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos, individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atracción de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas, alivia normalmente la tensión. Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a

menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral al niño mismo o a quienes le rodean. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto otros objetos sustituyen al dedo. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, rapé, lápices, gomas de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Este padecimiento es el resultado de una tensión emocional o psíquica. Se presenta después de los 3 ó 4 años y desaparece hasta los 18 años o más.

Las malformaciones que se pueden presentar son constantes irritaciones alrededor de las uñas, dedos en forma de bola y en casos severos se aprecia un desgaste de los bordes incisales que afectan principalmente a los incisivos inferiores.

## CONCLUSIONES

Podemos afirmar que en todos los casos de la Odontología, los hábitos juegan un patrón de suma importancia. Como ejemplos de esto, tenemos a las áreas de Ortodoncia, Prótesis, Periodoncia, Odontopediatría y Maxilofacial; en las cuales debemos apoyar nuestro diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento para con ello asegurar el éxito de nuestro tratamiento.

Durante la realización de esta tesis, revisando distintas bibliografías sobre hábitos bucales, es evidente la gran diversidad de criterios con respecto a la etiología y tratamiento de éstos. Por lo cual, la importancia de unificar los mismos y crear en el Cirujano Dentista la necesidad de poner más énfasis en la importancia de los hábitos en nuestra preparación profesional, nos proveerá de un conocimiento más profundo, el cual, tanto como paciente como profesional elevarán su calidad de vida.

Dado que en su mayoría los hábitos orales tienen su origen en la niñez, cabe resaltar el papel tan importante que juegan los padres. Debido a esto, debemos hacer más énfasis en su educación, ya que es en ellos en quienes puede radicar tanto la detección como la eliminación de un hábito.

La presencia de un hábito como tal, acarrea distintas consecuencias que en algunos casos dejan secuelas prácticamente irreversibles, como determinantes en la conducta y, hablando del estado físico, rompiendo con el equilibrio existente en cada individuo.

**ESTE LIBRO NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## BIBLIOGRAFIA

1. Adams, C. Phillip  
Diseño y Construcción de Aparatos Ortodónticos Removibles  
Edit. Mundi, 1975
  
2. Ardran, G. M., and Kemp, F.H.  
A Cineradiographic Study of Breast Feeding  
1958
  
3. Ash, Ramfor  
Oclusión  
Edit. Interamericana, 1972
  
4. Balm, Lloyd  
Rehabilitación Bucal  
Editorial Interamericana, 1977
  
5. Thomas, K. Barber-Maury, Massier  
Manual de Odontopediatría Clínica y de Laboratorio  
Facultad de Odontopediatría de la Universidad de Illinois, 1976
  
6. Brauer, John Charles  
Odontología para Niños  
Editorial Mundi, 4a. Edición, 1960

13. Mc Donald E., Raph

Odontología para el Niño y el Adolescente

Editorial Mundi, 1976

14. Tenenbaurn, Leon

Odontopediatria-Ortodoncia-Terapéutica

Editorial Mundi, Vol.V, 1967