



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS PERNICIOSOS EN LA CAVIDAD ORAL EN
PACIENTES ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

NURITH MARTÍNEZ VALDEZ

TUTORA: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA

ASESORA: C.D. MARÍA DE LOURDES ROMERO GRANDE

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Gracias a Dios por guiarme en el camino y darme la oportunidad de estar aquí.

Agradezco a mis papás, Elsa y Ramón a quienes admiro y respeto, gracias por todo lo que soy, por apoyarme y alentarme a realizar cada uno de mis propósitos, gracias por creer en mí y por hacer todo lo posible para que llegara hasta aquí.

Mamá, eres el más grande ejemplo de lucha.

Papá, me enseñaste que nunca es tarde para seguir aprendiendo y alcanzar mis metas.

Gracias Edgar por tu comprensión, por apoyar mis sueños y ayudarme a realizarlos. Por estar siempre al pendiente de mí, por tu paciencia y dedicación, te amo.

A todos mis amigos y familia, les agradezco por acompañarme en éste camino, por sus consejos y ayuda.

A todos ustedes que fueron mis pacientes, también muchas gracias.

Gracias a mis profesores, por tenerme paciencia y brindarme sus conocimientos, en especial a las doctoras Victoria Herrera Vega, y María de Lourdes Romero Grande, quienes fueron mis profesoras en licenciatura y me guiaron en la realización de éste trabajo como tutora y asesora, además de ser un ejemplo de profesionistas.

Agradezco a la UNAM, mi casa de estudios, y a la Facultad de Odontología donde cultive mis conocimientos y me he desarrollado personal y académicamente.

Sin el apoyo de todos ustedes no habría llegado hasta aquí, gracias por todo.

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

Introducción	5
1. Adolescencia	7
2. Desarrollo del adolescente	7
3. Adolescencia media	8
3.1 Área psicomotora	8
3.2 Área cognoscitiva	8
3.3 Área afectiva	8
3.4 Área social	9
4. Hábitos	10
4.1 Definición	10
4.2 Antecedentes	10
4.3 Epidemiología	11
5. Respiración oral	15
6. Hábitos labiales	16
7. Bruxismo	17
8. Deglución atípica	20
9. Onicofagia	24
10. Lesiones facticias	26
11. Alteraciones de ATM como consecuencia de hábitos perniciosos	33
12. Maloclusión como consecuencia de hábitos Perniciosos	34
12.1 Posturales	35
12.2 Hábito oral de morder objetos	35

13. Tatuajes	37
14. Perforaciones (Piercing)	38
15. Consumo De Drogas	44
16. Consumo De Tabaco	48
17. Consumo De Alcohol	50
18. Abordaje Del Tratamiento	52
Conclusiones	54
Bibliografía	55



Introducción

Con éste trabajo se pretende dar a conocer los distintos hábitos perniciosos que existen en la etapa de la adolescencia media, la cual abarca de los 14 a los 16 años.

Comprender que la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse y transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez.

Durante la adolescencia media existe una reducción de los cambios físicos, la energía es desplazada a otras áreas y viven un proceso de duelo al separarse de los padres.

Explicar las manifestaciones y alternativas de tratamiento así como los cambios que se dan en ésta etapa de la vida y que repercuten directamente con la manifestación de dichos hábitos.

Identificar cada hábito y las consecuencias que tienen en la cavidad oral, para que el odontólogo sea capaz de diferenciar los signos y síntomas, pudiendo así dar una orientación adecuada a sus pacientes y estar alerta a los adolescentes que por su edad ocultan los hábitos.

Ésta revisión bibliográfica puede coadyuvar en el control y tratamiento de los hábitos perniciosos en ésta etapa tan crítica. El tratamiento debe ser multidisciplinario, envolviendo al otorrinolaringólogo, pediatra, odontopediatra, ortodontista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta y psicólogo.

Establecer las relaciones que tienen los hábitos perniciosos con problemas psicológicos o de adaptación, así como dificultades en el entorno afectivo o de seguridad familiar.

Detectar motivaciones tensionantes en la vida del adolescente que pueden ser controladas, o de lo contrario remitir al especialista para su manejo.

Los hábitos que podemos encontrar en los adolescentes son: hábitos labiales, bruxismo, deglución atípica, onicofagia, lesiones facticias,



alteraciones de ATM como consecuencia de hábitos perniciosos, maloclusión como consecuencia de hábitos perniciosos, tatuajes, perforaciones (piercing), consumo de drogas, consumo de tabaco y consumo de alcohol.



Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse y transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, adquiriendo independencia económica. Se extiende entre los 10 y los 19 años.¹

Es un periodo vital de tránsito de la infancia a la edad adulta, en el que se producen cambios importantes del crecimiento, maduración y desarrollo en el contexto sociofamiliar de cada individuo.²

Se entiende por crecimiento y desarrollo en ésta etapa la secuencia de un proceso madurativo que da término al crecimiento longitudinal, visceral y orgánico integral, de acuerdo con las características antropológicas, raciales, regionales y familiares del individuo.

En cada una de las etapas de la adolescencia, temprana, media o final (Lechner Shein, 1976), se encontrarán particularidades individuales o de grupo, correspondientes a las áreas sujetas a transformación: bioanatómica corporal, fisiología o funcional, psicosexual, motora, afectiva, emocional, cognoscitiva o integración personal yoica, cultural y social.³

Desarrollo del adolescente

Existen características universales en los adolescentes debido a su estructura psicobiológica, pero no podemos ignorar la importancia de los aspectos socioculturales que influyen en un determinismo específico de las manifestaciones de la adolescencia.

Por los cambios físicos tan importantes que se dan en un corto periodo y sus repercusiones en la esfera psicosocial, se ha sugerido clasificar a ésta etapa del desarrollo en tres etapas.

Adolescencia temprana, que contempla fundamentalmente los cambios puberales y las repercusiones en las otras áreas.



Adolescencia media comprende la reducción de los cambios físicos, la energía es desplazada a otras áreas y viven un proceso de duelo al separarse de los padres.

Adolescencia tardía es el final de ésta etapa, se logra un equilibrio psíquico, un retorno al hogar y la adquisición de un compromiso social de colaboración y solidaridad.³

Adolescencia media

Área psicomotora

El cuerpo va alcanzando su desarrollo; va integrando gradualmente los cambios físicos vividos, aunque requiere apoyo de otros; se observa una sistematización de su práctica deportiva, le agrada y logra cierta gratificación en el contenido con la naturaleza, se da aquí una manifestación máxima de creatividad y de expresión artística.

Área cognoscitiva

La discrepancia entre la realidad y lo posible puede ser un factor importante que lo convierta en un sujeto rebelde, al darse cuenta que las cosas no necesariamente son como el adulto dice que son.

El pensamiento puede parecer egocéntrico por el interés que ellos ponen en los cambios, al manifestar su crítica, supone que los adultos se dan cuenta de sus fallas.

Hay una tendencia a la fantasía que le permite por medio de la imaginación la experiencia emocional.

Área afectiva

Es la época de la idealización romántica, sufre fácilmente cambios de humor y se torna irónico en sus comentarios. Sus manifestaciones



emocionales, como frustración, celos, envidias, pueden originar actitudes francamente antisociales.

Área social

Los padres fueron desvalorados y en el adolescente surge la arrogancia y la rebeldía, existe una resistencia a las figuras de autoridad, surge una lucha por su espacio y por su propio tiempo.

Su comportamiento social se complica por prejuicios, actitudes reactivas y defensas obsesivas.³



Hábitos

Definición

Los hábitos se pueden definir como actividades repetitivas no funcionales que se ejecutan en la cavidad oral, con posibles efectos variables que dependen de su frecuencia, intensidad, duración y dirección.

Tienen evidentes relaciones con problemas psicológicos o de adaptación, así como dificultades en su entorno afectivo o de seguridad familiar.

Parecen relacionarse con la exigencia de la cultura, que afecta los modos de educación, crianza y cambian la funcionalidad de las familias.

Es importante el significado social del hábito para los padres, familia, los pares, ya que en muchas ocasiones la causa de la consulta no es tanto el hábito en sí o sus posibles consecuencias, sino la actitud del adulto y otros adolescentes del entorno social.⁴

Los hábitos parafuncionales de la cavidad oral son actividades perniciosas que interfieren en el desarrollo correcto de las arcadas dentales, pueden provocar maloclusiones alterando el desarrollo morfogénico del individuo.⁵

Antecedentes

La modificación del aspecto externo es una característica humana y universal, que incluye joyas, vestimentas, peinados y métodos más inusuales, como las mutilaciones del cuerpo humano.

Cualquier mutilación implica cortar, cercenar o lesionar de forma permanente una parte del cuerpo, entre las que se distinguen las deformaciones esqueléticas, dentarias, circuncisión, escarificación, tatuajes y perforaciones (*piercings*).



Fuente: taringa.net

Estas prácticas datan desde el neolítico en lo que se refiere a tatuajes; y se conocen ejemplos de los indígenas americanos de la era precolombina con perforaciones. En los últimos años han aumentado en la sociedad occidental, especialmente entre los adolescentes.⁶



Fuente: <http://www.tumedicoaltelefono.es/piercing-cara/>

Epidemiología

La presencia de onicofagia es común de ser observada en la infancia y adolescencia. La prevalencia entre 10 y 15 años es de 45%, entre 16 y 17 años cae para 20%.

En el bruxismo la prevalencia es variable, pero la media aparece en 5-22% de individuos con dentición permanente.⁷



A la interposición lingual se le atribuye una prevalencia de menos del 25% a los 16 o 18 años.⁸

Según estudios realizados en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Caracas- Venezuela, en el período mayo - noviembre 2005, con una población de 245 pacientes entre 2 a 17 años, se observó que 43 % de las lesiones facticias se encontraban en niñas y el 57 en niños, siendo la más común el *Morsiscatum Bucarum*, con un 15.5 %, seguida del Fibroma Traumático con un 12%, la Úlcera Traumática con un 8,5% y el Mucocele con un 4.8%.

Diversos estudios han establecido que el *Morsicatum bucarum* es una de las lesiones de cavidad bucal más frecuentemente encontradas, según estudios realizados en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Venezuela 2005; con una población de 245 pacientes entre 2 a 17 años donde se observo que 43% de las lesiones se encontraban en niñas y el 57% en niños, siendo la más común el *Morsiscatum bucarum* con un 15.5 %.⁹

Mientras que estudios realizados en el Hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el estado Vargas- Venezuela, durante el período septiembre 1998 - agosto 1999; realizado en adultos y adolescentes, se observó que la lesión más común fue la Úlcera Traumática, seguida por el Fibroma Traumático, sin observar registro de las otras entidades.

De igual forma; según Jiménez y cols. (2008), en investigaciones realizadas en la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres "Fe y Alegría" de una región rural en Maturín, Estado Monagas - Venezuela, en el período de Agosto - Noviembre de 2005; se evaluaron 875 pacientes entre 3 y 17 años de edad, obteniendo como resultado que el 23,42% (205 pacientes) presentaron 211 lesiones a nivel bucal, siendo las más frecuente la Úlcera Traumática con 24,2%, luego el Fibroma Traumático con un 10,42 %, y por último el mucocele con un 4.73%.

Se ha establecido que alteraciones como la maloclusión en los adolescentes es elevada, como lo comunica el estudio de Rwakatema et al.,



en 2006 para edades de 12 a 15 años de Moshi, Tanzania, cuya prevalencia fue 98%, aunque no implicaba un tratamiento con grandes movimientos de ortodoncia. Por otra parte, la investigación de Altug-Atac y Erdem, en 2007 en niños de Turquía relacionada con la pérdida congénita de dientes, encontró que las anomalías en el desarrollo dental eran muy frecuentes, y entre ellas la principal era la hipodoncia. En los tejidos articulares y musculares, también se observó que 62% de un grupo de adolescentes de 17 años de la municipalidad de Skelleftea, Suecia, tenía una disfunción en la articulación temporo-mandibular (ATM).¹⁰

Los hábitos parafuncionales son frecuentes, estudios descriptivos demuestran que el masticar chicle tiene una prevalencia de 87% entre adolescentes femeninas americanas, 92% en estudiantes de preparatoria israelíes y 62% entre estudiante católicos, con una asociación entre dicho hábito parafuncional y los trastornos temporomandibulares.⁵

Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general.

Alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóncico. A su vez, las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento.

En un estudio realizado en la Comunidad Autónoma Vasca en 1990, se determinó que había maloclusión en un 26,6% a los 14 años.¹¹

Las lesiones periodontales se relacionan en un 64.3% de casos con el uso de piercings linguales y en un 35.7% con los colocados en el labio Inferior.⁸

Se plantea que alrededor del 70 % de la población mundial, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, que del 3 al 5 %



son dependientes y de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemas.

En Cuba consumen bebidas alcohólicas el 45,2 % de los sujetos mayores de 15 años.¹²

Para el año 2009, a nivel mundial, de cada 4 adolescentes entre 12 y 17 años, 1 consume marihuana o cocaína. El 7% de adolescentes de 13 años ha consumido alguna vez marihuana.¹³

Según datos del Banco Mundial, el 20% de la población de 13-15 años en el mundo fuma, casi 100 mil jóvenes comienzan a fumar cada día en el mundo entero y de ellos, más de 80.000 viven en países en vías de desarrollo. En países de ingresos medios o bajos, de cada 1000 jóvenes, 250 morirán por el tabaco, 30 por el alcohol, 10 por accidentes de tránsito y 10 por causas violentas. El consumo de tabaco está estrechamente ligado a la escolaridad: fuma el 64% de los analfabetos y sólo el 20% de los que superan los 12 años en la escuela.

El consumo de tabaco habitualmente se inicia tempranamente en la adolescencia. Según datos del GYTS (Global Youth Tobacco Survey), en el mundo, el 14% de los jóvenes se inicia en el tabaquismo entre los 13 y 15 años. De todos los fumadores adultos actuales, el 90% comenzó antes de los 19 años y el 71% fue un fumador diario antes de los 18 años.¹⁴ Se estima que 10% a 16% de los jóvenes entre 12 y 18 años, y 3% a 8% de la población general tienen tatuajes.⁶

Respiración oral

Individuos con comportamiento de la respiración oral presentan algunas características típicas que pueden aparecer juntas o aisladas. Entre ellas podemos citar: presencia de ojeras, mirar inexpresivo, hueso zigomático poco desarrollado, falta de desarrollo del tercio medio del rostro, paladar ojival y atresia maxilar, rotación de la mandíbula para posterior, mordida cruzada posterior y abierta anterior, gingivitis, hipertrofia de amígdalas y adenoides, incompetencia labial, hipotonía labial, lingual, postura corporal y de cabeza inadecuada.



Fuente: <http://odontoprivavera.blogspot.mx/2012/09/la-respiracion-bucal.html>

Consecuentemente, se observa crecimiento más acentuado del rostro en sentido vertical (rostro largo). El diagnóstico preciso del cuadro es dado por el otorrinolaringólogo.

El cirujano dentista puede sospechar de alteraciones después de la colecta de datos del paciente, y si el paciente presenta las señales descritas anteriormente, debe encaminarlo para el otorrinolaringólogo.

El tratamiento del paciente debe ser interdisciplinario, envolviendo al otorrinolaringólogo, al pediatra, odontopediatra, ortodoncista, fonoaudiólogo y fisioterapeuta.⁷

Hábitos labiales

Son los referentes a la manipulación de los labios y estructuras peribucales. Los cambios más evidentes que se relacionan con éstas costumbres son enrojecimiento, inflamación, resequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío.

El tratamiento suele ser paliativo y se limita a la humectación de los labios.

La presentación más frecuente de succión de labios es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores. Se aplica así una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular de los dientes superiores, y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como un mayor grado de sobremordida horizontal.¹⁵



Fuente: archivo personal

Bruxismo

El bruxismo fue primeramente descrito con la terminología “La bruxomanie”. La nomenclatura, de origen griega, significa compulsión de rechinar los dientes. Actualmente, el bruxismo es definido por la *Academy of Orofacial Pain* como una disfunción de la musculatura orofacial (parafunción) asociada a apretar y rechinar los dientes, ocurriendo durante el día y/o la noche.¹⁰



Fuente: <http://www.pepsodent.cl/ideas-consejos/bruxismo-la-mala-costumbre-de-apretar-los-dientes/>

Utiliza los mecanismos de la masticación normal (cierre y afrontamiento interdentario) realizándolos a pesar de no tener comida interpuesta, en una forma inconsciente e intensificada.¹⁶

El bruxismo es clasificado en dos tipos: céntrico y excéntrico. En el primer tipo, ocurre apretamiento de los dientes y contracción muscular isométrica. Ocurre cuando el individuo está despierto, y está asociada al estrés, tensión muscular y otros hábitos parafuncionales.

En el bruxismo excéntrico, ocurre rechinar de los dientes, contracción muscular isotónica, aumento de volumen muscular, favoreciendo la oxigenación de los tejidos.⁶

Rara vez, con excepción de sujetos con trastornos emocionales, el desgaste pone en peligro la pulpa, al avanzar a un ritmo mayor que la producción de dentina secundaria.



También se atribuye al bruxismo la hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. ¹⁵

La etiología del bruxismo es multifactorial, probablemente asociada a la combinación de factores mecánicos y químicos. Disturbios emocionales (ansiedad), factores genéticos y neurológicos, con desequilibrio de los neurotransmisores. Las deficiencias nutricionales, alergias y los disturbios endócrinos también pueden estar asociados a su etiología. ⁶

Cuando predomina el apretamiento, el adolescente manifestará dolores de cabeza, laterales de cara y posiblemente dolor en arcada dentaria.

Cuando predomina el frotamiento además del síntoma de dolor facial, que puede manifestarse unilateralmente o bilateralmente, encontramos facetas de desgaste en las zonas lateral y/o disminución de la corona clínica en la zona anterior con pérdida del borde festoneado y desgastes en los incisivos, asimismo como hipersensibilidad dentaria.

En ésta etapa propiamente dicha se recomienda proceder de la siguiente manera:

- Realizar el análisis estático y funcional de la oclusión donde se evaluará la necesidad de tratamiento ortodóncico-ortopédico, desgaste selectivo, suplementación o restauración oclusal.
- Colocar placas neuromiorelajantes para dormir, así como protectores bucales para realizar deportes.
- Detectar motivaciones tensionantes en la vida del adolescente que puedan ser controladas o de lo contrario remitir al pediatra para su manejo farmacológico y/o psicológico.
- Despistar otras reacciones psicósomáticas asociadas, como gastritis o tics.
- Indagar acerca de hábitos de bulimia o anorexia por su componente afectivo y por las secuelas que deja el medio ácido del vómito sobre el esmalte dentario.

- Controlar y aconsejar la ingesta de azúcar e hidratos de carbono para no aumentar el pH ácido el cual favorecería el desgaste adamantino. ¹⁶



Fuente: <http://www.odontocentro.com/bruxismo.htm>

Deglución atípica

Los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes. ⁸

Durante la adolescencia, la fase bucal de la deglución se modifica y asume un padrón que permanecerá por el resto de la vida del individuo.

La deglución asume el padrón anormal en consecuencia de algún problema previo instalado, como respiración oronasal, maloclusión, por alteración del tono, movilidad o propiocepción de los órganos fonoarticulatorios, postura inadecuada de la cabeza y/o persistencia de deglución infantil. ⁷

La deglución atípica consiste en una posición patológica de la lengua en el momento en que se realiza la deglución, como cuando se encuentra en estado de reposo, debido a una pobre maduración neural del aparato bucal.

También se define como la realización de movimientos inadecuados de la lengua y la musculatura vecina (orbicular de los labios, buccinadores y mentón) para impedir el paso de saliva y/o alimentos desde la cavidad bucal a la faringe. ⁸



Fuente: <http://www.ortodoncialardero.es/tratamientos/pretratamiento-preventivo/deteccion-y-control-de-habitos-nocivos.html>

Con la erupción de los dientes permanentes la punta de la lengua debe colocarse en la parte anterior del paladar por detrás de las caras linguales de los incisivos superiores, cuando esto no ocurre perdura la deglución infantil.

La deglución atípica puede manifestarse con interposición labial y lingual:

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de proyectar la lengua hacia adelante en el momento de la deglución, hay quienes la consideran como el hábito bucal más frecuente.



Fuente: logopediayeducacion.blogspot.com

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual. Entre las que se encuentran:

- Problemas respiratorios, trae problemas de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
- Existencia de amígdalas inflamadas o hipertróficas, que por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimas fases de la deglución.
- Macroglosia: obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.



- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua
- Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- Tratamiento ortodóncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.

Es importante señalar que el uso de aparatología removible o fija siempre se debe colocar bajo los parámetros de respeto por el adolescente, su solicitud, bajo la aceptación y conocimiento de acuerdo a su edad y de los efectos de la misma en su boca.⁸

A nivel maxilar:

- Vestíbuloversión de los incisivos superiores.
- Prognatismo maxilar.
- Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- Formación de un diastema central.
- Reabsorciones radiculares.
- Posicionamiento anterior de la lengua.

A nivel mandibular:

- Rotación posterior mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados. .
- Disfunción mandibular.⁸

Entre las posibilidades terapéuticas se encuentran: ejercicios miofuncionales de Strang (aprendizaje de la deglución somática o



adulta), aparatos restrictivos, rejilla lingual, arco palatino con bucles anteriores, modificación del entorno oral y glosectomía parcial.⁸

Onicofagia

Es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.¹⁷



Fuente: LM Ilzarbe, ONICOFAGIA FRENTE A ESTÉTICA DENTAL: Presentación de un nuevo método para el tratamiento de onicofagia.

La etiología sugerida para el hábito incluye estrés, imitación de otros miembros de la familia, herencia, sustitución de otro hábito y malos cuidados con las manos.

Las principales complicaciones asociadas son: heridas de la cutícula y sangrado en los bordes de las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, reabsorciones radiculares, fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía.⁷



Fuente: archivo personal



Puede causar lesión de los lechos ungueales mismos, por lo que puede ser preciso usar productos especiales para proteger las uñas. ¹⁵

El reconocimiento y eliminación del hábito son esenciales para evitar mayores problemas. El tratamiento debe ser direccionado en el sentido de conocer los factores desencadenantes del estrés, refuerzo positivo, cuidados con las uñas y acompañamiento de la evolución del tratamiento. ⁷



Lesiones facticias

Son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto. Se sugiere que es un comportamiento aprendido, y tal vez lo sea, porque es de los pocos comportamientos que con certeza serán reforzados, es decir, atraerá siempre atención.

Una manifestación frecuente de la automutilación es la mordedura labial, lingual y de la mucosa bucal.¹⁵

La palabra facticio proviene del Latín *facticius*, un cultismo creado empleando el verbo *facere*, que significa Hacer. Cuando hablamos de algo "natural", expresamos la idea que no ha sido manipulado por el hombre. Facticio es el antónimo de natural; es decir, algo que fue hecho por el ser humano.⁹

En el ámbito odontológico; Sapp y Cols (1998), refieren que las lesiones facticias, son las autoinfligidas por el paciente. Y pueden ser conscientes, habituales o accidentales; aunque hay algunos, con trastornos emocionales que se provocan, secreta y conscientemente lesiones bucales, para obtener continuamente atención y compasión por parte de familiares y personal sanitario.

Las lesiones facticias, pertenecen a los llamados desórdenes autoinducidos. Estas pueden tener diferentes presentaciones y a grandes rasgos clasificarse en dos grupos:

El primer grupo incluye a los pacientes con características de impulsividad, los pacientes generalmente están al tanto de la naturaleza auto-infligida de sus lesiones. El segundo grupo está compuesto por comportamientos anormales en pacientes con formación de síntomas conscientes, pero cuyos motivos surgen de conflictos inconscientes. Es importante distinguir entre estos dos grupos de desórdenes autoinducidos, que los pacientes que pertenecen al primer grupo manifiestan su preocupación y desean el cese de su comportamiento, mientras que los pacientes del segundo grupo simulan, inducen o agravan su enfermedad,



con frecuencia causándose lesiones dolorosas, para obtener así, el cuidado emocional y la atención que se le brinda a pacientes enfermos.

Las lesiones facticias en adolescentes son relativamente comunes y se encuentran más frecuentemente en lengua, labios, carrillos.

Por lo general se presenta en pacientes con serios problemas psicológicos, que quieren atraer la atención del medio o presentan cierto tipo de retardo mental.⁹

De acuerdo a su etiología las lesiones facticias se clasifican de la siguiente forma:

Tipo A: Lesiones inducidas sobre irritaciones preexistentes como restauraciones defectuosas o cepillado brusco.

Tipo B: Lesiones secundarias a otros hábitos preestablecidos como succión de dedo, introducción de lápices o palillos y mordedura de uñas.

Tipo C: Lesiones de etiología compleja como desorden emocional o retraso mental.

Los Tipos A y B se resuelven con intervenciones dentales (rehabilitación oral) y eliminación del hábito.

El Tipo C, son aquellas en la que el paciente se resiste al tratamiento, por lo que es importante la colaboración del psicólogo o psiquiatra.

La psicología, como campo, raramente concluye que exista alguna causa para un comportamiento. Sin embargo, generalmente se cree que el retraso mental y el autismo derivan de factores orgánicos, genéticos, u otros factores físicos. Aunque estos trastornos son bastante distintos entre sí, es relativamente común que los individuos con estos desórdenes participen en formas facticias específicas.⁹

Desórdenes obsesivos-compulsivos

Son desórdenes psiquiátricos caracterizados por pensamientos que causan estrés e impiden interacciones y comportamientos socialmente aceptables. En estos trastornos los adolescentes muestran patrones de



comportamiento errático que involucran estructuras oro-faciales, como por ejemplo el cepillado dental ritual o excesivo que da como resultado la abrasión de la membrana de la mucosa bucal y dientes.

Algunas de las formas más severas de autolesión en niños y adolescentes tienen un origen psicótico.

Conceptualmente, el término psicótico se refiere a una perturbación grave en el sentido de la realidad de una persona (el comportamiento psicótico es el que corresponde a esta deformación de la realidad).

Aunque haya una variedad de trastornos específicos dentro del ámbito de la psicosis (como esquizofrenia, trastorno ilusorio, y trastorno esquizoafectivo), cada uno implica modelos anormales del pensamiento, percepción, o noción de la realidad.

Entre las lesiones más comunes en adolescentes, según estudios realizados a nivel nacional, podemos considerar los siguientes:

- Úlcera traumática.
- Fibroma traumático.
- Mucoceles
- Morsiscatum buccarum.
- Gingivitis artefacta.

Úlcera traumática

Las úlceras traumáticas constituyen la lesión más común de tejido blando en boca. La mayor parte se debe a un traumatismo mecánico simple y casi siempre es visible, la relación es causa - efecto.⁹



Fuente: www.actaodontologica.com/ediciones/2010/art.17.asp

Fibroma traumático

Se origina como una reacción a traumatismos crónicos localizados, como el mordisqueo de carrillo y labios.⁹



Fuente: www.actaodontologica.com/ediciones/2010/art.17.asp

Mucocele

El término de "Mucocele" se refiere a "Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto".



Fuente: C.D. Victoria Herrera

Siendo los traumatismos como mordedura del labio inferior o microtraumas por aparatos de ortodancias el agente etiológico, que más los origina.⁹



Fuente: www.actaodontologica.com/ediciones/2010/art.17.asp

Morsiscatum buccarum

Se refiere a la mordedura crónica de carrillo. Ésta lesión autoinducida es de origen irritacional y reactivo, en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción.⁹



Fuente: www.actaodontologica.com/ediciones/2010/art.17.asp

Gingivitis artefacta

Son una serie de recesiones gingivales caprichosas que no corresponden a ninguna enfermedad gingival conocida, ni a las enfermedades sistémicas conocidas. Por lo general son autoinducidas o también denominadas artificiales.

Sepey y cols. citado por Castro y cols. (2005)., suponen que los factores psicológicos son muy importantes en la etiología de esta conducta y que generalmente, las lesiones ocurren durante periodos de estrés asociados a frustración o a necesidad de dependencia.

Las características clínicas son zonas de aparente necrosis de las papilas que pudieran simular lesiones periodontales, hendiduras verticales con recesión gingival, en casos graves, hay pérdida del hueso alveolar que no se regenera, exposición de la raíz de una o más piezas y erosiones con fondo rojizo. El recuento de placa es bajo y no existen signos de inflamación en las zonas externas del tejido.

El tratamiento que se sigue es el de identificar la causa mecánica de la pérdida gingival y ayudar al paciente a reconocerla.⁸



Fuente: <http://odontologia.univalle.edu.co/revista/publicaciones/13-01-2005/pdf/06V13N01-05.pdf>

Alteraciones de ATM como consecuencia de hábitos perniciosos

La musculatura del sistema masticatorio y la articulación temporomandibular están protegidas por reflejos nerviosos básicos y sistema neuromuscular a través de la coordinación de fuerzas musculares, todo lo que produce sobrecarga muscular repetitiva como los hábitos parafuncionales pueden ocasionar trastornos temporomandibulares.

Los hábitos parafuncionales se caracterizan por movimientos anormales a la función mandibular normal sin objetivo funcional, al estar alterados constituyen una fuente productora de fuerzas traumáticas caracterizadas por dirección anormal, intensidad excesiva, repetición frecuente y duradera.



Fuente: <http://francgilo.wordpress.com/2009/07/>

La etiología de los trastornos temporomandibulares tiene un carácter multifactorial; los hábitos parafuncionales han sido ampliamente implicados como factores de inicio y perpetuación de los trastornos temporomandibulares.⁵

Maloclusión como consecuencia de hábitos perniciosos

Existen hábitos bucodentales que afectan a la cavidad oral ocasionando las maloclusiones.¹⁸



Fuente: trabajosdegrado2011.blogspot.com

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud.

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del adolescente, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias, respiratorias, el habla, el equilibrio físico y psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente, los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de

los padres al adolescente, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.¹⁷

Posturales

Son aquellas posiciones que adopta el adolescente durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, originar asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la ATM¹⁷



Fuente: tecnología21.com

Hábito oral de morder objetos

Es el hábito oral más frecuente, siendo superior la frecuencia en el sexo femenino. Según éste, la etiología de esta desproporción sería la diferente educación recibida entre hombres y mujeres.

Datos de investigaciones anteriores proponen que este hábito pernicioso es el resultado del nerviosismo habitual en los adolescentes, de su incertidumbre y de su inquietud. El tratamiento de este problema se debe

afrontar con un tratamiento multidisciplinario mediante la combinación de procedimientos psicológicos, pediátricos y odontológicos.¹¹

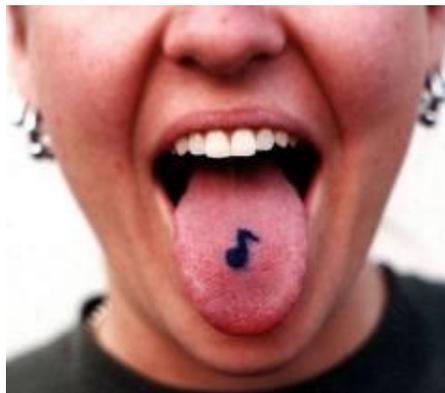


Fuente: webonauta.com

Tatuajes

Estudios en adolescentes revelan que poseer un tatuaje o perforación implica significativamente mayor riesgo de abuso de sustancias, actividad sexual, desórdenes alimentarios y suicidio, al comparar con adolescentes de igual edad sin tatuajes o perforaciones. También se describe mayor consumo de drogas «blandas» como tabaco, alcohol y marihuana asociado a menor edad de adquisición de tatuajes o perforaciones.

En cuanto a las características psicosociales de los adolescentes que se realizan tatuajes y perforaciones, ellos perciben menor cercanía afectiva y apoyo de sus padres.⁶



Fuente: quierotatuajes.com

Existen estudios que describen que patologías psiquiátricas como los trastornos de personalidad antisocial y limítrofe (*borderline*), el abuso de alcohol y drogas se asocian frecuentemente con la presencia de tatuajes.

Hay casos reportados de infección por *Mycobacterium tuberculosis* y también de endocarditis bacteriana secundaria a infección local.

Se ha descrito infección por virus papiloma e infecciones por hongos en el sitio del tatuaje.

El láser es el método de elección para la remoción de tatuajes, pues permite eliminar en forma selectiva los diferentes pigmentos con bajo riesgo de cicatrices residuales.⁶

Perforaciones (Piercing)

La realización y el uso de tatuajes, (piercings, del adjetivo inglés que significa penetrante), escarificaciones y marcas con hierro candente han pasado a denominarse "*body art*" y es una moda que ha ido ganando terreno de forma espectacular entre jóvenes en los últimos años.¹⁹



Fuente: unrealcurse.blogspot.com

Hoy en día, es una expresión de "independencia personal" o "fashion".

Los antiguos mayas perforaban el labio, lengua, nariz y orejas con las joyas más caras que podían permitirse en señal de espiritualidad, virilidad y coraje.²⁰

. Los esquimales y los Aleuts colocaban piercings en el labio inferior de las niñas recién nacidas como parte de un ritual de purificación y en los varones adolescentes como ritual de tránsito hacia la pubertad.¹⁹

Tipos de piercing orales y periorales

Según su forma se clasifican en: labret, barbell y anillo.²⁰



Fig. 3. 1: labret; 2: barbell; 3: anillo.

Fuente: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852007000100003>

Las localizaciones más frecuentes son: lengua, labios, mejillas, frenillo lingual y úvula.



Fuente: CD Victoria Herrera

Alteraciones orales causadas por piercings

Las complicaciones que pueden derivarse de los piercing orales y periorales no solo se producen durante la perforación, sino también en cualquier momento a lo largo de la vida de la joya en el cuerpo.

Se debe dar especial atención a los signos de infección: enrojecimiento, hinchazón, supuración, olor desagradable, sarpullido en el área perforada o alrededor de la zona y fiebre.



Se aconseja la visita asidua al dentista ya que pueden provocar lesiones en dientes y encías.

Es importante, para la salud oral del paciente, el ponerle al corriente de todos los posibles efectos indeseables que puede llegar a producirle el piercing.

Según Troye et al, estas alteraciones podrían llegar a ocurrir a durante el procedimiento, a corto plazo y a largo plazo.²⁰

Durante el proceso de perforación:

Sangrado incontrolado

La mucosa especializada lingual esta ricamente irrigada principalmente la arteria, vena lingual y sus vasos. Normalmente es un sangrado controlado rápidamente, aunque se han descrito casos de hemorragias extremas, descritas por Reichl y Harrison en 1997 y por Hardee et al en 2003, que deberían de recibir una atención inmediata.

Nervio dañado o parestesias

Es posible atravesar un nervio durante el proceso, es más frecuente cuando se perfora la parte dorso lateral que la dorsoventral, pero también podría ocurrir, si esto ocurriese, podría crear daños sensoriales o motores en función de nervio dañado e incluso llegar a crear una parestesia.

Enfermedades de transmisión

Todo el material, equipos y suplementos, debe estar correctamente estéril para evitar transmisión de enfermedades tales como el Sida, hepatitis B y C (las más transmitidas), cándida albicans, herpes simple, enf. Epstein-Barr (mononucleosis), tétanos, sífilis y tuberculosis .²⁰

A corto plazo: lesiones vasculares, inflamación, dolor y trauma.

Inflamación

A las 6-8 horas tras una perforación lingual los tejidos circundantes empiezan a inflamarse, incrementándose el proceso durante los 3-4 días siguientes. Los ganglios submentonianos y submandibulares pueden agrandarse por el proceso inflamatorio. Estos efectos pueden prolongarse algunas semanas.

Una lengua edematosa debida a la perforación con un objeto metálico, puede dificultar la alimentación, comprometer el habla o incluso la respiración, por la obstrucción de la vía aérea en el caso de formarse una angina de Ludwig, requiriendo una rápida atención del profesional.

Los labios igualmente pueden inflamarse tras la colocación de un “piercing”.

Dolor

La inflamación y el dolor son las complicaciones más frecuentes.¹⁹

Trauma sobre la encía, eritema y edema

El eritema localizado, resultó la afección más encontrada en implantaciones bucales con 23,80%.²⁰



Fuente: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852007000100003>

Alergia

En función del tipo de material del piercing puede aumentar el riesgo de irritaciones crónicas o de hipersensibilidad.¹⁹

La joya podría ocasionar una reacción alérgica, angioedema, actuando como alérgeno, el cuerpo libera histamina y otras sustancias químicas al torrente sanguíneo como reacción del sistema inmune.



Fuente: www.clinicadentaltriana.com

Infección

Los piercings pueden provocar una grave infección que lleve a una bacteremia, angina de Ludwig o endocarditis bacteriana.

Tras una colocación reciente, se deberá solicitar atención sanitaria si aparecen síntomas como fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la perforación.²⁰

A largo plazo: acumulo de placa bacteriana, formación de cálculo, alteraciones periodontales, aspiraciones e ingestiones, alteraciones del habla y masticación, hiperplasia tisular, epitelizaciones, dehiscencia, pérdida ósea, traumas, fisuras y fracturas.^{19, 20}



Fuente: De Urbiola Alís I, Viñals Iglesias H. Algunas consideraciones acerca de los piercings orales

Tratamiento

Antes de ponerse un piercing, el odontólogo debe informar sobre las posibles patologías y sobre todas las medidas preventivas para evitar las posibles complicaciones que implican los piercings orales y periorales, las localizaciones donde hay mayor incidencia de complicaciones, los cuidados que hay que llevar a cabo y las condiciones de asepsia e instrumental estéril del lugar en el que se vaya a hacer.²⁰



Consumo de drogas

La drogadicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que lo rodean.

En la actualidad, el consumo de drogas en adolescentes va en aumento, por lo que el análisis de su consumo entre éstos es importante.

La mayoría de las personas comienzan a consumir drogas durante la adolescencia y por ello conviene dirigir especialmente a los adolescentes las actividades de prevención de la toxicomanía.

El consumo de drogas comienza a edades tempranas y llega a su punto máximo en la adolescencia.

El abuso de sustancias es un problema de salud pública, que no sólo afecta al individuo sistémicamente, sino que también tiene efectos sobre la salud bucal. Las manifestaciones orales más frecuentes son: caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía, úlceras orales, irritaciones orales, excesivo desgaste dentario, abrasión, bruxismo, dolor de la ATM, disgeusia, adormecimiento de la lengua. Además, el consumo de drogas está asociado con la predisposición a padecer cáncer oral.

El consumo de drogas tiene implicancias tanto en la salud general como bucal. Por lo tanto, el odontólogo juega un rol muy importante en la prevención, detección y derivación de pacientes que consumen drogas.

Las drogas legales más consumidas en la mayor parte del mundo son el alcohol y el tabaco. Las drogas ilegales más consumidas son la marihuana, cocaína, inhalantes y éxtasis.

Las consecuencias nocivas del abuso de drogas y la adicción afectan a personas de todas las edades. Sin embargo, el abuso de drogas llega a su punto máximo en la adolescencia.¹³

La motivación por la cual los adolescentes inician el uso del alcohol o las drogas es de origen múltiple. Si bien la curiosidad es un fenómeno universal, puede agregarse a ella una serie de factores como son: el uso por



parte de los padres o pares, una forma de ganar aceptación social, el resultado de baja autoestima, la búsqueda de cambios afectivos, perceptivos, el vencer la timidez y actuar más naturalmente en situaciones sociales, el alivio a una situación estresante, el desafío a la autoridad parental, una forma de combatir el aburrimiento, en respuesta a los mensajes publicitarios que asocian el fumar o el beber con la sensualidad y la madurez.

Manifestaciones Orales

Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción son: xerostomía, caries dental, enfermedad periodontal, ulceración de las mucosas, queilitis angular.

En pacientes adictos a la cocaína, se ha reportado además la disminución del pH salival, adormecimiento de la lengua, encías, y alteración del gusto; esta última también muy frecuentemente relacionada al consumo de marihuana. Así como atrición, bruxismo y dolor de la ATM relacionados sobre todo al abuso de estimulantes.

La metanfetamina (estimulante del SNC) incrementa la actividad motora reflejando una excesiva masticación o apretamiento y provoca además regurgitación por lo tanto, produce erosión dental.

El abuso de drogas puede provocar abrasión cervical y laceración gingival debido a un cepillado dentario excesivamente vigoroso durante los picos de acción de la droga donde hay que reconocer la importancia del odontólogo, dado que el hallazgo de lesiones a nivel de la cavidad bucal es a menudo una manifestación en pacientes usuarios de drogas. Así, el odontólogo debe estar familiarizado con ese tipo de lesiones, debe incluir esa condición como parte del diagnóstico diferencial de úlceras y rápida recesión gingival sin causas etiológicas aparentes, lo que requiere una historia clínica minuciosa para poder correlacionar las lesiones observadas durante la



exploración, el abuso de sustancias y actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral.¹³

En estos pacientes se pueden presentar cambios en los tejidos de índole reparativo e infeccioso, producto de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios como la anorexia.

Los pacientes que consumen estas sustancias, tienen mayor predisposición a padecer cáncer oral. El fumar tabaco es un factor de riesgo independiente de la enfermedad periodontal y un factor de riesgo principal para el cáncer oral.

Los pacientes que usan marihuana pueden desarrollar leucoplasia oral, el uso del tabaco también puede contribuir a esto. Con el empleo crónico, la inflamación crónica del epitelio oral y leucoplasia, que puede progresar a una neoplasia.

El cáncer oral relacionado con la marihuana por lo general ocurre sobre el piso anterior de la boca y la lengua. El mecanismo por el cual el humo de la marihuana actúa como un cancerígeno se relaciona con la presencia de hidrocarburos aromáticos, benzopirena y nitrosaminas en cantidades de 50% mayor que la misma cantidad de fumar tabaco. El humo de la marihuana es asociado con cambios displásicos dentro del epitelio de la mucosa bucal.

Los efectos orales de la cocaína son relacionados con la vía de administración de la droga; la inhalación nasal, fumar y untar directamente sobre mucosa oral, tiene un efecto vasoconstrictor que causa ulceración y atrofia de los tejidos. También puede haber efectos estimulantes sobre los músculos faciales y masticatorios.¹³



Fuente: taringa.net

En pacientes consumidores de drogas, el tratamiento odontológico no debe ser dado hasta 6 horas después de la última dosis administrada y es recomendable evitar la epinefrina en la anestesia local debido a la acción simpaticomimética, que provocaría hipertensión, arritmia cardiaca, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares.

El asesoramiento del cuidado oral a estos pacientes debería incluir la instrucción de higiene bucal y aconsejar evitar el consumo de gaseosas y otras bebidas de pH bajo, así como evitar el consumo de carbohidratos.

Recomendar a los pacientes a beber agua y otras alternativas sanas, como la leche. Se debe evaluar al paciente de manera regular.

Los efectos dentales secundarios pueden ser contrarrestados por medidas preventivas como prescripción de enjuague bucal con flúor, uso de goma de mascar sin azúcar y colocación de una férula relajante.

Según Klasser et al (2005), se consideran tres signos que ayudan a una detección precoz del consumo de drogas:

- Caries rampante.
- Enfermedad periodontal o estado periodontal que ha cambiado rápidamente.
- Ulceras orales, irritaciones e infecciones.¹³

Consumo de tabaco

El tabaco y sus productos tóxicos están considerados como factores de riesgo responsables para la aparición de patologías tales como cáncer de pulmón, de boca, faringe y laringe, lesiones orales cancerígenas y candidiasis entre otras.



Fuente: cuidatusaludcondiane.com

Los efectos tóxicos del tabaco producen una mayor pérdida dentaria en los pacientes que poseen dicho hábito. También se encuentra relacionado con la mayor destrucción de tejidos periodontales y la aparición de patologías que responden menos a los tratamientos convencionales.²¹



Fuente: sanfranciscosur.com



Se debe motivar sobre todo a este tipo de paciente, que se siente excluido de la sociedad y al cual se debe prestar más atención considerando que es un paciente que pasa por esta etapa desde edades cada vez más tempranas antes se estipulaba que la adolescencia comenzaba a desarrollarse a los 12 años de edad hoy se comienzan a manifestar cambios a partir de los 9 y 10 años de edad, el odontólogo forma parte de las figuras adultas con las que se debe identificar al adolescente.²²

Algunos reportes indican que los fumadores poseen una higiene oral deficiente, con ello más acumulación de placa y de cálculo que los no fumadores.²¹



Consumo de alcohol

El alcoholismo es una enfermedad crónica incurable, caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, que eleva la morbilidad y mortalidad del individuo afectando su comportamiento social con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, por lo que constituye la toxicomanía de mayor relevancia a escala mundial por su prevalencia y repercusión.¹²

El alcoholismo también ha sido definido con el término de “síndrome de dependencia alcohólica” (SDA), descrito como un trastorno de conducta crónico, que se manifiesta mediante un estado psíquico y físico, que conduce a la ingestión compulsiva y excesiva de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la sociedad, de manera repetida, continua o periódica con el objeto de experimentar efectos psíquicos que acaban interfiriendo con la salud y con las funciones económicas y sociales del bebedor.

En las últimas décadas, se ha comprobado que la ingestión de bebidas alcohólicas se ha ido incrementando de forma alarmante e indiscriminada entre los jóvenes y adolescentes. En muchas familias, grupos sociales y países se ha identificado el consumo de bebidas alcohólicas como el eje protagónico de las expresiones de amistad, solidaridad, amor y hasta dolor, incrementándose la permisividad y la tolerancia por su uso, lo que se ha extendido a adolescentes y jóvenes de tal modo, que la incorporación de estas sustancias a su estilo de vida y las consecuencias que esto trae, las convierten en uno de los principales problemas médico-sociales en esas edades.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y adolescentes, puede ser el resultado del estilo de vida actual, de niveles elevados de estrés, ansiedad, baja autoestima, sentimientos depresivos, susceptibilidad a la presión de los pares y problemas escolares. Hace más

de 2 décadas que el alcohol ocupa el primer lugar de consumo entre los estudiantes y presenta un patrón de consumo esporádico, intensivo, fuera del hogar y con sus pares.¹²

Se ha planteado que en los alcohólicos existe un riesgo doble de padecer enfermedades bucales, pues en estos pacientes se encuentra, en muchas ocasiones, una higiene bucal deficiente asociada con una disminución del flujo salival o xerostomía como consecuencia de la alteración morfológica y funcional de las glándulas salivales. Por otra parte, se plantea que el alcohol produce atrofia epitelial de la mucosa bucal, con aumento de la permeabilidad y con incremento de la solubilidad de las sustancias tóxicas, como las derivadas del tabaquismo, cuando ambas adicciones coexisten.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un fuerte factor de riesgo para el cáncer de cavidad oral y faringe, puesto que el producto de la degradación del etanol por la aldehidodeshidrogena produce acetaldehído, el cual es un fuerte cancerígeno.¹²



Fuente: mejorsinhumos.blogspot.com



Abordaje Del Tratamiento

La adolescencia es la etapa más sensible para padecer problemas de la salud que puedan dejar secuelas durante toda la vida, de ahí la importancia de conocer las características de ésta etapa y los principales problemas que sufren, para implantar planes de promoción y protección de la salud de los adolescentes ²

No existe una fórmula concluyente para el éxito del tratamiento en pacientes adolescentes. Mientras tanto, una sugerencia es que el profesional sepa escuchar, interpretar y en muchos casos hasta usar su intuición.

Es importante que los padres estén conscientes de esto, para que puedan hacer la mejor elección del profesional que irá a tratar a su hijo.

En la infancia, los padres generalmente escogen al profesional, más en la adolescencia el paciente deberá ser consultado sobre sus preferencias, para que se sienta motivado, involucrado y más cómodo con el tratamiento.

Los cuidados de la salud bucal, deben ser parte de un contexto de promoción de la salud general, cuidando el cuerpo como un todo. De esa forma, intentaremos prevenir cualquier tipo de daño que el adolescente pueda causarse a sí mismo.

Es muy común que el joven sea relajado con su higiene, no permitiendo que los padres lo supervisen y faltar a sus consultas, ya sea por olvido o por dificultad de organizar sus compromisos.

Los padres deben ayudarlo, evitando regaños exagerados para que no ocurra un desgaste en la relación padres-adolescentes.²³

Las circunstancias en que ocurren deben atenderse antes de emprender programas de control de hábitos. La primera de ellas es determinar si se trata de un hábito significativo, que se expresa debido a falencias en la esfera psicosocial o afectiva, entre otras circunstancias negativas, como una forma de adaptación o compensación, o se trata de un hábito vacío, es decir, sin causa de ese orden y que se practica por simple aprendizaje.⁴



La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral de las personas para mejorar su calidad de vida, continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de “riesgo”. Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos es el de los adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que aunados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica.

La característica de crecimiento y desarrollo de este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión porque al finalizar la madurez biológica en términos dentofaciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se refleja sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.

Otras situaciones que comprometen al adolescente y que son parte del medio en que vive, son el consumo de alcohol, tabaco y ciertas sustancias psico-activas, además de desórdenes alimenticios.¹⁰



Conclusiones

En la actualidad la odontología se enfoca a la prevención de las enfermedades de la cavidad oral, por eso es de vital importancia el conocimiento de los hábitos perniciosos que se dan en la adolescencia.

En la etapa de la adolescencia son muchos los riesgos de padecer enfermedades, es responsabilidad del odontólogo como profesional de la salud tener el conocimiento de los hábitos perniciosos que se establecen en esta etapa de la vida, para poder orientar al adolescente y sus padres de los riesgos y consecuencias de las actividades que realiza, las cuales en muchas ocasiones son desconocidas por los padres, lo que aumenta el riesgo de padecer una enfermedad y/o alteración oral.

El profesional, deberá saber escuchar, interpretar, y en muchos casos hasta usar su intuición, para identificar los hábitos perniciosos en la cavidad oral que se establecen en la adolescencia.

En la infancia, los padres generalmente escogen al profesional, más en la adolescencia el paciente deberá ser consultado sobre sus preferencias, para que se sienta motivado, involucrado, y más cómodo con el tratamiento.

Los padres deben ayudarlo, evitando regaños exagerados para que no ocurra un desgaste en la relación padres- adolescente- odontólogo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez JM Enfoque actual del adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos. 2005. Pp. 41-47.
2. Redondo C, Galdó G, García M Atención al Adolescente. Santander. Ediciones de la Universidad de Cantabria
3. Martínez R. La Salud del Niño y el Adolescente. 5ª ed. Editorial Manual Moderno, 2005. Pp. 1561-1572.
4. Biondi A, Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Editorial Alfaomega 1º Ed. Buenos Aires, 2010, Pp. 374-375.
5. Muñoz G, Vázquez de Lara L, Espinoza I, Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes, Odontol. Pediatr. V.10 n.2 julio-diciembre 2011, Pp. 90-94, hallado en:
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/op/v10n2/a02v10n2.pdf>
6. Pérez M, Cossio M, Tatuajes y perforaciones en adolescentes, Rev. Med. Chile 2006; 134; Pp. 1322-1329, hallado en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n10/art18.pdf>
7. Gudes- Pinto A Odontopediatría. Editorial Santos, 2011. Pp. 369-378.
8. Martín L, García S, Expósito I Deglución anormal: algunas consideraciones sobre éste hábito. AMC v.14 n.6 Camagüey nov-dic 2010, hallado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600021
9. Cogorno V, Pañuela A, Veitia J, Jiménez C, FACTICIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES MANIFESTACIONES BUCALES.REVISIÓN DE LA LITERATURA. Acta Odontológica Venezolana v.48 n.2:1-16, 2010, hallado en: www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art17.asp



10. Mafla C Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral Colomb. Med.vol. 56 n° 1 Cali Ene/Mar 2008, hallado en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342008000100006&script=sci_arttext
11. García V, Ustrell J, Sentis J, Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona, Av Odontoestomatol v.27 n.2 Madrid mar-abr 2011, hallado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000200003&script=sci_arttext
12. Ruíz H, Herrera A, Puldón G, Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. Modelos animales. Rev. Cubana Invest Bioméd vol.31 n.1 Ciudad de la Habana ene-mar 2012, hallado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003
13. Asián D, Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes, Odontol. Pediatr. V.10 n.2 Lima jul-dic 2011, hallado en:
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000200006&script=sci_arttext
14. Colombo E, Ghignones S, Tabaquismo, Arch. argent. pediatr. v.103 n.5 Buenos Aires sept./oct. 2005, hallado en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000500014&script=sci_arttext
15. Pinkham Odontología Pediátrica. 2da ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1996. Pp. 406-428
16. Poggi I Hábitos, parafunciones y tics orofaciales en niños. Ortodoncia Clínica 2002; 5 (1):10-16, hallado en:
http://www.nexusediciones.com/pdf/oc2002_1/oc-5-1-003.pdf
17. Cepero Z, Hidalgo-Gato I, Duque de Estrada J, Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev.



Cubana Estomatol. V.44 n.4 Ciudad de la Habana oct-dic 2007,
hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?=&S0034-75072007000400007&script=sci_arttext

18. Manzanilla M. , Hábitos bucales más comunes que causan caries y maloclusiones. Revisión bibliográfica. Rev. ADM Est., n.0, 2012, Pp. 34-37, hallado en: http://www.odontologos.mx/seccion-anahuac/revista-adm/ADM_estudinatil_01.pdf#page=36
19. De Urbiola I, Viñalis H, Algunas consideraciones de los piercings orales, Av Odontoestomatol v.21 n.5 Madrid set-oct 2005, hallado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-12852005000500005&script=sci_arttext.
20. Escudero N, Bascones A, Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales, Av Odontoestomatol v.23 n.1 Madrid ene-feb 2007, hallado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852007000100003&script=sci_arttext&lng=pt.
21. Feser G, Funosas E, Marí G, Escovich L, Eficacia de la higiene oral en adultos jóvenes fumadores y no fumadores Av Odontoestomatol v.19, n.3, 2003 Pp 141-148, hallado en: <http://scielo.iscii.es/pdf/odonto/v19n3/original14.pdf>
22. Barrios C, Vila V, Estudio transversal de estado gingival que manifiestan pacientes adolescentes fumadores. Universidad Nacional del Nordeste, 2004. Hallado en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-035.pdf>
23. Selete M Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de Orientación. Editorial Santos, 2009. Pp. 162-163.