

247  
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LOS HABITOS ORALES PERNICIOSOS  
MAS COMUNES, EFECTOS  
Y TRATAMIENTO

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

PATRICIA LOPEZ MORALES

FILIBERTO SOLIS VALLEJO



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 está 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.

LOS HABITOS ORALES PERNICIOSOS MAS COMUNES,  
EFECTOS Y TRATAMIENTO.

I N D I C E

INTRODUCCION . . . . .	1 - 3
CAPITULO I.	
Definición de hábitos . . . . .	4 - 6
I. 1	Hábito.
I. 2	Hábito oral pernicioso.
I. 3	Factores que modifican un hábito.
CAPITULO II.	
Clasificación de los hábitos. . . . .	7 - 13
II. 1	Utiles.
II. 2	Dañinos.
II. 3	Por perversiones en los procesos fisiológicos.
II. 3.1	Por presión.
II. 3.2	Anormales en la respiración.
II. 3.3	Masticatorios.
II. 3.4	Introducir cuerpos extraños en la cavidad oral.
II. 3.5	Mala postura.
II. 3.6	Masoquistas.
II. 3.7	Fonación.
II. 3.8	Nerviosos.
II. 4	Por patrón de conducta.
II. 4.1	Compulsivos.
II. 4.2	No compulsivos.

- II. 5 *Por asociación.*
- II. 5.1 *Primarios y secundarios.*
- II. 6 *Clasificación de los hábitos por S. Sorrin.*
- II. 6.1 *Hábitos nerviosos.*
- II. 6.2 *Costumbres ocupacionales.*
- II. 6.3 *Costumbres varias.*

CAPITULO III.

*Etiología . . . . . 14 - 22*

- III. 1 *Teoría Psicoanalítica .*
- III. 2 *Etapa oral.*
- III. 3 *Factores etiológicos que influyen en la iniciación de los Hábitos orales perniciosos.*
- III. 3.1 *Emocionales.*
- III. 3.2 *Alimenticios.*
- III. 3.3 *De fonación.*
- III. 3.4 *De deglución.*
- III. 3.5 *Respiratorios.*

CAPITULO IV.

*Diagnóstico . . . . . 23 - 37*

- IV. 1 *Entrevista.*
- IV. 2 *Historia clínica.*
- IV. 3 *Examen clínico.*

CAPITULO V.

*Hábitos orales perniciosos más comunes. . . . . 38 - 79*

- V. 1 *Succión del pulgar y de otros dedos.*

- a) La succión y sus dispositivos anatómicos auxiliares.
- b) El hábito de chuparse el dedo.
- c) Mecanismo de succión del pulgar y de otros dedos.

- V. 2 Hábitos de la lengua.
- V. 3 Hábitos de los labios.
- V. 4 Bruxismo.
- V. 5 Respiración bucal.
- V. 6 Onicofagia.

CAPITULO VI.

Métodos empleados para la corrección de los Hábitos orales perniciosos. . . . . 80 - 127

- VI. 1 Métodos preventivos.
- VI. 2 Métodos correctivos.
  - VI. 2.1 Método intraoral.
    - a) Medios de contención. Aparatos fijos y removibles.
    - b) Ajuste oclusal.
  - VI. 2.2 Método extraoral.
    - a) Contenedores.
    - b) Fármacos.
  - VI. 2.3 Método Psicológico.
  - VI. 2.4 Método miofuncional.

CAPITULO VII.

Efectos ocasionados por los Hábitos orales perniciosos . . . . . 128 - 144

VII. 1 Efectos ocasionados por Hábitos orales  
perniciosos de presión.

- a) Efectos en los dientes.
- b) Efectos óseos.
- c) Efectos musculares.
- d) Efectos psicológicos.
- e) Otros efectos.

VII. 2 Trastornos ocasionados por Hábitos anormales  
de respiración.

- a) Efectos en los dientes.
- b) Efectos óseos.
- c) Efectos musculares.
- d) Otros efectos.

VII. 3 Trastornos ocasionados por Hábitos masticatorios.

- a) Efectos dentales.
- b) Efectos óseos.
- c) Efectos musculares.
- d) Otros efectos.

CONCLUSIONES . . . . .	145 - 147
BIBLIOGRAFIA . . . . .	148 - 153

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

Hace aproximadamente cincuenta años que los hábitos orales no constitulan motivo de preocupación alguna, y debido a Esto su estudio no había tomado el auge manifiesto de nuestros días; la felicidad del ser humano era vista de un modo diferente, la Psiquiatría y la Psicología apenas comenzaban a dar sus primeros pasos y todavía el hombre no se encontraba sometido a la dictadura de una sociedad de consumo, sus requerimientos eran menores y por lo tanto más feliz.

Aunque actualmente se conoce más a cerca de los hábitos perniciosos o malos hábitos, en ocasiones hay casos de niños con problemas originados a causa de dichos hábitos, que ocurren a nuestra consulta, llevados principalmente por la preocupación de sus padres al ver que presentan un aspecto inaceptable socialmente y no por conocimiento de alguna alteración orgánica o psicológica. Por lo tanto, es de gran importancia orientar de modo realista a los padres de los niños con estos problemas; así como GLACER menciona : " para prevenir los malos hábitos que provocan maloclusiones deben educarse a los padres, para que éstos a su vez sepan educar a sus hijos ".

Es de suma importancia para el odontólogo de práctica general, descubrir, reconocer y tratar los hábitos orales perniciosos a una temprana edad, ya que es él, principalmente, quien los detecta al hacer el examen bucal en el paciente. Cabe recordar que desde hace tiempo, las Ciencias Médicas han reconocido que es mucho mejor prevenir o interceptar una enfermedad o deformidad que tratar situaciones cuando han evolucionado plenamente.

Existe una gran cantidad de hábitos considerados desde el punto de vista de las disciplinas médicas, como hábitos perniciosos que afectan tanto el crecimiento cráneo-facial, como el desarrollo psicológico normales del niño, y que conciernen al pediatra, paidodoncista, ortodontista, foniatra, y psicólogo entre otros, por estar todos ellos ligados de una u otra forma al tema; aunque hay que delimitar la importancia que cada uno de ellos le da al problema, es decir, el pediatra y el psicólogo pueden darle mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, siendo los hábitos bucales sólo un síntoma de ellos, no así el ortodontista, paidodoncista, y foniatra que se interesan principalmente por los cambios orales estructurales que resultan de dichos hábitos, siendo secundarios los problemas de conducta.

La aparición de hábitos perniciosos en una edad temprana pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente y en caso de no ser atendido debidamente, se pueden presentar en la adolescencia o en la edad adulta síntomas de problemas orgánicos, siendo algunos de ellos de repercusión psicológica.

Si se descubren y eliminan a tiempo los hábitos perniciosos, se podrán evitar las maloclusiones, deformaciones estéticas, anatómicas y psicológicas que éstos ocasionan siempre y cuando sean tratados en base a un amplio conocimiento de las causas fisiológicas y psicológicas no sólo delimitándose al tratamiento oral de los mismos y adoptando el bello pensamiento del Dr. LEVY: " no es el dedo, ni un diente, ni un grupo de piezas dentarias lo que nos interesa, sino el niño íntegro, sus sentimientos y personalidad, con su plena potencialidad de vida y futuro, en un ambiente familiar y en un medio social determinado. Porque si



*mientras se están enderezando los dientes se está doblando el yo, toda la validez del proceso es dudosa " .*



" no es el dedo, ni un diente,  
ni un grupo de piezas dentarias  
lo que nos interesa, sino el -  
niño íntegro . . . "

## CAPITULO I.

DEFINICIÓN DE HABITOS.

" Un hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto " .  
 ( THOMPSON, 1927 ).

" Un hábito adquirido, desde el 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 eferentes " .

( WILLIAM JAMES, ).

" Práctica constante y fija establecida por la repetición frecuente " .  
 ( DORLAND, 1957 ).

" Fenómeno perfectamente normal a cierta edad y consecuencia, a menudo de trastornos emocionales que gravan la psiquis del niño " .

( ROBERTO M. RUFF, ).

Existen numerosas fuerzas intrínsecas y extrínsecas que actúan sobre el organismo humano durante todos los años de crecimiento y desarrollo - hasta llegar a la vejez. La mayor parte de dichas fuerzas son provechosas y útiles para la vida, la sociedad moderna se esfuerza por estimularlas - hasta convertirlas en normas fijas de conducta consideradas como hábitos saludables; sin embargo algunas de estas fuerzas toman una dirección equivocada y se convierten en nocivas o perjudiciales para el crecimiento y - desarrollo craneo -facial óptimo del individuo. El hombre no podría crecer y llevar una vida normal si no fuese por los hábitos. Gracias a ellos aprendemos a caminar, vestirnos, higienizarnos y adoptar buenos modales , siendo éstos unos cuantos aspectos esenciales en la vida de una socie -

dad moderna; sin embargo hay muchos otros, como son los hábitos de estudiar, los de adquirir habilidades para la vida social, como son el bailar, conducir un automóvil o bien tocar algún instrumento musical. Los hábitos son requisito indispensable para llevar a cabo una vida normal. Los hábitos son sinónimos de vida; cada individuo es un manojito de hábitos.

El instinto y el hábito se encuentran constituidos por los mismos reflejos elementales. En el instinto, el modo y orden de las reacciones son heredadas; mientras que en el hábito, son adquiridas durante la vida del individuo.

HABITO. Es un sistema complejo de reflejos que funciona debido a una práctica constante y fija establecida por la repetición frecuente; a cada repetición el acto se hace menos consciente y si es repetido a menudo lo suficiente, puede ser relegado por completo a la mente subconsciente.

HABITO ORAL PERNICIOSO. Es aquel que resulta de una modificación en la conducta o bien de una actitud compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional o bien fisiológico, que ocasiona presiones desequilibradas y dañinas las cuales son ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables; también es responsable de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas dentarias en la oclusión y en la tonicidad muscular bucal y peribucal.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones de reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Para desarrollar cualquier hábito lo que primero debe demostrarse es voluntad y aptitud tanto física como mental, no es posible desarrollar un hábito contra el propio deseo. El siguiente paso es

afrontar el esfuerzo que muchas veces llega a ser tremenda, porque los músculos no han sido entrenados, pero la práctica o repetición constantes harán que los músculos respondan, intervalo en el cual los impulsos pasan a lo largo de los nervios aferentes hasta los músculos involucrados, pero por la repetición constante, el tiempo se reduce gradualmente hasta que con la sola presencia del estímulo, se crea la respuesta casi espontánea; es así como se genera un hábito. Siendo en un principio el esfuerzo consciente de grado considerable hasta que finalmente no se requiere ningún esfuerzo, los movimientos individuales pasan a ser reflejos adquiridos, sea bueno o sea malo el hábito los procedimientos antes mencionados son los mismos. Es aquí donde se basa el éxito o fracaso en el tratamiento, conociendo como se crea el hábito, es posible detener, erradicar o romper, dicho hábito.

Los factores que modifican un hábito son:

- 1) DURACION. Es el tiempo que lleva establecido el hábito.
- 2) FRECUENCIA O PERSISTENCIA. Es la cantidad de veces en las que el hábito es realizado o repetido en un determinado tiempo.
- 3) INTENSIDAD. Es la fuerza con la que el hábito es ejecutado.



Tridente de factores de los hábitos.  
D: duración, F: frecuencia, I: intensidad.

## CAPITULO I I .

CLASIFICACION DE LOS HABITOS.

En lo que se refiere a la clasificación de los hábitos, cada autor tiende a tener la suya propia, por lo tanto se enunciarán de acuerdo a su etiología , patrón de conducta, asociación y efectos que producen.

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados en: " útiles y Dañinos ".

II.1 HABITOS UTILES. Son aquellos hábitos que influyen como estímulos para el crecimiento y funciones normales, tales como la posición correcta de la lengua, respiración, deglución y masticación adecuada; así como el uso normal y correcto de los labios.

II.2 HABITOS DANINOS. Se refiere a aquellos hábitos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y arcadas dentarias; así como hábitos de boca abierta, morderse las uñas, los labios y chuparse los pulgares.

II.3 Los hábitos dañinos o hábitos correspondientes a perversiones en los procesos fisiológicos normales pueden clasificarse en:

## II.3.1 HABITOS DE PRESION.

- 1) Succión ( del pulgar, de otro u otros dedos, de una frazada, de los labios, de la lengua ).
- 2) Deglución ( anomalía al tragar debido a malposición de la lengua ).

Su importancia y efectos dependen de la edad, erupción de los dientes y por sobre todas las cosas, de la intensidad y duración del acto. Si es realizado el hábito entre los 3 meses y el año de edad durará breves instantes y se considerará normal; más si por el contrario perdura hasta los

4 a 6 años con regular intensidad y duración, es probablemente un síntoma de anormalidad en el infante, trayendo serias consecuencias a la dentición permanente.

#### II. 3. 2 HABITOS ANORMALES EN LA RESPIRACION. ( respiración bucal ).

La frecuencia que se estima en niños que respiran por la boca es del 85 % debido a algún grado de obstrucción nasal es común en la edad de 5 a 15 años. Puede presentarse en distintas formas: obstructiva o habitual, total o parcial, continua o intermitente.

#### II. 3. 3 HABITOS MASTICATORIOS. ( comerse o morderse las uñas (onico<sup>f</sup>agia), morderse la lengua, los carrillos o los labios (queilo<sup>f</sup>agia), rechinar o apretar los dientes (bruxismo) ).

Son más frecuentes en la adolescencia. El aspecto más importante de este problema reside en que el hábito se adquiere como una ayuda para aliviar la tensión interior.

#### II. 3. 4 HABITO DE INTRODUCIR CUERPOS EXTRANOS EN CAVIDAD ORAL.

(morder pipa, sostener alfileres entre los dientes, lo mismo que pasadores o agujas, morder instrumentos musicales, lápices, "patas" de anteojos, hilos y palillos de dientes ).

Se encuentran con frecuencia asociados o relacionados con la profesión del paciente, y pueden incluir el morder objetos comunes o bien se relacionan con fumadores de pipa, en los cuales se observa un desgaste excesivo y cierta intrusión de los dientes afectados .

II. 3. 5 HABITOS DE MALA POSTURA. ( presiones anormales al dormir, al estudiar, postura corporal inadecuada, o hábitos de mímica ).

Se consideran malos hábitos en la postura , a aquellos que provocan presiones anormales en los dientes en momentos de reposo o descanso. Sucede que durante el descanso se cambia de postura con frecuencia y si hay algún mal hábito de postura acarrea influencias perniciosas justo cuando se ejecuta con regular intensidad y duración. Los malos hábitos al dormir se presentan generalmente en los niños comprendidos en la edad preescolar.

II. 3. 6 HABITOS MASOQUISTAS. ( automutilaciones en la cavidad oral ).

Afortunadamente este tipo de hábitos no es común, se refiere a aquellos hábitos en los cuales el infante tiende a automutilarse, produciendo - se lesiones intencionales entre otras, de los tejidos bucales y peribucales. La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar que los infantes se automutilen.

II. 3. 7 HABITOS DE FONACION. ( seseo, sigmatismo ).

Son aquellos hábitos que dan como resultado la defectuosa formación de los sonidos, principalmente de la mala fonación de los sonidos de seseo (sigmatismo) ; o la formación interdental de otras consonantes. Las causas que originan dicho déficit, pueden ser de diversa etiología , tales como mala posición de la lengua, de carácter hereditario, anomalías en la posición de los dientes y de la oclusión.

II. 3. 8 HABITOS NERVIOSOS. (tics nerviosos).

Dichos hábitos pueden llegar a combinarse con los hábitos primarios y tener una compleja interrelación; principalmente se consideran como res --

puestas del infante bajo stress, pudiendo ser éstas de tipo familiar o bien escolar. Se presentan generalmente como tics nerviosos de carácter espasmódico.

II. 4 Los hábitos de acuerdo a su patrón de conducta, pueden ser clasificados en compulsivos o cavadores y en no compulsivos o rumiantes.

#### II. 4. 1 HABITOS NO COMPULSIVOS.

Los niños experimentan continuos cambios de conducta que les permiten excluir ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. La formación refinada y no refinada de la personalidad del niño continuará aún en la madurez; debido a la influencia externa - por parte de los padres, hermanos, amigos de juego y compañeros de clase. Los hábitos que se aceptan o se dejan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se designan, como hábitos orales no compulsivos.

#### II. 4. 2 HABITOS COMPULSIVOS.

Por el contrario, del hábito anteriormente mencionado, el hábito oral se dice que es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el infante, siendo a tal grado, que acude a la práctica de dicho hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por el medio externo que lo rodea. El hábito oral compulsivo es la expresión de una necesidad emocional profundamente arraigada; llevar a cabo el hábito es un escudo contra la soledad en la cual se desenvuelve. Es una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se tornan demasiado difíciles de encarar, el niño se retrae hacia sí mismo y utiliza la extremidad corporal aplicada a su boca para lograr así la satisfacción y seguridad que tanto ansía.



## II. 5 HABITOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

Los hábitos orales primarios pueden llegar a acompañarse o bien combinarse con otros hábitos concomitantes o hábitos nerviosos, tales como tics musculares, retorcerse el pelo, jugar con las ropas, - hurgarse la nariz; denominándose a esta combinación como hábitos orales secundarios. Algunas veces si se suprime o evita el hábito secundario, puede desaparecer el hábito oral primario.

## II. 6 CLASIFICACION POR S. SORRIN DE LOS HABITOS ORALES.

### II. 6. 1 HABITOS NERVIOSOS.

- 1) Morder los labios.
- 2) Morder las mejillas
- 3) Morder palillos (excavadientes ).
- 4) Hábito oclusal anormal, fruto de nerviosidad.
- 5) Frotación oclusal e incisal:
  - Puede ocurrir durante el sueño ( bruxista ).
  - Puede ser costumbre nerviosa provocada por dentición demorada ( bruxomanía ).
- 6) Presión anormal de la lengua contra los dientes.
- 7) Morderse las uñas ( onicofagia ).
- 8) Morder lápices y lapiceras por:
  - Tenedores de libros.
  - Dactilógrafos.
  - Taquígrafos y otros que durante su trabajo llevan el lápiz entre los dientes.
  - Escolares.
  - Artistas pintores que sostienen pinceles - entre los dientes.
- 9) Morder la " patilla " de los lentes.
- 10) Maniobrar por costumbre con prótesis y dentaduras artificiales en la boca.
- 11) Apretar los dientes al dominar emociones.
- 12) Morder pajas, fósforos o bandas de goma.

### II. 6. 2 COSTUMBRES OCUPACIONALES.

- 1) Cortar hilo con los dientes:

- Contar el hilo de coser al terminar la costura.
- Contar el hilo para hacer una punta con objeto de enhebrar la aguja.
- 2) Hábitos de alfileres y agujas:
  - Las costureras que sostienen alfileres y aguja entre los dientes.
- 3) Cualquiera ocupación que requiera el uso de clavos, al sostener éstos con los dientes, - como :
  - Zapateros
  - Tapiceros
  - Carpinteros
  - Electricistas
  - Reparadores de teléfonos
  - Torneadores de madera
  - Peleteros que clavan, es decir los que estiran, extienden y secan las pieles.
- 4) Los que fabrican cigarros, al morderlos durante su manufactura.
- 5) Desgaste de los dientes en los músicos, al usar boquillas de instrumentos de aire.
- 6) Ocupaciones en que el paciente se concentra y adquiere la costumbre de apretar o frotar los dientes entre sí al compás del trabajo que hace.
- 7) Atar paquetes como los embaladores que tienen constantemente el cordel entre los dientes al trabajar.
- 8) Cortadores de piedra y albañiles; la arena entre los dientes causa desgaste excesivo.

### II. 6. 3 COSTUMBRES VARIAS.

- 1) Fumar pipa.
- 2) Abuso de la boquilla de cigarros.
- 3) Morder diversos objetos como alfileres de gancho, horquillas, etc.
- 4) Abrir las tapas de botellas con los dientes.
- 5) Romper nueces con los dientes y mascar huesos.
- 6) El abuso de los dientes por acróbatas durante algunas de sus pruebas que necesitan apoyos en la boca.
- 7) Métodos incorrectos de usar el cepillo de dientes.
- 8) Mastigar cigarros.
- 9) Costumbres anormales al dormir o al leer ( presión de los dedos contra los dientes ).
- 10) Respiración por la boca, que causa descenso en el tono de los tejidos al secarse la membrana mucosa, especialmente en la parte anterior de la boca.

- 11) Presión sobre los dientes al apoyar con la mano durante postura de descanso { como la estatua del pensador de Rodin }.
- 12) Chupar el dedo pulgar.
- 13) Masticación unilateral.
- 14) Aplicación inadecuada de gomas que se dicen para fortificar encías.
- 15) El uso del depresor de la lengua u otros instrumentos de madera para influenciar la posición de dientes mal ubicados.
- 16) Colocar el palillo entre los dientes.
- 17) Tirar la cuerda de cierre y apertura de tabaqueras con los dientes.
- 18) Morder ramas de clavo de olor.
- 19) Costumbre de los deportistas de chupar pedazos de fruta cítrica.

## CAPITULO I I I .

## ETIOLOGIA.

Los estudios realizados en los últimos años han contribuido con siderablemente para ayudar a comprender la vida mental y emocional del niño, siendo fundamentalmente la conducta no muy distinta a la del adulto, mas es de presumirse que en aquél puede ser observada en una etapa menos compleja siendo más fácil reconstruir las tendencias en la niñez que en la vida adulta. Es importante recalcar que si la conducta puede ser modificada, es prudente intentar su rectificación antes de que se pongan de manifiesto los resultados de una anomalía persistente. A diferencia de tiempos pasados en que solamente se presentaba atención al mal hábito sin indagarse la causa o la defectuosa o mal orientada e ducación del niño, hoy día se presta especial cuidado, gracias a los mo dernos hallazgos de la psicología profunda y a los factores emocionales que determinan la formación del hábito.

## III. 1 TEORIA PSICOANALITICA.

Entre las más antiguas teorías psicológicas, una de las más im- portantes es la enunciada por Sigmon Freud. En dicha teoría, él sub- rayó la vital importancia de los factores de la fase oral en el desa- rrollo de la personalidad. Como primera manifestación de sexualidad, el niño se verá en la necesidad de obtener placer a través de su boca. Para S. Freud, el concepto sexual lo comprende todo, es decir el término sexual denota la obtención de placer en cualquiera de sus manifestaciones. Es así como S. Freud da como ejemplo el chupeteo del pulgar en un infan- te como una caracterización del placer sexual: " un niño chupetea el -- pulgar con los labios y carrillos sin obtener por ello ningún tipo de -

gratificación desde el punto de vista de autoconservación; es en el acto mismo del chupeteo en el que se pueden observar reacciones propias del acto sexual adulto, los niños chupetean sus dedos en forma rítmica, al igual que la mayoría de los actos sexuales adultos, con el mismo movimiento lento para luego incrementarse en el punto de excitación y posteriormente decrecer. La analogía que existe entre la succión del pulgar y el acto sexual adulto, es sin duda la búsqueda del placer en ambos casos. Sin duda alguna quien haya podido observar la calma que invade al infantante después de haberse chupado el dedo reconocerá que existe cierta similitud con la que experimenta el adulto después de copular".

### III. 2 ETAPA ORAL.

La organización en el primer año de vida del infantante, es esencialmente bucal y de tacto. Desde el momento de nacer, el niño cuando está despierto se encuentra en continuo movimiento y gasta energía explorando " su nuevo mundo". Si se estimula al niño en cualquier forma, los movimientos se hacen más frecuentes y activos; al transcurrir cierto tiempo, descubrirá que algunos de los estímulos le producirán dolor y otros por el contrario le causaran placer.

A medida que el lactante desarrolla sus sentidos de visión y audición, trata de alcanzar y llevar a su boca aquello que ha visto o ha oído a distancia. No obstante la mala coordinación que experimenta el infantante tiende a llevar hacia su boca todos los objetos que encuentra para ser lamidos, gustados y examinados a través de sensaciones bucales. Si el objeto examinado por el infantante le provoca sensaciones agradables, intentará comerlo; dicho intento de llevar a la boca un objeto considerado por él como " bueno ", se conoce como introyección.

Por el contrario, si la sensación producida es desagradable lo escupirá y mostrará su desagrado volteando la cara en dirección opuesta al objeto; dicha prueba de rechazo hacia un objeto se conoce como : - proyección. En esta etapa es la boca para el niño, el mundo de su más profunda seguridad. El niño vive y ama a través de su boca; es esta etapa oral de la temprana infancia en la que la boca, es el vehículo de - comunicación del hombre con el medio que lo rodea.

Al alimentarse el lactante , estará guiado por dos instintos: el instinto alimentario y el instinto de chupar. Para satisfacer estos requerimientos, existen dos reflejos heredados, que se extienden a varios grupos musculares coordinados, dichos reflejos son: el reflejo de succión y el reflejo de deglución. Los dos son herencias filogenéticas, antiguísimas imprescindibles para la vida, que sin ejercitación alguna o - previa deben funcionar ya a la perfección inmediatamente después de nacer.

El lactante toma en los primeros 5 a 6 minutos la parte esencial - de la leche, mientras que en los 15 minutos siguientes, junto al pecho estimulado por unas cuantas gotas de leche, principalmente, satisface su instinto de succión. Puesto que la madre percibe la succión, aunque no necesariamente la secreción de la leche , ella prolonga el amamantamiento todo el tiempo que el lactante succione, es decir, hasta que el lactante satisface su instinto de succión. A esta característica de alimentación se le conoce como alimentación " a pedido " o bien por el mé todo de " free demand " ( según demanda ).

El infante aprende que el instinto de mamar le produce satisfacción y a la vez le proporciona alimento para conseguir la suficiente energía

que requiere, cuando es estimulado por el hambre; muy pronto se fijará este modo de reacción y si no se le da satisfacción con el pecho o con mamila, encontrará un sustituto en el dedo de la mano, o bien del pie, etc. A este modo de acción se le conoce con el nombre de reflejo condicionado.

Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad, puesto que el hambre estimuló la succión, ésta debe tener algún objeto para satisfacerla. El objeto generalmente desencadena el inicio del reflejo que da principio al acto de succionar y finalmente, el reflejo condicionado se convertirá en un hábito fijo.

La teoría de la doble fusión postulada por S. Freud, establece la discrepancia que existe entre la necesidad de succión con fines nutritivos y la succión como causa del placer. Así mismo menciona que el niño a medida que va creciendo y madurando psicológicamente, tiende a desechar muchos de los hábitos autocráticos, razón por la cual debe esperarse que el hábito -desaparezca entre los 2 a 3 años de edad, en caso contrario, si el hábito persiste a los 5 años o más, tendrá el infante un problema de tipo emocional.

### III, 3 FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO EMOCIONAL.

- 1) Imitación de otros niños que practican el hábito.
- 2) Celos producidos por alguna diferencia del trato en el hogar.
- 3) Dificultades y conflictos familiares.
- 4) Presión exagerada en el trabajo escolar.
- 5) Ansiedad producida por el exceso de actividad propia

de las grandes ciudades.

- 6) Programas impropios de terror y violencia no aptos para menores.
- 7) Miedo y temor a ciertos elementos como la obscuridad, separarse de sus padres, algunos animales y ciertos ruidos.
- 8) Demasiada tensión durante el acto de lactancia.
- 9) Mala adaptación e inseguridad causadas por cambios de casa o de escuela.

Muchos de los hábitos son el resultado directo de la imitación de los padres, compañeros o hermanos. Algunas veces la causa etiológica emocional suelen ser los celos, producidos por el advenimiento de un nuevo miembro a la familia, un hermanito menor, predilección familiar por algún miembro de dicho núcleo o bien por tensión y conflictos familiares causados por separación o divorcio de los padres, por riñas constantes entre sus progenitores, con la presencia del infante como espectador.

En ocasiones el trabajo escolar es abrumador para el pequeño que apenas comienza a tener noción de la responsabilidad que implica asistir a la escuela. La ansiedad producida en las grandes ciudades urbanas, donde el congestionamiento de las vías de transporte, la contaminación ambiental, influyen negativamente en la conducta del infante. Así mismo programas impropios para niños, llenos de violencia, terror y dramatismo que confunden sus mentes.

Existen otros factores o fobias a las que determinados niños reaccionan como son: el estar solos en una habitación oscura, ciertos animales como los gatos, perros, buhos, murciélagos, etc. o bien ruidos propios de la noche.



El tiempo que se le dedique al niño durante la lactancia será de suma importancia, para evitar probables problemas de tipo emocional. -  
Ciertos niños experimentan inseguridad o falta de adaptación al verse trasladados a otra escuela o bien por el cambio a un nuevo hogar.

### III. 3. 2 FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO ALIMENTICIO.

- 1) Falta de satisfacción oral en la forma de alimentación.
- 2) Reducción del tiempo de amamantamiento debido a la alimentación con mamila.
- 3) Falta de estimulación u oportunidad para movimientos y manipulación progresivos.

Es ilusorio exigir hoy en día un tiempo de amamantamiento de varios meses por el método de " free demand ", puesto que existe la presión de las condiciones sociales en los países industrializados; debido a esto debemos resignarnos a la victoria de la alimentación artificial y con ello encarar los problemas que ella genera, tales como reducción en el tiempo de amamantamiento, el repentino paso de alimentación a intervalos fijos en contraste con la alimentación a pedido de los " pueblos civilizados ". En la usual alimentación con mamila se satisface el instinto de alimentarse, pero no así el de succión. Regularmente se retira la mamila cuando ésta se encuentra ya vacía, lo que ocurre según el tamaño del agujero del chupón y según la energía empleada de 5 a 10 minutos después, cuando el niño no ha satisfecho su necesidad de chupar, por lo cual el infante intentará satisfacer su necesidad empleando o utilizando un sustituto como puede ser el dedo pulgar, el dorso de la mano, la punta de la sábana, etc.

### III. 3. 3 FACTORES ETIOLOGICOS DE FONACION.

- 1) Mala posición de la lengua, produciéndose seseos.
- 2) Anomalías en la posición de los dientes.
- 3) Frenillos cortos.

Para algunas malformaciones de la dentadura se acepta como factor etiológico la defectuosa formación de los sonidos, que es principalmente la mala formación de los sonidos de seseo (sigmatismo), o de la formación interdental de otras consonantes. El seseo puede ser producido por la mala posición de la lengua, anomalías en la posición de los dientes. El frenillo corto, en la posición lingual no permitirá el correcto desplazamiento y movilidad de la lengua para realizar el acto de fonación.

### III. 3. 4 FACTORES ETIOLOGICOS DE DEGLUCTON.

- 1) Amígdalas hipertroóficas o hipersensibles.
- 2) Uso de chupones y mamilas que a menudo no ofrecen un diseño adecuado para el acto de deglución.
- 3) Amamantamiento demasiado rápido por el ensanchamiento del orificio de la mamila.

En el síndrome de ciertos malos hábitos de succión que eventualmente se pueden traducir en malformaciones, deberán considerarse las características de las mamilas y chupones que generalmente no ofrecen ni obedecen un diseño adecuado desde el punto de vista fisiológico. Suelen ser demasiado largas, penetran excesivamente en el paladar y originan posiciones inapropiadas de la lengua al realizar el acto de deglución. También es necesario considerar el hecho de que las madres acostumbran ensanchar el orificio del chupón en demasía, con la perniciosa consecuencia de que llega demasiada can

tividad de leche al niño y lo obliga a colocar su lengua en una posición defectuosa debido a la necesidad de contener el fuerte flujo de líquido; esta mala posición de la lengua trae como principal causa el hábito de deglución anormal.

Otro factor etiológico lo constituye las amígdalas hipertroficadas o hipersensibles que originan la formación de un nuevo patrón o reflejo de deglución, al experimentar el infante dolor al tragar.

### III. 3. 5 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA RESPIRACIÓN ANORMAL.

- 1) Hipertrofia de los cornetes causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que recubre los conductos nasales, rinitis atrófica, aire contaminado.
- 2) Tabique nasal desviado por bloqueo del conducto nasal.
- 3) Labio superior corto.
- 4) Adenoides agrandadas.
- 5) Mala posición del infante al dormir.

Los casos de niños con malos hábitos debidos a factores etiológicos de tipo respiratorio pueden clasificarse en dos tipos: los que respiran por la boca debido a una obstrucción, son aquellos que presentan resistencia a la entrada de flujo normal de aire a través del conducto nasal por hipertrofia de los cornetes; y el niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior es corto y no le permite cerrar por completo sin tener que hacer grandes esfuerzos o bien por desviación del tabique nasal con el consiguiente bloqueo del conducto nasal.

Otro factor etiológico lo constituye el tejido adenoidal que es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia y que causa también problemas al respirar. Es un gran inconveniente el hecho de que los niños duerman boca abajo, pues el peso del cuerpo ejerce una indeseable presión sobre la cara, amén de la consecuencia de provocar una respiración anormal y forzada.

## CAPITULO IV.

## DIAGNOSTICO.

El diagnóstico es el conocimiento del estado que observa la salud de una persona y que en Odontología tiene por objeto prevenir las enfermedades, precisar el estado anatómico y funcional, así como restaurar e instituir el tratamiento adecuado para cada paciente.

El diagnóstico bucal es la base principal para la correcta planeación del tratamiento, que nos asegurará el éxito o el fracaso en la restauración de la salud. Ya que un tratamiento bien concebido no puede apoyarse nada más que en sí mismo, pues si se tratase de una deformación y se deja persistir su causa, se tendrá un fracaso o una recidiva, el diagnóstico es la base inicial en el establecimiento de un adecuado plan de tratamiento.

Para brindar un tratamiento dental en los niños, con excelentes resultados, se requiere como en ninguna otra actividad de la Odontología, una completa comprensión del paciente, para obtener la comunicación y cooperación de las que depende el tratamiento exitoso.

## IV. 1 ENTREVISTA INICIAL.

La primera impresión de la conducta esperada de un niño, puede obtenerse durante la conversación telefónica inicial con la madre; por la inflexión de su voz, la forma de hablar, y su actitud general hacia la Odontología.

En la sala de espera la observación del clínico experimentado puede indicar como segunda impresión las siguientes características del niño:

¿ es físicamente grande o pequeño para su edad ? , ¿ sus actitudes reflejan su edad ? , ¿ es nervioso o tranquilo ? , ¿ está asustado o sereno ? , ¿ parece fastidiado o feliz ? .

Además es muy importante fijar especial atención a la actitud que observa la madre o el padre en relación con el infante:

¿ es muy indulgente, protectora, nerviosa, o bien parece orientada y tranquila ? .

#### IV. 2 HISTORIA CLINICA.

Otro método por el cual se obtendrá información sobre el paciente (que generalmente se descuida en la práctica diaria) , es el uso de la historia clínica del caso.

Luego que el niño y su padre han entrado en el consultorio ( es sumamente importante recalcar que sólo es recomendable en la primera visita la presencia del familiar y se le indicará que será la única, salvo cuando se le requiera ); recibirán un saludo cordial por parte de la asistente y se le entregará a la madre o padre un formulario de historia clínica completa para llenar. Dicho formulario se puede entregar al familiar antes del acceso al gabinete dental, para ser llenado en la sala de espera, ahorrándose con esto algo de tiempo.

Una buena historia deberá cumplir con lo siguiente :

- 1) Ayudará a establecer el tono personal y profesional del consultorio dental en la mente del padre.
- 2) Dará exacta información acerca del nombre de los padres y del paciente, dirección, número telefónico, etc. con todos sus detalles.
- 3) Describirá específicamente el principal motivo de los padres -

para traer el niño al consultorio.

- 4) Dará una indicación de las reacciones del niño hacia el tratamiento según lo espera el padre.
- 5) Indicará la salud general, física y emotiva del niño.
- 6) Dará información específica referente a la experiencia anterior del niño con fármacos o situaciones que producen alergia.
- 7) Indicará quién remitió al paciente.
- 8) Dará un documento que pueda ayudar al dentista a protegerse contra posibles complicaciones legales.

Mediante este procedimiento, es decir, la conversación telefónica, la observación en la sala de espera y la historia del caso, el dentista alerta puede interpretar bien al niño paciente antes de conocerlo.

QUESTIONARIO A LLENAR POR EL PADRE O MADRE DEL PACIENTE.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ .

Ocupación: \_\_\_\_\_ .

Dirección: \_\_\_\_\_ .

Teléfono: \_\_\_\_\_ .

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ .

Ocupación: \_\_\_\_\_ .

Dirección: \_\_\_\_\_ .

Teléfono: \_\_\_\_\_ .

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ .

Dirección: \_\_\_\_\_ . Teléfono: \_\_\_\_\_ .

Diminutivo: \_\_\_\_\_ . Peso: \_\_\_\_\_ . Estatura: \_\_\_\_\_ . Compleción: \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ .

Número de veces al día que cepilla sus dientes: \_\_\_\_\_.

Última fecha de aplicación de flúor: \_\_\_\_\_.

MOTIVO PRINCIPAL DE SU CONSULTA: \_\_\_\_\_

SALUD GENERAL DEL NIÑO:

Enfermedades padecidas:	SI	NO
Sarampión:	( )	( )
Varicela:	( )	( )
Tosferina:	( )	( )
Amigdalitis:	( )	( )
Hepatitis:	( )	( )
Disentería:	( )	( )
Otras: _____		

¿ Es alérgico a algún medicamento o hay alguna situación que le pro-  
voque alergia ? : \_\_\_\_\_

ALIMENTACION INFANTIL:

Pecho: (SI) (NO) ¿ Por cuánto tiempo ? : \_\_\_\_\_.

¿ Cuando se le pasó a la mamá ? : \_\_\_\_\_.

Mamá: (SI) (NO) Chupón: (SI) (NO) .

¿ Cuando empezó a tomar en taza ? : \_\_\_\_\_.

Número de veces al día que come: \_\_\_\_\_.



CONDICIONES EN EL HOGAR:

Hermanos, número y edad: \_\_\_\_\_

Temperamento de la madre: \_\_\_\_\_

Temperamento del padre: \_\_\_\_\_

Otras personas con las que conviven en el hogar: \_\_\_\_\_

¿ Cuánto tiempo hace que radica allí ? : \_\_\_\_\_

Principales miedos o fobias del paciente: \_\_\_\_\_

ADAPTACION ESCOLAR:

Dificultades sociales: \_\_\_\_\_

Hábitos de juego: \_\_\_\_\_

Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_

HABITOS:

SI NO

Succiona ( labios, lengua, dedos o algún otro objeto) ( ) ( )

Bruxista ( rechina los dientes ). ( ) ( )

Onicofagia ( se come o muerde las uñas ). ( ) ( )

Respirador bucal ( diurno, nocturno o ambos ). ( ) ( )

Otros: \_\_\_\_\_

¿ A qué edad se inició el hábito ? : \_\_\_\_\_

¿ Ha sido interrumpido desde entonces ? : \_\_\_\_\_

¿ Es diurno, nocturno o ambos ? : \_\_\_\_\_

¿ Lo realiza mientras ve televisión ? : \_\_\_\_\_

Frecuencia, persistencia e intensidad: \_\_\_\_\_

¿ Qué métodos han sido utilizados para quebrantar el hábito ? : \_\_\_\_\_

¿ Ha sido el niño retado debido al hábito, por la familia o por extraños ?: \_\_\_\_\_.

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

ACTITUD HACIA LA TERAPIA:

¿ Ha estado bajo tratamiento dental anteriormente ? : ( SI ) ( NO )

¿ Cuál fué la causa por la que se suspendió ? : \_\_\_\_\_

¿ Quieren los padres que se le haga un aparato ? : ( SI ) ( NO )

¿ Porqué ? : \_\_\_\_\_.

¿ Se le prometió una recompensa o premio por asistir el niño a su consulta ? : ( SI ) ( NO )

¿ Qué persona lo recomendó ? : \_\_\_\_\_.

¿ Desea anexar alguna información adicional ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O MADRE DEL  
PACIENTE.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INFANTE.

### I V . 3 EXAMEN CLINICO.

Luego de haber introducido al paciente en el cubículo dental, se tranquiliza al niño para familiarizarlo con él, se precisa por qué motivos a venido a nosotros, y se recogerá el reporte o historia clínica de su caso; a partir de ese momento es posible, con " un buen sentido ", que a fuerza de experiencia se convierte en " sentido clínico " más o menos agudo, establecer un diagnóstico inmediato que será interesante comparar con la observación detallada posterior.

En el sillón dental, el dentista puede percibir el porte del niño, su talla, constitución, facies, habla, conducta, el uso de sus brazos y piernas, su ropa y su higiene personal. Una vez sentado el paciente, el dentista observará su cabello, las manos, la piel, la formación del cráneo, y la simetría facial. Es importante la atención que se debe prestar al aspecto de los ojos del paciente, sus orejas, su nariz, cuello y cualquier anomalía. Las costumbres de la succión del dedo pueden verificarse interrogando al niño y al padre, o bien observando callosidades y engrosamiento en los pulgares u otros dedos del paciente.

La conversación puede ser el camino más accesible para comprender al niño.

#### EXAMEN ORAL.

El examen clínico bucal tiene por objeto realizar un diagnóstico sobre el que girará el tratamiento elegido. Comprende la inspección y palpación de los labios, mucosa oral, paladar, lengua, encías, y se prestará una particular atención a la oclusión y deglución.

## LABIOS.

Dedicándose a la cavidad oral, el dentista examinará los labios en lo que se refiere a la forma y dimensión, que es variable de acuerdo a la fisonomía de cada individuo, pudiendo estar modificada por la situación de los dientes y encías. En los niños los labios son regularmente gruesos, mientras que en los ancianos van tornándose delgados; también de acuerdo a la raza podremos encontrar variantes. La exploración de los labios implica la búsqueda de resque- quedad o grietas, ya sea en el cuerpo del labio o en las comisuras, lo que podría indicar un hábito de lamer o un problema de queilosis. Es posible observar en ocasiones otros hábitos como el de morderse los labios o chupárselos. El color es importante porque la palidez circunoral puede indicar temor o tensión en un niño.

Las lesiones en o alrededor de los labios pueden indicar gingivoestomatitis herpética, tumores mixtos, que tienen origen en las glándulas salivales o bien úlceras traumáticas. Ocasionalmente se verá el aspecto blanco elevado de un mucocele o quiste de retención salival.

## MUCOSA ORAL.

Su estructura y color pueden indicar afecciones orgánicas como sarampión, en el cual aparecen las manchas de Koplik; la presencia o extensión de las lesiones herpéticas o el posible trauma por morderse la mejilla, puede observarse en algunos casos. Las deficiencias de vitaminas con mucha frecuencia tienen algunas de sus primeras manifestaciones en la mucosa oral. Las irritaciones químicas, mecánicas o térmicas provocan lesiones de tipo ulceroso, como es el -

caso de efectos de escaras de irritantes aplicados localmente como lo es el ácido-acetil-salicílico.

#### PALADAR.

Siguiendo un examen ordenado de la cavidad oral, el dentista llegará al paladar en busca de signos que indiquen enfermedad infecciosa, neoplasias o trastornos del desarrollo como el paladar hendido o el paladar elevado por una posible disostosis cleidocraneana. Esta inspección a su vez llevará al velo del paladar y a la faringe; el dentista deberá estar siempre alerta acerca de las infecciones incipientes para proteger al paciente y así mismo.

Los niños con respiración bucal presentan casi siempre el paladar en forma ojival. La palidez del paladar será un claro síntoma de un estado anémico.

#### LENGUA.

Se pueden presentar anomalías en su textura, coloración y volumen tal como la macroglosia, Esta anomalía dificulta la locución y la deglución. La contextura de una lengua traumatizada o geográfica, - puede indicar un trastorno emotivo sub-clínico. La forma de los bordes de la lengua pueden verse afectados debido a malos hábitos, como traumatismos mecánicos o mordeduras; sin embargo, también se puede observar irregularidad en los bordes debido a mordeduras provocadas por trastornos como en el caso de la epilepsia. En lo que se refiere a la coloración puede estar alterada de acuerdo al estado de salud, - higiene, ingestión de alimentos con colorantes artificiales, etc. Las enfermedades tales como escarlatina o el virus de la estomatitis aftosa y los síndromes de eritema multiforme, así como los trastornos

vitamínicos, pueden ser indicados por la lengua. Bajo la lengua, en el espacio sublingual, puede haber una rúnula, laceraciones o signos de paperas, que pueden haberse extendido medialmente desde la región parotídea. No debe dejarse pasar por alto la inspección de el frenillo lingual, que en estado anormal puede provocar trastornos en el habla, debido a la disminución en la movilidad de la lengua, haciéndola en algunos casos " lengua sujeta ".

#### ENCÍAS.

La encla puede presentar cambios en su coloración, forma, con sistencia y nivel de inserción. Los tejidos gingivales enrojecidos y edematosos pueden ser de gran importancia diagnóstica. En algunos casos puede este estado sólo deberse a la erupción por parte de los dientes, pero con frecuencia puede ser el signo de una lesión periapical, absceso lateral, discracia sanguínea o un neoplasma. La defor mación de las encías puede resultar de limpiarse los dientes con los dedos; una unión raramente alta del frenillo o dientes con mordida " cruzada ". El tejido hiperplásico que resulta de la terapia con dilantin sódico, puede aclarar un problema que el padre " omitió " en la historia clínica.

El tejido gingival normal puede indicar severas maloclusiones o costumbres, como la de respirar por la boca.

La inflamación gingival puede estar ocasionada por restauraciones defectuosas, o caries no restauradas, que se extienden por debajo de la encla; se superpone un factor muy importante como lo es la acumulación de restos alimenticios que viene a ser otro factor irritante local.

## DIENTES.

Una profilaxis completa debe preceder a cualquier examen de las piezas dentarias y ayudará a encontrar caries incipientes. Anotaremos anomalías en el tamaño, forma, estructura, número, presencia de caries, desgaste, fracturas y reincidencia cariosa.

El recuento de los dientes impedirá el error de no advertir -- dientes supernumerarios o faltantes. Existen con frecuencia grietas y muescas en el esmalte de los dientes que se emplean para morder objetos duros. La necesidad de la inclusión de todas las lesiones cariosas es evidente; éstas pueden ser descritas con pequeños dibujos y con el uso adecuado de palabras o símbolos para indicar la extensión de la lesión. Cualquier tratamiento anterior debe incluirse -- también en el informe, registrándose el tratamiento previo en color azul, y las lesiones de caries representadas en color negro.

## OCLUSION.

Un examen oral del niño nunca es completo sin una evaluación de la oclusión. Al examinar a los pacientes es preciso crearse el hábito de observar a los dientes en oclusión para estudiar si existe una relación armoniosa de tamaño, forma y posición de las arcadas dentales. Cualquier discrepancia puede ser fácilmente descubierta; cuando los dientes no llegan al contacto oclusal tanto en sentido horizontal, como vertical, debemos tratar entonces de hallar irmediatamente la razón. Desde luego, es preciso que se descarten las etapas de transición en las cuales, esta situación es el resultado de modificaciones normales en el desarrollo; como los que encontraremos luego de la pér-

dida de los dientes primarios y en las primeras etapas de erupción de los dientes permanentes.

Después de haber pedido al niño que cerrara su boca, y en haber determinado una oclusión céntrica, la presencia de mordidas cruzadas, la clasificación de la oclusión y el grado de sobremordida o proyección, deberá notarse la desusada acción de la articulación temporomandibular o desplazamiento mandibular con desviación de la línea media. Es importante también descartar cualquier posibilidad de anquilosis de algunos dientes que les impide sus movimientos verticales. Es importante mencionar que el hueso no tiene forma propia, no es sino el reflejo de la manera en que la fuerzas actúan sobre él. Cuando exista un espacio vertical entre los dientes antagonistas, el hueso alveolar crecerá hasta haber establecido el contacto oclusal, a menos que el labio, lengua, un dedo o un cuerpo extraño se lo interfiera.

Cuando exista labioversión o protrusión de los incisivos superiores habrá siempre una fuerza que actúa por medio de ellos, sobre el hueso alveolar y que origina la situación.

Dicha fuerza puede indicar desarmonía esquelética, con costumbres del dedo en la boca o una posición anormal de la lengua. Ya reconocido el problema, debemos buscar el tipo de hábito de presión que lo ocasiona.

El efecto traumático de un hábito de mordida oclusal que se localiza por lo general en una o dos áreas, afectando únicamente unos cuantos dientes. En algunos casos el paciente coloca los maxilares en posición entrecruzada fuera del límite funcional de oclusión y aprieta -



Los dientes, dando lugar a una oclusión traumática.

La erupción ectópica de los primeros molares permanentes, generalmente en posición mesial puede ser observada en la dentadura mixta; frecuentemente este estado puede ser tratado con éxito, cuando se observa en las primeras etapas. La anquilosis de los molares primarios se caracteriza por su posición en el arco. Dichos dientes, están generalmente bajo su nivel de los dientes adyacentes y deberán ser evaluados por su potencialidad para restringir el paso de la erupción de los dientes sucesivos, así como su capacidad para reducir la longitud del arco dentario.

Los dientes primarios sobre-retenidos, pueden ser notados en el examen de la oclusión, tales dientes de no ser extraídos, frecuentemente causan malposición de sus sucesores permanentes. Los espacios creados por los dientes primarios extraídos prematuramente, también presentan problemas en el diagnóstico y plan de tratamiento. En algunos casos se requieren aparatos simples para mantener la longitud del arco; en otros casos, donde ya hubo cierre parcial del arco, los aparatos pasivos pueden estar contraindicados y es necesaria alguna forma de movimiento activo para volver a ganar espacio.

#### DEGLUCION.

Es relativamente fácil poder determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución. Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta; si el acto se realiza dentro de los límites normales, el músculo temporal se contrae. Si no se ponen los

dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

Otra forma de advertir el acto defectuoso al deglutir, es observando la posición anormal de la lengua al tragar, examinando la musculatura oral exterior, al ingerir un sorbo de agua. En la deglución correcta los labios se cierran y no es evidente ningún movimiento del músculo mentoniano; la posición anormal de la lengua durante la deglución se caracteriza generalmente por la considerable saliencia del labio inferior y el evidente movimiento de los músculos orales.

## HISTORIA CLINICA . ( CONTINUACION ).

### APRECIACION FISICA.

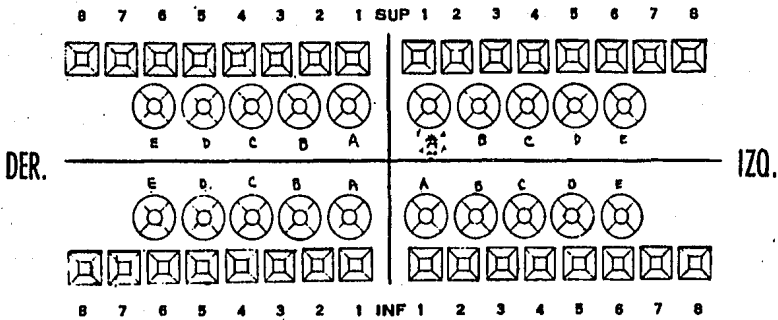
- 1) Talla: \_\_\_\_\_.
- 2) Constitución: \_\_\_\_\_.
- 3) Facies: \_\_\_\_\_.
- 4) Locución : \_\_\_\_\_.
- 5) Conducta: \_\_\_\_\_.
- 6) Higiene: \_\_\_\_\_.
- 7) Manos, dedos: \_\_\_\_\_.
- 8) Piel: \_\_\_\_\_.
- 9) Simetría facial: \_\_\_\_\_.
- 10) Ojos: \_\_\_\_\_ . 11) Orejas: \_\_\_\_\_.
- 12) Nariz: \_\_\_\_\_ . 13) Cuello: \_\_\_\_\_.

### EXAMEN ORAL:

- 1) Labios: \_\_\_\_\_.
- 2) Mucosa oral: \_\_\_\_\_.

- 3) Paladar: \_\_\_\_\_
- 4) Lengua: \_\_\_\_\_
- 5) Encías: \_\_\_\_\_
- 6) Dientes: \_\_\_\_\_

O D O N T O G R A M A :



- 7) Oclusión: \_\_\_\_\_
- 8) Deglución: \_\_\_\_\_
- 9) Observaciones: \_\_\_\_\_

## CAPITULO V.

HABITOS ORALES PERNICIOSOS MAS COMUNES.

## V. 1 SUCCION DEL PULGAR Y DE OTROS DEDOS.

a) *La succión del pulgar y sus dispositivos anatómicos auxiliares.*

Es necesario conocer el mecanismo de la succión y de algunos dispositivos anatómicos de la cavidad bucal, formados por la naturaleza para facilitar esta importante función vital; para comprender las relaciones morfológico- funcionales de ambos maxilares en las primeras semanas y meses después de acontecido el parto.

Dichos dispositivos son casi desconocidos en la literatura de Pediatría y Odontología, especialmente en los manuales, a pesar de la gran variedad de trabajos existentes publicados en las últimas décadas para tratar de esclarecer este tema.

La succión de la leche materna se realiza en dos etapas. Poco después del nacimiento puede provocarse fácilmente el reflejo succional, tocando con el dedo cualquier parte de los órganos de succión (un punto de los labios, de la mucosa bucal, o de la lengua del infante). Así mismo, fácil cosa es averiguar en esta primera edad, que los maxilares pueden cerrarse fuertemente. Luego entonces, como podrá observarse no es una succión pura, sino que esta se halla interrumpida por movimientos masticatorios rítmicos del maxilar inferior, que presionan el pezón contra la parte anterior del maxilar superior.

Para mayor comprensión, se describirán las fases de la succión:

en la primera fase, el lactante chupa el pezón y parte de la areóla y cierra herméticamente los labios, actuando entonces una serie de dispositivos, los cuales se mencionarán posteriormente. El maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. Dicho espacio aumenta de tamaño por el descenso de la lengua, por efecto de los músculos geniogloso e hiogloso. Por este mecanismo de succión es aspirado el pezón en la cavidad oral; éste descansa sobre la plataforma incisal del proceso alveolar superior y su punta, inclinada hacia arriba, yace empotrada entre los tabiques tectales o pliegues palatinos. Es importante hacer notar que en la primera fase, no sale aún leche del pezón. El vacío formado no tiene por objeto aspirar la leche; para lograrlo no bastaría la fuerza de aspiración. Haciendo una prueba con una pera de Bier, observaremos que no es posible vaciar el pecho con la simple aspiración. Es verdad que se podrá extraer leche cuando los conductos galactóforos estén llenos; pero una vez vaciados, no se conseguirá por la sola aspiración por más fuerza que se haga, absorber leche del pecho. Sólo es posible obtenerla, combinando como en el proceso natural, la succión con la presión, tornándose a llenar los conductos galactóforos y volverá a salir leche.

La aspiración en la fase inicial tiene por objeto colocar y asegurar el pezón y llenar los conductos externos. El niño indefenso asegura instintivamente la fuente de su alimento, colocandola en la boca en posición adecuada; al enrarecerse el aire alrededor del pezón y de la areóla mamaria, la leche es aspirada desde el interior del pecho a los conductos externos para que se llenen completamente, actuando probable-

mente al mismo tiempo los músculos subareolares del pecho.

En la segunda fase se vaciarán dichos conductos, con los labios cerrados herméticamente alrededor del pezón, avanza el maxilar inferior desde su posición de reposo hasta colocar su borde alveolar -- frente al del superior. Para ser posible la salida de la leche, presiona el maxilar inferior al pezón, y lo exprime por un frotamiento - anteroposterior. Después de esto la lengua adopta una forma de cuchara deslizándose la leche por ella hasta el paladar blando. Una vez - tragada la leche, se vuelve a formar el vacío de la primera fase, debido al descenso del maxilar inferior y de la lengua, por todo lo antes mencionado se podrá notar que la alimentación del niño de pecho - normal es un proceso alterno de succión y de presión por medio del ma xilar inferior y de la lengua. Para ordeñar a los animales es igualmente necesario imitar estos movimientos. De ahí que la escuela clásica defina al acto de lactar no tanto como un proceso de chupar sino más bien de " ordeñar " . Por lo tanto, la distocclusión fisiológica - no es arbitraria, sino más bien una adaptación del crecimiento del ma xilar a la función principal que tiene que realizar el lactante en los primeros meses de vida. Si se observara al infante en el momento de - lactar o mamar se descubrirá cómo es atraído el pezón rítmicamente hacia el interior de la boca y cómo el maxilar descenderá primero, luego avanzará y se cerrará ; probablemente contribuye más la presión que la succión para sacar la leche , aunque la combinación de ambas es necesaria para vaciar rápida y satisfactoriamente el pecho . Existen algunas variaciones y excepciones como cuando los niños son débiles y no lo gran asirse bien al pecho o el pecho no está bien conformado, es nece-

sario que las madres tengan que ayudarles mediante una presión manual. Sucede lo contrario con niños robustos que comprimen en vez de chupar, quejándose sus madres de que estos niños " muerden " en lugar de succionar. Muchos niños igual que los animales aprenden pronto a apretar el pecho con sus manos para aumentar la salida de la leche.

#### Dispositivos anatómicos.

En la succión son de mucha importancia algunos dispositivos anatómicos de los labios, las mejillas, los bordes alveolares y el paladar del recién nacido. Facilitan la alimentación a pecho en parte, activamente, por su erección, por su gran riqueza de vasos y parte pasivamente, por su forma y superficie áspera. Estas estructuras que realizan un mismo trabajo funcional son:

1a. LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO.. Los labios adquieren una forma de " hocico ", que tienen que abrazar y chupar el pezón, son blandos y prominentes. En los labios puede observarse además del músculo orbicular bien desarrollado, una serie de prominencias en forma radial en el rojo de los labios, que disminuyen hacia las comisuras.

Dichas prominencias son muy diferentes en cada individuo y se aprecian mejor durante y después de mamar. Se les atribuye la función de cerrar herméticamente los labios.

2a. VELLOCIDADES DE LOS LABIOS Y MEJILLAS. En los labios del recién nacido, se pueden apreciar dos zonas bien delimitadas: una es externa, estrecha de aproximadamente 2 a 3 mm. de ancho, lisa y reluciente y la otra interna de 4 a 5 mm. de ancho, cubierta de vellocidades blandas, bien irrigadas, de 1 a 2 mm. de altura; en las comisuras labiales, se

extienden por la mucosa de las mejillas, a la altura de los bordes alveolares, hacia atrás. Estas vellocidades se forman entre el 4° y 7° mes del desarrollo fetal y desaparecen gradualmente en los primeros meses de vida extrauterina. La configuración de la zona interna de los labios del recién nacido, influye bastante en el mecanismo de la succión. Estas vellocidades contribuyen a sujetar mejor el pezón.

3° MEMBRANA GINGIVAL O PLIEGUE DE ROBIN - MAGITOT. Existe en el borde libre de las crestas alveolares superior e inferior un pliegue mucoso sobresaliente en forma de "peine", constituido por pequeñas eminencias papilares a manera de fleco. Esta estructura se advierte de una manera especial en la región de los incisivos, está muy vascularizada y, por lo tanto, eréctil, sobresaliendo generalmente 1 mm. más. Se puede observar mejor inmediatamente después de mamar.

#### b) Hábito de chuparse el dedo.

El recién nacido tiene un mecanismo relativamente bien desarrollado para la succión, el medio más importante de su simple intercambio con el mundo exterior. De él no sólo recibe el alimento sino también el sentimiento de euforia y bienestar que es esencial en la temprana vida. El sentido de seguridad, un sentimiento de cordialidad, de unión y de ser deseado, todos estos requerimientos universalmente necesarios, son satisfechos por la criatura a través de la succión. Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior.

Ha sido objeto de muchas discusiones la causa de este vicio que



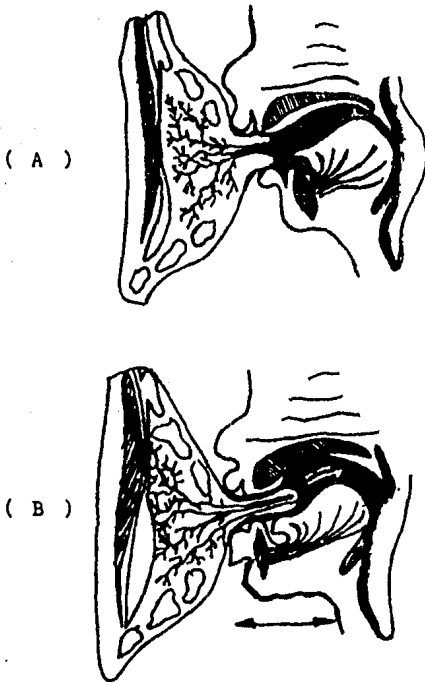
sólo se encuentra entre los pueblos civilizados. Angle considera como una demostración de debilidad " nerviosa " del niño , mientras que - Freud lo atribuye a una actividad " autoerótica " inconsciente de la zona erógena de la boca; Levy al respecto dice " observaciones previas y estudios clínicos han demostrado que la causa primaria de chuparse el dedo es la insuficiencia en el chupar del pezón o biberón ". Esto se determinó primero por el estudio de numerosas historias de alimentaciones. En el caso de familias en que unos tienen el hábito de chuparse el dedo y otros no, es siempre demostrable que los primeros han tenido menos actividad lactante que los segundos.

Se ha demostrado también que cuando el hábito empieza después de las primeras semanas de vida, se debe concretamente a la escasez en el tiempo de succión natural. Lo que sí es indudable, es el hecho de que proporciona algún placer o satisfacción al niño, hasta que por último se convierte en regla fija de acción, bajo ciertas circunstancias.

El vicio de succión del dedo, comienza en las primeras semanas o meses después del nacimiento. Muchos niños lo adquieren tan pronto como nacen, otros no lo adquieren hasta después de destetarlos. Esta costumbre se practica durante años y durante muchas horas al día. No cesa generalmente hasta los 4 a 6 años , algunos niños conservan aún esa costumbre a la edad de entrar al colegio; en el 1º y 2º año escolar, aún se encuentran niños con este vicio, pero la influencia del colegio y , sobre todo, el miedo a que los compañeros de clase se burlen, son causa de que desaparezca rápidamente. Sin embargo, en algunos casos obstinados, persiste este vicio durante toda la época escolar y aún más tiempo.

Aún cuando no causara ningún efecto adverso sobre la oclusión, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptado; por lo tanto, debe ser desalentado tan pronto como haya evidencias de que se está desarrollando. CUMLEY cree que la succión prolongada del pulgar o de otros dedos, después de los 4 años de edad, suele ser un síntoma de que el niño sufre "hambre emocional" y que emplee el dedo para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. La mayoría de los niños dejarán de succionar el pulgar o los dedos a la edad de 5 años. Si el hábito persistiera, los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplinarse y que puede ser ayudado a "ayudarse", así mismo. Hablando con el niño y con los padres, a menudo el Odontólogo podrá establecer si el hábito está relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como un hábito vacío; si es adquirido por imitación o si es el resultado de un problema emocional complejo. La succión del pulgar o de otros dedos, es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación.

El niño puede tener temor a la oscuridad, a la separación de sus padres o bien a ciertos animales. Los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación; por lo tanto el problema de la succión puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.



Amamantamiento en el pecho  
de la madre.

- ( A ) Primera fase: aspiración.  
( B ) Segunda fase: presión.

c) Mecanismo de succión del pulgar o de otros dedos.

El mecanismo de succión del pulgar o de los dedos puede ser muy diferente. Si se chupa simplemente el dedo, el mecanismo de su acción es el mismo que el del biberón. El pulgar es atraído por el retroceso rítmico de la lengua y descenso del maxilar inferior al espacio sucional, sin que actúe ninguna presión sobre el pulgar, o sin que éste mismo presione hacia abajo. Por la presión de las mejillas, se producen las mismas anomalías de compresión que por la alimentación a biberón. Por los hoyuelos que se forman en las mejillas o en el surco nasolabial puede apreciarse cuán grande es la acción de la presión atmosférica.

En otros casos, la succión pasa a segundo término, presentándose un mecanismo semejante al del amamantamiento a pecho. El dedo es " aplastado y mordido " por la lengua y el borde incisivo inferior, lo que se reconoce por las marcas y callosidades que presenta aquél; esta forma de chupar " mordiéndolo " al parecer se presenta con preferencia durante la dentición, comprimiendo el niño fuertemente el cuerpo que chupa contra región de los dientes en erupción. Otras veces, la presión mecánica del dedo empuja hacia arriba y hacia adelante, la región frontal anterior de la arcada superior, mientras que al mismo tiempo empuja el maxilar inferior hacia atrás. La mayor o menor deformación por esta succión, depende, como es de suponer, del tiempo que dure esta costumbre.

No es verdad, como opinan algunos autores, que el uso del chupón sea inofensivo durante la lactancia, o que el vicio de chuparse el dedo no reporte perjuicio en el primer año de vida. Opinan otros autores, que sólo tendría una acción deformante la succión del dedo, cuando el

proceso alveolar está más desarrollado y han hecho erupción los dientes, presentando una superficie mayor para su acción. Según la Escuela Odontológica Alemana, ya en los maxilares desdentados del lactante se pueden apreciar deformaciones producidas por el chupón o por el dedo, que luego se trasladan a la dentadura primaria o decidua.

Pueden observarse grandes variedades en la forma de chuparse el dedo, generalmente se chupa el pulgar, a menudo uno o varios dedos, que se introducen en la boca de formas muy diversas, de manera que la presión que ejercen será muy distinta; al mismo tiempo, los otros dedos de la mano y aún los de la otra, contribuyen a reforzar la acción deformadora, apoyándose en el labio superior, en la nariz, en la mejilla y en la barbilla.

Cuando el infante se chupa el dedo, existe a menudo un movimiento de la otra mano, que acompaña al acto; se le ha llamado movimiento accesorio, referido al de la mano libre u ocupada en el caso del pecho o biberón. Puede ser tan integrante del acto de la succión, que éste no puede efectuarse sin aquél.

Adaptación de las musculaturas facial y bucal al chupeteo del dedo. Nótese la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que circundan la boca.



## V . 2 HABITOS DE LA LENGUA.

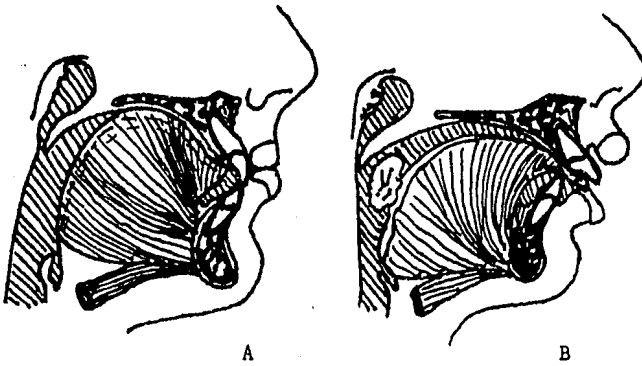
### DEGLUCION ANORMAL O EMPUJE LINGUAL.

Tragamos saliva aproximadamente dos mil veces al día y si en el proceso de deglución la lengua provoca presión excesiva en los dientes debido a la deglución anormal, se nota claramente que no llevaría mucho tiempo que esta situación cause problemas a los dientes. Esto - también puede afectar al habla, normalmente la deglución anormal se - caracteriza por que la punta de la lengua ejerce presión contra el pa ladar justo atrás de los incisivos centrales. La parte media de la len gua toca el paladar y el dorso se inclina agudamente a 45°. El paladar está diseñado para soportar esta presión. En la deglución incorrecta, la punta de la lengua presiona contra los dientes, la mitad de la lengua se encuentra colapsada y el dorso toca el techo de la boca. Se cree que esta presión sobre los dientes puede causar maloclusiones, manifestadas por mordida abierta e incisivos superiores en protrusión. Sin embargo, no se ha comprobado concluyentemente si la presión lingual - produce la mordida abierta o si esta permite al niño empujar la len gua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superio res e inferiores.

Este hábito a menudo acompaña o queda como residuo del chupeteo de algún dedo, pero también puede ser causado por amígdalas hipertroóficas o hipersensitivas. Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fauces inflamadas.

Esto produce dolor y por un movimiento reflejo, vemos cómo la -

mandíbula descende, los dientes se separan y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos movimientos de la deglución. Es decir, el dolor de la garganta origina la formación de un nuevo reflejo de deglución y los dientes se acomodan a la nueva presión adicional que es aplicada. Se observan algunas variantes de este hábito, por ejemplo; cuando la lengua descansa entre los incisivos o cuando se colocan sus bordes entre los dientes superiores e inferiores en la región de los premolares.



Forma de tragar normal y anormal. En la sección normal (A) los incisivos están momentáneamente en contacto cuando la punta de la lengua toca las papilas interdentes linguales del arco superior. El dorso de la lengua se adapta al paladar durante el acto normal; los labios están apretados. En la forma anormal de tragar (B) los dientes están separados, la lengua interpuesta adelante dentro del excesivo entrecruzamiento horizontal y dorso de la misma se ubica lejos de la bóveda palatina. Las amígdalas grandes pueden accentuar el hábito de la interposición de la lengua. Los labios no forman un cierre hermético. El superior funciona poco, mientras el músculo borbolla de la barba del inferior ejerce una fuerte presión hacia adelante y arriba contra las superficies linguales de los incisivos superiores.

Hay cuatro tipos de empujadores linguales:

En el primero la persona empuja su lengua contra los dientes anteriores; en el segundo el paciente empuja su lengua contra la región anterior y posterior; en el tercero la lengua empuja unilateral o bilateralmente; y en el cuarto tipo, el paciente puede abrir su boca tanto como 2.5 cm., para empujar la lengua hacia afuera entre los dientes cuando traga.

Entre otros factores etiológicos también se mencionan la inadecuada alimentación con mamilas, respiración bucal, anquilosis, tensiones emocionales, todos ellos englobados en tres factores: factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes.

Cualquiera que sea la causa del hábito de la lengua, el hecho es que actúa como causante o "ayuda" de maloclusiones, como ya se mencionó. Algunas veces como la lengua empuja constantemente hacia adelante aumentando el entrecruzamiento horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas no descansan más sobre las cúspides linguales de los segmentos bucales. Los dientes posteriores erupcionan y eliminan gradualmente el espacio interoclusal. La dimensión vertical en la posición postural de reposo y la dimensión vertical oclusal se -- convierte en una misma con los dientes siempre en contacto. Esta situación no es saludable. El resultado final es una maloclusión con mordida abierta anterior acompañada por los tejidos de sostén patológicos.

Los niños no son los únicos afectados por este problema;



Estos pueden acarrear su hábito de empuje lingual a la edad adulta interfiriendo no solamente con los patrones dentales y del lenguaje, sino con la apariencia física también y con frecuencia, los complejos psicológicos. Otros problemas que causa este hábito pueden ser dolor de los músculos faciales, tragar aire, problemas de la habla y enfermedad parodontal.

### V. 3 HABITOS DE LOS LABIOS.

#### HABITOS DE CHUPARSE O MORDERSE LOS LABIOS Y LA LENGUA.

En los hábitos de succión, no sólo se emplean el pulgar y otros dedos en posiciones corrientes o no corrientes, sino que también otros tejidos como mejillas, labios o lengua, se utilizan frecuentemente para substituir a los dedos.

El chupeteo o mordida del labio puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo y puede ser el labio inferior o el superior.

Al succionar el dedo se crea un desequilibrio en la integridad de la oclusión y se desarrolla una actividad compensadora de los músculos, lo que acentúa la deformidad. Con el aumento del sobre-entrecruzamiento horizontal, es cada vez más difícil cerrar normalmente los labios y crear la presión negativa necesaria para deglutir normalmente. El labio inferior se introduce detrás de los incisivos superiores y empuja sobre las superficies linguales de los incisivos superiores debido a la actividad anormal del borla de la barba al querer cerrar la boca.

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto inocuo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara. Cuando este hábito es constante, tiende a mover labialmente los dientes anteriores del maxilar estableciendo con ello una apertura de la mordida o infraoclusión de los dientes anteriores. Los molares pueden alargarse, aumentando la mordida abierta. En esta condición, debe recurrirse al ejercicio de la lengua.

Cuando el niño se chupa la lengua, se alargan los dientes posteriores, produciendo la abertura de la mordida en los dientes anteriores. Los hábitos viciosos de la lengua pueden producir grandes deformaciones.

El hábito de la lengua puede analizarse de la siguiente manera:

- 1) La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior.
- 2) El labio inferior se vuelve hacia adentro.
- 3) La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes.
- 4) Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos superiores, que se inclinan labialmente. El grado de protrusión depende del espesor del labio inferior, que conserva la deformidad.

El humedecimiento del labio agrietado en tiempos fríos, suele indicar la presencia de este hábito.

Muchos niños encuentran que succionando el labio inferior o simplemente mordiendo sobre él, obtienen la misma sensación satisfactoria obtenida antes con el dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo más conveniente, pero es desgraciadamente, más potente el hábito del labio. Menos frecuentemente cambian el placer por la interposición y succión de la lengua. La acción similar a la de un émbolo que ejerce la lengua es muy parecida a la succión y es considerada opuesta a ella o una característica residual de este mecanismo infantil.

En otros casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Los cambios de color y descamación de los labios se observan con frecuencia en estos pacientes, debido a la sequedad y la continua presión al colocar los labios entre los dientes.

La mayoría de las veces estos pacientes tienden a realizar un esfuerzo para juntar los labios y así contrarrestar el aspecto desagradable de mostrar los dientes constantemente, sobre todo cuando el paciente va entrando en el estado de la adolescencia, cuando van apareciendo las inquietudes de la preunció n o por las burlas de los compañeros y familiares. En otros casos estos hábitos se producen por desajustes emocionales.

#### V. 4 BRUXISMO.

El bruxismo es un problema dental muy severo y común que consiste en un rechinar y apretamiento no funcional de los dientes. También se define como un caso de contacto no funcional de los dientes. Otros nombres con los que se conoce este hábito es bruxomanía, bricodoncia, briquismo, bricomania, -neurósis oclusal, efecto Karoly, stridor dentium, etc.

Existe cierta confusión con respecto a la etiología de este hábito, pero en la actualidad prevalecen dos pensamientos al respecto; uno es que se debe a una interferencia física y funcional en la oclusión, mientras que el otro sostiene que se debe al estrés físico y el estado mental del paciente.

El rechinar y apretamiento de los dientes se ha observado durante periodos de enojo tanto en humanos como en animales. Inclusive se han hecho experimentos de agresión experimental en ratas. Los conceptos Freudianos de la fijación oral, ansiedad reprimida, temor y agresión, son también mencionados como causas desencadenantes.

Más concisamente se sostiene que cualquier tipo de interferencia oclusal, cuando es producto del estrés físico, inicia y mantiene al bruxismo.

Las causas del bruxismo se dividen en 4 categorías: locales, sistémicas, psicológicas, y ocupacionales. Los factores locales incluyen traumas oclusales, restauraciones mal terminadas, e in-

interferencias cusplideas. Entre las causas sistémicas encontramos disturbios gastrointestinales, alergias y desordenes endócrinos. Los factores psicológicos incluyen tensión, agresión y miedo. Los trabajos con un alto grado de tensión y actividades de gran precisión, constituyen algunos de los factores etiológicos ocupacionales.

El bruxismo se relaciona con un incremento en el tono muscular de la mandíbula. El tono muscular puede aumentar por las interferencias oclusales, dolor, o desconfort y tensión nerviosa. El aumento del tono muscular ha sido demostrado electromiográficamente.

Reconocer y diagnosticar el bruxismo no siempre es fácil, debido a que muchos pacientes desconocen su hábito. Generalmente algún cónyuge o pariente conscientizan al paciente de su hábito.

Un dentista alerta y bien informado puede reconocer muchos síntomas que ayudarán en diagnosticar el bruxismo. El signo más obvio es un desgaste anormal de las caras masticatorias de los dientes. Una disminución de la altura coronaria o un desgaste o adelgazamiento de los bordes incisales en los dientes anteriores, son descubrimientos comunes.

La dentición decidua, a veces exhibe un gran desgaste a causa de la menor resistencia natural de la dentición primaria.

Un paciente con bruxismo crónico puede desarrollar más poder en los músculos de la masticación, resultante frecuente de una hipertrofia muscular. El incremento del tono muscular puede también producir debilitamiento en ciertas áreas. La palpación de los diferentes músculos de la masticación puede ayudar en el diagnóstico.

Puede observarse también un estrechamiento del ligamento parodontal, así como la pérdida exagerada del hueso alveolar y pérdida prematura de dientes. En pacientes con bruxismo protrusivo severo se observa resorción difusa del hueso en la región mandibular anterior. Esta resorción a veces se manifiesta en forma de lesiones periapicales, causantes de una muerte pulpar. El repetitivo impacto del bruxismo puede dañar al periodonto, privándolo de los periodos libres de función que son necesarios para la reparación normal.

El astillamiento o fractura de los dientes, la hiperemia pulpar con sensibilidad y exostosis ósea, también pueden ser signos de bruxismo. Entre los síntomas pueden hayarse sangrado de las encías (al despertarse), resección del tejido de inflamación. La atrición, movilidad dentaria e hipertonicidad de los músculos de la masticación son también signos del bruxismo. La pérdida de hueso no atribuible a otra causa debe considerarse como causa del bruxismo, así como oclusión unilateral, hiperclusión, pérdida de la dimensión vertical y aumento en la movilidad dentaria.

Una historia clínica completa y un examen clínico ade-

cuado. deben llevar al Dentista al diagnóstico del bruxismo.

Un paciente que presenta algunos síntomas de los antes mencionados debe examinarse más cuidadosamente. Una vez que se ha hecho el diagnóstico, el Dentista debe decidir cuál de los muchos tratamientos podrá elegir.

#### V.5 RESPIRACION BUCAL.

La respiración bucal es un problema clínico común e importante. Se ha estimado que el 85% de todos los niños sufren de algún grado de insuficiencia nasal. El 15% respiran por la boca habitualmente.

La respiración bucal concierne a todos los que tienen que ver con la salud del niño; el Otorrinolaringólogo, Pediatra, Ortodoncista, y Paidodoncista. Varios especialistas han enfatizado diferentes aspectos del problema, pero todos concuerdan que esta condición es dañina para la salud.

#### DIAGNOSTICO.

Es importante determinar el tipo de carácter del respirador bucal, debido a que tal información ayudará en el tratamiento. De tal manera, el respirador bucal por obstrucción debe ser tratado por el Otorrinolaringólogo; el respirador por hábito, por el Paidodoncista u Ortodoncista.

#### TIPOS DE RESPIRADOR BUCAL.

Habitual o por Obstrucción. Un respirador bucal habitual no está frecuentemente consciente de su hábito y puede negarlo si es interrogado directamente. El respirador bucal habi

tual lo hace con frecuencia, sólo por la noche (respirador bucal nocturno), cuando el paciente no tiene conocimiento de él.

El respirador bucal por obstrucción, rara vez lo niega, en realidad el paciente se queja de él. En ambos ejemplos, un examen clínico cuidadoso, es necesario para determinar si la respiración bucal actualmente se presenta y de ser así, en qué grado.

#### GRADO DE RESPIRACION BUCAL.

Parcial o Completa.

Funcionalmente la respiración bucal puede ser parcial o completa, continua, o intermitente. Si el pasaje nasal está completamente obstruido y no hay flujo de aire, la respiración se hace completamente oral. Si los pasajes nasales sólo están parcialmente obstruidos, la respiración nasal es suplementaria por la respiración bucal intermitente. Una sola narina puede ser suficiente para una respiración poco profunda pero, usualmente es insuficiente cuando se fuerza la respiración en ejercicios leves.

La respiración bucal habitual puede ser parcial o completa continua o intermitente. En cualquier caso, la adecuación funcional de los pasajes nasales debe examinarse directamente más que estimularse o esperarse.

Es muy importante descubrir si el respirador bucal es parcial o completo, ya que se ha encontrado que no hay efectos gra



ves como resultado de la respiración bucal completa mientras que la respiración bucal parcial provoca maloclusiones.

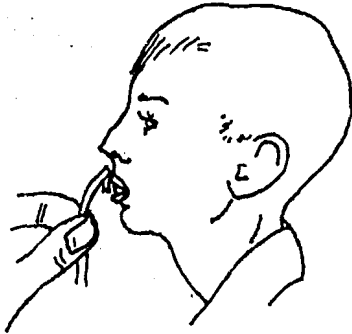
Esto se debe a que la respiración bucal parcial requiere fuerzas musculares parciales de una manera anormal, mientras que la respiración bucal completa se realiza con la acción muscular flácida, no funcional y por lo tanto no injuriosa.

Exámenes de la respiración bucal y respiración nasal - al tipo ordinario e involuntario de respiración, mismo que, es tranquilo y aún suave, debe distinguirse de la respiración voluntaria y forzada en la que el niño la realiza a repetición.

La respiración involuntaria u ordinaria es la que se examina primero. Este examen debe realizarse con el paciente relajado, al que no se le informa del propósito del examen, pidiéndole solamente que cierre los ojos y se tranquilice.

El examen de la expulsión de aire se hace con una tira de papel larga y delgada. El movimiento de la tira de papel sostenida al frente de la nariz y de los labios, nos demostrará la expulsión, del aire. La fuerza con que se mueve la tira de papel es una muestra de la cantidad de aire respirado.

Es importante notar la diferencia entre los esfuerzos de inspiración y expiración. Muchos pacientes inhalan a través de la boca y exhalan a través de la nariz, especialmente cuando los pasajes nasales están sólo parcialmente obstruidos. Aún así, esto se considera como respiración bucal.



Examen de la expulsión de aire,  
con una tira delgada de papel.

Si la respiración bucal se demuestra durante la respiración tranquila, el Odontólogo debe hacer más pruebas para determinar si se trata de respiración bucal por obstrucción o bien es habitual. Es éste momento, se instruye al niño a que respire a través de su nariz, si el niño es incapaz o sólo puede hacerlo con dificultad, ésto es una evidencia -- presuntiva de obstrucción nasal y el niño debe remitirse al Otorrinolaringólogo, para que éste determine el tipo y carácter

ter de obstrucción. Si el niño puede respirar fácilmente por su nariz cuando es cuestionado a que lo haga, esto es evidencia que la respiración bucal se hace por hábito. De esta manera es fácil distinguir entre la respiración bucal obstructiva y por hábito.

#### EXAMEN FUNCIONAL.

La adecuada respiración bucal durante la actividad forzada debe ser la prueba siguiente:

- 1) Se pide al paciente que recorra una distancia corta o que suba las escaleras, hasta que se fuerce la respiración.
- 2) Nuevamente se examina la respiración, si los conductos nasales se encuentran normales, la respiración puede realizarse a través de la nariz. Si existe una obstrucción parcial, la respiración se hará enteramente por la boca.

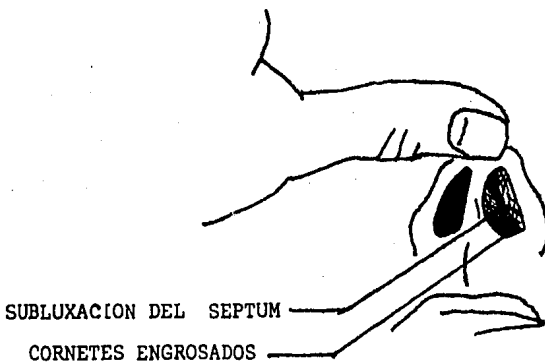
Este examen revela generalmente la respiración bucal parcial y no obviamente la obstructiva. Tales niños habitualmente son tomados erróneamente por respiradores bucales "habituales". La historia de las actividades del niño es revelante. Los niños con leve obstrucción nasal tienden a evitar juegos violentos a causa de su obstrucción parcial que hace que se dificulte su respiración con ejercicios difíciles.

#### EXAMEN CLINICO.

##### EXAMEN NASAL.

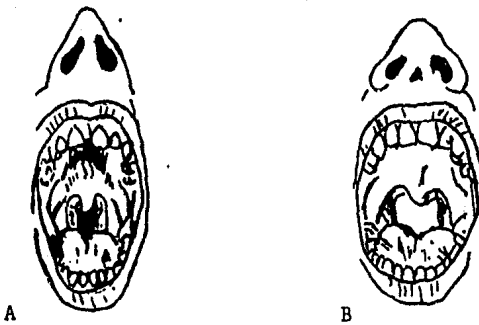
Va sea antes o después de los exámenes hechos al respirador bucal, debe mirarse directamente a través de los orifi-

cios nasales , para notar las características de la mucosa nasal. (Si es normal, pálida o enrojecida); la condición - de los cornetes medios ( normales o engrosados); y la posición del septum ( luxado o subluxado a la izquierda o a la derecha ). La inspección de las cavidades nasales se lleva a cabo fácilmente en el sillón dental reclinando la punta de la nariz hacia arriba, con la punta del pulgar izquierdo y dirigiendo un haz de luz dentro de los conductos.



Método para examinar los pasajes nasales.

El tamaño y la forma del pasaje nasal puede verse fácilmente con esta inspección directa. En el llamado tipo braquiocefálico, los conductos nasales generalmente son ovoides y anchos y con un espacio considerable entre los cornets medios y el septum nasal. En el individuo dolicocefálo, los conductos nasales generalmente son solamente una rendija muy angosta y los cornetes generalmente hacen contacto con el septum, no dejando practicamente alguna vía de paso de aire.



Comparación del tamaño y forma de los pasajes nasales, cavidad oral, y orofaringe en un niño de cara angosta(A) con un niño de cara ancha (B). Nótese que fácilmente podrían obstruirse los pasajes nasales a la menor obstrucción.

Tales conductos fácilmente son obstruidos por el menor engrosamiento inflamatorio o por la mucosa nasal. Cuando se noten estas obstrucciones en otras condiciones anormales, pueden evitarse patologías tempranas, remitiendo al paciente al Otorrinolaringólogo.

#### EXAMEN FARINGEO.

Para realizar un examen completo no es suficiente con inspeccionar los conductos nasales solamente. Debe inspeccionarse también la nasofaringe y notar la condición de las adenoides faríngeas (presentes o ausentes alargadas; inflamadas, etc). Este examen puede llevarse a cabo también en el sillón dental con la ayuda de un espejo dental o preferiblemente, un espejo faríngeo más pequeño. Se le pide al paciente que saque su lengua, se cubre ésta con una gasa y se mantiene firmemente entre el pulgar y el dedo medio. Con la otra mano, se coloca el espejo hasta atrás pasando los pilares de las fauces, evitando tocar el dorso de la lengua y el paladar blando hasta donde sea posible, para observar la nasofaringe con una luz bien dirigida.

Un poco de práctica nos ayudará a evitar provocar el reflejo de náusea. La lengua se jala hacia abajo para que su base no toque la pared post-faríngea y no se inicie el reflejo de náusea.

#### EXAMEN FACIAL.

Las características de la facies a veces, son indicativas de la respiración bucal. Es cierto, que no todos

los respiradores bucales tienen facies adenoidea, pero la presencia de tal característica puede hacernos sospechar de que hay respiración bucal.

El individuo de cara larga está más dispuesto a la respiración bucal que aquel de cara redonda, a causa de la estrechez de los conductos nasales y faríngeos, los que fácilmente pueden obstruirse por los tejidos hipertroáficos - linfoides (adenoides), engrosamiento de los cornetes y desviaciones septales. Así, las masas obstructivas, en que al individuo de cara redonda sólo producen una leve disminución del aire que entra en la nariz, en el tipo dolico - céfalo esto se traduce en una obstrucción completa.

#### EXAMEN ORAL.

Una característica típica del individuo de cara larga y angosta puede ser la maloclusión clase II división I, o puede deberse al resultado de los cambios dentales que acompañan a la respiración bucal. En cualquier caso, debe practicarse una evaluación cuidadosa antes de realizar -- cualquier juicio.

El estancamiento de la saliva, el crecimiento bacteriano y la descamación del epitelio oral, se combinan para producir en el adolescente una gingivitis hipertrofica marginal característica, que generalmente presenta un color rojo brillante, involucrando la gingiva lingual o labial de los dientes superiores anteriores. Aunque tales caracterís-

*ticas se pueden presentar en ausencia de la respiración bucal; ésta relación debe considerarse más como una regla que la excepción.*

#### HABITO DE BOCA ABIERTA.

*El hábito de mantener la boca abierta no debe confundirse con el de respiración bucal. Aquél hábito no necesariamente prueba la respiración bucal. Muchos niños habitualmente mantienen sus labios separados, especialmente aquellos con la característica familiar del labio superior corto. La mayoría de estos niños respiran normalmente por su nariz. Por otro lado, al momento del examen, la boca cerrada no excluye la posibilidad de respiración bucal intermitente, particularmente durante el sueño.*

*Si el labio está anatómicamente corto, generalmente no hay pérdida del tono muscular, y no hay necesariamente protrusión de los incisivos superiores. El labio corto puede ser raramente una característica familiar. El tratamiento ortodóntico a causa de la deficiencia anatómica, proporcionará solamente una corrección parcial. El tratamiento de esta condición es posible sólo, enseñando al labio inferior a dirigirse hacia arriba y compensar el tamaño corto del labio superior (habituar al músculo mentón).*

*Un labio superior corto puede ser anatómicamente normal, pero parecer ser corto a causa de los incisivos protruidos. La corrección ortodóntica y ejercicios musculares propios rá-*



pidamente pueden restaurar la apariencia anormal del labio.

#### AUTOCORRECCION DE LA RESPIRACION BUCAL.

No debe suponerse que la respiración bucal invariablemente exist a través de la vida, si nose corrige durante la infancia. En la respiración bucal el hábito de mantener la boca abierta ocurre con muy poca frecuencia en la edad madura. En muchos casos, el hábito de respiración bucal se autocorrige después de la pubertad. Ciertos factores contribuyen a la autocorrección de la respiración bucal después de la adolescencia, aún si esta condición no es tratada.

Primero, las masas linfoides faríngeas y palatinas (amígdalas y adenoides) se atrofian rápidamente después de la pubertad. Por lo tanto, estas obstrucciones crónicas nasofaríngeas que comunmente se encuentran en la niñez, frecuentemente no se encuentran en los adultos. Al mismo tiempo los conductos nasales y faríngeos aumentan de tamaño durante el rápido período de crecimiento de la niñez a la adolescencia. Este aumento de tamaño de los conductos permite la fácil respiración nasal en el adulto. Finalmente, el esfínter oral se hace menos flácido y más tónico y maduro a medida que el niño crece. La autoconsciencia, especialmente en la niña, obliga al adolescente a llevar el labio inferior sobre los protruidos incisivos superiores para ocultarlos y así poder cerrar los labios. Esta es una forma de terapia miofuncional, habituando al músculo borla de la barba y reduce efectivamente la

tendencia a respirar por la boca. Este hábito también retruye los incisivos superiores protruidos, si se enseña a temprana edad.

Cuando el segmento posterior se encuentra en oclusión normal, y el espacio exista en el segmento antero-superior, puede lograrse una corrección completa de la oclusión. Si existe una relación molar clase II y el segmento antero-superior se encuentra bien, el resultado, puede ser una maloclusión clase II división 2. En cualquier caso la respiración bucal debe corregirse durante el período de dentición mixta si se quiere prevenir o corregir los efectos de la oclusión en los dientes.

Si la respiración bucal no se corrige naturalmente o con ayuda de aparatos, antes de que se establezca la oclusión de la dentición permanente, cuando el niño tiene aproximadamente 15 años, el daño puede ser permanente.

#### V. 6 ONICOFAGIA .

La onicofagia es una materia de estudio muy importante. Antes que nada, mucha gente niños y adultos muerden sus uñas.

La razón por la que la gente muerde sus uñas, nos da una señal de porqué y cómo adquirimos nuestros hábitos. La mayoría de los niños de edad escolar muerden sus uñas en algún momento de su vida.

El hecho de comerse las uñas puede volverse un problema cuando es vigoroso y persistente, destruyendo el margen libre de la uña. En los casos en que el acto es muy repetitivo, se han reportado callosidades de los dedos, deformidad de las uñas, enfermedades bucales ( herpes y gingivitis) y traumas dentales.

Los efectos físicos de la onicofagia no son tan dañinos como los conflictos emocionales de los cuales ésta se deriva o a los cuales puede llevar. Es aparente que el trauma emocional sobrelleva al trauma físico. El acto de morderse las uñas se convierte mucho más significativo cuando al realizarse por sí, es señal de tensión interna. En suma, la onicofagia cualquiera que sea la causa, puede llevar a conflictos emocionales debido a que no es aceptable socialmente por los padres, maestros y otras personas. Estos individuos han sido clasificados arbitrariamente como " indeseables " por lo que él " come uñas " rápidamente se convierte en un individuo perseguido, con un sentimiento de culpabilidad, por lo que puede adquirir una variedad de tendencias neuróticas. Es por eso que tanto el aspecto físico como el emocional deben tomarse en cuenta.

De hecho, en todos los hábitos, el acto mismo es menos importante que el actor. La significancia del acto y su causa son más importantes que sus efectos físicos.

#### DESCRIPCION.

Según BILLING, el acto de morderse las uñas, parece seguir una secuencia de cuatro posturas:

- 1) Colocar una u otra mano alrededor de la boca. Esta postura continúa de unos pocos segundos a medio minuto.
- 2) Rápidamente golpetea el dedo contra los dientes anteriores.
- 3) Una secuencia de mordisqueos rápidos, espásmicos de la uña del dedo presionado estrechamente contra el borde incisal de los dientes anteriores.
- 4) Remoción del dedo de la cavidad oral. El dedo es inspeccionado visualmente o palpado.

Durante toda la secuencia, la expresión facial es algo seria. Si el individuo se da cuenta de que es observado, la actividad es llevada a un final repentino, acompañado con lo que es aparentemente, un sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento de culpabilidad es probablemente el resultado de la condena de la acción por la sociedad. Algunos muerden frecuentemente sus uñas y encuentran difícil evitarlo aún cuando son ridiculizados. Como consecuencia, se ven empujados ellos mismos más profundamente en conflicto con su inmediata sociedad y azotados por un problema insoluble.

#### FRECUENCIA.

La onicofagia no se manifiesta en niños menores de tres años. El acto primeramente se manifiesta durante el cuarto y quinto año de vida, y la incidencia va de 0 a 3 años en aproximadamente 25% a los 5 años.

El hecho de que la onicofagia no sea común, en niños me -

nores de 3 años, pero relativamente común después de los 5 años, indica que el acto puede considerarse común, si no normal después de los 5 años; pero inusual, y no anormal -- antes de los 3 años.

#### RELACION CON SUCCION DIGITAL.

Muchos autores han demostrado que la succión digital tiene su frecuencia más alta del nacimiento a aproximadamente los 3 años de edad, así mismo que es inusual después de los 5 años de edad. La succión digital es normal en el infante, pero puede ser mirado como síntoma de regresión emocional en niños de 5 a 6 años.

La succión digital después de la edad de 3 años es -- por alguna razón mirada como indeseable por los padres, que recurrirán por métodos enérgicos, a que el niño deje de succionar su dedo. Basándose en: a) la relación cronológica del fenómeno de la succión digital y la onicofagia, y b) la evaluación clínica y el estudio de niños de 2 a 5 años, varios autores sugirieron que la onicofagia es una transferencia de un hábito frustrado condenado, de la succión digital. Esta hipótesis es lógica, y en base a los datos presentados, capaz de ser defendida. Esta teoría sirve también para explicar la gran prevalencia de la onicofagia en niños sobre los 5 años y así mismo resulta " normal" a esa edad.

Debido a que la succión es un fenómeno universal en la

infancia, la transferencia del hábito, la onicofagia es también muy prevalente. La succión digital es " normal " para el infante, así mismo la onicofagia puede ser similarmente " normal " en niños de edad escolar.

La onicofagia en niños de edad escolar (6 a 14 años)

WECHSLER (1931) investigó la onicofagia en aproximadamente 3, 000 niños en un rango de 1 a 17 años. Encontró que el porcentaje de " come uñas " se incrementó marcada y repentinamente de los 3 a los 6 años, después de lo cual permaneció en un nivel medianamente constante ( cerca del 33% ), hasta la pubertad. En la pubertad , el porcentaje de niños con el hábito, se presentó más agudamente en la edad de 13 años. El autor no describió los métodos usados para determinar éstos datos , por lo que no resultan claros. Debido a esto resultan no muy completos y valiosos en la literatura.

SCHWARTZMAN (1939), observó la ocurrencia de la onicofagia en un grupo de 709 niños de 1 a 12 años. Sus descubrimientos fueron similares a los anotados por WECHSLER. La investigación de BILLING(1941) en 567 niños en una escuela de educación elemental, mostró que aproximadamente dos tercios de los niños mordían sus uñas. Y que la mitad suspendieron el hábito a los 15 años aproximadamente.

SHANOVITCH (1945) estipuló que la onicofagia entre niños de edad escolar empieza en el primer grado y que el número de " come uñas " se incrementa hasta el sexto grado. Así

mismo pocos niños mantienen el hábito después de los 12 años.

De éstos estudios se deduce que el porcentaje de niños que muerden sus uñas se incrementa agudamente de los 3 a los 7 años y se manitiene constante de los 7 hasta la pubertad, aumentando nuevamente en aproximadamente 43% en la pubertad.

Estos criterios no se estandarizan y hay, por lo tanto, una tendencia de amplias variaciones en los casos presentados por diferentes estudios. Los estudios más completos son los presentados por WECHSLER en 1931 y BILLING en 1941. Otros estudios han sido sólo confirmativos. De estos estudios se asume, que debido a ésta amplia prevalescencia, la onicofagia es "normal" en niños desde los 4 años hasta la pubertad( y aún más tarde). La "normalidad" en este sentido, indica más un promedio que algo "deseable" o "ideal".

#### Onicofagia en jóvenes de 15 a 28 años.

La frecuencia de la onicofagia después de los 15 años, empieza a decrecer progresivamente a medida que la edad aumenta. WECHSLER demostró que la incidencia de la onicofagia después del nivel del grado escolar, cayó de aproximadamente 43% en niños de 11 a 13 años, al 15 a 19 % a la edad de 16.

Es claro que la onicofagia decrese rápidamente después de los 15 años. A esta edad, el niño se conscientiza del sexo y su sociedad. Este tipo de desaprobación social, especialmente por miembros del sexo opuesto, fuerza al "muerde

uñas " a transferir su hábito a uno menos obvio o más aceptable.

#### SUBSTITUCIÓN PARA LA ONICOFAGIA.

La censura de los amigos, más que otra cosa, hace que los " muerde uñas " cambien su hábito por otro.

Estos hábitos "transferibles" se colocan en los relativamente inocuos " muerde-lápices ", " masca chicle " , o los más suceptivos " muerde labios "; por las uñas o picarse la nariz.

Mascar chicle ha debido su popularidad a que ofrece un método socialmente aceptable de gratificación oral. En realidad es un buen método de transferir la onicofagia

En el adulto, fumar es un sustituto común de la onicofagia. El cigarro a veces reemplaza al dedo en la necesidad del adulto de gratificación oral.

Así, cuando la onicofagia se vuelve inaceptable a la sociedad hay otros numerosos hábitos con los cuales el niño o el adulto pueden sustituirla; como morderse el labio, mascar lápices o chicles, jalarse el pelo, picarse la nariz o aún " garabatear " sin sentido, se consideran como hábitos "transferidos" . Estos hábitos o " manerismos" equivalentes, se considera que son más conscientes con la personalidad del niño.

Puede asumirse que un grado leve de onicofagia es enteramente "normal" en la edad escolar media. Por lo tanto, no puede asumirse que esto es válido también para un grado severo y persistente en cualquier nivel de edad. Ciertamente, el "muerde uñas " que tiende persistentemente a éste hábito después



de los 16 años debe verse con suspicacia. El muerde uñas persistente después de los 16 años puede indicarnos inmadurez social o emocional o alguna agresión por razones de trauma emocional que ha producido sentimientos de inseguridad y an-siedad.

#### Onicofagia en adultos jóvenes ( 18 a 30 años ).

En un estudio hecho a individuos de la armada norteamericana, se encontró que en individuos de 17 y 18 años, uno de cada cuatro presentaba el hábito. A los treinta, era uno en nueve, a los 37 uno de doce.

En otro estudio se encontró que el 25% de hombres y mujeres de 16 a 28 años , eran " muerde uñas ".

Estos estudios en adultos jóvenes indican que hay una gran incidencia de este hábito. Sin embargo, es claro que la incidencia del hábito decrese significativamente después de los 18 años. En un examen a 1571 individuos de la armada norteamericana , se encontró que sólo el 6% mordían sus uñas. Después de los 18 años, el acto de morderse las uñas, debe considerarse más que un simple hábito.

#### ONICOFAGIA DURANTE LA EDAD MADURA.

No ha habido estudios de este hábito en individuos durante esta etapa de la vida, sin embargo puede afirmarse - sin temor a equivocarse que la onicofagia es extremadamente rara en esta etapa y por lo mismo, debe considerarse como anormal después de los 30 años.

## DIFERENCIAS DE SEXO.

No hay diferencias en la persistencia del hábito entre hombres y mujeres, excepto que los hombres tienden a persistir más tiempo con el hábito que las mujeres.

## RESUMEN DE LA INCIDENCIA DEL HABITO.

- 1) La onicofagia tiene sus comienzos entre los 4 y 5 años.
- 2) La incidencia del hábito se incrementa rápidamente después de los 5 años y alcanza su máxima frecuencia en la pubertad ( aproximadamente el 43% ). La incidencia del hábito comienza a decaer rápidamente después de los 15 años y raramente se ve después de los 30 años.
- 3) Todos los autores que han considerado el origen del hábito, concuerdan en que se debe a la condena del hábito de succión digital y es por lo tanto , una acción transferida. Esto explica la poca prevalencia de la onicofagia a medida que la edad aumenta.
- 4) Se encontró que la onicofagia es relativamente común en niños de educación básica y media ( 43% ). El hábito debe ser por fuerza, considerado "normal" dentro de esta edad. Un grado leve de morderse las uñas, se espera en el promedio de los niños y debe por lo tanto considerarse normal.
- 5) Ya sea que por morderse las uñas severa y persistentemente pueda considerarse normal, aún durante la edad escolar, falta por determinar en estudios más consciensudos qué nos

llevarían a considerar no sólo el porcentaje de personas que muerden sus uñas, sino también la intensidad o grado con que las muerden. Tal distinción puede también brindarnos un conocimiento adicional y más importante sobre la "normalidad" de la onicofagia.

6) La onicofagia tiende a desaparecer alguna vez durante la adolescencia y es reemplazada por otros hábitos orales socialmente más aceptables, como morderse los labios, mas tigar chicle, o fumar.

7) La onicofagia en cualquier grado, debe considerarse a-normal antes de los 3 años y después de los 30; en vista de que hay una prevalescencia muy baja de ocurrencia del hábito durante estas edades.

#### OCURRENCIA DEL HABITO EN CASOS DE ESTRES.

La onicofagia se ha considerado siempre como un hábito pernicioso. De ahí se desprende que la frecuencia y el grado de ocurrencia aumentan en situaciones de tensión o estrés. De hecho, esta relación ha sido tan bien aceptada que la frase "morderse las uñas" es indicativa de una persona sujeta a tensión.

#### ONICOFAGIA EN NIÑOS BAJO TENSION.

Las situaciones de estrés que pueden provocar tensiones internas en los niños varían grandemente. No hay duda que las relaciones desafortunadas entre padres e hijos, son la base para muchos problemas de conducta. Los frecuentes

regaños que el niño experimenta cada día producen miedos desconocidos y sentimientos de que ya no es amado. Los niños que sienten rechazo buscan solaz en sus dedos y en muchas ocasiones morderse las uñas, es una reacción emocional profunda y es grandemente agravada por infelicidad y condiciones de desarrollo reprimidos como las halladas en hogares "rotos"; hogares en que la armonía se ha "roto" y las riñas son constantes o en donde hay padres alcohólicos o inmorales. Los hogares caracterizados por la tensión producen un gran número de muerde uñas. También se encontró que la sobreprotección y celos entre hermanos influenciaban la producción de los muerde uñas.

Los niños muerden sus uñas en momentos de angustia, aprehensión de no saber una lección, la lectura de historias tristes, escuchar programas de horror o por la influencia negativa de la televisión; o cuando es forzado a ir a la cama en la noche. También se halló que los niños manifiestan momentos de nerviosismo como morderse las uñas, golpear con las uñas u otros movimientos manuales u orales; bajo la tensión de resolver problemas matemáticos. También se ha notado que muchos niños internados tenían hábitos de onicofagia, se picaban la nariz o succionaban sus labios.

#### ONICOFAGIA EN ADULTOS BAJO TENSION.

Los adultos también experimentan estrés emocional, y estados de ansiedad. Un jefe dominante y exigente puede-

crear una situación similar en el adulto que un padre exigente en un niño, con resultados equivalentes de infelicidad, regresión, odio y onicofagia. Comúnmente puede uno observar la fuerte tendencia de los adultos a colocar sus dedos en su boca y morderlos ocasionalmente en peleas de campeonato, juegos de pelota y otros deportes vigorosos aún por televisión.

Obviamente el número de situaciones desencadenantes del hábito son numerosas; económicas, sociales, familiares, sexuales y todas las otras clases de conflictos y frustraciones han previsto, entre los miles de entrevistados, un campo fértil para la generación de tensiones.

Todos los autores están de acuerdo que la onicofagia se incrementa en prevalencia y grado, bajo situaciones de tensión emocional. El adagio de que la persona bajo tensión " se muerde las uñas ", parece ser verdad.

Los estudios realizados en niños delincuentes, tarta mudos, adultos esquizofrénicos; etc. Muestran que la onicofagia ocurre con más frecuencia en estas personalidades anormales y en adultos con temores y problemas no resueltos, que en las personas llamadas normales.

Es claro que la onicofagia por sí misma no es indicativa de cualquier anomalía en la personalidad y ningún investigador ha considerado a la onicofagia como un signo " neuropatológico ", sino como una salida para las tensiones y los problemas.

## CAPITULO VI.

METODOS EMPLEADOS PARA LA CORRECCION DE LOS HABITOS ORALES  
PERNICIOSOS.

## VI. 1 METODO PREVENTIVO.

Una corriente de antaño muy extendida, propugnaba la acción inmediata y radical ante el primer síntoma del mal hábito en el infante. Y esto porque se temían las lamentables consecuencias a corto plazo, e incontenibles si el mal hábito perduraba. En nuestros días, sin embargo, no es ya tan profunda la alarma. Se ha hecho notar repetidamente, inclusive, que la presencia de ciertas conductas, de ordinario clasificadas como malos hábitos, es natural e inocua en determinada edad. Como fuere, es cierto que resulta por demás conveniente prevenir la emergencia del mal hábito en la temprana infancia, impidiendo que se convierta en costumbre del adolescente y aún del hombre, con las nocivas repercusiones que acarrea.

Es indispensable prevenir la aparición del mal hábito y tratarlo científicamente cuando ya se ha presentado. Cualquier gravamen innecesario que se oponga a la salud psíquica del niño puede conducir al mal hábito; por lo tanto se enumerarán las siguientes observaciones en base a este criterio preventivo:

1) El sistema de alumbramiento natural, defendido por un buen número de médicos, contribuye, probablemente, a evitar deformaciones y traumas faciales que en el futuro podrían desencadenar, a partir de malformaciones, ciertos malos hábitos.

2) El recién nacido deberá permanecer en el mismo cuarto del hospital que ocupa la madre, de ser posible, porque la permanencia del niño con la madre, la contigüidad física y la inconsciente comunicación que de ella deriva, brindan a ambos una seguridad emocional que no debe perderse de vista.

3) Por motivos tanto psicológicos como fisiológicos, consideramos que el amamantamiento natural, y personal del hijo por la madre, constituye la mejor solución al problema de lactancia. Así se colocará al recién nacido en posibilidad de resolver satisfactoriamente dos problemas angulares de su vida; uno de ellos, físico-biológico, al obligarle a luchar para alimentarse, con el consiguiente desarrollo de los músculos orales, que en nada favorecen las mamilas. Otro, psicossomático, ya que el niño que se alimenta en brazos de su madre, adquiere sentimientos de seguridad, alegría, y protección. En lo que se refiere a este aspecto se ha podido comprobar que entre los Otomíes y Tarascos se acostumbra permitir que el niño permanezca durante varias horas en contacto con el pecho de la madre, comiendo o jugando simplemente. Es significativo que en tales tribus no se presenten problemas de chupadores de dedos ni de deglución anormal.

4) Es ilusorio exigir hoy en día un tiempo de amamantamiento de varios meses o el método de "free demand" (según demanda) de los lactantes. Por lo menos en los países industrializados, bajo la presión de las condiciones sociales debemos resignarnos a la victoria de la alimentación artificial. A pesar de que se ha sobrestimado el valor de la alimentación por pecho con respecto al

desarrollo en sentido anterior del maxilar inferior y también se ha sobreestimado la influencia de la alimentación con mamila respecto a las fuerzas compresivas, son razonables y convenientes los intentos de adecuar en lo posible la alimentación por mamila a las condiciones naturales. Así pues, se busca dar al chupón de la mamila, una forma natural. No debería usarse más, el chupón largo en niños con paladar cerrado. Se ha observado que con estos chupones el lactante se acostumbra a "chupetear" y además es muy grande el peligro de atragantarse. Según HAÜSSER, el chupón debe tener una consistencia dura y su forma y tamaño deben tener una consistencia igualmente dura, y corresponder a la forma y tamaño del pezón materno. El chupón "POUPON" de DREYFUSS, cumple con estas exigencias, similar a él, son los chupones "NATURA" y "MUTTERGLUCK". GRASSLER ha dotado a su "chupón ordeñador", para darle mayor resistencia a la compresión, de una parte de tetina de goma maciza. Sólo en el centro queda un conducto angosto por el cual corre la leche. Por razones similares, GYORGY-ALGYAY recomienda aplicar un trozo de esponja de goma al chupón, adecuadamente formado y perforado en su parte anterior. DAVIS y DUNN construyeron un dispositivo auxiliar que se enchufa a la mamila; ésta es apoyada por medio de una pequeña plaquita de metal sobre el labio superior, de modo que el niño tiene que mover la mandíbula hacia adelante, para poder tomar con la boca el chupete de la mamila. Este dispositivo está indicado sólo en casos de micrognatia o de retrusión muy intensa del maxilar inferior. Nos parece especialmente bien logrado el chupón para mamila NUCK, de BALTERS-MULLER, tanto por su concepto anatómico como funcional.



La tetina del nuevo chupón imita en su parte superior la forma del paladar y en su cara interior a la parte superior del maxilar inferior de un lactante, en su forma ideal. Tiene además una placa superior e inferior o escudo labial, que permite el libre movimiento del maxilar inferior, para lo cual está más encorvado en su parte inferior que la superior. Dicha placa no es circular sino va de acuerdo con el ancho de la boca. Gracias a esta nueva forma de chupón hay un alivio de la presión en el centro del paladar y la presión de la lengua dirigida hacia adelante y del maxilar inferior dirigida hacia arriba, durante el proceso de succión, es transformada en una presión lateral biológicamente más favorable y es estimulado el crecimiento longitudinal de la mandíbula hacia adelante. Como el chupón ancho llena la cavidad bucal en sentido horizontal, se impide además la nociva succión de las mejillas hacia adentro. USADEL examinó experimentalmente el chupón NUCK, determinó los movimientos de succión y de los maxilares por segundo y contó las pausas de succión. Comparando con la alimentación al pecho del mismo lactante descubrió que eran las mismas condiciones de alimentación y tiempo, que existía amplia concordancia entre el trabajo muscular y la siguiente fatiga del órgano masticatorio infantil, en ambos casos. Esto es sumamente significativo pues no solamente el modo sino también la duración del tomar en la mamila, deben ser iguales a los de amamantar. OHLSEN encontró relaciones por experiencias seriadas entre la frecuencia del hábito de succión y los tiempos empleados para cada comida; niños que tomaba muy lentamente, succionaban mucho más raramente que los niños que terminaban muy

rápidamente sus comidas. La gran mayoría de los chupones tienen aberturas demasiado grandes por lo cual la mamila queda vacía en pocos minutos; a causa del cansancio insuficiente del niño, se mantiene el deseo de chupar y se satisface con los dedos. Los chupones deberán pues, permitir sólo un flujo reducido de la leche, para alargar así la duración de la comida hasta por lo menos 15 a 20 minutos.

5) El peligro de adquirir el hábito de succión se puede limitar a la época entre el aprendizaje de movimientos voluntarios de los brazos, es decir, desde más o menos la sexta semana, hasta que se acostumbra al niño a las comidas con intervalos de cuatro horas, en la décima a doceava semana; no sólo por alargar el tiempo de las comidas con mamila, se puede contrarrestar ese peligro, sino también por el paulatino paso de las comidas con intervalos fijos y además por una pequeña y corta limitación de los movimientos de los brazos, en aquellos casos en que existe el peligro de que los niños se acostumbren a succionar cuando no comen. SCHUTZMANNISKY intentó educar a los internados en el hogar municipal de lactantes de Halle para que no succionaran y estudió los efectos. Utilizó férulas de metal liviano, formadas con cuero blando, que se fijaban con tiras de cuero y que impedían llevar las manos a la boca; este grupo originariamente de igual número al de control, fue examinado cuatro años después y se descubrió un 50% de denta duras sin anomalías con respecto al grupo de control.

6) Es una opinión muy difundida aún en círculos médicos que, si bien debe impedirse la succión de los dedos, se puede en -

vez de éso recomendar el uso de un chupón, como cosa a la cual es más fácil des acostumbrarse. Un chupón correctamente formado constituye el menor mal, entre los objetos succionables. Se lo puede quitar mucho más fácilmente que el hábito de succionar el pulgar. Además de que estimula el cierre de los labios y es por lo tanto un profiláctico contra la respiración bucal.

7) Es conveniente educar al niño para que no beba con la boca llena de alimento. Esto último fomenta hábitos de mala posición de la lengua, y acontece frecuentemente, en niños que son chupadores de dedo o que presentan respiración bucal, la que causa estrechamiento de la arcada del maxilar superior, con proyección hacia arriba de la bóveda palatino y falta del desarrollo del tercio medio de la cara.

8) Al infante se le debe permitir movimientos y manipulación progresiva, brindándole superficies duras ( colchones firmes, planos y " corralitos " con plataforma que no sean lisos), que ofrezcan resistencia y estimulen hacia empujones, rodaduras, pataleos y tirones. Objetos que sean estables y se afirmen bajo los ataques de fuerza del niño, pero que lo estimulen a trepar, mantener el equilibrio y experimentar con el movimiento; son actividades provechosamente saludables. La actividad aumentada de bida al hambre puede ser utilizada aún en esta forma. Cuando el niño es estorbado por el vestido es colocado sobre camas y almohadas blandas durante los períodos de actividad, o es provisto con delicados pero inestables " corralitos " , las mayores ac

Actividades son restringidas. La compensación se encuentra a menudo en el dedo fácilmente accesible. Por lo tanto proveer al niño medios para que esté activo y ocupado, colocar objetos en las manos del niño, o colgarlos a adecuada distancia de sus ojos de manera que pueda observarlos, son buenas actividades substitutos.

9) Dolor e incomodidad, especialmente los provenientes de trastornos nutritivos pueden producir cualquiera de los hábitos mencionados, pero aquellos de enviar la mandíbula hacia adelante y posturas incorrectas durante el sueño, son de particular interés. El hábito mandibular es directamente el resultado del dolor, pero el establecimiento del hábito de dormir sobre el estómago, es inducido porque el padre o madre coloca al niño en esta posición para ayudar a la eliminación del dolor. Dormir sobre el estómago arroja considerable fuerza sobre la cara además el niño coloca a menudo su mano o brazo debajo de su cabeza como un apoyo, ejerciéndose así una presión adicional indebida. Una dieta adecuada que concuerde con el infante, prevendrá los hábitos provenientes de esta fuente.

10) Para evitar malas posturas durante el sueño debe enseñarse al niño a dormir en varias posiciones y darle vuelta ocasionalmente, si tiende a quedarse demasiado en una de ellas. Un colchón firme le permitirá cambiar su propia posición más fácilmente. FOSTER aconsejó coser trozos de madera en el frente del camisón para evitar que el niño se vuelva sobre su estómago. La mano o brazo deben ser retirados de debajo de la cabeza si se encuentran

allí y si constantemente vuelven a esa posición, debe usarse por un tiempo un cobertor del tipo "Snuggle Bunny". Estos son cobertores que permiten bastante libertad de movimiento, pero impiden que la mano o brazo sea llevado a la cabeza.

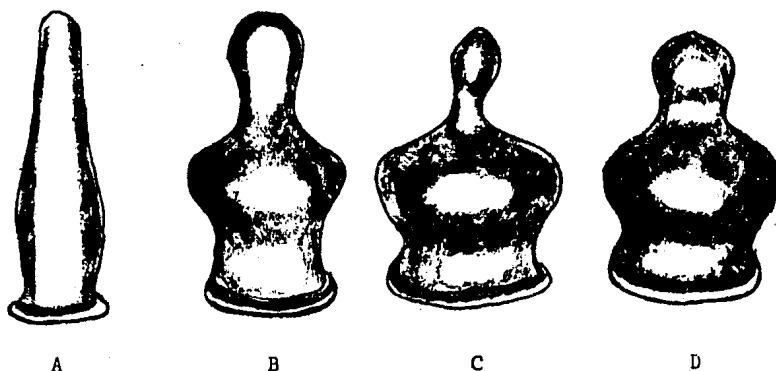
Una posición de costado, ligeramente acurrucada alternando a la derecha e izquierda, con la cabeza algo inclinada hacia adelante, es la que corresponde al verdadero estado de reposo natural de todo el cuerpo y que la mayoría de los hombres toma voluntariamente durante el sueño. La inclinación hacia adelante de la cabeza se logra mejor colocando debajo del colchón una almohadilla cuneiforme, desde el momento en que el niño no eructa más.

Otro método con el que puede ayudarse al niño para que aprenda a dormir en otras posturas para prevenir el hábito de dormir apoyando el rostro en la almohada, creando presiones difíciles de corregir, es el diseñado por el Dr. LINN y conocido como "la guía de Linn", y consiste en una cinta ancha de tela para toalla que tiene 2 lazos en sus extremos para sujetar los brazos del paciente. Estos lazos permiten que el niño se tienda sobre cualquiera de los costados, pero evita que lo haga sobre el vientre. La guía debe hacerse sobre medida para que se adapte al niño individualmente, pues el tamaño y la posición de los lazos varían con el tamaño del paciente. Cada lazo tiene una unión hacia el centro y otra hacia el exterior de la banda. Las uniones del centro se encuentran entre los homoplatos y evitan que los brazos se corran durante el sueño. Las uniones del exterior se encuentran lo suficientemente separadas para permitir que el

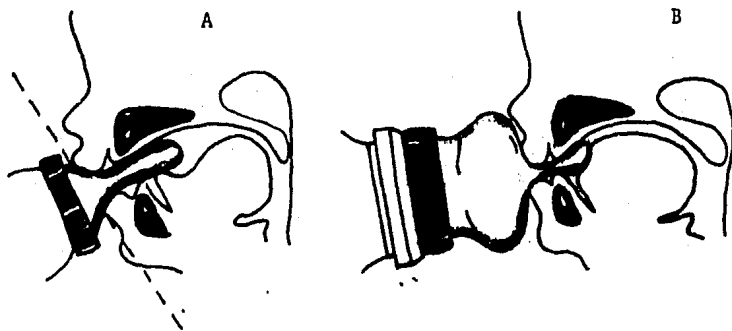
niño se ponga la gafa como si fuera una chaqueta cuando se extiende en la cama o cuando va a acostarse. Los extremos de la banda se sujetan a las barras laterales de la cama o por debajo del colchón, si es necesario y la banda se extiende sobre la sábana inferior. Si el niño se pone la gafa deslizándose ambos brazos por las gomas, éstas lo sujetan por debajo de las axilas y por encima de los hombros. El tiempo que requiere aprender a dormir en otras posturas varía considerablemente con el individuo y su deseo de cooperar.

11) El tamaño físico de órganos tales como amígdalas crecidas, adenoides o lengua, pueden causar obstrucción para la correcta respiración; la necesidad de tener la lengua en una posición adelantada entre los dientes, haciéndola que ella sea llevada hacia adelante, contra ciertos dientes anteriores al tragar, o resultando en el mantenimiento de la mandíbula adelantada para hacer más lugar en la faringe oral. En tales casos, es recomendable eliminar las amígdalas crecidas o adenoides, antes de que se formen hábitos incorrectos.

12) Muchos de los hábitos son el resultado directo de las imitaciones de los padres, compañeros u otros. Es de suma importancia que los miembros de la familia puedan comprender esto y esforzarse por ocultar tales rasgos. Cabe recordar que es mucho más fácil prevenir que "quebrar" un hábito.



- (A) : Chupón de mamila común inapropiado, porque el chupón es demasiado largo.
- (B) : Chupón de mamila " Mutterglück ".
- (C) : Chupón de mamila NUCK para botellas de cuello amplio. Visto de perfil.
- (D) : Chupón de mamila Nuck. Visto de frente.



- (A) : Alimentación no fisiológica con una mamila convencional de goma. La boca es abierta indebidamente y el labio produce el cierre con dificultad. Es probable la entrada de aire con la leche. Se ejerce una presión anormal de los músculos como respuesta compensatoria al excesivo movimiento de apertura requerido.
- (B) : La alimentación con mamila Nuck Sauger es casi igual a la natural. Toda la zona perioral está en contacto con la base templada de la mamila, la que es flexible y se adapta al contorno de los labios.

## VI. 2 METODOS CORRECTIVOS.

Para "romper un hábito", primero se debe contar con la disposición del paciente, segundo debemos tratar de devolver a la consciencia del paciente la noción de los movimientos que se están produciendo y tercero, se necesita un esfuerzo consciente para desarrollar los movimientos conscientes que restablezcan una situación normal. Cuando estamos tratando simplemente de eliminar un hábito, como la succión del pulgar, esos son los pasos por seguir. Pero si se ha de aprender un buen hábito que reemplace al malo, como ocurre con el paciente al cual se le enseñará a deglutir normalmente para reemplazar un hábito de proyección de la lengua, resulta esencial que el paciente haga un esfuerzo consciente de práctica hasta adquirir el nuevo hábito.

Hay veces en que las personas recaerán momentáneamente en hábitos interrumpidos mucho tiempo atrás, por hallarse en la zona de duermevela previa al sueño o por extrema fatiga o perturbaciones con lo cual se pierde el control consciente o se reduce muchísimo; en esos momentos la respuesta muscular que en un tiempo fue enteramente automática se verá reprimida por un esfuerzo consciente. Esto es importante, porque el no reconocerlo ha llevado a la generación de muchos conceptos erróneos, en razón de estadísticas recopiladas sin una captación apropiada del significado de las preguntas utilizadas en la recopilación de esas estadísticas. Así nos encontraremos con que un padre nos puede decir que su hijo aún se succiona el dedo, cuando en realidad el hábito ya no es eficaz como factor etiológico en el desarrollo de una mala oclusión. El niño puede en realidad chuparse el dedo, por durante unos cuantos minutos antes de dormirse si estuvo sometido a una tensión desusada o si ha sido muy alterado por una perturbación emocional. Si estas situaciones son raras o momentáneas, la fuerza ejercida, aunque de dirección anormal no tendrá



su efecto pernicioso por haber sido sólo transitoria.

Como consecuencia de no haber reconocido que los individuos recaen en sus hábitos cuando han perdido o están perdiendo su control consciente, nos enfrentamos con que algunas veces se extrae la conclusión errónea de que el factor que causa una severa perturbación emocional es la causa del hábito. Por ejemplo, la succión del pulgar puede establecerse muy tempranamente en la vida, antes de que haya generado perturbación alguna. Si posteriormente se genera alguna perturbación, se verá que el infante succiona el pulgar cada vez que se produce alteración emocional. En realidad, ésta afecta sólo la frecuencia de realización del hábito y la intensidad con la que lo efectúa, pero no fué la razón original de la formación del hábito. Por lo tanto, enviar a un pequeño al Psiquiatra o al Psicólogo por un problema emocional con la esperanza de que así se quiebre el hábito, es no reconocer que el hábito estaba originalmente en él y que podría no ser jamás superado con la eliminación de la causa de la perturbación emocional. Aún cuando el niño esté emocionalmente perturbado, podría producirse la ruptura del hábito en un grado que lo torne inocuo, si es que el niño está dispuesto y con voluntad de cooperar. El Odontólogo con deseos de intruir adecuadamente y guiar a los padres es el mejor capacitado para determinar si el niño está dispuesto y tiene deseos de ayudar a su restablecimiento. El Cirujano Dentista para poder evaluar la actitud a seguir, tiene la necesidad de analizar los siguientes factores:

- |  |      |      |
|--|------|------|
| 1) ¿ Tiene el paciente más de tres años de edad?   | (SI) | (NO) |
| 2) ¿ El hábito está causando antagonismos familiares?  | (SI) | (NO) |
| 3) ¿ Este hábito está aumentando de intensidad, frecuencia y duración?   | (SI) | (NO) |
| 4) ¿ El niño está condicionado por su edad y por su capacidad de discernimiento para entender el posible daño que puede causarse al persistir dicha costumbre? | (SI) | (NO) |
| 5) ¿ El fenómeno se presenta en forma constante durante todo el día?   | (SI) | (NO) |

6) ¿ El niño ha manifestado espontáneamente su intención de eliminarlo?	(SI)	(NO)
7) ¿ Está esto causando una mala oclusión?	(SI)	(NO)
8) ¿ Este hábito está causando la formación de nuevos hábitos?	(SI)	(NO)
9) ¿ Están los padres dispuestos a utilizar medios ortodóncicos para detener el daño?	(SI)	(NO)
10) ¿ Esta costumbre está empeorando una mala relación esquelética existente?	(SI)	(NO)
11) ¿ Está el menor en buenas condiciones de salud mental?	(SI)	(NO)
12) ¿ Tiene buenas condiciones de salud el paciente?	(SI)	(NO)

## TOTAL :

En términos generales, este cuestionario nos proporciona la pauta a seguir respecto a cuándo interferir referente a los hábitos perniciosos, cuándo es más conveniente esperar a que las condiciones generales del niño sean más adecuadas para iniciar un tratamiento y cuándo es más conveniente recomendar a los padres que no se efectúe ningún tratamiento.

Si las doce preguntas son contestadas en forma positiva, está indicada la necesidad de que el Cirujano Dentista interfiera con el hábito. Siete o más respuestas positivas también nos muestran la necesidad de interferencia única por parte del Odontólogo. Entre cinco y seis respuestas positivas señalan en términos generales la necesidad de observar la evolución de dicho hábito por parte del Odontólogo y la necesidad de tratar el problema con el niño a un nivel de convencimiento oral. Cuatro respuestas positivas o menos, muestran que es más conveniente no tratar el problema pues las condiciones del niño y su atmósfera psicológica nos está marcando que con toda probabilidad habrá rechazo por parte del paciente a los esfuerzos del Dentista para resolver su problema. Algunas preguntas en forma individual pueden ayudarnos a dictaminar la actitud a seguir en caso de duda. Si la respuesta es negativa en la pregunta número cuatro, es imperativo que el Cirujano Dentista consiga del niño el entendimiento de las causas por las que él va a tratar de interferir con el hábito, de no conseguirlo es aconsejable no iniciarlo aunque todas las demás respuestas hayan resultado positivas.

Si la respuesta es negativa a la pregunta número once, el tratamiento intercentivo deberá posponerse hasta que dicha respuesta sea positiva. Si la salud mental del niño está alterada, es conveniente disuadir a los padres de iniciar cualquier tratamiento para detener el hábito pernicioso.

El éxito del tratamiento dependerá del manejo consciente de cada caso por separado, el método curativo que puede dar buenos resultados en un paciente, en otro no surtirá ningún efecto. La asociación de dos o más métodos rendirá un buen efecto en ciertos tipo de paciente. Existen tratamientos que pueden irritar al niño, violentarlo o inclusive surtir efectos contraproducentes, la incredulidad de los propósitos terapéuticos por parte de los padres, de seguro traerá un fracaso de antemano. El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante; los padres se muestran a menudo ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar rezongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareños antes que el niño pueda superar el hábito.

Sugerimos aplicar las siguientes normas para obtener un buen resultado terapéutico:

- 1) Ganar la confianza del niño y de preferencia también la de sus padres.
- 2) Darle importancia a las manos del niño frente a él.

- 3) Buscar las causas orgánicas.
- 4) Lograr entrevistas sucesivas con el niño.
- 5) Atención y cuidado del niño durante el tiempo requerido.
- 6) No abusar de los tratamientos psicológicos, psiquiátricos, ni la aparatología, pues en todos los casos no están indicados.
- 7) Nunca deberá recurrirse a la amenaza o al castigo.
- 8) La ayuda afectuosa de los padres y de quienes rodean al paciente deberá consistir en sugerir actividades (pintura, artes manuales), ejercicios al aire libre, en alentar los juegos con otros niños de edad semejante, la participación en las reuniones infantiles o en cualquier actividad que haga que el niño salga de sí mismo y sienta que los demás lo quieren y lo necesitan.

## VI .2 METODO INTRAORAL.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere ce-sar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esta tarea . Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea do-loroso y que no interfiera en la oclusión (salvo cuando sea és-ta una intervención necesaria), a de actuar únicamente como re-cordatorio. El uso indiscriminado de los aparatos destinados a romper hábitos cuando éstos son el resultado de un problema emocional, puede provocar una serie de reacciones indeseables, tales como temores nocturnos, descontrol esfinteriano diurno, trastornos del habla, rechazo de los alimentos sólidos, beligerancia e irritabilidad.

#### a) MEDIOS DE CONTENCION.

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

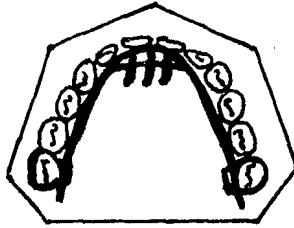
Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el Odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños menores de 6 años, en quienes sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de la 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 sólo en períodos críticos, como la noche. Definitivamente, 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 sólo cuando él desea.

#### APARATOS FIJOS.

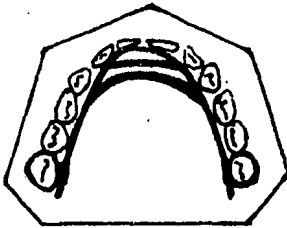
##### ARCO PALATINO CON VENTANA

Este medio " recordatorio " consiste en colocar 2

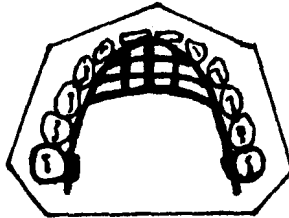
bandas en los segundos molares primarios superiores y soldados a éstas bandas un arco palatino, el cual en la sección intercanina tiene a su vez soldada una "ventana" o "reja" que se dirige en sentido lingual. Esta reja no deberá interferir con la oclusión ni con la masticación. El método es altamente eficiente y sirve para controlar el hábito de succión digital lo mismo que para controlar hábitos de lengua que comúnmente se asocian a los hábitos de succión digital. El inconveniente que existe con este aparato, es que interfiere con la correcta dicción durante un período cercano a las 2 - semanas. También interfiere con la correcta masticación de los alimentos.



A



B



C

- (A) Arco palatino con picos.
- (B) Arco palatino con ventana.
- (C) Arco palatino modificado.

### ARCO PALATINO CON PICOS.

Este aparato actúa como un " recordatorio " activo del hábito, consiste de un arco palatino el cual está soldado a dos bandas colocadas en los segundos molares primarios superiores. Los picos se ponen en la zona intercanina del arco palatino y deben dirigirse hacia abajo en dirección lingual; deben ser contos y no interferir con la oclusión ni con los movimientos masticatorios. Este aparato tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante un periodo aproximado de 2 semanas. También interfiere con la correcta masticación de los alimentos .

### CRIBA O ARCO PALATINO MODIFICADO.

La construcción de éste aparato es la misma que la del arco palatino con ventana, sólo que se adiciona una trampa de - " pías verticales ", soldadas a la ventana o reja en dirección vertical que se dirigen del área palatina de los dientes superires hacia abajo en dirección de la bóveda palatina.

Este tipo de trampa o recordatorio es útil en el tratamiento de pacientes con el hábito de empuje lingual aunado al del - hábito de succión.

## ESCUDO VESTIBULAR DE PLASTICO.

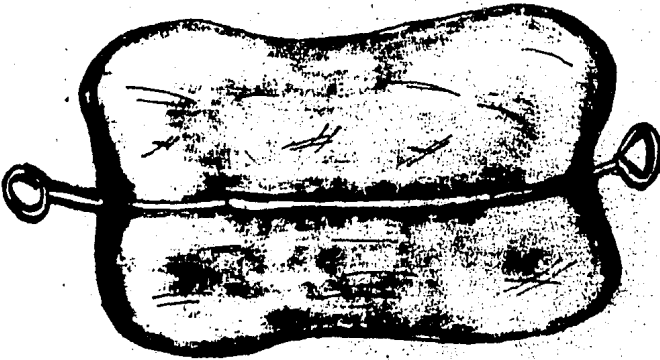
La técnica de su construcción es la siguiente:

- 1) Tome impresiones vestibulares con modelina. Para este fin, coloque un rodillo de modelina blanda, bajo los labios y comprímala en su lugar poniendo una toalla sobre los labios y las mejillas haciendo que el paciente mantenga los dientes en la oclusión habitual.
- 2) Enfríe y retire la impresión de modelina. Si es correcta, deberá llenar el espacio vestibular y delinear la relación cerrada de los dientes anteriores.
- 3) Haga un modelo de yeso piedra. Llene con yeso el espacio entre los dientes maxilares en protrusión y los dientes mandibulares en retrusión, en el modelo.
- 4) Una vez que el yeso ha endurecido, recorte aproximadamente 2 mm. de la superficie labial de los incisivos maxilares centrales y laterales, pero no del tejido de la encía. Esto permitirá hacer presión directamente sobre los dientes en protrusión.
- 5) Cubra el modelo en sus superficies vestibulares con papel estaño y vacíe el escudo en cera. Se hace un conducto de 0.040 ( 1 mm ), en la cera, con un alambre saliente que corra hasta la parte superior del frasco, manteniendo el tubo en posición durante el proceso. El alambre se coloca de manera que pueda usarse un gorro o bandas si se desea.

Es posible dominar gradualmente los hábitos viciosos de chuparse el dedo y de respirar por la boca, así como de la re



ducción de la protrusión excesiva mediante el empleo del escudo plástico y el gorro. Al reducirse la protrusión, puede ser necesario preparar un nuevo escudo periódicamente empleando la misma técnica de construcción.



Escudo vestibular de acrílico transparente con el tubo y el alambre en su lugar. El alambre se coloca de manera que pueda usar se un gorro o banda si se desea.

## APARATOS REMOVIBLES.

### PLACA REMOVIBLE DE ACRILICO TIPO HAWLEY CON PUNZON O RASTRILLO.

*Este tipo de recordatorio es extraordinario en el niño que está dispuesto a usarlo. La medida del éxito la da el uso, que se puede apreciar cuando el menor acude a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con la que pierde el aparato, entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdida del aparato, menor es el uso que se le está dando.*

*Este aparato consiste en un armazón de alambre elegido de acuerdo al caso. Regularmente consta de un arco labial ( que además ayuda a dar mayor retención al aparato ), armetas, retenedores, o bien ganchos wipla, de Adams, circular, de bola, en circunferencia, etc.*

*La placa con punzón consta de un alambre engastado en un instrumento acrílico removible, dicho alambre se solda en la zona intercanina del arco palatino.*

*La trampa de rastrillo, se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan del retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la succión del pulagr, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.*

*La trampa removible puede servir para:*

1) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento

anterior.

- 2) Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- 3) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable al paciente .

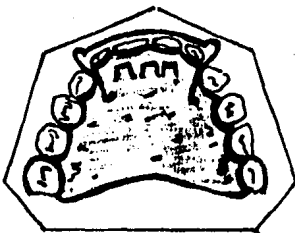
#### CUIDADOS DE LA PLACA REMOVIBLE TIPO HAWLEY.

- La placa deberá ser utilizada regularmente como se le indi que al paciente.

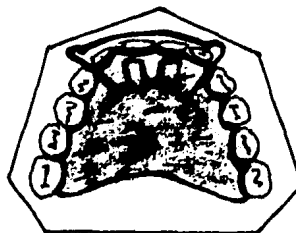
- Sólo en determinados y excepcionales casos deberá emplear la cuando ingiera alimentos, bajo prescripción del Dentista.

- No masticar goma de mascar cuando se esté utilizando la pla ca Hawley.

- Cuando no vaya a ser utilizada la placa, deberá guardarse en una bolsa o caja destinada para conservarla; jamás deberá envolverse en pañuelos faciales desechables, pues se corre el gran riesgo de extraviarla.

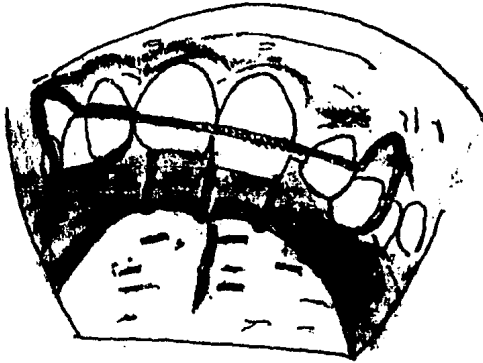


A



B

Placas removibles de acrílico tipo Hawley,  
(A) con punzón, (B) con rastrillo.



Trampa de rastrillo removible  
fabricada para interceptar -  
un hábito de empuje lingual.

#### ESCUDO O PANTALLA ORAL.

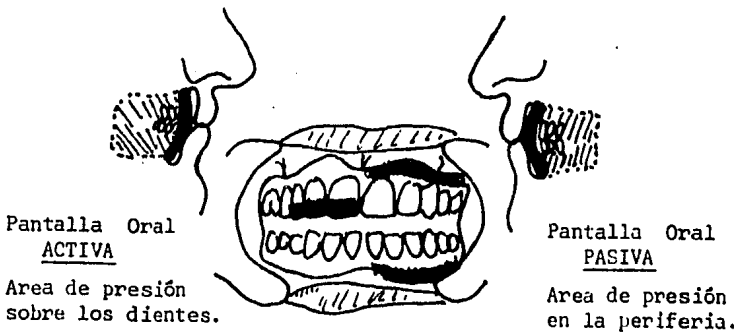
El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior

en lingual de los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuerzen ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos y deberá utilizarse más extensamente.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales.

Su elaboración es muy similar a la descrita para el escudo vestibular de plástico, con la diferencia de que ésta no lleva el alambre saliente. De este tipo de pantalla oral existen dos variedades, la pantalla oral activa que hace presión sobre los dientes a fin de que sean vueltos a su sitio; y la pantalla oral pasiva que hace presión en el área de la periferia.



Pantalla Oral colocada.  
Nótese las áreas de presión sombreadas.

## GUARDA OCLUSAL.

La férula de resina acrílica removible (también llamada protector nocturno, o protector de mordida), fué ideada en un principio como un auxiliar para dominar las fuerzas oclusales excesivas asociadas con mucha frecuencia al bruxismo nocturno.

Si se cubren las caras oclusales con una férula de resina acrílica plana se evita el engranaje de las cúspides y los movimientos laterales de los dientes. Además, la acción de férula del aparato proporciona estabilidad a los dientes que ya se han aflojado a consecuencia del efecto deletéreo de los hábitos orales o de la pérdida de elementos de fijación y así, favorecer la curación. También es de gran ayuda para erradicar la onicofagia pues el paciente ya no puede introducir sus uñas entre los dientes luego entonces, generalmente pierde el hábito de mordérselas.

La férula de resina acrílica removible se ha de construir cuando se ha vencido el estado inflamatorio agudo. Además, en muchos casos, antes de proceder a la fabricación de la férula, hay que completar las operaciones que alteran notablemente las superficies oclusales o las relaciones de los dientes, por ejemplo, los ajustes oclusales importantes y el movimiento dentario menor. Corrientemente, para dominar el hábito sólo es necesaria una férula que se construye para el arco superior. Está destinada a proporcionar cobertura pala-

tina, lo cual aumenta su estabilidad y contribuye a la comodidad del paciente.

#### INSTRUCCIONES PARA LA FABRICACION DE FERULAS.

- 1) Antes de empezar la construcción del guarda oclusal, hay que obtener unas buenas impresiones de ambos arcos con alginato (no son satisfactorios los viejos modelos de estudio deteriorados).
- 2) Córranse moldes en yeso piedra inmediatamente.
- 3) Recórtense los modelos quitando todas las irregularidades de los dientes y del paladar.
- 4) Móntense los modelos en un articulador adecuado en relación céntrica.
- 5) Examínense los modelos ( si solamente se ha de construir una férula, examínese el arco al cual está destinada) y señárense las crestas de la curvatura en las caras vestibular y lingual.
- 6) Márquese esquemáticamente la extensión de la férula sobre el modelo. En el arco superior, se aconseja la cobertura palatina completa, por la estabilidad adicional que proporciona. La férula ha de cubrir aproximadamente unos 2 mm. de las caras vestibulares y linguales de los dientes por encima de los bordes incisales y oclusales. En el protector nocturno la extensión lingual ha de ser la misma que en las caras faciales unos 2mm. aproximadamente.
- 7) Tápanse con cera todas las superficies cóncavas socavadas

en la forma determinada durante el examen y hágase un duplicado del modelo maestro para obtener un modelo de trabajo. El modelo principal se ha de conservar con el fin de utilizarlo para ajustar la férula después de construída. Este ajuste preliminar facilita la inserción del aparato en la boca del paciente y así ahorra al operador mucho trabajo en el sillón dental.

8) Póngase cera en el protector nocturno hasta el esquema previo, sobre el modelo de trabajo. En la cobertura palatina se emplea el espesor de una hoja de cera de rebase. La porción oclusal sólo ha de tener el espesor suficiente para que posea cierta resistencia, ha de ser plana, sin huecos. La anchura de la porción oclusal ha de ser aproximadamente una vez y cuarto la de la superficie oclusal de los dientes. Es de desear el máximo contacto de las superficies oclusales superior e inferior. ( Cuando solamente se construye una férula se ha de establecer el contacto entre la superficie oclusal y el máximo número de dientes del arco opuesto) . También es de desear el equilibrio bilateral en todas las excursiones, si puede lograrse.

9) Procesar las férulas con acrílico transparente curado al calor.

10) Pólanse las férulas y vuélvanse a montar sobre el molde maestro para ajustarlas .

11) Al insertarlas, generalmente es necesario un nuevo ajuste, las férulas se tienen que colocar fácilmente y han de quedar



bien adaptadas . No ha de haber presiones indebidas en ningún segmento o diente. Es de desear el máximo contacto oclusal con una amplia gama de movimientos.

12) Obsérvese al paciente al cabo de una semana para comprobar si el protector nocturno es cómodo, estable y si proporciona buen contacto oclusal. En este momento pueden ser necesarios nuevos ajustes.

#### USOS Y CUIDADOS DE LA FERULA OCLUSAL PLANA.

##### INFORMACION PARA EL PACIENTE:

- La férula que acaba de recibir, sirve para ayudar a reducir la tensión muscular, disminuir síntomas dolorosos, proteger los dientes, y / ó mantener los dientes en una sola posición.
- La férula debe ser usada regularmente como se le indique. El flujo salival se incrementa generalmente durante las dos primeras semanas de uso, Esto es normal.
- Cuando la férula no vaya a ser usada por más de una o dos horas, debe mantenerse húmeda. Puede colocarla en agua o envolverla en una toalla húmeda.
- Deben hacerse revisiones periódicas regulares, del ajuste y acomodo de su férula. Si no se efectúan reconocimientos frecuentes, no use la férula por más de 4 a 6 meses sin que se haga el ajuste.
- Su férula debe mantenerse limpia, así como sus dientes. El mal olor y el mal sabor pueden ser resultado de descuido. Limpie su férula con cepillo y pasta dental, después de cada vez que la use.

-Puede encontrar dificultad al pronunciar ciertas palabras durante la 1a. vez que use su férula. Después de unos días, el habla volverá a ser normal. Practique leyendo en voz alta en privado, esto le ayudará a aprender las nuevas formas de pronunciación.

- No debe morder o apretar continuamente su férula, ésta es para ayudarle a relajarse, no para ejercitar.

## b ) AJUSTE OCLUSAL.

El ajuste oclusal de la dentición natural por medio del tallado es un procedimiento limitado. Ciertos tipos de discrepancia no se pueden corregir con el tallado oclusal. En vez de ello, los dientes se han de restaurar, o se ha de corregir su posición por medios ortodóncicos o en algunos casos se han de extraer.

El reconocimiento y la corrección de las interferencias oclusales en la dentición natural se facilita si se conoce bien la fisiología del movimiento mandibular, lo cual es preferible al dominio de una serie sistemática de reglas de tallado. El operador ha de ser capaz de evaluar rápidamente el movimiento terminal de charnela de la mandíbula, así como de determinar la situación y dirección de las vías activas de trabajo e inactivas de las cúspides. Ha de tener conocimiento de como el dolor dental, periodontal, muscular o de la articulación temporomandibular afecta al movimiento mandibular, dificultando la localización de las interferencias. Ha de ser capaz de identificar el paso de la relación céntrica a la oclusión céntrica y los contactos en el lado de balance, que se ha demostrado que constituyen las interferencias cuspidas más importantes en relación con el bruxismo y con la disfunción muscular y de la articulación temporomandibular.

La evaluación del cierre terminal del eje de bisagra, se puede hacer en el articulador, siempre que el modelo mandibular se monte con un registro de relación céntrica. Los modelos

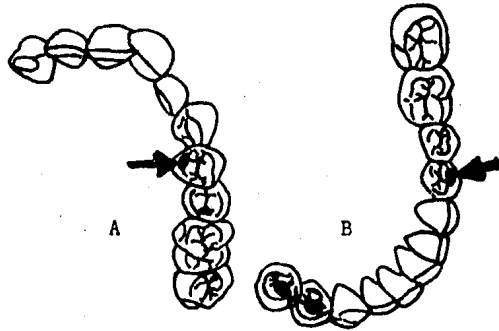
montados en el articulador se ha de tener al alcance de la mano cuando se examina al paciente. Es más fácil ver las inclinaciones de los dientes que intervienen en el deslizamiento de la relación céntrica a la oclusión céntrica de los modelos. Después de observar las interferencias en el articulador, se pueden localizar más rápidamente en la boca. Las interferencias que provocan el deslizamiento anterior de la mandíbula estarán situadas en las superficies inclinadas distales de las cúspides inferiores y en las superficies inclinadas mesiales de las cúspides inferiores.

( A ) :

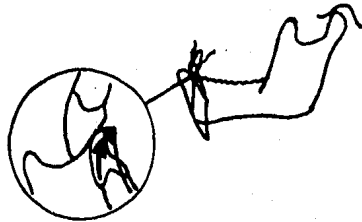
Un sitio frecuente de interferencia cuspídea, en el cierre terminal del eje de bisagra es la cara inclinada interna mesial de la cúspide lingual del primer premolar maxilar.

( B ) :

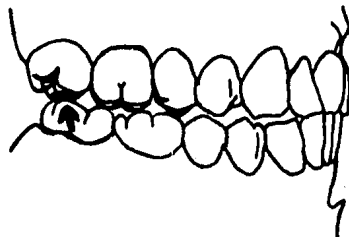
Otro sitio es la faceta inclinada interior distal opuesta de la cúspide bucal del primer premolar mandibular.



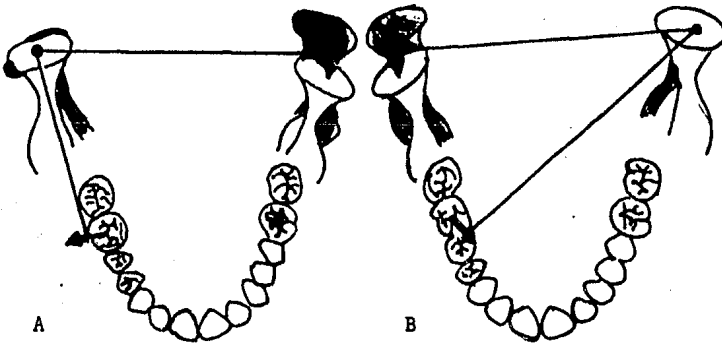
Por medio del tallado selectivo se eliminan interferencias que actúan como zonas "gatillo" del bruxismo, proporcionando así una resistencia estable contra la fuerza masticatoria de los dientes inferiores sobre los superiores en la posición de retrusión durante la deglución.



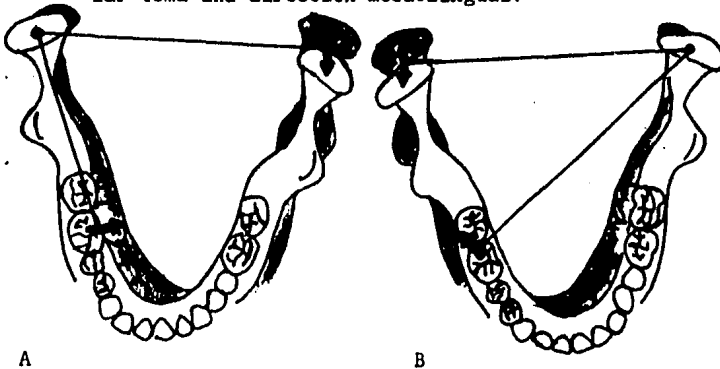
Las interferencias cuspídeas que dan origen a una desviación lateral de la mandíbula durante el cierre terminal del eje de bisagra pueden resultar difíciles de descubrir directamente en la boca, porque los pacientes las evitan muchas veces por reflejo.



La decisión sobre qué diente se ha de tallar, se basa siempre en la evaluación de la importancia de las cúspides afectadas, en el mantenimiento de la estabilidad de los topes céntricos. El trazado gráfico del plano mediano proporciona un método para visualizar el carácter del deslizamiento y sus cambios cuando se modifican las caras de las cúspides.



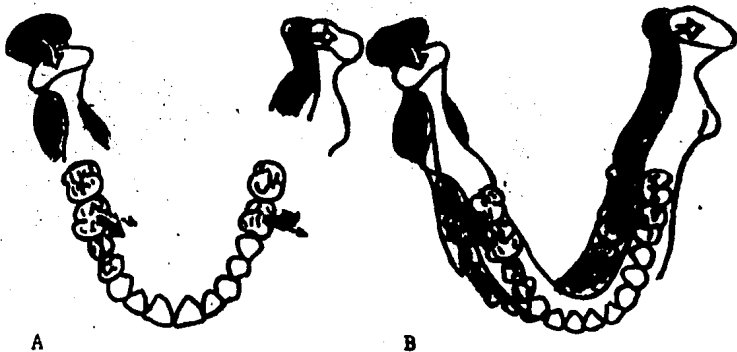
- (A) Tomando como ejemplo la cúspide distobucal del primer molar mandibular, este diagrama muestra que el desplazamiento de trabajo está representado por la fosa bucal del molar maxilar.
- (B) El desplazamiento del lado de balance del molar maxilar toma una dirección mesiolingual.



- (A) Tomando como ejemplo la cúspide mesiolingual del primer molar maxilar, este diagrama muestra que el desplazamiento de trabajo está representado por la fosa lingual del molar mandibular.
- (B) El desplazamiento del lado de balance del diente mandibular toma una dirección distobucal.

Después de la corrección, el paciente ha de poder ejercer fuerzas de cierre equilibradas bilateralmente en cualquier punto entre las posiciones de relación céntrica y de oclusión céntrica sin tropezar con ninguna faceta inclinada.

Las interferencias laterales de balance afectan principalmente a los molares. El conocimiento de la dirección seguida por las cúspides en los dientes facilitará la identificación de estas interferencias en los modelos y en la boca. En los dientes inferiores las vías de balance tienen dirección disto-bucal. En los dientes superiores la dirección de las vías de balance es opuesta o mesiolingual. El movimiento de BENNET permite que las cúspides pasen más mesialmente en los dientes inferiores y más distalmente en los superiores, los hallazgos efectuados en los modelos montados en el articulador tal vez no coincidan enteramente con los efectuados en la boca y dependerán de la precisión con que el articulador reproduzca el movimiento de BENNET.

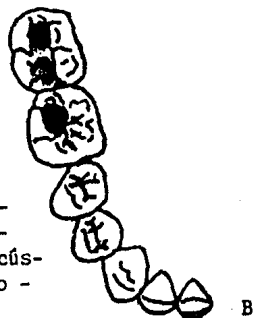


- (A) El movimiento de Bennet altera los desplazamientos limítrofes, permitiendo que las cúspides mandibulares lleguen más lejos en sentido distal sobre los dientes superiores durante los movimientos laterales. (El movimiento de Bennet se ha representado por una flecha negra). Las cúspides linguales superiores pueden llegar más lejos en sentido mesial sobre los dientes inferiores. Obsérvese que el movimiento de Bennet ejerce mayor influencia en el lado de balance que en el lado de trabajo (flecha negra).

Las interferencias laterales de balance están representadas por colisiones entre las cúspides de soporte céntrico de ambos arcos. La decisión concierne al punto que se ha de tallar se basa en la importancia de las cúspides afectadas en el mantenimiento de la estabilidad de los topes céntricos, determinada por el estudio de los modelos montados en el articulador.



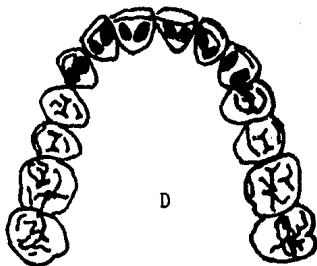
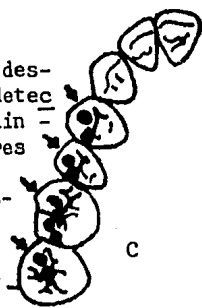
(B) Las correcciones de la interferencia del lado de balance se pueden hacer en los dientes superiores o inferiores. En este ejemplo se pueden hacer canales de deslizamiento en los inferiores sin poner en peligro la estabilidad céntrica, porque las cúspides vestibulares inferiores no actúan como topes céntricos.



(A) Aspecto que suele presentar la boca después de marcar las interferencias. Ahora se ha de tomar una decisión en lo que concierne al tallado, porque están implicadas cúspides céntricas opuestas.

(C) Las interferencias cúspideas del deslizamiento protrusivo se pueden detectar en las crestas triangulares lineales de las cúspides vestibulares superiores. Siempre que sea posible, los ajustes que se hagan deberán limitar los contactos de los dientes durante los movimientos excéntricos a los dientes anteriores.

#### V I. 2. 2 METODO EXTRAORAL.



Los métodos de aceptación extrabucal tienen algo en común: se basan en la aceptación del niño por "romper" el hábito. Sin embargo, deberá advertirse siempre 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 procedimientos es de innegable importancia. Si exigen del niño una perfección

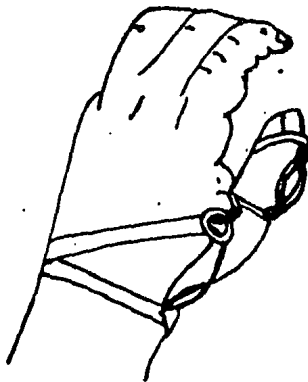
que éste no puede lograr, el procedimiento está condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Más sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta más clara.

a) **CONTENEDORES.**

Los contenedores empleados para el control del hábito de succión que en algunos casos prestan servicios y en otros no, son:

1) **GUARDA FLEXIBLE DEL PULGAR.**

Consiste en una cinta que se coloca alrededor de la muñeca y se proyecta en dirección del dedo pulgar, en la cual se sujeta un guarda de alambre que recubrirá dicho dedo, no permitiéndolo su libre acceso a la boca.

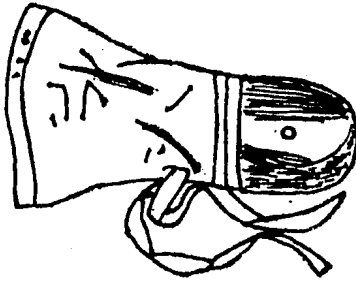


Guarda flexible del pulgar  
para niños que se chupan -  
el dedo.



## 2) MITONES.

Existen de diversas formas, un ejemplo de ellos lo ilustra el mitón de tela el cual consiste en una especie de guante de tela, al cual se encuentra unido un mitón de aluminio para recubrir el dedo que succiona el paciente. Otro mitón que se utiliza es el mitón - criba, el cual está elaborado a partir de una malla ruda, que se confecciona en forma de guante, que se sujeta a la muñeca por medio de dos cintas.



Mitón (dedera) de aluminio.

### 3) PUNETES DE CELULOIDE.

Consisten en cilindros de celuloide que no permite al infante el acceso de su dedo hacia la cavidad oral, no por ello impidiéndole el libre acceso a sostener juguetes al - través de dichos puñetes, sosteniéndolos con las manos.

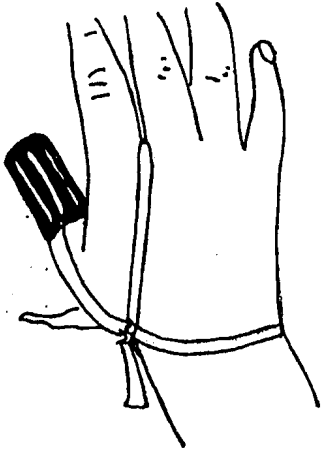


Puñetes de celuloide para inaccesibilidad .

### 4) GUARDAS.

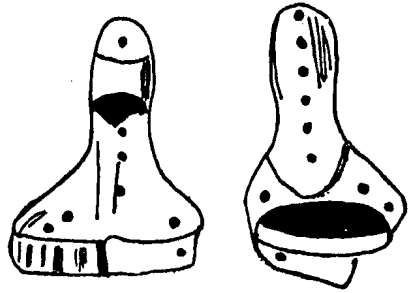
Estos protectores tienen como principal objeto, el control del hábito en el niño menor de 5 años. Es más difícil quitárselo en la noche como ocurre con otros métodos. Estos aparatos confeccionados a partir de diferentes materiales, tales como metal (tipo

enrejado), caucho, hule rígido; sirven únicamente para controlar un solo dedo y en ocasiones impide la actividad de la mano que tiene el aparato. La señal que nos indica la necesidad de cambiar el tipo de aparato, es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succionar el pulgar de la mano izquierda.



Guarda de caucho suave para el pulgar.

Guarda antisucción para el pulgar.



### 5) TELA ADHESIVA.

Consiste en la aplicación de tela adhesiva al "dedo culpable" y al "vecino" uniéndolos antes de que el niño vaya a acostarse. Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma consciente o inconsciente, es signo indicativo de que debemos cambiar por otro aparato oral de tipo fijo.

Si la tela adhesiva es exitosa, entonces recomendaremos a la madre de que también durante el día la haga usar al niño, exclusivamente en el dedo " culpable ". La tela adhesiva no deberá tener una presión excesiva sobre los dedos en que se coloque.

#### 6) CAMISA DE DORMIR TIPO LEWIS.

Este método se utiliza en niños pequeños, consiste en colocar depresores linguales de madera ( abatelenguas ), en bolsillos cosidos a la manga de la camisa de dormir del niño teniendo cuidado de que el puño de la camisa sea lo bastante estrecho para que no se deslice hacia el codo.

#### b) FÁRMACOS.

1) En los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el briqueo y el hábito de onicofagia. Una dosis de 25 mg. de clonhidrato de hidroxizina ( ATARAX ), unas cuantas horas antes de dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito. No se pueden esperar cambios notables en unas pocas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso observado.

2) En el control del hábito de succión del pulgar o bien de otros dedos, se menciona la aplicación de productos amargos o nauseabundos sobre los dedos, tales como, acibar, ajo, chile y picantes, cítricos, bóricos, etc. Siendo eficaces muy raramente, pues actúan como " castigos " y no como recordadores del hábito.

3) Para el control del hábito de morder las uñas, se ha indicado

que el barniz para las uñas es muy útil en muchos casos para recordar al paciente su resolución de abandonar el hábito. Se sugiere también el empleo del aceite de oliva aplicado en las uñas. Su efecto físico es un factor muy importante, pues hace que las uñas sean blandas y lisas sin bordes desgarrados por lo que el niño siente menos tentación por morderlas.

### VI . 2. 3. METODO PSICOLOGICO.

Desde el punto de vista de que los hábitos nerviosos son desórdenes psicológicos y persisten a causa de respuestas en cadena, práctica excesiva y tolerancia social; han surgido diferentes teorías para explicar estos hábitos.

El punto de vista psicoanalítico considera a los tics (o otras formas de hábitos), como impulsos instintivos eróticos y agresivos que continuamente son descargados a través de descargas patológicas. Una segunda teoría es que los hábitos nerviosos son causados por tensión. Un tercer punto de vista es que los hábitos nerviosos son respuestas aprendidas que se mantienen por reforzamiento. Un cuarto punto de vista es que un hábito nervioso originalmente empieza como una reacción normal. La reacción puede ser un estímulo externo como una injuria psicológica o trauma psicológico, o el síntoma pudo haber principiado como una conducta poco frecuente, pero normal, que ha aumentado en frecuencia y ha sido alterado en su forma. La conducta es clasificada como "hábito pernicioso" cuando persiste después que el daño original o el trauma ha pasado

y cuando asume una forma y frecuencia inusuales.

Bajo circunstancias normales, el hábito pernicioso debería ser inhibido por su inconveniencia personal o social. El movimiento del hábito, puede por lo tanto, mezclarse con los movimientos normales. Gradualmente hasta que escapan a la conciencia, a causa de ésta mezcla con los movimientos y conductas normales, lo que hace cada vez más fuerte y difícil de erradicar.

De cada teoría del origen de los hábitos, se desprende algún o algunos tipos de tratamiento. El tratamiento derivado del primer punto de vista, es dar consejos que persuadan al paciente de que sus impulsos son la causa de su problema ( darle consciencia ) y enseñarle a canalizar éstos impulsos de otra forma. El punto de vista de que los hábitos son causados por tensión, sugiere dos tipos de tratamiento: uno es la práctica negativa en la que se pide al paciente que lleve a cabo el hábito rápidamente para de ese modo lograr la disminución de la tensión que de otra forma resultaría. Es decir, repetir el hábito rápidamente y de preferencia frente a otra persona diciéndole al mismo tiempo lo ridículo que se ve.

El segundo método de tratamiento que sigue a este raciocinio de la reducción de la tensión es por medio de drogas tranquilizantes. El tratamiento que se sostiene para la teoría de los hábitos como respuestas aprendidas ha dispuesto estímulos aversivos en respuesta al hábito para contrarrestar

el efecto de ésta conducta. Ejemplo de éste tratamiento es el uso de aparatos portátiles de choques eléctricos, que funcionan después de realizado el hábito.

Derivados de éstos tratamientos, son el cambio de hábito, en que se enseña al S.N.C. a que convenientemente se relaje, controlar el hábito y reemplazarlo por otro menos agresivo o por algún hábito no dañino. Esto requiere de tiempo, esfuerzo, paciencia y refuerzos.

El último raciocinio tiene como base de tratamiento llamado "regresión de hábito" (habit reversal) en que el paciente deberá estar consciente de cada ocurrencia del hábito. Cada movimiento del hábito debe interrumpirse con objeto de que no dure y sea parte de una cadena de movimientos normales. Se establece una respuesta física que compita con el hábito, para interferirlo. Cuando como resultado del desuso de los músculos antagonistas involucrados en los movimientos del hábito, han sufrido atrofia, dichos músculos deben fortalecerse (método miofuncional). Además, deben eliminarse los refuerzos sociales que desencadenan el hábito. De éstos métodos hablan muy favorablemente sus autores, y al parecer el más efectivo es el método de regresión de hábito (habit reversal) cuyo autor reporta una mejoría (ausencia total del hábito) hasta del 90% de los casos.

Existen otros tratamientos como por ejemplo procurar la generalización y mantenimiento de un reforzamiento diferencial

de otra conducta en que se alcancen en metas de no efectuar el hábito y se van registrando en tarjetas especiales. Se ha sugerido también el uso de métodos tales como la Hipnósis, (técnica en la pantalla de T.V.), en que se hipnotiza al niño y se le sugiere que elimine su hábito. Sugerimos que en este momento se refuerzan a los dados anteriormente al paciente en estado de vigilia. Se requiere la cooperación del paciente y que realmente quiera dejar su hábito.

Se usa también como un buen método la sugestión nocturna por medio de la palabra, que se basa en la sugestión a través del subconsciente durante la etapa profunda del sueño nocturno. El método que se sugiere para usar este tipo de tratamiento incluye:

- 1) Esperar que el niño duerma profundamente de 15 a 20 minutos después de acostarse, para iniciar el tratamiento.
- 2) Un familiar allegado, preferiblemente la madre o el padre, le hablarán con voz normal, a una distancia prudente de la cama.
- 3) Debemos confeccionar por escrito el texto de lo que vamos a decir para eliminar el hábito, sin mencionar la palabra "NO".
- 4) Las frases u oraciones que han sido escritas para eliminar el hábito se les dará lectura todas las noches por el familiar escogido al efecto, con una repetición de 10 veces cada noche durante 15 días consecutivos.

Sea cual fuere el método de elección para la eliminación de los hábitos, el éxito depende del manejo consciente de cada



caso por separado; el método curativo que puede dar buenos resultados en un paciente, en otro puede no surtir ningún efecto. La asociación de dos o más métodos rendirá un buen efecto en ciertos tipos de pacientes. Existen tratamientos que pueden irritar al paciente, molestarlo o inclusive surtir efectos contraproducentes.

Es importante señalar la necesidad de una relación Doctor-paciente, en que el Doctor escuche y hable con el paciente acerca del problema. Esta relación puede tener valor terapéutico, pues disminuye la tensión del paciente una relación en que el Dentista demuestra el deseo de ayudar y un interés genuino en el paciente.

#### VI. 2. 4. METODO MIOFUNCIONAL.

En los hábitos orales perniciosos en que están involucradas las fuerzas musculares, las cuales contribuyen a aumentar los efectos nocivos en las estructuras dentarias y óseas, es muy conveniente que se realicen ejercicios musculares correctivos para convertir un hábito dañino en un hábito útil. Los músculos son considerados aparatos ortodóncicos vivos y con los ejercicios adecuados, pueden ayudar a la corrección de las maloclusiones derivadas de los hábitos perniciosos.

También los ejercicios relajantes de naturaleza local y general pueden servir para disminuir la tensión muscular.

Los ejercicios posturales, locales de los músculos masticatorios, masajes, calor y otras formas de fisioterapia son

muy recomendados. Sin embargo, éstos ejercicios pueden eliminar temporalmente las molestias de la tensión muscular asociadas con algunos hábitos como el bruxismo. Mediante estos métodos se pueden disminuir los síntomas pero no la causa, por lo que el hábito regresa si aumenta la tensión a que está sometido el paciente .

Algunos ejercicios musculares correctivos muy recomendables son:

#### EJERCICIOS DEL MASETERO Y DEL TEMPORAL.

En algunos niños que respiran por la boca en los casos en los que los músculos de la masticación son débiles e hipotónicos y en caso de que sea posible una oclusión correcta se recomienda el siguiente ejercicio:

- 1) Colocar el dedo del paciente sobre el masetero a la altura del ángulo de la mandíbula, para que éste puede sentir los movimientos de contracción y relajamiento.
- 2) Solicitar al paciente que junte los dientes ( oclusión centrica ).
- 3) Pedir que se contraigan y relajen los músculos masetero-temporal, asegurándose que la mandíbula permanezca inmóvil.
- 4) Mantener los dientes y los músculos contraídos y contar hasta diez mentalmente y aflojar los músculos.
- 5) Repetir al menos diez veces seguidas este ejercicio.
- 6) Algunos días después, aumentar la cuenta gradualmente hasta veinte evitando el ejercicio muscular excesivo.

7) Realizar este ejercicio tres veces al día, mismo que ayudará a fortalecer los músculos de la masticación.

#### EJERCICIO PARA EL PTERIGOIDEO.

En pacientes cuyos músculos de la boca son débiles y flojos y que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula, esta condición puede en muchos casos corregirse con este ejercicio:

- 1) Llevar la mandíbula lo más adelante posible y retraerla poco a poco hasta la oclusión normal.
- 2) Apretar los dientes y contraer y aflojar los músculos masetero y temporal contando hasta diez.
- 3) Dejar descansar la mandíbula y llevarla nuevamente hacia adelante repitiendo la secuencia de los ejercicios.

#### EJERCICIO PARA LA LENGUA.

La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito muchas veces y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior usando este ejercicio para la lengua. Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual, se debería intentar antes la terapia miofuncional. Las instrucciones al paciente son las siguientes:

Con un vaso de agua y un espejo delante, servirse un trago de agua, cerrar los dientes hasta ocluir, colocar la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutir. Esto se re

pite varias veces y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución pueda realizarse sin tropezos. Se recomienda que se haga este ejercicio 20 veces antes de cada comida.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de preferencia sin azúcar, misma que deberá ser sostenida con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras se sostiene así la pastilla, la saliva fluye y el paciente se ve obligado a deglutir.

Debe sin embargo, tratar de ubicarse un punto muy importante: Si la pastilla se mantiene más atrás del paladar y no exactamente en la papila incisiva, esta será mantenida allí por el dorso de la lengua cuya punta podrá llenar nuevamente el espacio comprendido entre los dientes, con lo que fracasará el propósito del ejercicio. Durante la alimentación, debe instarse al paciente a deglutir con la lengua en la posición correcta.

#### EJERCICIO TONICO GENERAL.

Este ejercicio ayuda a proveer un flujo mayor de sangre a los tejidos que rodean a los dientes y también sirve para todos los músculos orofaciales.

Se toma un sorbo de agua con bicarbonato de sodio y manteniendo los dientes firmemente en oclusión, se hace pasar el agua por los espacios interproximales de la cavidad lingual a la cavidad de la boca y viceversa. Este ejercicio se

realiza hasta que la musculatura se fatiga y se repite de 5 a 6 veces por la mañana y por la noche.

#### EJERCICIO DE RESPIRACION PROFUNDA.

El siguiente ejercicio de respiración puede realizarse por la primera semana:

El paciente respira profundamente, con los labios estrechamente cerrados, frente a una ventana abierta, en el patio o en el jardín, por 5 minutos completos, 5 veces al día. Se cuenta mentalmente del 1 al 8 y se exhala y así progresivamente. Durante la segunda semana, este ejercicio debe realizarse mediante respiración forzada, al tiempo que se realiza algún ejercicio físico. Si se realiza regularmente y por algún tiempo, éste ejercicio ayudará enormemente a restaurar la respiración nasal en respiradores bucales habituales.

#### EJERCICIOS PARA LOS LABIOS.

Como complemento al ejercicio anterior, puede usarse una pantalla oral que descansa en los dientes únicamente y se instruye al paciente que comprima los labios estrechamente contra la pantalla a la vez que se realizan los ejercicios de respiración profunda.

Se sugieren otros complementos para la ejercitación del músculo orbicular de los labios como enjuagues bucales, sostener un papel con los labios, soplar sobre un lápiz o tocar instrumentos de viento.

Todos éstos ejercicios están dirigidos para desarrollar

el tono normal de los músculos.

Pueden hacerse las siguientes recomendaciones cuando se pide, se sugiere algún instrumento de viento para ayudar a realizar algunos ejercicios labiales y movimientos dentales:

- 1) Instrumentos con boquilla en forma de copa, como la trompeta y la corneta.
  - a) Para reducir el over-jet, especialmente en casos clase II.
  - b) Tiende a disminuir el over-bite en un periodo de 2 años.
- 2) Instrumentos de boquilla única como el clarinete o el saxofón.
  - a) Aumenta el over-jet.
  - b) Tiende a incrementar el over-bite.
- 3) Instrumentos con doble boquilla como el oboe y la tuba.
  - a) Tiende a reducir el over-jet.
  - b) Incrementa el over-bite.
- 4) Instrumentos de aberturas pequeñas en la cabeza del instrumento, como la flauta o flautín.
  - a) Reduce el over-jet.
  - b) Incrementa el over-bite.

El Dentista puede sugerir más de un instrumento para ayudar con más cambios en el over-bite u over-jet. Así, pueden considerarse las preferencias del paciente en la selección de los instrumentos.

Tocar el instrumento musical de viento correcto no es solamente una gratificación satisfactoria para el paciente, sino que también puede servir como una ayuda para el Dentista u Ortodoncista para tratar de completar ciertos movimientos dentarios y fortalecen los músculos, sobre todo de los labios.

## CAPITULO VII.

## EFECTOS OCASIONADOS POR LOS HABITOS ORALES PERNICIOSOS.

Los hábitos orales perniciosos pueden provocar numerosas maloclusiones y deformidades dento-faciales o pueden ser agravados por su práctica continua.

Los hábitos producen las maloclusiones o deformidades en base a la capacidad del hueso para responder a los estímulos de presión causada por los hábitos perniciosos. Esta característica es la que permite que los dientes se muevan en el hueso durante los tratamientos ortodóncicos.

La manera, intensidad y frecuencia con que se practica el hábito está directamente relacionada con la naturaleza de la deformación y la maloclusión. La mayoría de las deformaciones se observan en la región anterior pues en ésta parte se dirigen las fuerzas de gran cantidad de hábitos.

La existencia de un estado de equilibrio entre los músculos orofaciales determina la orientación de los dientes en posición normal. Al romperse éste equilibrio por causa de algún hábito, los músculos dejan de ejercer presión o la ejercen en exceso, provocando los movimientos dentales deformantes. Sin embargo, las maloclusiones y deformaciones no son los únicos efectos ocasionados por los hábitos perniciosos. La literatura registra casos de desgastes de dientes, pérdida de los mismos, pérdida ósea, inflamación de las en-

clás, caries dental, traumas psicológicos, dolor muscular, etc. A fin de mostrar un panorama más o menos amplio de los efectos ocasionados por los hábitos perniciosos, tomaremos en cuenta la siguiente clasificación de los hábitos dañinos:

- a) Por presión (chupeteo del pulgar o de otros dedos, empuje lingual, deglución anormal, hábitos con los labios y lengua).
- b) Anormales en la respiración (respiración bucal).
- c) Masticatorios (bruxismo y onicofagia).

También se tomarán en cuenta los efectos ocasionados por los mismos divididos en:

- Efectos dentales
- Efectos óseos.
- Efectos musculares.
- Efectos psicológicos.
- Otros efectos.

Sin embargo, hay que aclarar que la práctica de algún hábito pernicioso no siempre ocasiona problemas en todos estos aspectos, por lo que sólo se mencionarán los daños que ocasionan a ciertas estructuras.

#### VII.1 EFECTOS OCASIONADOS POR HABITOS PERNICIOSOS POR PRESION.

##### EFECTOS EN LOS DIENTES.

En realidad los efectos que estos hábitos provocan en la dentición son mínimos, en cuanto que no afectan las estructuras dentarias sino su posición en la arcada, defecto



que más bien debe atribuirse al hueso de sostén.

Entre las anomalías causadas a los dientes, encontramos diastemas o separaciones entre ellos e inclinaciones y protrusiones hacia labial en los dientes superiores. La literatura menciona también una relación entre la deglución anormal y la caries en aproximadamente el 97% de los individuos que presentan el hábito y se aduce que la mala alineación entre los dientes anteriores de las personas con la musculatura orofacial en desbalance tiene un exceso de dientes cariados, debido a la mala coordinación lingual al tragar se reduce la irrigación de la saliva causando caries dental, especialmente en los molares; además de que al comer, la comida es frecuentemente empujada hacia el vestíbulo, entre los carrillos y la lengua, necesitando movimientos de autoclisis por la lengua. En realidad, algunos pacientes necesitan de varias degluciones para asimilar una porción normal de alimento. La poca acción normal de la autoclisis frecuentemente causa una pobre higiene oral.

#### EFFECTOS OSEOS.

Las deformaciones en los maxilares a causa de este grupo de hábitos son muy severas, a causa de la enorme plasticidad del hueso, provocando sobremordidas y deformaciones en el paladar. El tipo de deformaciones que un hábito específico ha producido o puede producir, puede determinarse observando el acto y la dirección de las presiones. Por ejemplo si la lengua es sólo mantenida entre los dientes, impedirá la

erupción, y resultará en mordida abierta, pero si es forzada entre los dientes anteriores al tragar, el resultado será protrusión como también mordida abierta. Lo mismo la succión del labio inferior puede resultar en protrusión de los dientes anteriores superiores e inclinación lingual de los inferiores y la succión del labio superior resultará en la condición inversa.

La fuerza de los músculos de los carrillos, que origina la succión, produce contracción del arco maxilar. Al producirse éstas alteraciones en los maxilares, a menudo es muy difícil hacer que el piso nasal baje a la posición deseada.

Morderse el carrillo, la lengua y labios, puede ocasionar posición anormal de los dientes. Todos éstos efectos se deben a la capacidad que tiene el hueso de responder a las fuerzas que se aplican sobre él. Como ya se dijo el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes; 1) de la posición del dedo en la boca y 2) de la acción de palanca que ejerza el niño sobre las otras piezas y el alveolo, por la fuerza que genera, si además de succionar, presiona contra las piezas. Observando el contorno de la mordida abierta puede decirse a qué mano pertenece el "dedo culpable".

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes anterior-

res superiores, lo que aumenta la sobremordida horizontal, abre la mordida e inclina hacia lingual y aplana la curva de Spee de los dientes anteriores inferiores.

Los segmentos posteriores maxilares se pueden forzar lingualmente por la musculatura bucal en tensión, lo que estrecha el arco y produce una mordida cruzada posterior bilateral.

También pueden producirse sobre-erupciones en las piezas posteriores, lo que aumenta la mordida abierta.

La prominencia de los dientes anteriores los hace vulnerables a fracturas por accidentes.

#### EFECTOS MUSCULARES.

Cuando el equilibrio muscular, del que ya se habló antes, se rompe a causa de un hábito, esto trae como consecuencia la hipotonicidad y atrofia de algunos músculos y la hipertonicidad e hipertrofia de los músculos antagonistas.

El músculo del mentón se contrae marcadamente y comprime hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar al deglutir en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto se produce a causa del músculo del mentón al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo, el labio superior entra en contacto con las

superficies linguales de las piezas anteriores superiores con fuerza durante la fase final de la deglución. Esta fuerza desigual por la musculatura peribucal perpetúa la maloclusión por el hábito de succión mucho después que éste desaparece. El masticar los carrillos o el labio puede producir ulceraciones o laceraciones e inflamaciones, además del dolor acompañante de éstas alteraciones.

#### EFFECTOS PSICOLÓGICOS.

Ciertos trastornos psicológicos pueden acarrear la aparición de algún hábito oral pernicioso.

Todos los hábitos deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas porque pueden estar relacionados con el hambre o deseo de llamar la atención.

Muchas veces el hábito puede convertirse en un círculo vicioso pues generalmente el individuo que lo practica es condenado socialmente y rechazado lo que acentúa más su práctica.

Es posible observar también varios trastornos nerviosos y mentales acompañantes de tales hábitos como pueden ser:

- 1) Influencia sobre los procesos físicos y mentales generales.
- 2) Tics musculares.
- 3) Retardo del crecimiento.
- 4) Peso deficiente.
- 5) Funciones somáticas trastornadas.
- 6) Trastornos del sueño.
- 7) Anorexia.

- 8) Inquietud.
- 9) Llanto excesivo.
- 10) Falta de concentración.
- 11) Conducta anti-social.

Estos problemas causan angustias a los padres, algunos tratan de buscar afanosamente una solución, otros, más ignorantes, hasta repelen a estas criaturas, llegando a entablarse una pugna entre los padres que se acusan mutuamente de la desgracia del hijo. Esta situación conflictiva puede traumatizar al hijo.

En los niños del campo, los hábitos son más e. casos en proporción a los de la ciudad, posiblemente debido a su forma de vida, la cual no presenta esos múltiples estados de angustia, traumas, frustraciones, etc. Que con tanta frecuencia padecen los niños de las ciudades. La vida del campo no exige esas tantas necesidades y su existencia se desarrolla con increíble sencillez.

#### OTROS EFECTOS CAUSADOS POR LOS HABITOS DE PRESTION.

Fuera de los que ya se mencionaron, son pocos y excepcionales otro tipo de trastornos ocasionados por los hábitos, por lo que debe ponerse mucha atención en los hallazgos que se pudieran hacer.

Un ejemplo de esto, lo cita William Jorjeian en un caso de un niño sordo que se provocó una severa hemorragia en la mucosa sub-lingual debido a una excesiva succión digital.

Pueden observarse también algunas infecciones en los dedos o la boca por llevar a ésta los dedos sucios, callosidades debido a la succión excesiva y trastornos del habla, como seseos, o mal pronunciamiento de las palabras.

## VII . 2 TRASTORNOS OCACIONADOS POR HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION.

Los efectos que éste hábito provoca, son muy numerosos y actúan muy directamente sobre el crecimiento cráneo-facial y el estado general del individuo.

### EFFECTOS EN LOS DIENTES.

Entre los respiradores bucales se puede encontrar un alto índice de maloclusiones, siendo comunes las distoclusiones en individuos dolicocefalos . La respiración nasal obstruída causa deformaciones en los arcos dentarios y el maxilar.

El hábito de chuparse el dedo también influye en las maloclusiones pues proyecta el segmento anterior del maxilar labialmente ; dicho hábito se encuentra asociado a la respiración bucal, agravando el problema. Al haber desequilibrio de las fuerzas musculares el arco dentario pierde su continuidad, haciéndose se más vulnerable.

En los individuos de cara alargada, la respiración bucal propicia o acentúa la maloclusión de clase II división 1 .

Los respiradores bucales están más propensos a la caries especialmente la llamada " caries blanca". También es común en -

contrar manchas verdes y amarillo-verdosas en las caras labiales de los incisivos superiores en el tercio gingival, debido a la mala acción de autoclisis de los labios y la saliva.

#### EFECTOS ÓSEOS.

El hábito de respiración bucal provoca una serie de trastornos en diferentes estructuras óseas. Cuando este hábito se debe a una obstrucción nasal constante, se produce una falta de desarrollo de los senos paranasales. Debido a estos cambios en la forma de los senos, la voz pierde su resonancia nasal y causa alteraciones en el lenguaje.

Estos cambios sobre el maxilar influyen sobre la órbita, pues la base del maxilar, que tiene forma de triángulo, sufre cambios en su ápice; que se encuentra en la base y parte interna de la órbita, deformaciones que pueden provocar cambios oculares.

#### EFECTOS MUSCULARES.

Durante la respiración bucal, el grupo de músculos suprahiodeos ejerce una fuerza directa hacia abajo y hacia atrás sobre la porción anterior del cuerpo mandibular durante la deglución. Esta acción se contraresta en la deglución normal por los músculos elevadores de la mandíbula.

Una forma de distoclusión se debe a una mala posición del cuello, en la que la cabeza se proyecta hacia adelante llevan-

do la mandíbula hacia abajo y hacia atrás, lo que sucede con los respiradores bucales al mantener abierta la boca constantemente, lo que también provoca pequeños cambios en los condilos y ramas mandibulares.

Esto también provoca que la lengua se mantenga por arriba del borde incisal de los dientes inferiores, descansando flácidamente sobre el piso de la boca y no contrarresta las fuerzas ejercidas por los músculos buccinadores, lo que hace que la región de los premolares se proyecte lingualmente. El maxilar se contrae, los senos maxilares y la cavidad nasal se angosten, lo que provoca el estrechamiento de la cara.

El labio superior se acorta y deja a los incisivos superiores que se proyecten labialmente, pues éstos pierden su acción modeladora.

Cuando el hábito de respiración bucal se debe a obstrucción de las vías aéreas, las narinas se contraen.

Las personas que respiran normalmente por la nariz, tienen un buen reflejo de los músculos del ala de la nariz, los que controlan el tamaño y forma de las narinas. Al respirar profundamente las narinas se dilatan, mientras que en el respirador bucal permanecen del mismo tamaño. Asimismo, en el respirador bucal los labios permanecen separados durante la respiración; el labio superior pierde tonicidad, se reduce, pierde longitud, mientras que el labio inferior parece enrollarse. En éstos individuos además, los labios resacos y agrietados son muy comunes.



## OTROS EFECTOS.

La respiración bucal prolongada puede iniciar cambios inflamatorios de la mucosa nasal, la que se atrofia por el desuso, mientras que las alas de la nariz se estrechan y el lenguaje adquiere un tono nasal. La acción bacteriostática de la secreción nasal está perdida, dando lugar a frecuentes infecciones. El sentido del olfato y del gusto disminuyen, así como el apetito. El tejido linfoide se hipertrofia por la venoestasis y por el impacto del aire frío no filtrado. Esta hipertrofia puede obstruir la trompa de Eustaquio produciendo audición defectuosa y ataques recurrentes de otitis media.

Se ha observado también hipertrofia gingival en los respiradores bucales, que puede ser producida por edema, pero en la mayoría de los casos es una verdadera hiperplasia. En la unión del tejido normal con el edematizado, por el lado labial puede observarse una "línea de respiración bucal". Esta línea limita el área expuesta al aire, al estar los labios separados.

La falta de presión ejercida por los labios y carrillos es en parte responsable de la condición edematosa de la enclavada marginal, llamadas "arrugas de tensión". Este tipo de gingivitis puede ser el resultado de la desecación del epitelio gingival y de la acumulación de detritus por la falta de acción de los labios, y por falta de humedad salival, propiciando el crecimiento bacteriano y todo esto conduce a la inflamación crónica.

El aire frío que choca contra la mucosa gingival expuesta, le produce vasoconstricción aumentando la susceptibilidad a las infecciones. Esta condición se puede observar en hábitos de boca abierta aunque no sean de respiración bucal.

Al respirar por la boca grandes cantidades de humedad de la mucosa oral y faríngea se absorven por el aire inspirado. Al researse la mucosa éstos individuos tienen la sensación de sed constante.

La función de la nariz es limpiar, humedecer y calentar el aire inspirado. La humedad y el calentamiento facilitan el intercambio de gases disuelto como el oxígeno y el dióxido de carbono entre el aire y la sangre a través del epitelio alveolar. Al no llevarse a cabo esto, los tejidos de recubrimiento del tracto respiratorio y de la boca, son afectados por el impacto del aire frío y seco.

La respiración bucal hace que las presiones hemáticas positiva y negativa se reduzcan tanto en la boca como en la nariz. Al disminuir la acción de cambio de las presiones, se produce estásis sanguínea, la cual conduce a un estado patológico de los tejidos de revestimiento de las mucosas, predisponiéndolos a infecciones.

La respiración nasal produce presión en nariz y boca durante la espiración, mientras que en la inspiración la presión negativa aumenata en ambas, siendo mayor en la boca.

Esta acción estimula el crecimiento normal y el desarrollo de las estructuras óseas.

Como ya se mencionó, la respiración bucal predispone al individuo a adquirir infecciones de las vías respiratorias por aire contaminado ya que la acción protectora del agente bacterios tático, lisozima, contenido en la mucosa nasal no está actuando. Este tipo de respiración interfiere con el desarrollo normal de la cavidad torácica con contracción del esternón y de las costillas inferiores, ya que la respiración bucal es superficial y poco estimulante.

#### VII. 3 TRASTORNOS OCASIONADOS POR HABITOS MASTICATORIOS. ( BRUXISMO, ONICOFAGIA ).

##### EFFECTOS DENTALES.

Los pacientes con hábitos de rechinar tienen una disminución en la altura coronal, formación de facetas, cambios en rebordes marginales y ranuras de los dientes posteriores.

El desgaste aparece sobre las vertientes de las cúspides, se reduce su inclinación y hace que el surco sea más llano. Cuando hay desgaste del punto de contacto dentario, pueden ocurrir espaciamientos, especialmente entre los dientes anteriores. Inclusive, en casos severos ha habido destrucción de la totalidad de la corona clínica de los dientes.

La onicofagia generalmente es culpada en la literatura ortodóncica como factor causante de malposiciones de los dientes

anteriores. Sin embargo tales referencias son vagas y son con sideradas bajo la generalidad de los hábitos. En realidad, no hay indicios objetivos, clínica o estadísticamente demostrables que prueben la tesis que la onicofagia causa maloclusión den tal. Se han encontrado sin embargo, traumas dentales, gingivitis y herpes como resultado de la onicofagia.

Se han registrado casos aislados en los cuales se muestra que la onicofagia vigorosa y continua causa destrucción alveo lar en los dientes usados para morder, o inclusive pérdida de dientes anteriores, pero más que por la onicofagia en sí, por la impactación de un trozo de uña entre los tejidos de soporte del diente.

La falta de evidencias en la literatura, nos lleva a concluir que la onicofagia ordinaria no provoca efectos serios en la dentición. La razón de esto puede ser que el uso de los dientes durante el acto de morderse las uñas no difiere mucho del acto común de morder e incidir durante la masticación.

En contraste con los efectos de los hábitos de succión como la succión digital, de los labios y la lengua, que frecuente mente causan deformaciones en la oclusión, especialmente duran te la etapa crítica de la dentición mixta, la onicofagia no lle ga a causar este tipo de problemas. Por lo tanto podría concluir se que el acto de morderse las uñas es un acto fisiológico para los dientes y el trauma dental raramente se presenta. Sin embar

go, es conveniente realizar estudios más profundos sobre este tema.

#### EFECTOS ÓSEOS.

Los efectos óseos ocasionados por los hábitos masticatorios, en especial el bruxismo y en ocasiones la onicofagia severa, acarrea una serie de daños a los tejidos de sostén del diente.

La salud del ligamento periodontal depende de una estimulación y función normal. Sin embargo en estos hábitos, especialmente el bruxismo, el aumento de presiones producen gran amplitud y engrosamiento del ligamento periodontal.

Al mismo tiempo, pueden resultar serios daños especialmente cuando hay presiones laterales y entrecruzamiento cus - pideo. La totalidad del periodonto puede llegar a estar involucrada. Un efecto mayor del bruxismo es la pérdida del hueso alveolar; en el bruxismo severo, rara vez existirá el efecto puro de las fuerzas axiales. Las fuerzas que se desvían de la dirección axial son menos resistidas por los tejidos. Un ligero aflojamiento del diente dentro de su alveolo, se presenta como un signo clínico inicial. Puede existir una pequeña regeneración inicial, hay interferencia con el riego sanguíneo del tejido óseo resultando reabsorción osteoclástica del hueso alveolar.

## EFECTOS MUSCULARES.

El apretamiento de los dientes trae como consecuencia una *contracción muscular isométrica* y como ya se mencionó, ocurren cambios patológicos de las estructuras de soporte del diente y alteraciones en la articulación temporomandibular. Los disturbios de la articulación temporomandibular y músculos asociados, acompañan comúnmente a las manifestaciones periodontales típicas del apretamiento, lo que conduce a una disminución progresiva de la presión sanguínea local, acumulación del producto final del metabolismo y fatiga de los músculos involucrados. El tono muscular aumenta y hay una resistencia incontrolada para manipular la mandíbula.

El rechinar persistente estimula constantemente la actividad de la musculatura, produciendo una mayor fuerza de la masticación, resultando una hipertonicidad de los músculos masticatorios. Esto produce una sensación de fatiga o cansancio en los músculos sobre todo al despertar en la mañana. También puede haber dolor a la palpación; otra manifestación de este hábito puede ser una disfunción neuromuscular con desplazamiento de los cóndilos.

Sin embargo, lo más común es que exista un síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular lo que también es conocido como dolor masticatorio, artralgia temporomandibular, mialgia masticatoria o más correctamente, sin

drome de dolor y disfunción miofacial.

#### OTROS EFECTOS OCASIONADOS POR LOS HABITOS MASTICATORIOS.

El bruxismo puede conducir a dolor crónico de cabeza, aunque ésta correlación no está totalmente clara se ha postulado que esto se debe a un disturbio circulatorio en los músculos. Las manifestaciones del bruxismo difieren con el tipo de hábito: el apretamiento o bruxismo céntrico, es un contacto repetitivo, prolongado, fuerte de los dientes con o sin movimiento mandibular.

Las secuelas patológicas del apretamiento son más generalizadas y más serias que las resultantes del rechinar. Pueden presentarse también evidencias histológicas tales como hemorragia y necrosis.

Se observa también una alta incidencia de dientes móviles, que contribuyen a la impactación de alimentos. Radiológicamente, el diente muestra pequeños desgastes y reabsorción radicular y radiolusencia apical.

En ocasiones se presentan fracturas de dientes, restauraciones, cúspides y aún fracturas y desgastes de las prótesis. También pueden observarse traumatismos en la mandíbula y tendencia a morderse los carrillos, labios o lengua.

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

- Los hábitos orales perniciosos pueden ser determinantes patológicos por ejercer presiones no fisiológicas, por constituir obstáculos para el desarrollo armónico y por provocar secundariamente hábitos musculares viciosos.
- Al niño hay que darle toda la importancia y el respeto que se merece como individuo.
- El Cirujano Dentista debe ser capaz de determinar y eliminar o reducir al mínimo, los factores etiológicos para un caso determinado si el tratamiento ha de ser efectivo y permanente.
- En la etiología de los malos hábitos orales del niño, interviene factores psicológicos y es indispensable, por lo tanto tratar las causas y no sólo los síntomas del mal hábito, considerando al paciente como un hombre íntegro.
- En la actualidad la terapia se funda en la detección médico-odontológica del problema psicológico del niño y tiene de a desplazar a la antigua terapia mecánica.
- En la disciplina Estomatológica nuestros principales esfuerzos deben estar orientados a la prevención. Si bien es grande la importancia de cuidar todas las variaciones patológicas, jamás debemos olvidar que en las profesiones médicas, la prevención es más importante que la corrección.



- Es de suma importancia que en caso de que el Cirujano Dentista fracasase en su intento por ayudar al paciente a eliminar el hábito oral pernicioso recurra a la asesoría de uno o varios especialistas.
- Es indispensable para obtener buenos resultados, tanto desde el punto de vista anímico del paciente, como desde el punto de vista oral, el tener una guía bien establecida para decidir cuando sí y cuando no interferir con los hábitos orales perniciosos.
- Es indispensable que se pueda contar con diferentes rutas para llegar a obtener el resultado apetecido, así como para conocer los diferentes medios de contención de acuerdo a las necesidades específicas de cada niño, el éxito de un tratamiento no sólo es el de lograr interferir y detener un mal hábito oral, sino resolver problemas de oclusión y de dicción tanto presentes como futuros en el infante.
- Es necesario contar con los medios audiovisuales adecuados para poder informar debidamente al paciente de nuestras intenciones y de las metas comunes que estamos persiguiendo, y que lograremos obtener mediante el trabajo y la cooperación de ambas partes.
- Es fundamental que el paciente y el Cirujano Dentista estén de común acuerdo en el tratamiento a seguir y exista ayuda mutua tanto como apoyo de los padres del infante para resolver el problema.

- En el tratamiento y control de los hábitos orales es conveniente recordar que el convencimiento y el estímulo son más efectivos que el castigo.
- Los hábitos orales perniciosos pueden acarrear trastornos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, estéticos y determinar en cierto grado, la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en sí mismo.
- Numerosas maloclusiones y deformidades dento-faciales son causadas o agravadas por la práctica de hábitos pernicio - sos, como la succión del pulgar, de otros dedos, lengua , carrillo o labio y morderse las uñas, morderse el labio, el carrillo, adelantar la lengua, bruxismo y la introducción en la boca de objetos varios.
- El grado de deformidad causado por los hábitos orales de - fectuosos depende de la respuesta del hueso a las presio - nes aplicadas y a la frecuencia e intensidad con que se practica el hábito.

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

- 1) Azrin, N.H., et al.: "Habit- Reversal: A Method of Eliminating Nervous Habits and Tics". Behav Res Ther 1973 (11) 619-628.
- 2) Azrin, N.H., et al.; "Habit Reversal Vs. Negative Practice Treatment of Nailbiting". Behav Res Ther 1979 (18); 281-285.
- 3) Azrin, N.H., et al.: "Habit Reversal Treatment of Thumb-Sucking". Behav Res Ther 1980; 18 (5) 395-9.
- 4) Barghi, Nasser. y Rey, Bosch Rogelio.: Oclusión Básica para Estudiantes de Odontología. Facultad de Odontología, -- U.N.A.M. Ciudad Universitaria, México 1984.
- 5) Barret, R.H.: "One Approach to Deviate Swallowing". Am J-Orthod Oct 1961 (47) 10, 726.
- 6) Braver, John Ch., Tr. Leyt Samuel.: Odontología para Niños. Editorial Mundi, Buenos Aires 1960.
- 7) Berkstein, S.CH. y Rajunov, S.S.: "Análisis de los Hábitos Orales". Rev Asoc Den Mex Marz- Abr 1980 (37) 2.
- 8) Bucher, B.D.: "A Pocket- Portable Shock Devile with Application to Nailbiting". Beha Res Ther 1968 (6) 389-392.
- 9) Clarke, N.G.: "The Treatment of Myofascial Pain-Dysfunction Syndrome Using the Biofeedback Principle". J Peridont Oct 1977 (48) 10.

- 10) Chateau, J. Michael.: Tratado de Ortodoncia. Madrid, 1950.
- 11) Dodd, C.G.: "Tongue Thrust: A Problem of Now". *Arkansas Dent J* 1981 Apr 52 (1) 8, 28.
- 12) Fastlicht, J.: "Respiración Bucal". *Asoc Dent Mex Nov-Dic* 1967 (24) 6.
- 13) Fastlicht, J.: "Como Ayudar al Chupadedos a Controlarse". *Rev Asoc Den Mex Sept- Oct* 1972 (29) 5.
- 14) Finn, Sidney B.: Odontopediatria Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Todas las Enfermedades del Niño y del Adolescente. Bibliográfica Argentina, Buenos Aires 1959.
- 15) Funch, D.P.: "Factors Associated with Nocturnal Bruxism and Its Treatment". *J Behav Med* Dec 1983 (3) 4.
- 16) Gallagher, S.D.: "Diagnosis and Treatment of Bruxism: A Review of Literature". *Gen. Dent* Mar- Apr 1980; 28-(2) 62-5.
- 17) García- Godoy F.: "Hábitos de Succión en Niños de 6-15 Años de Edad de Santo Domingo". *Acta Odontol Pediat* Junio 1982 (3) 1, 1-4.
- 18) Gillahan R.D.: "The Psychological Aspect of Occlusion". *J Mo Dent Assoc* May-Jun 1981; 61 (3) 28-31.
- 19) Goldberger, J.M.: "Tongue Thrust: Report of Cases". *JADA* March 1973 (86) 3.

- 20) Graber, T.M.: Ortodoncia, Teoría y Práctica. Editorial - Mundi, Buenos Aires 1974.
- 21) Gwynne- Evans E.: "The Mouth Breather". Brit M J Nov- 1957 (9).
- 22) Hamada, T., et al.: "Effect of Occlusal Splints on the EMG Activity of Masseter and Temporal Muscles in Bruxism with Clinical Symptoms". J Oral Rehab 1982 (9), 119-123.
- 23) Harndt, Ewald., Weyers, Helmut. Tr. Schwarcz y Martínez Horacio. : Odontología Infantil, Patología, Diagnóstico y Terapéutica de la Boca y de los Maxilares. Editorial- Mundi, Buenos Aires 1969.
- 24) Haryett, R.D., et al.: "Chronic Thumb-Sucking" Am J Orthod Feb 1970 (57) 2.
- 25) Hemley, Samuel., Kronfeld, M. Sidney.: Odontología Clínica de Norteamérica. Simposio sobre Pseudodoncia. Serie 5, Vol. 15 Editorial Mundi, Buenos Aires 1963.
- 26) Herman , Ernest.: "Influence of Musical Instruments - on Tooth Positions". Am J Orthod 1981 Aug 80 (20) 145-55.
- 27) Hogeboom, Floyd Eddy.: Odontología Infantil, Dentística Sanitaria Pública. Editorial UTEHA, Buenos Aires 1940.
- 28) Hogeboom, Floyd E., et al.: Odontología Infantil e Higiene Odontológica. Editorial Hispanoamericana, México - 1958.

- 29) Horne, D.J., et al.: "Habit Reversal Treatment for Fingernail Biting". Behav Res Ther 1979 (18) 287-291.
- 30) Jiménez, González E.: "La Cura Sugestiva Nocturna de los Hábitos Bucales Perniciosos". Rev Cub Est 1977 - (14) 1.
- 31) La Escuela Odontológica Alemana: Ortodoncia. Tomo IV, - Editorial Labor, Barcelona 1944.
- 32) Lichstein, K.L., et al.: "A Nonaversive Intervention for Thumbsucking: Analysis Across Settings and Time in the Natural Environment". J. Pediatr Psychol 1980 Dec-5 (4) 405-14.
- 33) Lundeen, D.J., et al.: "Clinical Study of Dental Caries and Tongue Thrust". JADA May 1974 (88) 5.
- 34) Martínez, Ross E.: "Bruxomanía y Apretamiento de Dientes". Rev Asoc Den Mex 1972 (29) 424-429.
- 35) Massler, M., et al.: "Mouth Breathing. II. Diagnosis and Treatment". JADA Jun 1953 (46) 6.
- 36) Massler, M., Malone, Anthony.: "Nail Biting- A Review". Am J Orthod 1954 (36) 351-67.
- 37) Mc Donald, Ralph E. : Odontología para el Niño y el Adolescente. Editorial Mundi, Buenos Aires 1976.
- 38) Michael C. M. Tr. Leyt Samuel.: Odontología Pediátrica. Editorial Mundi, Buenos Aires 1957.

- 39) Miller, Samuel Ch.: Diagnóstico y Tratamiento Bucal. Editorial La Médica, Argentina 1957.
- 40) Morbán, L.F.: " Los Hábitos Orales en el Niño y sus Traumas Psicológicos ". Act Odont Pediat Jun 1982 (3) 5-11.
- 41) Morris, L. Alvin, Bohannon H.M.: Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General . Editorial Labor, Barcelona España 1974.
- 42) Moss, R.A., et al.: " A More Efficient Biofeedback Procedure for the Treatment of Nocturnal Bruxism ". J Oral Rehab 1982 (9) 125-131.
- 43) Moyers, Robert E. Tr. Reygadas Fermín.: Tratado de Ortodoncia. Editorial Interamericana, México 1960.
- 44) Müller, E., et al.: " Bruxismo, Revisión Bibliográfica ". Act Odon Ven 1982 May-Ago (20) 2.
- 45) Odontología Clínica de Norteamérica.: Diagnóstico y Planeo del Tratamiento Oral. Editorial Mundi, Serie VII Vol 19, - Buenos Aires 1966.
- 46) Oyarzabal. : Ortodoncia- Aparatos e Instrumentos. Odontopediatría, Terapéutica. Editorial Junin, Buenos Aires.
- 47) Pheian, William J.; et al.: " Severe Hemorrhagic Complication from Thumb Sucking ". Clin Pediatr (Phila) 1979 - Dec; 18 (12): 769-70.
- 48) Pohio, P.: " Experimental Aggression and Bruxism in Rats ". Act Odon Scand 1979 (37): 117-126.

- 49) Ruff, R.: "Manifestaciones Orales de los Malos Hábitos en el Niño". Rev Asoc Den Mex Jul- Agos 1967 (24) 4.
- 50) Rotberg, Saill.: "El Control Clínico en el Hábito de -  
Succión Digital". Rev Asoc Den Mex Marz- Abr 1972 (29):  
2.
- 51) Rosenbaum, M.S., *et al.*: "Treating Bruxism with the Ha-  
bit- Reversal Technique". Beh Res Therap 1981; 19 (1) :  
87.
- 52) Sim, M. Joseph., Flinn, B. Sidney., Tr. Muñoz Seca C.: Odonto-  
logía Pediátrica. Editorial Interamericana, México 1976.
- 53) Thilton, Peter.: "Hypnotic Treatment of a Child with -  
Thumb- Sucking, Eneuresis and Encopresis". Am J Clin -  
Hypn 1980 Apr 22 (4) 238-240.
- 54) Ware, Em.: "Tooth Loss from Fingernail Biting". Tex -  
Dent J 1980 Jun: 98 (6) 9.
- 55) Zeldow, Leonard L.: "Treatment Clenching and Bruxing by  
Habit Change". JADA July 1976 (93) 1.