

U. N. A. M.



**HABITOS BUCALES PERNICIOSOS
EN EL NIÑO**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN:**

**García Gómez Margarita
Giaccardi Barrios Yolanda**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

En los últimos años se ha prestado especial interés a la odontología infantil, ya que en ella se basa el futuro odontológico del paciente. Se ha estudiado tanto la morfología de las piezas dentales infantiles, como la operatoria, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento infantil, así como factores hereditarios y nutricionales que influyen en el desarrollo normal del niño.

El presente trabajo a sido motivado por los distintos problemas que se presentan en niños con hábitos orales que son perniciosos tanto para su salud dental como para su salud en general. Estos se presentan con cierta -- frecuencia, siendo de gran importancia por las deformaciones bucodentales que ocasionan la presencia y persistencia de los mismos.

Esta tesis, tiene como propósito ubicar algunos aspectos básicos en -- torno a los hábitos orales, como son diagnóstico, tipos de hábitos, consecuencias y tratamientos en una edad que va desde el nacimiento del individuo hasta los doce años aproximadamente.

Previamente analizaremos en forma somera la histología, desarrollo y cronología de erupción del diente, así como el desarrollo psicológico del -- niño para que aunado todo esto, se pueda llevar a cabo un correcto diagnós-- tico odontológico infantil.

De acuerdo a la necesidad del caso que se nos presenta, se debe estar-

conciente que el tratamiento dental no es suficiente, se requiere de la ayuda del pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño.

INDICE

I INTRODUCCION

II DESARROYO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

1. Enfoque psicológico.
2. Desarrollo psicológico normal del niño hasta los seis años.
3. Influencia de los progenitores.
4. Extremos de comportamiento en los padres:
 - a) Rechazo
 - b) Sobrehostilidad y negligencia
 - c) Perfeccionismo
 - d) Sobreprotección compensadora
 - e) Sobreprotección
 - f) Ansiedad excesiva
 - g) Padres autoritarios
 - h) Falta de afecto
 - i) Identidad
5. Cuadro de los principales tipos de actitudes de los padres.
6. Cuadro de causas que pueden originar actitudes anormales en el niño.

III HISTOLOGIA, DESARROLLO Y CRONOLOGIA DE LA DENTICION.

IV TIPOS Y CONSECUENCIAS DE HABITOS BUCALES

1. Introducción:

- a) Reflejo de succión
- b) Actos bucales no compulsivos
- c) Hábitos bucales compulsivos

d) Etiología

2. Tipos y consecuencias de hábitos bucales, perniciosos, en el niño:

a) Succión digital

b) Succión labial

c) Empuje lingual

d) Hábitos de deglución

e) Empuje de frenillo

f) Mordedura de uñas

g) Hábitos de postura

h) Hábitos masoquistas o de automutilación

i) Abertura de pasadores de pelo

j) Respiración bucal

k) Bruxismo

V DIAGNOSTICO.

1. Historia Clínica

2. Historial médico y odontológico del niño

3. Finalidad de la historia clínica

VI TRATAMIENTO

1. Psicológico

2. Con instrumentos intrabucales

3. Métodos extrabucales

VII CONCLUSION

ENFOQUE PSICOLOGICO

Sabemos que la salud es un proceso activo del ser humano en virtud del cual éste trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y sociocultural en que cada persona transcurre y que debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño no solo como la adecuada evolución de su anatomía y fisiología. Estamos obligados a ver en nuestro paciente niño algo más que sus dientes. No debemos eludirle como persona total, porque así enfrenta la situación odontológica. Pensamos que centrar la atención solamente en el problema dentario es -- inadecuado.

Porque, además de la información que el niño tiene de lo que pasa en su diente (aspecto físico) , también piensa en su diente, en el odontólogo y sus procedimientos (aspecto mental) y lo que es muy importante siente sobre lo que le sucede o le puede suceder (aspecto emocional).

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; esto es, la acción, las actitudes y la personalidad del niño.

El crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales. El sistema nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace posible los sucesos.

La esfera psicológica y la física de maduración es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innatos, no susceptibles rápidamente a influencias aceleradoras. A un niño no se le puede enseñar un modo de com-

portamiento hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza.

Pensamos que es interesante mencionar la importancia de la boca y -- los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a éstos órganos, como causa del fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y sus procedimientos. La boca, solo por ella el ser humano puede superar la tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento.

El individuo viene ya dotado de un mecanismo de succión que le permitirá con todas las adaptaciones necesarias, volver a unirse con su madre. El recién nacido tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado. Si sus tensiones internas son calmadas prontamente, la imagen de la madre buena, gratificadora representante del nuevo mundo, será introyectada junto con el alimento. Si la madre continúa brindando desde afuera la comodidad y bienestar consistente y, por lo tanto, predecible, ella se convierte en una certeza psicológica, una fuente constante de reaseguro de que sus necesidades serán resueltas por su nuevo medio ambiente. A esto se le llama confianza básica. Pero si su tensión aumenta porque sus necesidades no son satisfechas, el bebé aceptará eventualmente la leche, pero incorporará también la imagen de su madre con la carga de rechazo que él proyectó mientras el llanto expresaba su incomodidad y tensión.

Las fantasías provocadas por esas emociones tempranas, aunque olvidadas, tienen permanente vigencia y constituyen la base de la ansiedad al --

reactivarse la situación traumática.

La aparición de los dientes plantea una nueva separación de la madre. Resulta imposible saber qué es lo que el infante siente a medida que sus -- dientes perforan desde adentro en la misma cavidad oral que hasta ese momento constituía el principal asiento de placer y fundamentalmente el centro del placer y que tipo de dilema masoquista puede originarse del hecho de -- que la tensión y dolor que causan los dientes, esos saboteadores internos, -- pueden aliviarse sólo mordiendo más fuertemente.

La boca es el centro de un primer enfoque general de la vida: el enfoque incorporativo.

La incomodidad que crea la erupción dentaria y otros cambios en la maquinaria oral, por una parte, a lo que debe agregarse su conciencia (la del in fante) como persona diferente y el alejamiento gradual de la madre, origina una crisis que es difícil de determinar y aún más difícil de verificar.

Con lo mencionado anteriormente podemos decir que el cirujano dentis ta trabaja en una zona tremendamente cargada de afectividad, con amplias y hondas connotaciones conscientes e inconscientes.

Hay un rechazo primario de los dientes como reacción a nivel incon-- sciente por la "trampa" que tienden al infante y le obligan a separarse de su madre.

No cabe duda que la confusión de sentimientos hacia los dientes, hacia la madre que retira el seno tiene que dejar una huella profunda. No nos extrañe que la proyección en el odontólogo (justamente el explorador de esa zona) de esos sentimientos, constituya el origen de muchas tensiones y ansiedades

inexplicables en el sillón dental. Es importante poner límites justos y oportunos, aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no -- tan superficiales. El niño debe de sentir que la persona que tratará con su boca, es un adulto fuerte y eficaz.

Debemos de ser para el niño una autoridad permisiva. Hablaremos sobre las tres zonas de la disciplina que sugiere Fritz Redl quien ubica la conducta del niño en tres zonas: verde, amarilla y roja.

La zona verde - Aquí surgen las conductas deseadas y autorizadas. Se otorga libre y graciosamente el "sí".

Zona amarilla - Aquí toleramos una determinada conducta no autorizada, - por diferentes razones, como podrían ser casos de aprendizaje (la edad del niño nos marca determinadas pautas de hasta donde puede dar y podemos - exigir) o en situaciones difíciles (accidentes, enfermedades, problemas familiares como fallecimientos, separación de la pareja, etc.). Corresponde, entonces, cierta elasticidad para comprender y aceptar.

Zona roja - Aquí surgen las conductas que no deben tolerarse de manera - alguna y que deben detenerse, porque ponen en peligro la salud y el bienestar de la situación. Es tan importante ser prohibitivo en la zona roja, como ser permisivo en la verde. Cuando a un niño se le permite un comportamiento que él sabe no debe tolerarse, su ansiedad aumenta. Una intervención firme, si bien amistosa, tan pronto un niño hace algo que deseamos impedir, no solo crea menos amargura que el castigo sino que, a largo plazo,

resulta mucho mas eficaz. Esta intervención amistosa limitadora provee - al niño de un modelo para la regulación eficaz de sus conflictos .

Los problemas emocionales de los padres que tanto afectan al niño; son conscientes sólo en parte y, por consiguiente, imposibles de controlar.

Las ansiedades maternas se expresan en los niños y juegan fuerte, se cree que son el factor principal que afecta la conducta de los niños pequeños.

Una breve entrevista o cuestionario preoperatorio, para identificar los- niños más propensos a reacciones negativas y actuar en consecuencia.

Las mayores dificultades para esta labor se presentan en los niños con una mala relación con los padres desde la primera infancia, o que crecieron -- sin ellos, o en quienes la carencia afectiva es notable (niños cuyas madres no están con ellos, dejados con abuelos, o con personal de servicio, etc.).

DESARROLLO PSICOLOGICO NORMAL DEL NIÑO

HASTA LOS SEIS AÑOS

El odontólogo que guía a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos dejándolos y modificándolos.

Es un hecho conocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. La edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento se deben de considerar ambas edades, fisiologica y psicologica.

Es conveniente prestar atención a las pautas de conducta y al grado de desarrollo que pueda esperar a cierta edad y se debe procurar determinar si el niño se esta desarrollando según la norma.

Dos años:

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón, se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años mientras que en otros la cooperación es limitada. Se dice del niño de dos años que esta en la etapa precooperativa. Prefiere el juego solitario pues no ha aprendido a jugar con los otros niños. El niño de dos años se lleva bien con los miembros de su familia, sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito. Puesto que

a esta edad el niño es tímido ante la gente extraña y los lugares y le resulta difícil separarse de sus padres.

Tres años:

Con el niño de tres años se puede razonar y comunicar con más facilidad.

Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias.

Los niños de tres años y los menores de tres, en situaciones de stress o cuando se les lastima, están fatigados o asustados automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad.

Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos.

Cuatro años:

El niño de cuatro años por lo común escucha con interés las explicaciones y, responde bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. En algunas situaciones puede tornarse bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras.

En general si el niño ha vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina es un niño muy cooperador.

Cinco años:

A esta edad el niño está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas .

Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de infantes, o al -

consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico - suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden -- muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

Seis años:

A esta edad la mayor parte de los niños se separan los lazos muy estrechos con la familia. Es aún, empero, una época de transición importante y pue de aparecer una ansiedad considerable .

Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad un pico, con lo que - pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. A esta edad suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas. Muchos de los preescolares tendrán miedo a los perros, a los elementos o aún a los seres humanos . Algunos niños tienen temor a los traumatismos en su cuerpo . Un ligero rasguño o la vista de sangre pueden causar res - puestas desproporcionada con la causa . Con la debida preparación se pue - de esperar que el niño de seis años responda de manera satisfactoria.

INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES

El niño puede conceptualizarse como un conjunto de interrelaciones de estímulos y respuestas. Al medio que lo rodea se le concibe, como eventos que actúan sobre el niño, como algunos estímulos específicos y eventos disposicionales. El niño y su medio interactúan continuamente desde la fertilización hasta la muerte. Por lo tanto el desarrollo psicológico del niño esta constituido por cambios progresivos en las diferentes maneras de interactuar en el medio. El desarrollo progresivo depende de las oportunidades y circunstancias en el presente y en el pasado.

Hay dos formas básicas en las que las respuestas pueden relacionarse con los estímulos:

- a) Algunas respuestas son controladas por la estimulación precedente y,
- b) Algunas respuestas son controladas por la estimulación consecuente.

No es fácil llevar a evaluaciones estadísticas las actitudes de los padres - con respecto a sus hijos, ya que son muy complejas, variables en sus manifestaciones, intrincadamente dependientes de sus formas de proyección e identificación. Sin embargo, existen patrones de conducta que se parecen considerablemente unos a otros y pueden señalarse y estudiarse como síndromes, como tipos de relaciones padre-hijo.

Los padres difieren grandemente en sus actitudes hacia los niños. Aquellos que han tenido que esperar mucho tiempo para tener un hijo después -- del matrimonio o que se casaron tarde, tienen tendencia a ser sobreactivos o sobreprotectores. El rechazo o la indiferencia hacia los niños es co-

mún cuando su concepción no era deseada o cuando los padres son muy jóvenes y no están lo suficientemente maduros emocionalmente para aceptar las responsabilidades de la paternidad.

Los problemas en la vida emocional de los padres en sus relaciones matrimoniales generalmente conducen a problemas en el manejo del niño, también una educación demasiado transigente con el hijo o hijos puede ser producto de grandes diferencias de edad entre los padres o de incompatibilidades. En ocasiones los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas.

EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES

Rechazo:

An algunas épocas y a través de la historia ha habido un rechazo hacia los niños recién nacidos en general, o hacia aquellos con defectos físicos o con determinado sexo. Actualmente ese rechazo tribal está erradicado, sin embargo, existe el rechazo de los padres hacia los hijos por diferentes causas la mas generalizada es aquella hacia el niño que no se desea su nacimiento. Generalmente este rechazo es el producto de una concepción accidental. Existen diferentes grados y respuestas que van desde el intento frustrado de aborto hasta el abandono del niño después del nacimiento. Estas son las

dos reacciones de rechazo por parte de los padres. La mayoría de los niños deseados o no, permanecen con los padres. La relación entre el padre rechazante y el niño rechazado tiene una profunda influencia en el medio ambiente de ambos y en el desarrollo de la personalidad del niño.

Acerca del rechazo de las madres hacia sus hijos; sus relaciones interpersonales defectuosas traen como consecuencia su falta de habilidad para adaptarse a la vida de casada, asumiendo sus obligaciones normales con la sociedad y con sus hijos. Su rechazo hacia el niño, es únicamente una faceta de neurósis. En algunas ocasiones, la madre siente temor por el embarazo y considera que el niño es un intruso en su vida íntima. En algunos casos, pocos por cierto, la madre ha sido sobreprotegida durante su vida antes del matrimonio y no le es posible aceptar sus responsabilidades como adulto frente a su hijo.

Una de las principales causas de rechazo de los padres hacia sus hijos, son las siguientes:

- a) Incompatibilidad social de los padres.
- b) Peleas frecuentes entre ellos.
- c) Matrimonio forzado.
- d) Desilusión en él o en ella sobre el sexo de su hijo.
- e) Falta de afecto de uno de los padres hacia el otro.
- f) Falta de consideración del esposo hacia la esposa o viceversa.
- g) Disgusto o miedo por parte de la madre hacia el embarazo.
- h) Matrimonio al que se opusieron los parientes.
- i) Interrupción de la carrera de la madre o de sus actividades sociales.

Hubo un gran porcentaje de madres que venían de hogares desechos y que a su vez fueron brutalmente rechazadas. El rechazo por parte del padre no es muy común, además de que no está tan estudiado como el de la madre, en general obedece a dos cosas:

1. Siendo el padre en un caso dado, la parte no dominante del matrimonio, trata de comparar su aceptación estando de acuerdo con la madre en el rechazo hacia el hijo.

2. O bien, puede ser la expresión de sus propios problemas emocionales, Por lo tanto, puede rechazar al niño al sentirse celoso o ver en él un rival. Puede también, identificarse tanto con el niño, que le transfiera los odios que siente hacia sí mismo.

Por supuesto, es difícil encontrar el rechazo absoluto así como la aceptación. Estas reacciones deberán evaluarse en grados de acuerdo a una escala dada y racionalizando estas actitudes.

Desde el punto de vista clínico, encontramos tres manifestaciones de rechazo:

- a) Sobrehostilidad y negligencia
- b) Perfeccionismo
- c) Sobreprotección compensadora

Sobrehostilidad y negligencia:

La hostilidad de los padres hacia sus hijos se manifiesta por irritación constante, castigos, uso de nombres ofensivos hacia el niño, etc. La negligencia puede manifestarse en el hecho de que los padres permiten que sus hijos lleguen a su casa hasta horas muy tardías, o que pasen la mayor parte del

día fuera.

Existe otro tipo de hostilidad y negligencia por parte de los padres, que no es tan absoluta, pero no por eso menos dañina. Por ejemplo: sustituir rápidamente o desde un principio el pecho de la madre por la botella, o regresar innecesariamente al trabajo después del parto, etc. La personalidad del niño en todas estas circunstancias estará hambriento del cariño y cuidado de la madre, así como de otros sentimientos de protección y cuidado implícito en las relaciones madre-hijo. Este factor sería un medio propicio para el hábito de la succión del dedo, que más adelante habría que corregir.

Perfeccionismo

Al estar los padres concientes que sus sentimientos de rechazo hacia sus hijos son severamente condenados por la sociedad, necesitan una razón para rechazarlos; esta razón que se dan, consiste en que no quieren al niño en la forma en que es, y se dedican con energía a corregir lo que consideran defectuoso. Por lo general, la madre lo introduce bruscamente en un patrón de costumbres y horarios al que deberá, a toda costa, adaptarse el pequeño. Este perfeccionismo por parte de los padres crea en el niño la no satisfacción de sí mismo. La limitación que lo ha tratado de conducir a la perfección en todos sus actos a temprana edad es generalmente la causa de que se desarrollen en él, tendencias obsesivas y compulsivas. Las frustraciones constantes que obtienen a partir de su falta de habilidad para obtener metas imposibles, lo hace adoptar una actitud de fracaso, de desesperación y falta de seguridad en sí mismo. Los chicos que son producto de una educación negligente son conducidos fácilmente hacia la delincuencia.

Sobreprotección compensadora

Es muy parecida esta conducta al perfeccionismo, con la diferencia que esta centra el énfasis en la madre misma y en sus actividades, donde trata de proteger al niño de daños futuros en forma exagerada, teme que el niño se enferme y muera o que aprenda malos modales de sus compañeros de juego y crezca lejos de ella.

Podemos decir que las consecuencias ante éste tipo de actitud de los padres son: hijos que se sienten inferiores y olvidados, que no están seguros de sí mismos y de su lugar dentro de la sociedad, donde desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad, estos niños pueden sufrir de críticas constantes o pueden ser molestados y atormentados continuamente con demostraciones abiertas de desagrado; en algunos casos se encuentran tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que éstos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los llevan a ansiedades profundas.

Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y ésto le hace buscar la compañía de otros niños parecidos a él.

Sobreprotección

Todo niño necesita amor y afecto, sin embargo, a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de sus hijos, sin permitirles que jueguen con otros niños, es común que tengan este tipo de conducta, por ejemplo, madres que hallan perdido uno o más hijos debido a una enfermedad o accidente; o que presenten incapacidad para tener más hijos, y en casos en los que la madre tuvo que esperar mucho tiempo para concebir un hijo. Generalmente el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo; donde al niño se le presta ayuda en cada una de sus tareas, incluso la más mínima; la madre ayuda al niño a vestirse y a alimentarse, y toma parte activa en sus actividades sociales. En tales casos sus juegos y trabajo se ven restringidos por miedo a un daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos. Hay una infantilización (donde trata al niño como un bebé) evitando así la madurez social del niño.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por un dominio extremo o una indulgencia excesiva. El que la madre se vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende de la disposición innata del niño y de como reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él. Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

Mientras que dentro de la educación en la que los padres presentan una actitud de negligencia o perfeccionismo, el niño vive en un refrigerador emocional, en el caso de la sobreprotección el chico vive en un horno. En tales casos se le hace imposible la maduración y la emancipación gradual; en cualquier momento que el niño intente hacer algo por sí mismo, es enviado inmediatamente al horno emocional; donde la madre se alarma si éste llora, o si quiere más o menos comida, etc.

Los padres que son demasiado indulgentes o que dan demasiados lujos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A éstos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, teniendo ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Al ser esta protección de los padres anormal, el niño tiene la reacción de vivir en tensión constante, en tales casos se vuelve dependiente y cobarde para enfrentarse a situaciones nuevas y extrañas.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos; éstos niños no son agresivos, carecen de presunción y empuje social, son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas, pero son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina.

Ansiedad excesiva

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva de parte de los pa-

dres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo, donde no se le permite que juegue o trabaje solo, exagerando enfermedades de poca importancia haciéndole guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos, se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Esta sería otra de las razones para que el niño se hiciera adicto a algún hábito, pero si se alienta y asegura generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

Padres autoritarios

En este caso los padres critican y desapruaban cualquier actitud o conducta del niño, pero sin llegar al extremo del perfeccionista. El niño se siente así mismo negativo, rechaza o resiste los intentos de realizar cualquier plan de acción sobre él. Los padres exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica, no aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados, son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo el cual lo manifiesta con tensión física y se retira frente a cualquier intento de aproximación. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible.

Falta de afecto

Los padres son indiferentes hacia el niño y le dedican muy poco tiempo por razones sociales o económicas, situaciones tales como la incompatibilidad

entre la madre y el padre, celos en la familia, la presencia de madrastra o padrastro puede provocar un sentimiento de inseguridad en el niño. Todos los niños tienen fracasos y si no es por el afecto y la comprensión de sus padres se vuelven cobardes. El niño que vive bajo este ambiente de falta de afecto es tímido, callado, prefiere estar a solas, tiene muy poca o ninguna seguridad en sí mismo, se rehusa a tomar decisiones y llora con mucha facilidad. También muy fácilmente puede desarrollar malos hábitos y estar constantemente malhumorado. Cuando se convierta en una persona adulta será falto de seguridad y confianza en sí mismo.

Identidad

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora con facilidad, no tiene confianza en sí mismo y trata de hacer poco por miedo al fracaso.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por parte de los hijos, para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de supresión en casa, parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros, están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades, en cambio, el hijo mayor ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor es a menudo conservador y de comportamiento moderado, se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores. El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Las relaciones entre hermanos no son tan importantes como las relaciones con los padres, pero también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de supersonalidad, la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño. Existen muchos factores además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad del niño; entre éstos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, moralidad, etc. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad, pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido. Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad, pue

den llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión, sin embargo, son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos.

Un hogar excelente para una adecuada formación, es un hogar cálido y amistoso donde se busca continuamente la felicidad, donde los hijos son queridos y donde la sociabilidad recibe énfasis.

Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

Todas estas actitudes por parte de los padres que hemos señalado, son pobres sustitutos del afecto real, genuino y natural; indican dificultades emocionales en los padres y crean profundas dificultades en el niño.

CUADRO DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE ACTITUDES DE LOS PADRES

ACTITUD	VERBALIZACION CARACTERISTICA	MANEJO DEL NIÑO	REACCION DEL NIÑO
Aceptación y afecto	Es el niño quien hace interesante el hogar	Caricias, juegos, paciencia	Desarrollo normal de la personalidad
Rechazo	Lo odio "no me molestaré por él"	Negligencia, castigos severos	Agresividad, superficialidad en afectos
Perfeccionismo	"no lo quiero como es", "lo cambiaré"	Desaprobación	Frustración, falta de confianza en sí mismo
Sobreprotección	"claro que lo quiero, miren como me sacrifico por él"	Sobreindulgencia, coerción	Retardo en la maduración y en la emancipación, Dependencia protectora de la madre.

CAUSAS QUE PUEDEN ORIGINAR ACTITUDES ANORMALES EN EL NIÑO

EL PADRE	LAS CIRCUNSTANCIAS	EL NIÑO
- abusaron de él cuando niño	- se cambió a una nueva comunidad	- es muy nervioso
- vivió en un hogar inestable durante sus primeros cinco años	- una ruptura en las relaciones con los parientes	- es hiperactivo o retraído - es lento o "raro"
- consumo excesivo de alcohol o droga	- presión financiera - vivienda muy estrecha	- provoca castigos para llamar la atención
- infelicidad en el matrimonio	- muchos niños pequeños en casa	
- cree firmemente en el castigo corporal	- pérdida del trabajo	
- gran antipatía por él mismo o por el niño	- enfermedad seria o muerte de alguien cercano	
- siente gran stress interior (el sentimiento de "no puedo con esto")	- divorcio - la pérdida de un amigo cercano	

HISTOLOGIA _DESARROLLO Y CRONOLOGIA DEL DIENTE

Histología del diente

Conceptos generales

El diente consta de tres partes: corona, cuello y raíz (Fig.1). La corona clínica es la porción que sobresale de las encías; la raíz, la parte insertada en el alvéolo óseo de la mandíbula, y el cuello, la porción que une la raíz con la corona. Estas porciones duras rodean una cavidad o cámara dentaria en la cual se encuentra la pulpa, que es tejido conectivo de tipo gelatinoso. La cavidad se extiende a través del conducto radicular hasta el ápice radicular donde se abre al exterior del diente en el forámen apical. La porción sólida del diente esta compuesta por tres sustancias calcificadas: la dentina el esmalte y el cemento.

La dentina forma una amplia capa alrededor de la cavidad pulpar y del conducto radicular. En la porción coronal esta cubierta por la capa de esmalte y en la raíz por la capa de cemento.

El cemento junto con el diente está adherido al alveolo óseo por la membrana periodontica que se continúa con la encía. Estas tres estructuras, cemento, membrana periodontal y encía actúan como tejidos de sostén del diente.

Embriológicamente la dentina es de origen mesectodérmico, mientras que el cemento, la pulpa y la membrana periodóntica de los dientes son de origen mesenquimatoso como el hueso y otros tejidos conectivos. El esmalte es una estructura ectodérmica altamente especializada.

ESMALTE

Las células internas del órgano del esmalte (Fig. 2) se hallan al principio en íntimo contacto entre sí, pero después de una nueva diferenciación constituyen un retículo protoplasmático que recuerda al mesénquima y que se denomina retículo estrellado (Fig. 2). Hacia la papila dentaria el retículo estrellado se halla limitado por el epitelio interno del esmalte, cuyas células se alargan y transforman en ameloblastos que son los productores del esmalte. Estas células altas están separadas de las células estrelladas por una capa de células cúbicas, el estrato intermedio. Una membrana basal limita la parte interna y externa del epitelio del esmalte y lo separa de los tejidos circundantes.

Los ameloblastos producen esmalte a lo largo de sus superficies distales (Figs. 3 y 4), poseen sus núcleos próximos al retículo estrellado. Cada célula presenta una prolongación fina y larga conocida como prolongación de Tomes, dentro de la cual se encuentra una alta concentración de gránulos de secreción. Durante las diferentes fases del desarrollo del esmalte, los ameloblastos asumen múltiples funciones de secreción, absorción y transporte.

El esmalte se va formando por capas, su formación comienza en el extremo superior de la corona de cada diente y se extiende por sus caras laterales hacia abajo. Si el diente posee varias cúspides se forma una caperuza de esmalte en cada una de las cúspides y luego estas se unen. Tan pronto como se deposita la matriz de esmalte extracelularmente, comienza a calcificarse y forma bastones o prismas rodeados de zonas clásicamente descritas como vainas de los bastones o de los prismas o sustancia interpris-

matica. Inicialmente las vainas de los prismas son delgadas regiones no cal cificadas llenas de material orgánico y a medida que avanza la calcificación se retráen formando un espacio submicroscópico en el esmalte del adulto.

A medida que el esmalte aumenta de espesor, los ameloblastos emigran hacia afuera, cuando llega el tiempo en que se produce la erupción del diente el órgano del esmalte cesa en sus funciones y se reduce mucho su estructura. Cuando el diente está en funcionamiento las superficies desgastadas del esmalte se cubren de una delgada cubierta orgánica denominada cutícula adquirida, que proviene de la saliva. El esmalte totalmente calcificado es la sustancia más dura del organismo.

Tanto los prismas como la sustancia interprismática se calcifican y con tienen de 96 a 98% de material inorgánico, del cual el 90% es hidroxapatita. También se han observado fosetas de calcio amorfo y el resto está constituido por carbonato de calcio, fosfato, ácido de magnesio, fluoruro de calcio y otras sales. El esmalte no contiene células o estructuras citoplasmáticas (tabla 1).

Al cortar un diente en dos, pueden verse líneas o bandas que cruzan radialmente el esmalte que al observarlas con luz reflejada aparecen como zo nas claras y oscuras alternadas, denominadas líneas de Hunter-Shereger. El esmalte presenta otras estriaciones que indican los límites del esmalte en etapas sucesivas de su desarrollo llamadas líneas de crecimiento o líneas de Retzius. También aparecen estructuras denominadas penachos del es malte , laminillas del esmalte y husos del esmalte (Fig. 5).

DENTINA

Después de la diferenciación de los ameloblastos del órgano del esmalte las células más externas de la papila dentaria se alargan y se disponen en una capa epiteliode denominandose odontoblastos, que son células cilíndricas altas con una o más prolongaciones delgadas dirigidas hacia el esmalte.

A medida que se forma la matriz los odontoblastos retroceden en sentido centrípeto, angostando la cámara pulpar. En este proceso queda por detrás un desarrollo apical que son prolongaciones de los odontoblastos (fibras de Tomes) rodeadas de una estructura canalicular denominada túbulos dentinarios.

Lateralmente los odontoblastos pueden estar adheridos por uniones intermedias y por desmosomas. A lo largo de la predentina se pueden observar complejos de unión. La predentina es la mayor parte de la matriz orgánica de la dentina y está formada fundamentalmente por fibrillas de colágena incluidas en una sustancia fundamental. La calcificación es inducida por el crecimiento de hidroxapatita en esta matriz colágena. La dentina es elaborada mediante el depósito de capas sucesivas de predentina seguido por el de masas calcificadas homogéneas o globulares. Cuando la dentina está totalmente calcificada no es dura como el esmalte, ya que contiene mucho más materia orgánica.

Los canalículos atraviesan radialmente el espesor de la dentina y describen a menudo un trayecto en forma de S, muchas veces con espirales y curvas secundarias. A medida que los túbulos atraviesan la dentina, emiten muchas ramas laterales delgadas, algunas de las cuales se anastomosan con

las de los canalículos vecinos. Por último se adelgazan y terminan en fondo de saco. En las regiones periféricas de las prolongaciones odontoblasticas se puede observar la acumulación de grandes vacuolas además de paredes canaliculares hipercalcificadas conocidas como dentina peritubular. La dentina peritubular se continúa con la dentina intertubular y presenta una notable cantidad de cristales inorgánicos estrechamente apretados.

La unión entre la dentina y el esmalte es ligeramente indentada, hacia la raíz del diente toma contacto con el cemento, la línea de unión presenta una capa más o menos continua de espacios interglobulares especialmente pequeños; otra característica descrita por primera vez por Tomes y denominada capa granular de Tomes.

En la dentina pueden observarse líneas paralelas de incremento (de Ebner) y a veces hasta líneas de contorno más anchas comparables con las del esmalte; las líneas de Owen (Fig. 6) que corresponden a las líneas de Retzius del esmalte y los espacios interglobulares que se encuentran atravesados por las fibras de Tomes.

La dentina sigue formandose lentamente toda la vida y la cavidad pulpar reduce su tamaño con la edad. Las lesiones producen aumento de actividad con depósito de una nueva dentina llamada dentina secundaria. En respuesta al desgaste, la luz de los canalículos dentinarios puede ocluirse por calcificación y éste cambio que ocurre con la edad se conoce como dentina transparente o dentina esclerótica.

PULPA

Se origina en la papila dentaria (Fig. 2) que está compuesta por mesén-

quima condensado, envuelto y probablemente moldeado por el órgano del esmalte. La papila joven es ricamente celular; las células son esféricas o poliédricas, moderadamente voluminosas, de citoplasma pálido, casi incoloras y núcleos grandes. Las células esféricas se hallan rodeadas de la sustancia fundamental de la papila dentaria. Las células pulpares de los dientes en crecimiento están cargadas de glucógeno y en su citoplasma se ha observado también multitud de partículas sudanófilas con la forma y dimensiones de las mitocondrias.

Además de la capa odontoblastica ya descrita, las células que predominan en la pulpa adulta son fibrocitos y fibroblastos (Figs. 7 y 8). Los espacios intercelulares están llenos de una sustancia fundamental que posee pocos haces de fibrillas colágenas.

La pulpa está muy vascularizada; por los orificios apicales penetran pequeñas arterias que se ramifican y dividen en numerosos capilares los cuales pueden pasar entre los odontoblastos, pero que normalmente no entran en la predentina. Los capilares de la pulpa tienen una pared continua de células endoteliales revestidas de pericitos y una membrana basal, aunque con el microscopio electrónico se ha observado capilares fenestrados con poros en sus paredes (Fig. 8). Los capilares sanguíneos se vacían en venas de paredes muy delgadas cuyos diámetros son mayores que las arterias. Estos vasos disminuyen de tamaño a medida que abandonan la pulpa en compañía de las arterias que ingresan en ella.

Los nervios de la pulpa pueden ser mielínicos o amielínicos, y a menudo se arrollan en espiral alrededor de los vasos sanguíneos. Las fibras mie

línicas constan de un axón central rodeado de una vaina laminada de mielina y una célula de Schwann, limitada por fuera por una membrana basal. Las fibras nerviosas amielínicas están cubiertas por una célula de Schwann con su típico mesoaxón, y por fuera también están rodeadas por una membrana basal. Estas fibras nerviosas amielínicas son prominentes en la capa subodontoblástica.

MEMBRANA PERIODONTICA

Las estructuras situadas en el estrecho espacio comprendido entre el cemento y el alveolo óseo reciben en conjunto la denominación de membrana periodóntica. Además de la sustancia fundamental y de los elementos celulares entre los cuales se destacan fibrocitos y fibroblastos, la membrana o ligamento periodóntico es esencialmente un elemento constituido por haces de fibras colágenas, con algunos haces de pequeños microfilamentos carentes de estriaciones, recuerdan por su ultraestructura a las fibras elásticas. Algunos haces de colágena, las fibras de Sharpey se extienden desde el cemento a través de la membrana periodóntica y se insertan en el hueso del alveolo, que forma el continente del diente. Estas fibras sirven de sostén al diente, a la vez que le permiten cierto grado de movimiento para resistir los efectos traumáticos de la masticación. La dirección de las fibras varía en diferentes regiones del diente (Fig.1). Desde el extremo de la raíz al borde del alveólo, los haces de las fibras pueden agruparse en los fascículos denominados apical, oblicuo, horizontal y de la cresta alveolar; de acuerdo con su dirección e inserciones. Por encima de los alveólos transcurren fibras transeptales entre los dientes adyacentes, y las llamadas fibras gingivales

que están adheridas al tejido conectivo denso de la encía.

Además de los cementoblastos y de las fibras de Sharpey, la membrana periodóntica contiene los constituyentes comunes del tejido colágeno denso y también algunas acumulaciones o cordones epiteliales, restos de la vaina epitelial de Hertwig.

Los vasos sanguíneos de la membrana periodóntica transcurren en dirección paralela al diente, comunicando entre sí los vasos intraalveolares y gingivales.

Hacia la boca la membrana periodóntica se continúa con la encía. El ligamento periodóntico está muy inervado y posee un amplio rango de sensibilidad.

ENCIA

La encía o gíngiva forma un collar de tejido blando alrededor del cuello de cada diente y cuando separa a dientes adyacentes se le denomina papila interdientaria. Un estrecho surco que normalmente posee menos de 2mm de profundidad separa el borde gingival de la superficie del diente (Fig. 9), por debajo del fondo de este surco la encía se halla unida con el diente por la llamada inserción epitelial.

Histológicamente, el tejido gingival se parece en muchas formas a la epidermis cutánea. Se halla revestida de una gruesa capa de epitelio pavimentoso estratificado, pero a diferencia de la piel, está festoneado por numerosas y largas papilas conectivas basales. El grado de cornificación varía mucho de persona a persona y con el tiempo, pero dentro del surco gingival no existe cornificación. La encía contiene haces de colágena que forman las fi

bras gingivales y transeptales. Las fibras se hallan adheridas tan firmemente al cuello y la raíz superficial del diente que se les denomina ligamento circular.

La encía se halla rícamente inervada y posee diversos tipos de bulbos y terminales capsulados y no capsulados, además de terminaciones libres.

HUESO ALVEOLAR

Forma parte de los tejidos que sostienen a los dientes, y se halla asociado estrechamente al ligamento periodóntico y a las encías. Anatómicamente el hueso alveolar puede ser definido como la parte de la mandíbula o maxilar que rodea a las raíces dentarias. El hueso alveolar se continúa con el cuerpo del maxilar superior e inferior sin límites netos.

El hueso alveolar está compuesto por una delgada capa de hueso laminar, la lámina dura o placa cribiforme, que limita la inserción dentaria, y una placa cortical de hueso laminar compacto. Entre las dos placas de hueso laminar se halla una pequeña cantidad de hueso esponjoso. Las principales fibras del ligamento periodóntico penetran en el hueso alveolar como fibras de Sharpey. A lo largo de la lámina compacta se pueden hallar algunos osteoclastos. Esta lámina dura se halla comunicada con los espacios medulares por gran número de perforaciones, a través de los cuales pueden pasar los nervios y los vasos sanguíneos al ligamento periodóntico.

Desarrollo y formación del diente

Comprende un largo proceso de crecimiento y calcificación antes de que comience su función en la boca. El primer indicio del desarrollo del diente es un engrosamiento del epitelio bucal que se ha observado en embriones

humanos de 6 a 7 semanas. En esta etapa la lengua se halla bien desarrollada, pero los labios superior e inferior no están aún separados por depresiones de estructuras de la boca, y aunque la lámina (placa) bucal, que marca el límite entre ectodermo y mesodermo ha desaparecido totalmente; es evidente que este engrosamiento tiene lugar en territorio ectodérmico. Poco después de aparecer el engrosamiento, crece hacia el mesénquima adyacente formando así una lámina epitelial que sigue el contorno en herradura de cada mandíbula. Como este engrosamiento experimenta el mismo tipo de transformación en ambos maxilares la descripción que se hace seguidamente rige para los dos casos. A medida que la lámina penetra en el mesénquima, se divide por delante en la lámina labial, que separa el labio de la encía y la lámina dentaria por detrás, que se relaciona con la formación de los dientes. La lámina dentaria en su conjunto, es una lámina celular en forma de media luna que sigue la línea de las encías a lo largo de las cuales aparecerán después los dientes. Esto corresponde a la lámina dental y etapa de brote (iniciación).

Etapa de copa: Tan pronto como se ha formado la lámina dentaria aparecen una serie de espesamientos en forma de copa invertida a lo largo de la superficie labial que se transforman en los órganos del esmalte (epitelio adamantino externo e interno).

Etapa de campana: Hay invaginación y profundización continuadas del epitelio hasta, el órgano del esmalte toma la forma de una campana. Es durante esta etapa cuando se produce una diferenciación de las células de la papila dental en odontoblastos, y de las células del epitelio adamantino interno en

ameloblastos. También se produce morfodiferenciación durante la etapa avanzada de campana y se determina la forma de la futura corona. Por esto recibe también el nombre de Histodiferenciación y Morfodiferenciación.

Aposición: Esta etapa de crecimiento del esmalte y la dentina está caracterizada por un depósito en capas de matriz extracelular. Esta matriz la depositan las células a lo largo del contorno trazado por las células formativas al término de la morfodiferenciación.

Organos del esmalte de los dientes: Existe un órgano del esmalte propio para cada uno de los diez dientes deciduos de cada mandíbula y todos se hallan presentes en los embriones de dos meses y medio. Estos órganos no solo producen esmalte sino que también, más adelante se propagan sobre las raíces en forma de vaina epitelial (vaina de Hertwig). El tejido encerrado por el órgano del esmalte corresponde a un mesénquima más denso y forma la papila dentaria, que constituye el esbozo de la pulpa y produce en su periferia la mayor parte de la sustancia del diente; la capa de dentina. A medida que se desarrolla el diente, la conexión entre su órgano del esmalte y la lámina dentaria se reduce a una banda adelgazada de tejido epitelial que más tarde se desintegra.

Formación y estructura de los tejidos dentarios: La odontogénesis se inicia con el desarrollo interno de una delgada capa de dentina coronaria, y luego por el depósito externo de esmalte. La formación extracelular de la matriz orgánica de ambos tejidos esta bajo el control, de la secreción celular. Los odontoblastos de origen mesenquimatoso secretan una matriz colágena llamada predentina que se calcifica secundariamente. La formación de den-

tina es el resultado de un aumento rítmico en el desarrollo. Los ameloblastos epiteliales secretan una matriz orgánica que posee propiedades bioquímicas especiales y que comienza a calcificar tan pronto es depositada extracelularmente. Sin embargo, la odontogénesis no es un proceso simultáneo que se realiza a lo largo de todo el diente, la primera formación de la dentina y del esmalte comienzan en los extremos de las cúspides de los dientes multicúspídeos o en las porciones más superiores de los dientes unicúspídeos. El crecimiento del órgano del esmalte se produce en zonas más profundas mientras que la calcificación de los tejidos lo hace más hacia arriba. Después de haberse completado la corona, comienza la formación de las raíces. Aquí la vaina epitelial de la raíz induce a que las células pulposas radicales formen odontoblastos; en seguida de la formación de la dentina radicular las células del tejido conectivo mesodérmico adyacente son inducidas para transformarse en cementoblastos y formar cemento.

Gérmén dentario: Un gérmén dentario se halla incluido en un alveólo del maxilar; el saco dentario (5) lo separa del tejido conectivo (3). Por dentro se ve el epitelio externo del órgano del esmalte y la gelatina o capa media del mismo (6). Más profundamente, se encuentran los ameloblastos que forman el epitelio interno del órgano del esmalte (7-19). Estos elementos se disponen en conjunto a la manera de capuchón que cubre los odontoblastos (11) ordenados en forma de V invertida. Entre la línea de los odontoblastos y de los ameloblastos (paralelas entre sí) se hallan delgadas capas de dentina (9) y de esmalte (8), algo más desarrolladas a nivel del vértice de la V. La papila dentaria (20) ocupa el espacio comprendido entre las dos ramas de

la V, notándose que está formada por un tejido conectivo rico en células y en vasos sanguíneos.

La mucosa de la cavidad bucal (1-13) cubre a estas formaciones y unido al corion se ve el esbozo del diente permanente (2) (Fig. 2).

Figura 3: el corte abarca la parte del gérmen dentario extendida entre la papila (1) y la gelatina del órgano del esmalte (7). Las células más externas de la papila son los odontoblastos (2), dispuestos en hilera por dentro de la capa de dentina recientemente producida o predentina (3). Por fuera se ve la capa de dentina definitiva que toma la coloración con mayor intensidad (4), y más afuera aún, el esmalte (5) producido por los ameloblastos situados en hilera epitelioide en su cara externa (6). Las células estrelladas de la gelatina del esmalte (7) se condensan y aplanan un tanto en la proximidad de los ameloblastos o epitelio interno del órgano del esmalte y constituyen el estrato intermedio (8). En la dentina y especialmente en la predentina se aprecian los canaliculos dentinarios que albergan las fibras de Tomes, y en el esmalte una estriación transversal producida por la yuxtaposición de los prismas que lo constituyen, que se ponen bien de manifiesto en los puntos donde el esmalte ha sido cortado de través (10). Las prolongaciones apicales de los ameloblastos o procesos de Tomes se hacen visibles (9) porque el epitelio interno se ha retraído separándose de la capa de esmalte por él reducida.

Erupción dental y factores que influyen en el proceso de la erupción: La erupción es considerado como un proceso fisiológico; el orden normal de erupción dental es el siguiente: primero los incisivos centrales, seguidos en ese orden por los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares.

La primera aparición del diente en la boca es sólo una fase del proceso eruptivo, el cual continúa toda la vida pero a una velocidad disminuída. Los dientes inferiores generalmente erupcionan antes que los correspondientes superiores, y más temprano en las niñas que en los varones. Hay también una variación normal de acuerdo al tipo constitucional; así, los niños delgados mostrarán una erupción más temprana que los gordos.

Las piezas, por sí mismas, contribuyen enormemente a la forma de la cara. Parece que el orden de erupción dental ejerce más influencia en el desarrollo adecuado del arco dental que el tiempo real de la erupción

Aunque han sido propuestas muchas teorías, aún no han sido comprendidas en su totalidad los factores responsables de la erupción de los dientes. Los procesos de desarrollo y los factores que han sido relacionados con la erupción de los dientes incluyen: alargamiento de la raíz, fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares en torno y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar, el crecimiento de dentina, la constricción pulpar, el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reabsorción de la cresta alveolar.

El factor más importante que causa el movimiento hacia oclusal del diente es el alargamiento de la pulpa, resultante del crecimiento pulpar en un

anillo de proliferación en su extremo basal. La zona de proliferación está separada del tejido periapical por un pliegue de la vaina epitelial de Hertwig, conocida como hamaca paraguayana la cual actúa orientando al diente.

Baume y colaboradores han comunicado sobre evidencias de control hormonal de la erupción dental, que sería influida por la hormona del crecimiento de la hipófisis y por la tiroides. Aunque la teoría de que las hormonas desempeñan un papel primordial en la erupción dental cuenta con el apoyo de muchas evidencias, es probable que la erupción fisiológica normal sea el resultado de una combinación de los factores antes mencionados.

Erupción prematura : Ocasionalmente, uno o más dientes primarios normales o supernumerarios en la zona incisiva central inferior, erupcionan en el momento del nacimiento o poco después (dientes natales). La erupción temprana (dentición precoz) es común en el niño delgado y generalmente constituye una característica familiar.

Erupción retardada : Dentro de límites normales, los primeros dientes primarios pueden no aparecer hasta el año de edad. Un retardo mayor en la erupción, sin embargo, sugiere un trastorno general, de origen nutricional o endocrino. El cretinismo, raquitismo, mongolismo y la sífilis congénita son causas comunes. No obstante la terapia nutricional o endocrina nada más que para acelerar la dentición no se justifica. El tratamiento está indicado sólo después de una cuidadosa investigación de la causa subyacente, y no simplemente en base a la dentición retardada. Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de una anodoncia total o parcial, y descartarla por el examen roentgenológico de los maxilares.

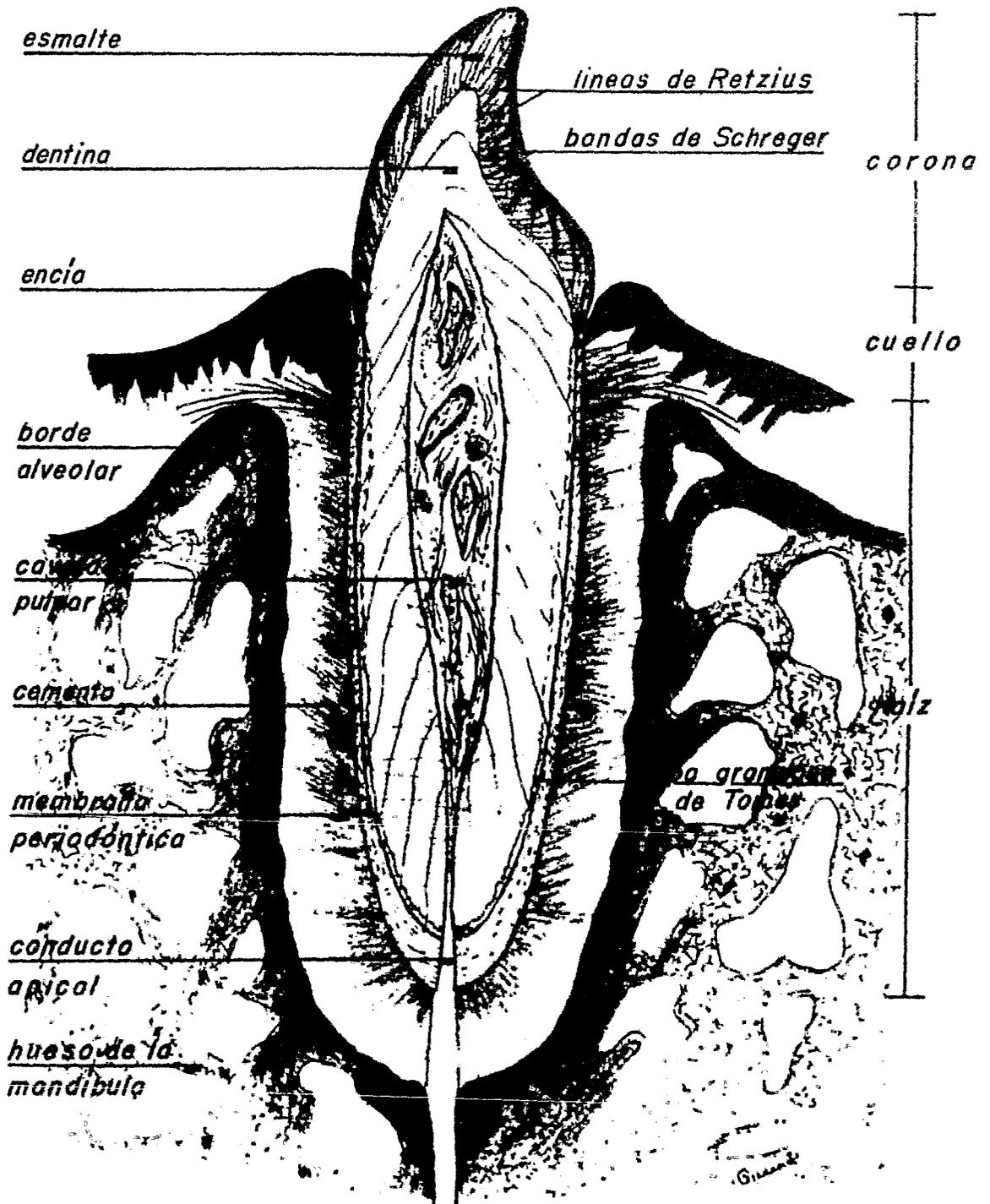


Fig. 1 Corte de un diente en su posición en la mandíbula.

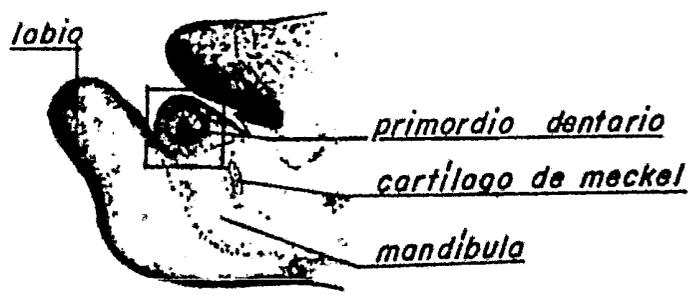
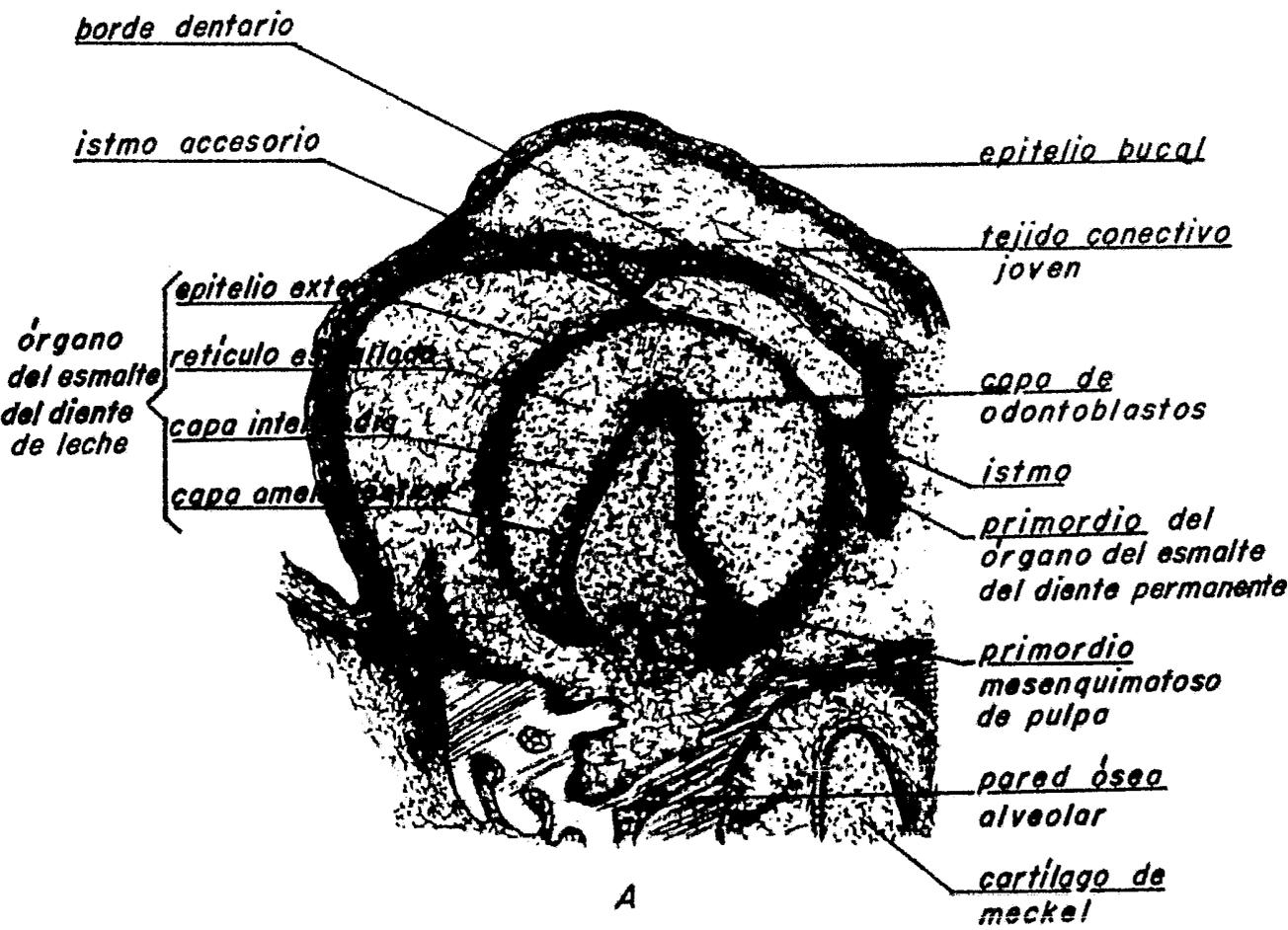
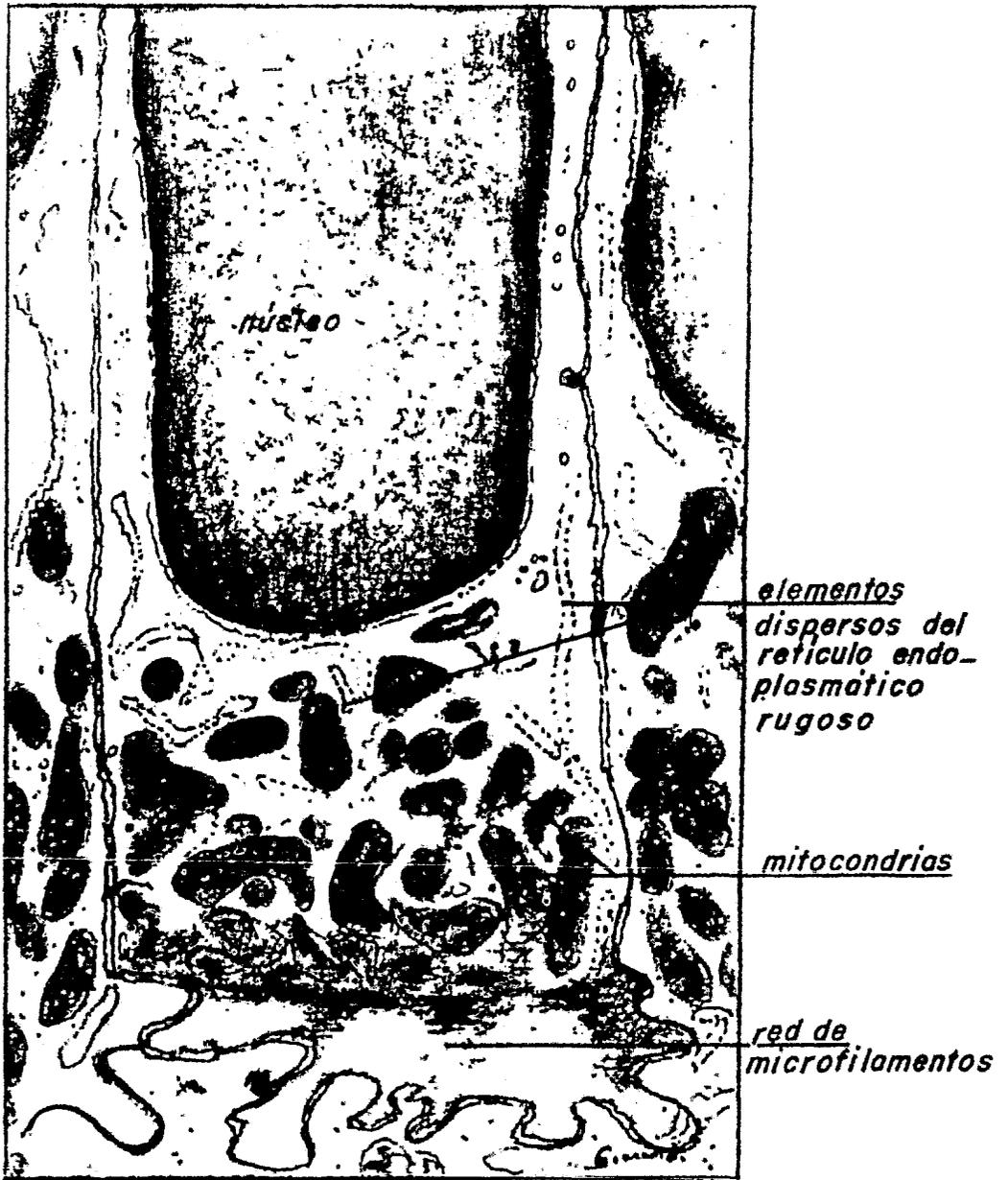


Fig. 2- A Corte parasagital a través del primordio de un incisivo inferior en un embrión humano de 14 semanas.
 B Relaciones del área representada.



A

Fig. 3 A Región infranuclear de un ameloblasto secretor de un incisivo de rata (X 15,000).

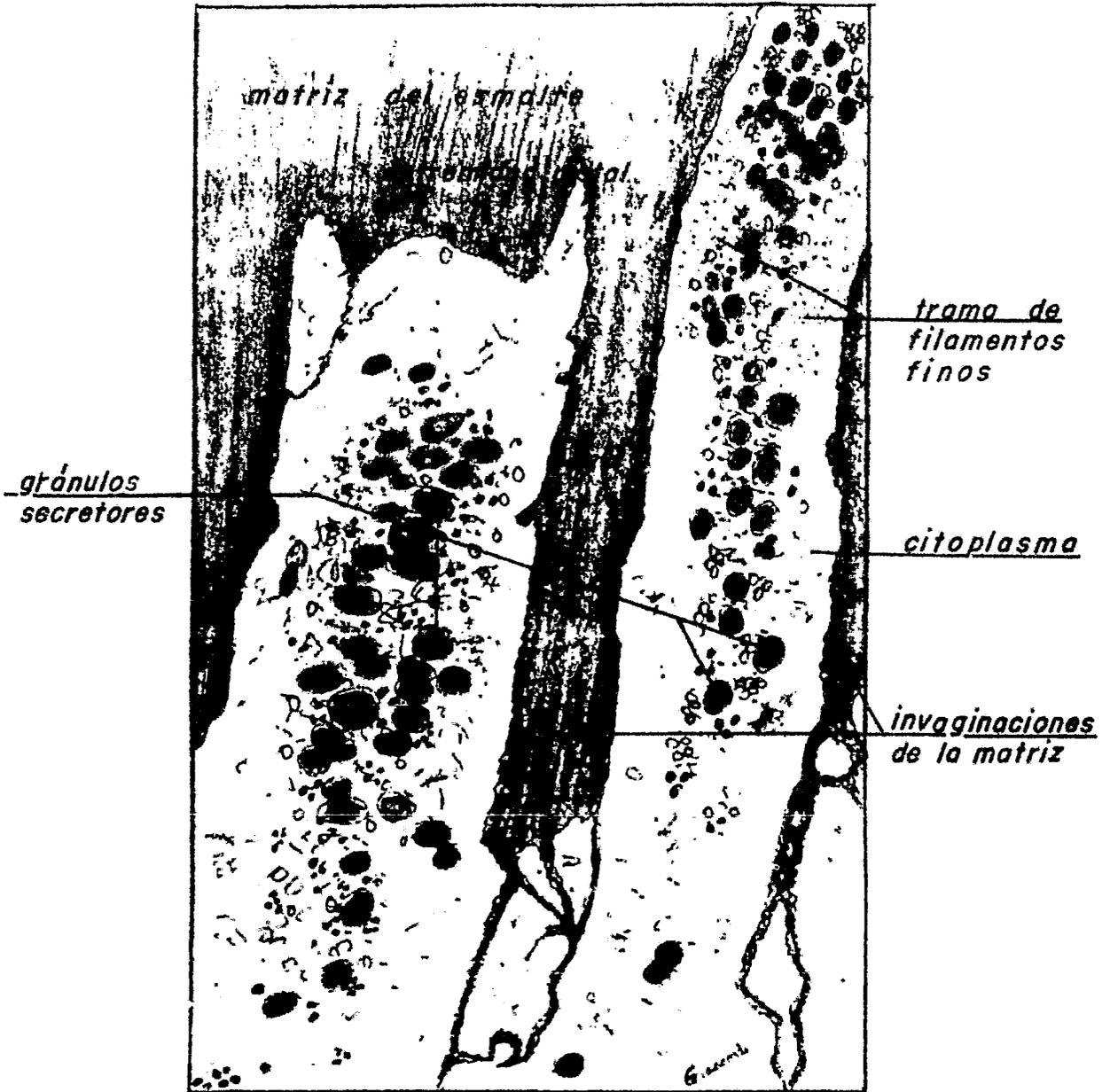


Fig. 3 B Micrografía electrónica de procesos apicales (de Tomes) de dos ameloblastos de un incisivo de rata

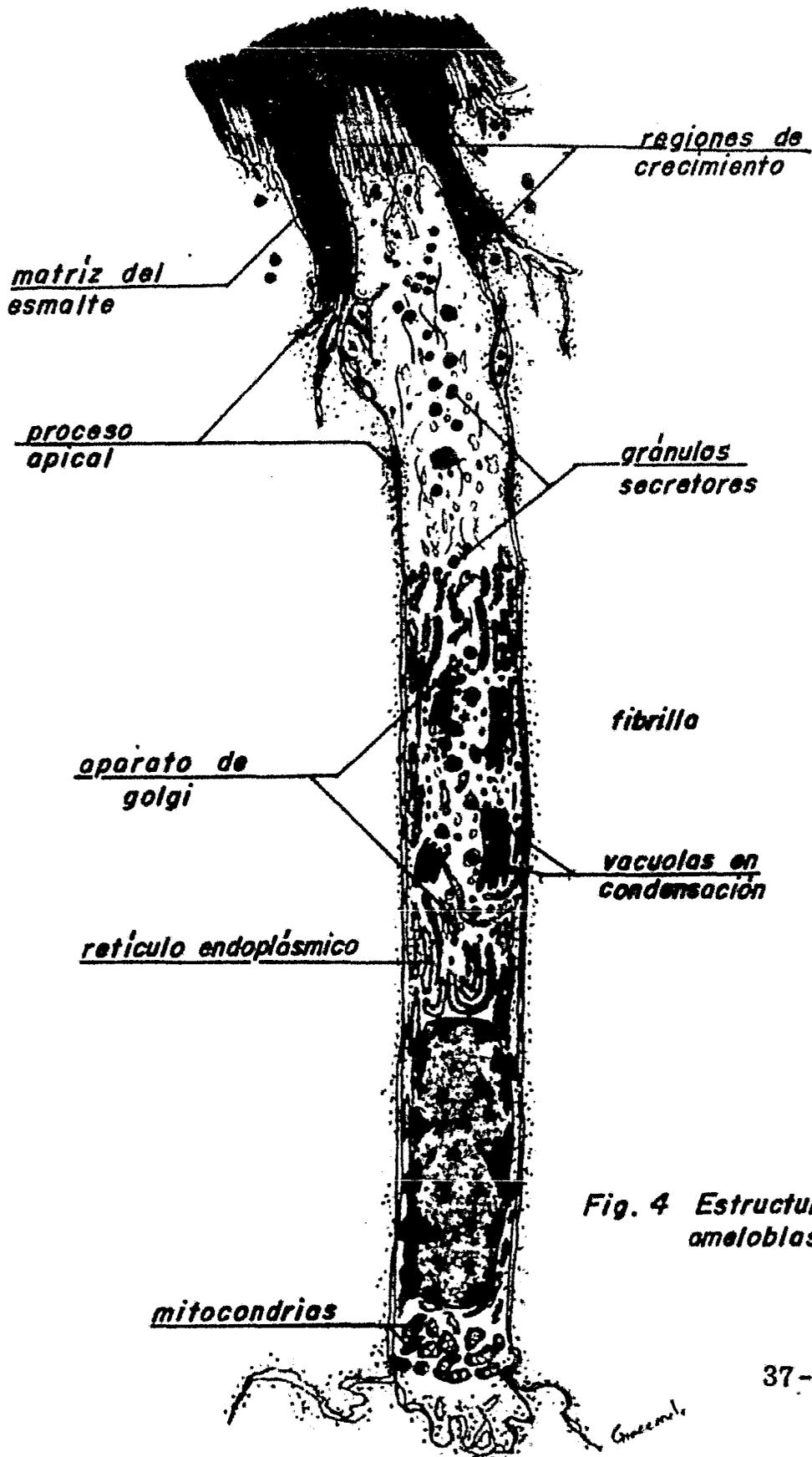


Fig. 4 Estructura de un ameloblasto secretor



Fig. 5 A *Corresponde a un aumento en la unión corona raíz (160 x)*

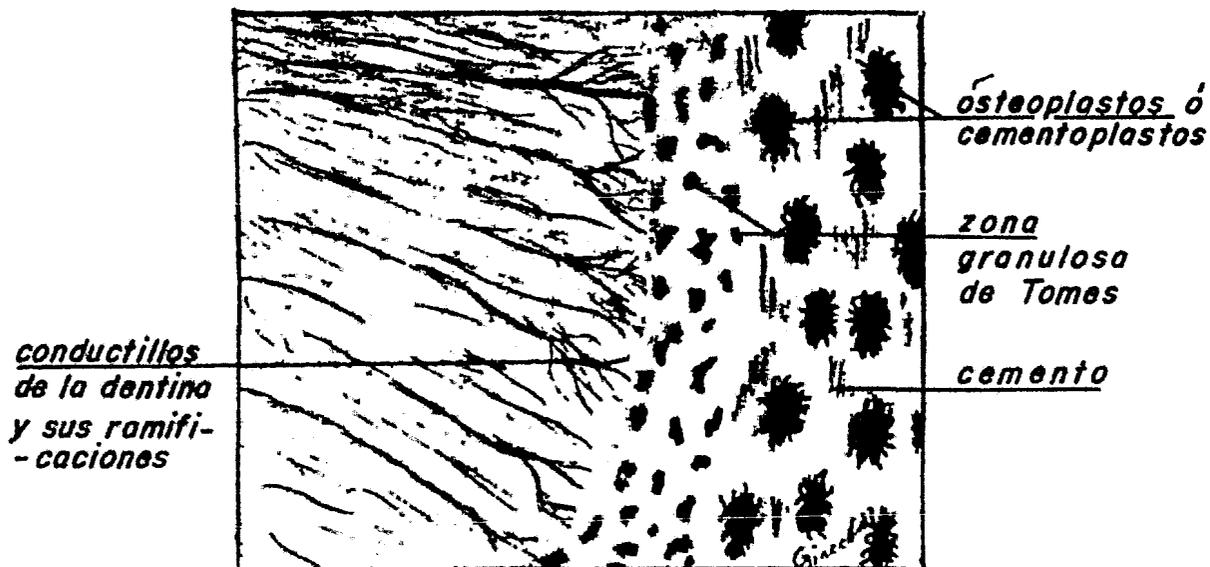


Fig. 5 B *Corresponde a un aumento de una zona radicular*

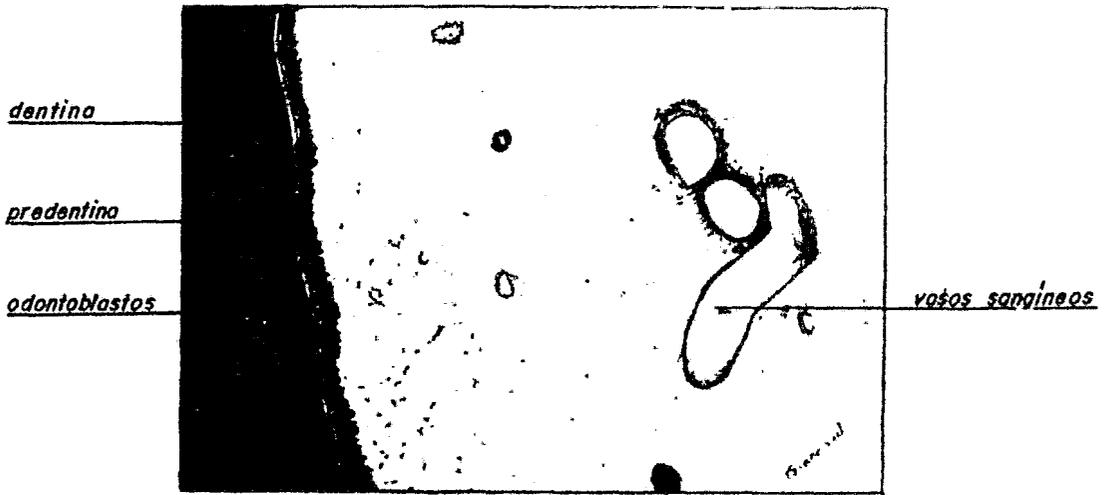


Fig. 7 Pulpa normal de un diente humano adulto, corte descalcificado (X 100)



Fig. 8 Pulpa de un diente humano. Se observan numerosos fibrocitos alargados, separados por espacios intercelulares llenos de haces colágenos. Un capilar sanguíneo, de pared fenestrada (flechas) contiene un eritrocito. X 11,000

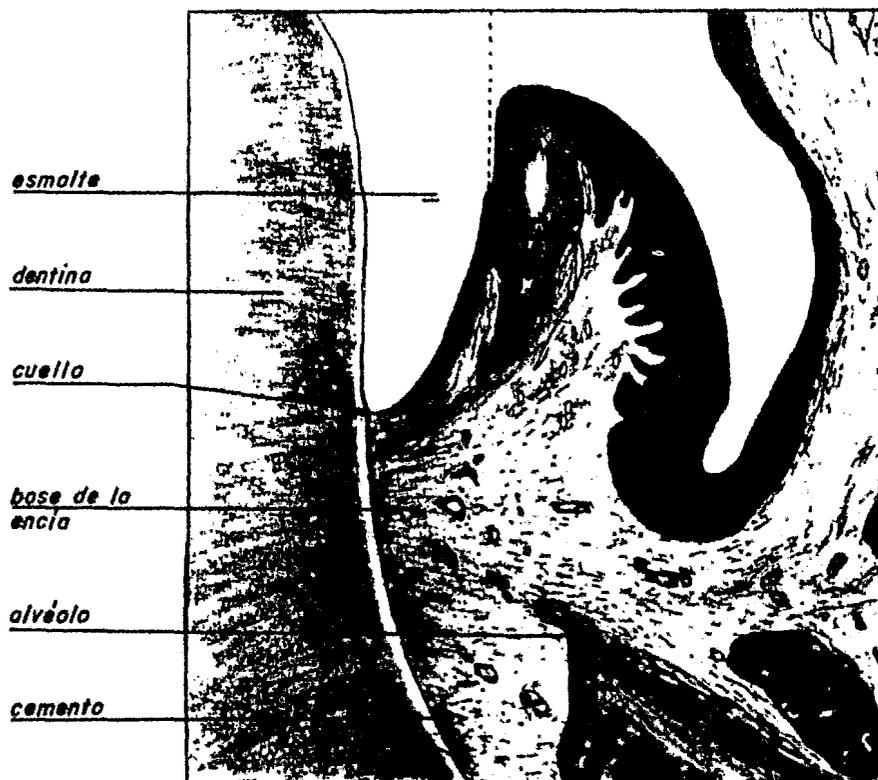


Fig. 9 Diente, membrana periodóntico y encia. Corte descalcificado. El esmalte, ya desaparecido, ocupaba anteriormente el espacio cuneiforme entre la dentina, la encia y la línea cortada.

TABLA I Comparación de tejidos duros

Principales componentes	Hueso	Cemento	Dentina	Esmalte
<i>Cristales, inorgánicos</i>	Fosfato de calcio	Fosfato de calcio	Fosfato de calcio	Fosfato de calcio
<i>Sustancia orgánica fundamental</i>	Glucoproteína	Glucoproteína	Glucoproteína	Glucoproteína y una proteína especial
<i>Estructura orgánica fibrosa</i>	Colágeno	Colágeno	Colágeno	
<i>Células internas</i>	Osteocitos	Cementocitos	Procesos celulares	Ausente
<i>Células adyacentes</i>	Osteoblastos, osteoclastos	Cementoblastos	Odontoblastos	Ausente
<i>Vasos sanguíneos</i>	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
<i>Fluido adyacente</i>	Fluido del tejido conectivo	Fluido del tejido conectivo	Fluido del tejido conectivo	Soliva

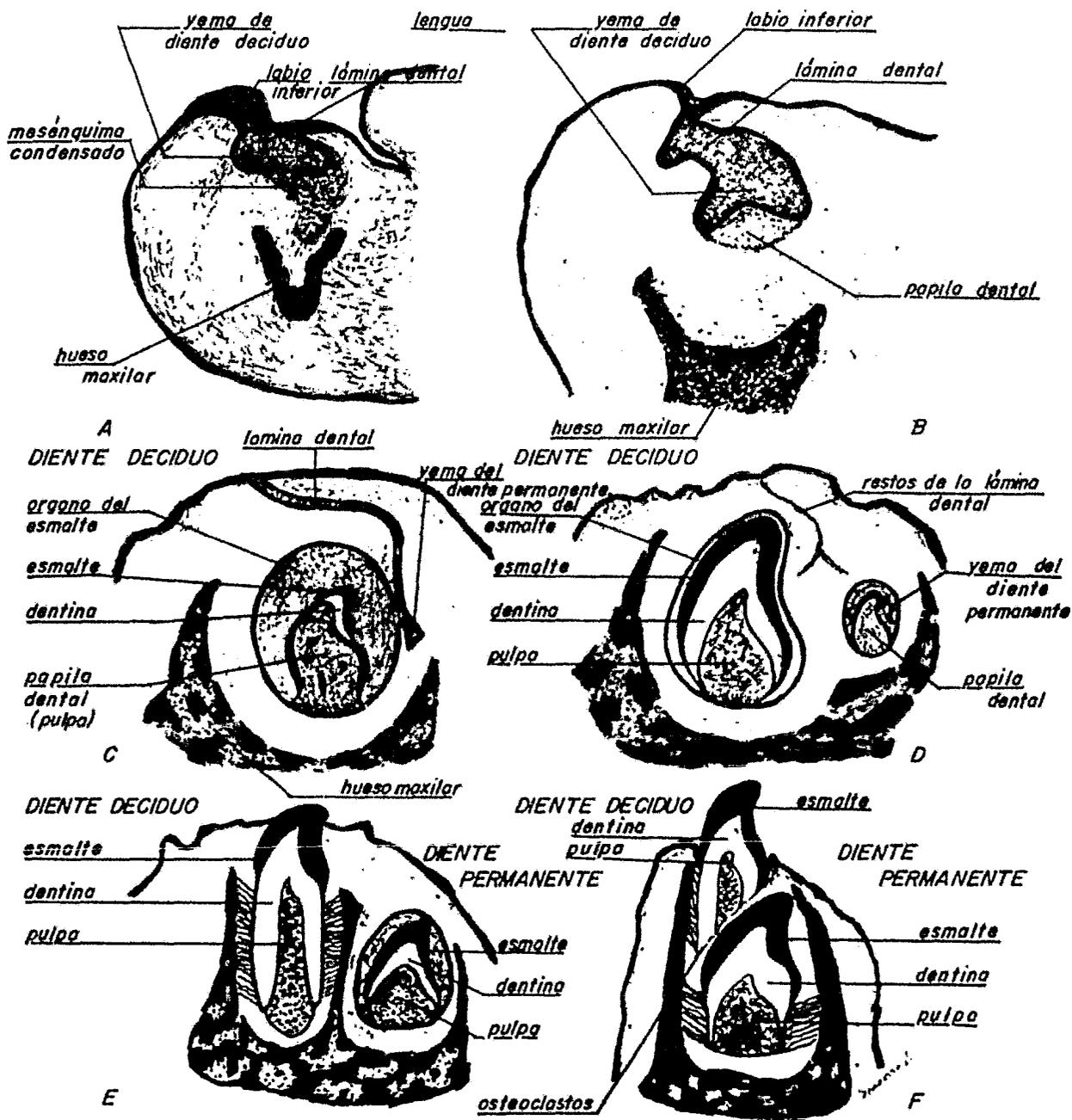


Fig. 1 Dibujos esquematicos que muestran el desarrollo y la erupcion de un incisivo inferior deciduo y la forma como se desarrolla el diente permanente y hace erupcion para substituir al diente deciduo

GERMEN DENTARIO

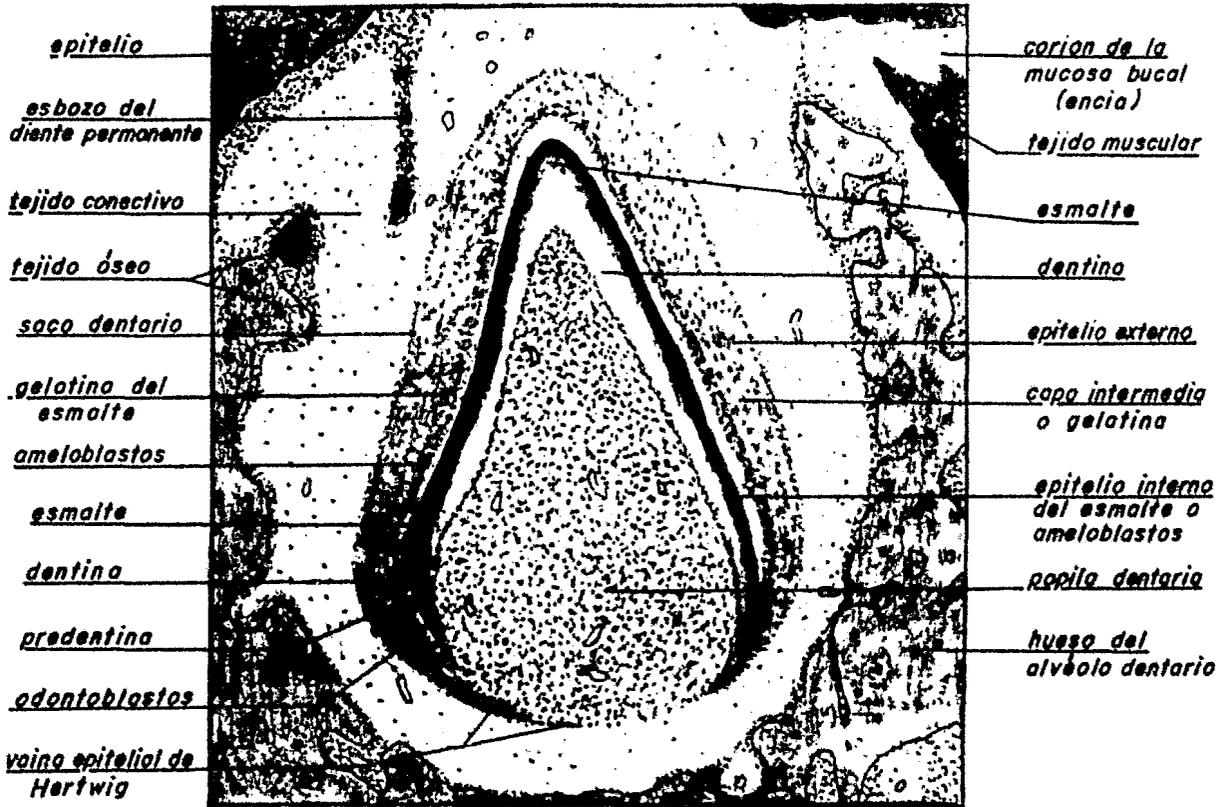


Fig. 2 Vista de conjunto

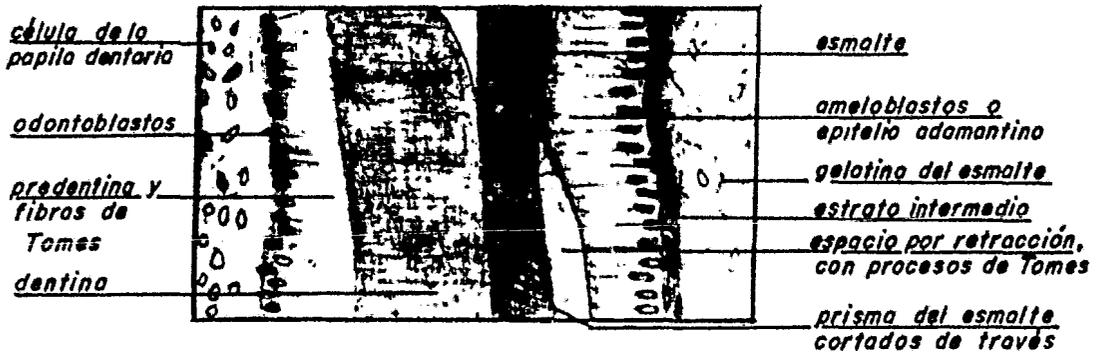


Fig. 3 Detalles de un sector

CRONOLOGIA DE LA DENTICION HUMANA

Logan y Kronfeld (Ligeramente modificada por McCall y Schour)

		Aparición en la cavi- dad bucal	Raíz completa	
Dentición temporal, ca- duca o de leche.	MAXILAR	Incisivo central	7 1/2 meses	1 1/2 años
		Incisivo lateral	9 meses	2 años
		Canino	18 meses	3 1/4 años
		Primer molar	14 meses	2 1/2 años
		Segundo molar	24 meses	3 años
	MANDIBULA	Incisivo central	6 meses	1 1/2 años
		Incisivo lateral	7 meses	1 1/2 años
		Canino	16 meses	3 1/4 años
		Primer molar	5 1/2 meses	2 1/4 años
		Segundo molar	20 meses	3 años
Dentición permanente o definitiva.	MAXILAR	Incisivo central	7o. -8o. año	10o. año
		Incisivo lateral	8o. -9o. año	11o. año
		Canino	11o. -12o. año	13o. -15o. año
		Primer premolar	10o. -11o. año	12o. -13o. año
		Segundo premolar	10o. -12o. año	12o. -14o. año
		Primer molar	6o. -7o. año	9o. -10o. año
		Segundo molar	12o. -13o. año	14o. -16o. año
	MANDIBULA	Incisivo central	6o. -7o. año	9o. año
		Incisivo lateral	7o. -8o. año	10o. año
		Canino	9o. -10o. año	12o. -14o. año
		Primer premolar	10o. -12o. año	12o. -13o. año
		Segundo premolar	11o. -12o. año	13o. -14o. año
		Primer molar	6o. 7o. año	9o. -10o. año
		Segundo molar	11o. -13o. año	14o. -15o. año

TIPOS Y CONSECUENCIAS DE HABITOS BUCALES

Introducción:

Se considera a los hábitos orales como posibles causas de presiones de sequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios considerables en el desplazamiento de las piezas y en olusiones que pueden volverse totalmente anormales si continúan largo tiempo.

En algunos casos se consideran problemas de conducta profundamente arraigados de donde los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma.

Este problema ha interesado tanto al pediatra, al psicólogo, al psiquiatra, al patólogo especialista en problemas del lenguaje y los padres del niño; aun que algunos observan mayormente los cambios bucales, otros los problemas de conducta y otros más el aspecto socialmente inaceptable.

En la mayoría de los casos el niño llega al odontólogo después del firme establecimiento de los hábitos bucales; y en algunos casos sólo actúa como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si cierto hábito será o no dañino para el niño. Por esto es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales, al igual es importante establecer el diagnóstico sobre los cambios que parecen resultar de dichos hábitos pero tomando en cuenta opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

Reflejo de succión

Se conoce a ciertas fases de la infancia como períodos bucales y anales; también conocida como bucalidad esencial del niño. Engel encontró en sus

observaciones, que en el primer año de vida de los niños, su organización es esencialmente bucal y de tacto. Antes de nacer, se han observado fluoros cópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Al nacer el niño ya ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado reflejo de succión.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad; sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje contribuyendo a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante. A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y examinados por sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo; o desecharlo si ésta es desagradable. El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección; así, el rechazo de un objeto "malo" se denomina proyección. Este comportamiento nos demuestra una acentuación del comportamiento bucal asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal.

Se han realizado una serie de estudios para determinar la frecuencia de

succión del pulgar y otros dedos en niños desde el nacimiento hasta los 16 años, donde se encontró que un gran número de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa de este período. En promedio la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los cuatro años. Sin embargo, algunos continuaron con el hábito hasta edades tan avanzadas como 12 o 15 años.

En otros estudios se encontró que aquellos que continuaron con el hábito por más de cuatro años presentaban algún tipo de maloclusión. Esto llevó al investigador a concluir que la succión del pulgar podía ser un factor causal de maloclusiones especialmente la de segunda clase.

Actos bucales no compulsivos

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

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

Hábitos bucales compulsivos

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

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que dichos hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Para el niño realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea, es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente se retráe hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr satisfacción. Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiados o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

Etiología

Además de las mencionadas anteriormente, se presentan diversas etiologías donde se dice que también puede deberse a demasiada tensión en el momento de la lactancia, y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos, casos.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los cuatro años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para consuelo y comprensión.

Otra causa es el haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamadera, o el uso de pezones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado libremente y por la demora en incorporar los alimentos sólidos al niño; esto influye básicamente en el hábito de deglución.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores de susados como a la oscuridad, a la separación de los padres, o a los animales o insectos. Los conflictos en el hogar también podrías estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de la succión, como ya se había explicado antes, puede no ser un síntoma aislado sino uno de varios relacionados con conflictos o inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

En otros casos, la pérdida prematura de dientes anteriores y posteriores puede favorecer exploraciones en el espacio creado originando la persistencia de este comportamiento la aparición de malposiciones dentales debido a presión lingual excesiva.

Finalmente, los hábitos bucales no son peculiares de ningún grupo de niños aunque Calisti y colaboradores informaron que había una cantidad superior significativa de hábitos bucales en el grupo socioeconómico superior que en los grupos medio e inferior.

Tipos y consecuencias de hábitos bucales perniciosos:

Succión digital. - Como su nombre lo dice, es la succión de uno o varios dedos, siendo más frecuente la succión del pulgar. Se van a encontrar diver-

sas posiciones del dedo en la boca lo cual tiene importancia significativa dentro de las consecuencias que ocasiona. Primeramente debemos valorar las causas que ocasionan dicho hábito, para así poder determinar el tratamiento correcto.

Consecuencias

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión digital varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

Es importante recalcar que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes: a) de la posición del dedo dentro de la boca y b) de la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alvéolo.

Al observar el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas, generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca pro-

ducida puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida posterior cruzada bilateral. Según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobree-rrupción en las piezas posteriores aumentando por lo tanto la mordida abierta. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores emplazados labialmente los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales. La mordida abierta puede crear problemas de empuje linguales y dificultades del lenguaje.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que comprimi-rra 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 aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior.

Debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales; el hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, primera división y casualmente también succione su pulgar, no justifica la conclusión de que succionar el dedo por sí solo produjo la maloclusión. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia, así como la observación minuciosa de las oclusiones de los padres, ya que pueden ser factores a este respecto.



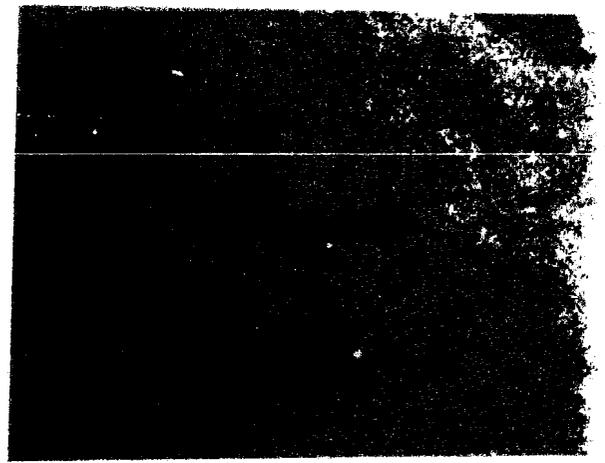
Consecuencias del
hábito de chupeteo



Diversas posiciones
para chuparse el pulgar
y los demás dedos.



A



B

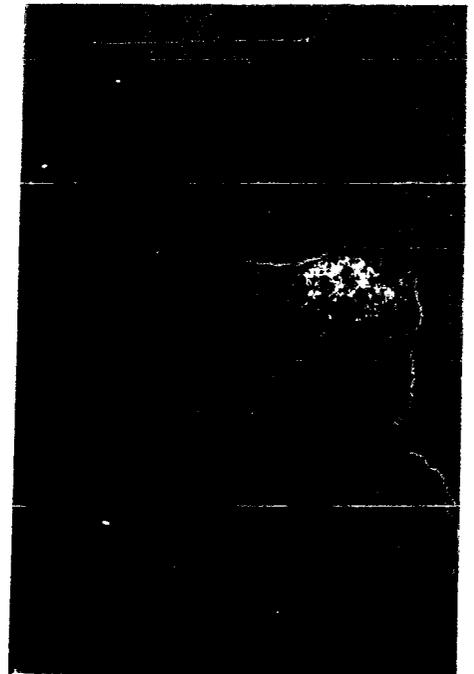
A y B problemas de mordida anterior abierta, con estrechamiento de la arcada superior y mordida cruzada.



D

C hábito de succión del pulgar relacionado con el hábito de cogerse el pelo.

D obsérvese el dedo índice agarrando la nariz en el hábito de succión digital.



C

Succión labial. - La succión labial puede ir asociada a mordedura de labio o mordedura de carrillo aumentando así las consecuencias nocivas. Este hábito se presenta generalmente en la edad escolar al igual que otros hábitos; sustituye a los dedos.

Consecuencias

Este hábito puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital. La mordedura de carrillo y labio suele provocar cicatrización excesiva de las superficies de la mucosa, y en ocasiones malposición de los dientes afectados, a su vez esta malposición local puede dar como resultado interferencias oclusales funcionales y traumatismos oclusales asociados en dentición permanente si es que persisten durante largo tiempo.

Empuje lingual. - En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

Consecuencias

No ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada .

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

En el hábito anormal de deglución los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes, después los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta únicamente en la región incisiva y canina; en otros además de la punta, interponen los lados de la lengua.

El acto de deglutir se repite aproximadamente dos veces cada minuto - en las horas de vigilia; y una vez por minuto o menos en las de sueño dependiendo del flujo salival.

Consecuencias

La ubicación de la lengua en esta posición provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior. Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. La posición anormal de la lengua está también con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal. Straub cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones clase III.

En algunos casos puede encontrarse que algunos pacientes que conservarón su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión.

Empuje del frenillo. - Este es un hábito que se ha observado raras veces, si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que puede provocar efectos similares a los de un frenillo anormal.

Consecuencias

Provoca desplazamiento de las piezas ya que mantiene separados los incisivos centrales.



Mordida abierta anterior,
junto con el hábito de provec-
tar la lengua y patrón de de-
glución visceral.



Reacción gingival a la
respiración bucal en diver-
sas etapas de ma lurez.

Mordedura de uñas. - Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión digital a la de morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Consecuencias

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

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, rapé, etc como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus tranquilizantes.

Hábitos de postura. - En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica. El braguero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis es ejemplo de este hábito.

Consecuencias

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raros, y deberá formularse su diagnóstico o tratarse individualmente.

Hábitos masoquistas o de automutilación. - Es probable que se producen automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que se sean observados practicándolo. Por lo tanto las lesiones autoinflingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe hacer un intento por determinar la causa; si se descubre que se debe a factores locales dentales esto puede ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los casos estará involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá dirigir la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas cuatro años se traumatizan los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar.

Una niña examinada por uno de los autores utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado completamente a la pieza del tejido gingival marginal exponiendo el hueso alveolar.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes.

Consecuencias

Como hemos visto, las consecuencias son agresiones a la mucosa y tejidos gingivales.

Abertura de pasadores de pelo. - Otro hábito nocivo que fué común entre las mujeres adolescentes era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores para colocárselos en la cabeza.

Consecuencias

En jóvenes que practicaban este hábito se han encontrado incisivos ase-rrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

Respiradores bucales. - En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Estos niños pueden clasificarse en tres categorías:

a) por obstrucción b) por hábito c) por anatomía

Los que respiran por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que le obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe distinguirse a cual de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto mantiene constantemente los labios separados.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: a) hiper-

trofia de los turbinatos causada por alérgias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado b) tabique nasal desviado con bloque del conducto nasal y c) adenoides agrandados; como el tejido adenoideal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa.

Consecuencias

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio extendiéndose tras los incisivos superiores. Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dándoles un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

Parodónticamente se suele encontrar primeramente una fibrósis marginal lineal debido a la irritación constante de baja intensidad de la superficie reseca de la mucosa. Posteriormente, con forme va creciendo el paciente y el hábito persiste, se observa una reacción gingival y de ahí pasará por diferentes grados de hiperplasia de respiración bucal.

Bruxismo. - El bruxismo es el frotamiento de los dientes entre sí. Este es generalmente un hábito nocturno producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Con el mecanismo del bruxismo se encuentran dos factores íntimamente relacionados: el factor emocional o psicológico y el factor oclusal.

Los factores emocionales implicados varían desde la agresión reprimida, tensión emocional, ansiedad, cólera y temor a la dependencia oral.

Los factores oclusales incluyen puntos de contacto prematuros céntricos e interferencias cuspidas dentro de los movimientos excursivos de la mandíbula.

Este hábito ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos. Son niños que duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

Consecuencias

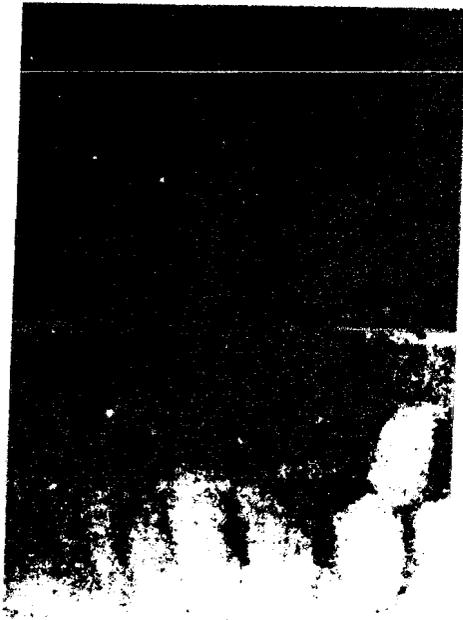
Las manifestaciones varían a diferir dependiendo del hábito. Si es apretamiento lo cual se conoce como bruxismo céntrico y que consiste en un contacto prolongado y repetitivo de los dientes sin movimientos mandibulares o con movimientos mínimos, los resultados más graves son cambios patológicos primarios de las estructuras periodontales de soporte y trastornos

secundarios de la articulación temporomandibular. Estos cambios patológicos van a ser: agrandamiento generalizado del espacio del ligamento, lo que suele estar acompañado por destrucción selectiva de hueso alveolar; puede observarse resorción radicular y en casos más graves muerte pulpar. Los trastornos en la articulación temporomandibular conducen a una disminución local progresiva en la circulación sanguínea, acumulación de productos metabólicos terminales y fatiga de los músculos involucrados.

Si es frotamiento también conocido como bruxismo excéntrico, puede ser limitado a un solo par de dientes o afectar segmentos enteros de la dentición. En este caso las manifestaciones serán: atrición de las superficies oclusales, lesión periodontal y trastornos de la articulación temporomandibular y musculatura asociada. Cuando el frotamiento afecta a uno o dos dientes las secuelas patológicas pueden ser un desgaste aislado o irregular, movilidad, dolor, muerte pulpar y formación de absceso apical o periodontal.

Los signos de lesión al aparato de inserción son agrandamiento del espacio del ligamento, rasgaduras del cemento, resorción radicular e hipercementosis y en casos más graves, fractura radicular con zonas de muerte apical.

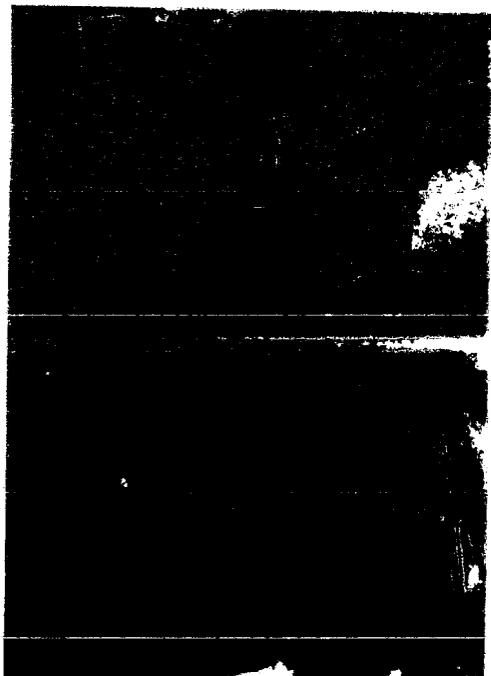
La atrición puede provocar variaciones en las curvas oclusales, facetas altamente pulidas, bordes incisales agudos o irregulares y pérdida en la altura de la corona.



A



C



B

A formación de facetas relacionadas con el hábito de bruxismo.

B cambios gingivales que suelen ser relacionados con el bruxismo.

C desgaste dentario generalizado como manifestación del hábito del bruxismo.

DIAGNOSTICO

Para hacer un correcto diagnóstico, deben estudiarse presiones, dirección, intensidad, tiempo y fundamentalmente la constitución genética antes de afirmar una relación de causa a efecto.

En el caso de succión digital debe investigarse : ¿cuando comenzó a chuparse el dedo?, ¿como se ha desarrollado ese hábito?, ¿si la succión es constante?, ¿como reacciona al ambiente?, etc. En general preguntar a todo lo que se relacione con este hábito.

Cuando se trata de hábitos linguales y de deglución es relativamente fácil 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 es normal, el músculo temporal se contrae; en cambio, si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo no se contraerá.

Al formular el diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión digital y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión.

En la respiración bucal, para comprobar si el conducto nasofaríngeo esta suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire se sugiere el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a a los orificios nasales. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicárselo

el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente normal, y no forzada como cuando se instruye al niño. Si el niño no puede respirar por la nariz o sólo lo hace con gran dificultad, deberá enviársele a un rinólogo para que este formule y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirselo, incluso después de ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

El bruxismo puede diagnosticarse por una atrición considerable en las piezas y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

En el hábito de automutilación o hábitos masoquistas generalmente los niños no están dispuestos a admitir el acto, y por lo mismo el diagnóstico puede ser incorrecto, teniendo el dentista que ser muy cuidadoso al hacer las preguntas e inspección.

En todos los casos deben efectuarse cinco preguntas básicas y un cuestionario recomendado por el Dr. Graber, el cual ha sido invaluable en el desarrollo de un patrón de los hechos conducentes a la formación del hábito:

1. Comprensión del niño. ¿comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento?, ¿quiere el niño que le ayuden?
2. Cooperación paterna. - ¿comprenden ambos padres lo que se está tratando de hacer y prometen cooperación total?
3. Relación amistosa. - ¿ha establecido una relación amistosa con el niño, de manera que en su mente exista una situación de recompensa en vez de una de castigo?

4. Definición de la meta. - ¿han elegido tanto los padres como el odontólogo una meta definida en términos de "tiempo" y en forma de un "premio material" que el niño trate de alcanzar?

5. Madurez. - ¿ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?

Estas en cuanto al odontólogo, ya que si no se está seguro de la voluntad y cooperación del niño principalmente y de los padres, el uso de un instrumento no va a ser inútil solamente, sino que va a provocar secuelas psicológicas.

El problema no es sencillo, porque no es cuestión de dedos o de dientes; estamos frente a un síntoma de algo en que está comprometido el niño todo. Y al decir el niño todo equivale a decir el niño en su constelación familiar.

Se requiere el diagnóstico de la situación de fondo y, en lo posible, su solución antes de colocar cualquier aparato corrector, si es necesario. Las amenazas, el ridículo, la promesa, la comparación, el castigo, etc., son inútiles y negativos, pues solo servirán para fijar el hábito y acrecentar la agresividad del niño.

Historia Clínica

La importancia de un examen bucal completo y la creación de un plan de tratamiento previo a iniciarse en un programa de atención dental de un niño merece el mayor énfasis.

El examen minucioso es el requisito previo para un plan de tratamiento. Ningún odontólogo deberá estar forzado por una actividad demasiado intensa ni por las exigencias de los padres como para proporcionar odontología fragmentaria y aliviar solo los síntomas agudos sin brindar una atención sin brin

completa y adecuada.

A cada niño paciente se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. El odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres aceptarán o podrán afrontar, si los padres rechazan una parte o todo un plan de tratamiento, el odontólogo por lo menos habrá cumplido su obligación si se tomó el tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los procedimientos que fueren previstos, si se les explica de que la salud futura del niño y hasta su salud general esta relacionada con la corrección de los defectos dentales.

Historial médico y Odontológico del niño

Es importante que el odontólogo este familiarizado con la historia médica y la atención dental pasada del niño. La asistencia dental puede obtener información preliminar suficiente para proporcionar al odontólogo un conocimiento de la salud general del niño y alentar al profesional sobre la necesidad de requerir información adicional.

Si hubiere alguna indicación de enfermedad o anomalía aguda o crónica, será prudente que se consulte al médico del niño para informarse del estado actual de la afección, del pronóstico a lo largo del plazo y de la terapéutica medicamentosa actual.

Los problemas de conducta en el consultorio están a menudo relacionados con la capacidad o incapacidad del niño de comunicarse con el odontólogo y de seguir las instrucciones. Hay que anotar si el niño estuvo hospitalizado previamente para procedimientos anestésicos y quirúrgicos generales.

HISTORIAL DEL NIÑO

Estadísticas Vitales :

Nombre del niño _____ Fecha _____
Diminutivo _____
Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
Grado escolar _____ Dirección _____
Teléfono _____ Padre o acompañante _____
Remitido por: Médico- _____ Otro _____ Especificar _____
Edad _____ años _____ meses Peso al nacer _____ Kg Sexo _____
Prematuro _____ Anomalías congénitas _____ Especificar _____

Casa:

Hermanos: Núm. de hermanos _____ Edades de los hermanos _____
Número de hermanas _____ Edades de las hermanas _____
Niño vive con Madre _____ Padre _____ Otro _____ Especificar _____

Otros en el hogar _____

Padres Madre Calmada _____ Padre Calmado _____
Temperamento Enérgica _____ Enérgico _____
Tensa _____ Tenso _____

Comportamiento social:

Personalidad : Introverso _____ Juegos: Anormal Escuela: Atrasado
Bien adaptado _____ Normal Mismo
Extroverso _____ Avanzado

Tiene dificultades en la escuela _____

Considera que el niño: Esta adelantado en sus estudios _____

Progresa normalmente _____

Le gusta aprender _____

Comentarios _____

Salud General:

¿ Tiene el niño problemas de salud? _____

¿ Está el niño bajo tratamiento médico? _____

¿ Porqué motivo? _____

Ha tenido el niño alguna de estas afecciones:

ASMA _____ SARAMPION _____ FIE. REUMATICA _____

ANEMIA _____ TOSFERINA _____ FIE. ERUPTIVAS _____

ALERGIAS _____ VARICELA _____ NERVIOSISMO _____

EPILEPSIA _____ ESCARLATINA _____ PROBL. DE COAGULACION _____

ENF. CARDIACA _____ DIFTERIA _____ TUBERCULOSIS _____

HEPATITIS _____ TIFOIDEA _____ POLIOMIELITIS _____

ENF. RENAL _____ PAPERAS _____

¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento? - _____

¿ Acuales? _____

¿ Ha estado hospitalizado? _____

Fecha _____ Razón _____

¿ Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? _____

¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales? _____

Reacción bajo tensión: Antagonista _____

Dócil _____

Defensiva _____

Comentarios _____

Alimentación:

Lactancia natural Duración _____ meses Edad al destete _____ meses

Lact. con biberón Duración _____ meses Edad al destete _____ meses

Alimentación actual:

¿Cuántos alimentos hace al día? ... _____

¿En que consiste su alimentación? _____

Hábitos: Buenos _____ Indiferentes _____ Malos _____

Sueño: Regular _____ Número de horas _____

 Día Irregular _____ Noche Profundamente _____

 Rara vez _____ Frecuentemente _____

W. C.

Hábitos Anormales _____ Normales _____

Edad de aprendizaje Defecación _____ años _____ meses

Completamente aprendió _____ años _____ meses

Hábitos bucales:

 Chupar: Pulgar _____ Frecuentemente _____ Dedos

 _____ Ocasionalmente _____

 _____ Rara vez _____

Edad comienzo del hábito _____ años _____ meses

Edad en que lo abandonó _____ años _____ meses

Aún continúa _____ día _____ noche _____ escuela _____ mirando T.V

Hábitos asociados:

Mesarse los cabellos ____ Acariciar frazada ____
Tirarse de la oreja ____ Lamerse los labios ____
Hurgarse la nariz ____ Otro ____

Especificar _____

Métodos utilizados para controlar el hábito _____

Otros con hábito similar:

Ninguno ____ Padre ____ Madre ____ Hermano ____ Otro ____

Conocimiento del hábito por el niño:

____ Niño conciente ____ Reñido por hermanos ____ Reñido por padres ____ Otro

Especificar _____

Tratamiento:

Deseo del niño de ____ Si con tratamiento ____ Sin tratamiento
cesar el hábito : ____ No le importa ____ Ningún deseo

Actitud de los padres:

____ Con tratamiento ____ Sin tratamiento ____ Aparato ____ Ningún aparato

Comentarios Generales: _____

DERECHA			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	IZQUIERDA		
R													L		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
R													L		
DERECHA			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	IZQUIERDA		

Diagrama Dentario

Finalidad de la Historia Clínica o Anamnesis

Se considera como elemento indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia:

1. Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
2. Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general compromete el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
3. Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
4. Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso después de completar el tratamiento, el dentista debe preparar una "hoja de los padres" en la cual se exponen en lenguaje corriente las necesidades dentales del niño y el plan de tratamiento que se propone.

Las ventajas de la exposición escrita destinada a los padres son muchas, proporciona una visión global de la salud dental del niño, específica tanto tratamiento inmediato que se requiere como las futuras necesidades del trata-miento dental preventivo. El dentista debe disponer de los resultados del examen oral, de la historia clínica, las radiografías y otros medios diagnósticos auxiliares antes de trazar el plan de tratamiento y llenar la hoja de los pa-dres.

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente, informa al dentista sobre el valor que los padres con-ceden a sus propios dientes puesto que la actitud de los padres hacia la odontología puede reflejarse en el medio del niño y en los deseos de los padres.

TRATAMIENTOS DE HABITOS ORALES

TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

Existen una serie de controversias con respecto al tratamiento odontológico de los hábitos orales infantiles, ya que intervienen distintas disciplinas que se interesan por el bienestar del niño. Surgen con claridad varias tendencias y orientaciones con predominio de las netamente mecánicas, cuyo lema parece ser "Quebrar el hábito" a toda costa y desde el comienzo ese es el objetivo y poco interesan los medios para alcanzarlo. De ahí que Starr dijera "que le gustaba pensar de la succión del pulgar como el primer acto de delincuencia". Y que Resenast, dentista, expresara: "creo que la interferencia mecánica tiene un lugar definido para detener un hábito". Y Forrest, también dentista, opinaba que "la mejor época para quebrar el hábito es entre la edad de 1 y 3 años, hablando de succión del pulgar". (!)

Hoy en día es difícil encontrar trabajos en los que no se haga mención aunque sea someramente de la importancia que representa el factor psicológico en la presencia de los hábitos orales infantiles.

El Dr. Poldy nos dice que "el único consejo concreto que puede darse en la actualidad es que el dentista se interese en el desarrollo psicológico del paciente y trate de establecer las causas psicológicas de los hábitos", y nos dice "la succión del pulgar, ya se deba a aburrimiento o a irregularidades de la digestión, se convierte en hábito porque es una experiencia placentera para el bebé. Como simple hábito persiste fácilmente cuando ya no existe causa plausible. Entonces, y sólo entonces, estamos justificados en emplear medidas artificiales para quebrar el hábito." Después menciona un

par de medidas simples que pueden ser de utilidad tales como:

1. Una cinta atada a la muñeca de una mano, pasada entre las piernas del bebé y atada a la otra muñeca, lo bastante floja y con suficiente longitud como para permitir movimientos del brazo, excepto los que llevan la mano a la boca. Este dispositivo debe usarse solamente en bebés de hasta pocos meses de edad.
2. Un tubo de cartón rígido que se desliza en cada brazo, dejando a los cos-tados alguna libertad de movimientos, pero no lo bastante para llevar las manos a la boca. Los tubos pueden asegurarse entre sí, con una cinta que pasa alrededor del cuello del bebé. Este dispositivo puede usarse con bebés grandecitos, especialmente en las críticas medias horas que preceden al sueño. El autor hace incapié en que el dispositivo debe usarse para tratarse el hábito residual y termina diciendo "El castigo nunca está indicado, pero un poco de ridículo puede ayudar en los casos rebeldes" (!)

Whitmas, luego de señalar que el tratamiento "debe comenzar con la e-liminación de las causas de las tenciones responsables del origen y mante-nimiento del hábito" y que "debe obtenerse una historia completa para que podamos encontrar la causa original del transtorno y prevenir una recidi-va"; este autor nos aconseja "pintar los dedos y el pulgar con loción Remin-der varias veces al día y especialmente antes de acostarse".

Izard nos dice que "para luchar contra la succión de los dedos, el pul-gar en particular, tenemos a nuestra disposición muchos medios, nos men-ciona el uso de manoplas de cuero con digitaciones de caucho lo que es en

verdad deprimente.

Otros modelos para impedir que el bebé se chupe el dedo, con ingeniosos nombres, pueden encontrarse en el texto de McBride. En el que Proctor aconseja "juntar los labios con dos tiras verticales de cintas adhesivas, purpuramente por razones psicológicas"(!) En varios textos de ortodoncia y en muchos artículos, se presentan distintos modelos de mitones, guanteltes, etc., que convierten al bebé en un grotesco y doloroso espectáculo.

Casi todos quienes sostienen estos enfoques, mencionan a Levy y sus trabajos sobre la alimentación de los cachorritos, tamaño de los agujeros de la tetina, etc., pero no mencionan aquellos trabajos en los que menciona las consecuencias de las restricciones de movimientos y sobre todo de las violentas reacciones por fijación del codo (procedimiento preventivo de muchos ortodoncistas).

Un manual de maternidad editado en Inglaterra, sugería: "A veces es suficiente poner guantes de algodón; si no, el mejor plan es hacer un entablillado de cartón corrugado...;esto permite movimiento libre del brazo desde la articulación del hombro pero impide que la mano llegue a la boca. Estos entablillados deben sacarse dos veces al día y los brazos ser ejercitados masajeados".

Bastante distinta la posición de Holloway, Swallow y Slack; "Cualquier protrusión de los dientes anteriores superiores primarios asociada con succión digital, no afectará la posición de los dientes permanentes, siempre que el hábito cese antes que erupcionen los incisivos permanentes y aún enton-

ces el hábito puede no producir una deformidad¹¹. Con respecto a niños mayores, el hábito es indicador de tensión emocional, que cumple con un propósito y que si es impedido, el niño puede buscar otra actividad placentera más dañina y que debe solicitarse el consejo médico informado.

El ideal sería poder tratar estos asuntos preventivamente, actuando como puericultores. Bien es cierto que en principio, no nos corresponde. Pero también es verdad que no siempre los pediatras hablan de esto con las futuras mamás y que, en más de una oportunidad, somos los primeros en enfocar el problema. Por esto es importante conocer las implicaciones de la lactancia para poder aconsejar con respecto a aspectos técnicos y emocionales.

En cuanto a la madre, en primér término deberá calmarse creando un clima adecuado para enfocar integralmente la situación.

En cuanto al niño, si el hábito se origina del aburrimiento ya que sólo observa el cielorraso porque no pone al alcance de sus ojos "algo", por ejemplo objetos de colores vivos, para que no necesite centrarse en el consuelo de su dedito. Si el hábito se presenta a la hora de ir a dormir, generalmente, pijamas secos y limpios, brazos que acunan y sonidos que arrullan harán delicioso el momento de ir a dormir.

Si se trata de un niño más grandecito, digamos de edad preescolar e- se chupeteo constante es un asunto serio.

No creemos en la existencia de un hábito "vacío", sin significación. Siempre la tiene. En todo niño que se chupa el dedo a una edad en que: debió haber superado lejos la fase de su evolución en que podíamos conside-

rarla una actividad normal y lo hace en forma embulsiva, hay un conflicto. El hábito, entonces, es una manera de expresar su aislamiento del mundo exterior, su "volverse a sí mismo", un refugiarse en su mundo de fantasía, una posición autista, una regresión. En este caso no tienen validez los consejos, indicaciones o aparatos. Existen varios intentos que van de lo grosero a lo sutil, como sustancias de sabores repelentes, amenazas, sobornos, etc, lo que no cuenta en la terapia.

En resumen: nosotros creemos que lo primero es descubrir el por qué del hábito, saber lo que pasa al niño, y en los casos necesarios se remitirá a un especialista en problemas emocionales del niño.

Es curioso que los adultos, con más fuentes y oportunidades de placer que el niño para calmar nuestra irritación o ansiedad, para liberar nuestras tensiones tengamos tan poca comprensión e indulgencia y seamos tan estrictos. Por lo que estamos de acuerdo, que es de suma importancia tanto la ternura, el cuidado, el amor y el respeto por el niño, para su desarrollo normal.

La complejidad del problema no significa, de ningún modo, que el odontólogo deba salir de su función específica, cambiar su rol, y resolver los casos psicoterapéuticamente, sino actuar con la suficiente capacidad para que se acepten ciertas normas prácticas y concretas. Si hacemos buena odontología pediátrica, el paciente nos importa en cuanto ser humano biográficamente. Debemos considerar al niño física, mental y emocionalmente en su contexto socio-económico-cultural, con su cualidad de futurible. Por lo tanto, sólo cuando hallamos realizado un estudio a fondo del problema, po-

dremos indicar en forma oportuna algún tipo de aparatología con posibilidades de buen éxito.

El procedimiento completo implica que los padres sigan las sugerencias del odontólogo en casa.

Nosotros insistimos en la importancia de la zona bucal y de la succión como actividad bucal; donde para el niño no sólo es la unidad de autosatisfacción, sino también su "adentro y su afuera".

Hemos presentado diversos enfoques en la terapéutica odontológica y diversos comportamientos psicoterapéuticos para algunos casos, pero no podemos establecer una psicoterapia específica para todos los niños, ya que cada niño es diferente; por lo que dicho tratamiento va en relación directa del caso específico que se nos presente. Hacemos incapié en la importancia que tiene la "relación oral" y la individualidad física, mental y emocional del niño.

TRATAMIENTO CON INSTRUMENTOS INTRABUCALES

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el odontólogo. Estos pueden ser clasificados:

- a) instrumentos fijos
- b) instrumentos removibles

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

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. Ciertamente para el odontólogo la mayoría de los instrumentos removibles 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 lo desea.

Tratamiento de hábito de succión digital

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito de chupeteo del pulgar sería aquel que:

- a) no ofreciera resistencia a ninguna actividad muscular normal
- b) no necesitara recordatorio para usarlo
- c) que no dependa de los padres
- d) y que su uso no avergüenze al niño

Trampa con punzón. - Este es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre agastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Trampa de rastrillo. - Al igual que la de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas no sólo dificultan la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

Las trampas sirven 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 para el paciente.

Al niño sólo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes, se le dice que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen abajo del aparato y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra colocada dentro de su boca. No se hace mención del dedo. Los

problemas del habla podrán persistir en todo el tratamiento. La dieta deberá ser blanda durante los primeros días.

Tratamiento de succión labial

Dentro de los aparatos fijos tenemos un "presionador para labio", para interceptar el hábito de morderse y chuparse el labio. Se utilizan coronas metálicas completas o bandas de ortodoncia y se adapta un alambre de acero inoxidable que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares desiduos, hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral.

No hay prisa para retirar el aparato, especialmente en los casos en que ha habido apiñamiento y retroposición de los incisivos inferiores. Un período de ocho a nueve meses de uso es aceptable.

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueve los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no sólo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

Un aparato removible para este hábito es la pantalla bucal o vestibular, o una combinación de ambas, es un método eficaz para controlar los hábitos musculares anormales y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo.

Estos aparatos removibles han sido perfeccionados hasta lograr un alto grado de eficacia. La simple pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos.

La completa cooperación del paciente es absolutamente indispensable.

Si la pantalla bucal es utilizada asiduamente y construida correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la maloclusión en desarrollo.

Deberá hacerse un cuidadoso diagnóstico del problema antes de intentar la corrección con la pantalla vestibular o bucal. Si no contamos con la cooperación del paciente, están indicados los aparatos fijos.

Tratamiento de empuje lingual

El aparato para el hábito de proyección lingual, una variante del aparato para el hábito de chuparse los dedos, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. Cuando los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores durante el contacto oclusal total de los dientes posteriores, obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

Como el análisis de este hábito revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a aproximarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para el hábito deberá intentar hacer ambas cosas: a) eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución b) modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la pun-

ta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal. Al desplazar la lengua hacia atrás dentro de los límites de la dentición, esta se expande hacia los lados con las porciones periféricas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores. Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es deficiente; de esta manera, se evita la sobreerupción y el estrechamiento de los segmentos bucales superiores.

El acto de deglución maduro es estimulado por este tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de cuatro a nueve meses para la corrección autónoma de la maloclusión.

No todos los aparatos tienen éxito por sí solos, y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

Si el dentista ha obrado con cuidado en la elección del caso y ha estudiado el problema concienzudamente, para asegurarse de que está tratando primordialmente con un hábito de proyección de lengua y no una maloclusión total y basal, y si coloca el aparato oportunamente para que los dientes hagan erupción y se deposite hueso alveolar, sus esfuerzos serán recompensados sistemáticamente.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos es entre los cinco y diez años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requieran los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos or-

todónticos completos.

No todos los hábitos de proyección de lengua causan maloclusión en los segmentos anteriores; pueden existir mordida abierta posterior.

Tratamiento del hábito de deglución

Los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral (infantil) prolongada. La gran necesidad de recibir satisfacción emocional, psicológica y sensual del lactante es más abstracta, aunque no menos importante, que las exigencias concretas de la nutrición.

Ambos apetitos, el de la psique y el del tracto intestinal, son importante. Ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia significa que existe mayor posibilidad de presentarse la deglución infantil prolongada y de reacciones compensadoras en la forma de satisfacción por substitución.

Los chupones "interconstruidos" son la lengua, el pulgar y los labios. Si no es posible llevar a cabo la lactancia natural-y existen realmente algunos casos en que esto no es posible, y si la madre no está dispuesta a dedicar tiempo y atención a este menester- podrá utilizarse un substituto fisiológico razonable. Deberá pasar suficiente tiempo cargando al lactante en desarrollo, acariciándolo y mimándolo. Los chupones correctamente diseñados son recomendables y constituyen un verdadero factor para evitar la retención prolongada de las facetas de comportamiento infantil.

Los ejercicios pasivos de Strang para la deglución sirven para entrenar a los músculos que intervienen en la deglución a fin de que funcionen uniformemente y sin contracción perversas, especialmente en lo que se refiere

a la contracción exagerada durante la succión y el espasmo de la lengua.

1. Tengase a la mano un espejo y un vaso lleno con agua
2. Ordenar al pequeño que tome un sorbo de agua lo suficientemente para humedecer la boca
3. Observar cuidadosamente la boca en el espejo
4. Junte los dientes y manténgalos en esta posición durante todo el ejercicio
5. Cierre suavemente los labios y trague recordando tres cosas:
 - a) Mantener unidos los dientes
 - b) Mantener los labios absolutamente inmóviles
 - c) Mantener la lengua en la boca; sin que haga presión sobre los dientes anteriores
6. Repita lentamente la deglución tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo
7. Hágase esto durante dos minutos y cuando menos tres veces al día.

Repítalo con frecuencia entre períodos de práctica y después de una semana aumente la duración hasta tres minutos.

Si la proyección es muy marcada puede ser necesario que el paciente aprenda este ejercicio por etapas; en este caso hágase que practique primero la deglución con los dientes juntos, repitiendo esto durante una semana, haga después que cambie lo anterior con un intento para mantener quietos los labios. Cuando haya aprendido a cambiar estas dos etapas del ejercicio, enséñelo a dominar el movimiento de la lengua.

Si el paciente tiende a sacar la lengua durante la etapa final de la deglución es muy difícil enseñarle a dominar el hábito. Strang; ha hecho notar que si el paciente vuelve la lengua hacia atrás, hacia el paladar duro y la mantiene ahí durante el ejercicio, no puede sacarla entre los incisivos y con el transcurso del tiempo aprenderá a dominarla.

Este ejercicio es uno de los más útiles e importantes, si el paciente lo domina y recurre a él en forma rutinaria, ayudará a eliminar una de las causas más frecuentes de la maloclusión.

Tratamiento de empuje de frenillo

En el recién nacido, el frenillo labial se encuentra insertado en la crestta del borde alveolar. En situaciones normales, al hacer erupción los dientes y al depositarse hueso alveolar para aumentar la dimensión vertical, la inserción del frenillo paulatinamente se desplaza hacia arriba respecto al borde. Normalmente las fibras están limitadas a una banda estrecha y no son suficientemente fuertes para afectar materialmente a la posición de los incisivos. Sin embargo, en algunos individuos esta banda de fibras no elásticas es más tensa y actúa como barrera para la migración mesial de los incisivos centrales durante la erupción, provocando la formación de un diastema de proporciones notables.

Los diastemas por frenillo con frecuencia son hereditarios. Pero existen otros factores entre los cuales está el del hábito de empuje de frenillo. Por lo que el dentista deberá prepararse para ser el juez del papel del frenillo en cada paciente cuando exista un diastema anterior. Al observar sic

temáticamente a sus pacientes infantiles, deberá revisar cuidadosamente la inserción del frenillo en cada uno y registrar cualquier inserción demasiado densa. Si el diastema es hereditario se utilizará la ortodoncia preventiva.

En caso de hábito trataremos de quitarlo con medios extrabucales o psicológicos, antes de intentar la cirugía o tratamiento ortodóntico; así como esperar hasta que los caninos permanentes hayan hecho erupción para verificar el cierre del diastema.

Tratamiento de Bruxismo

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resiste al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

Una placa oclusal o férula tiene que ser utilizada indefinidamente.

Cuando existe bruxismo, una placa oclusal puede revelar que la sobremordida excesiva es un factor causal, y su eliminación puede significar el cese del apretamiento o bricomanía que haya padecido el paciente.

La mayoría de los pacientes aprenden a depender de la placa oclusal y en ocasiones no pueden dormir sin ellas.

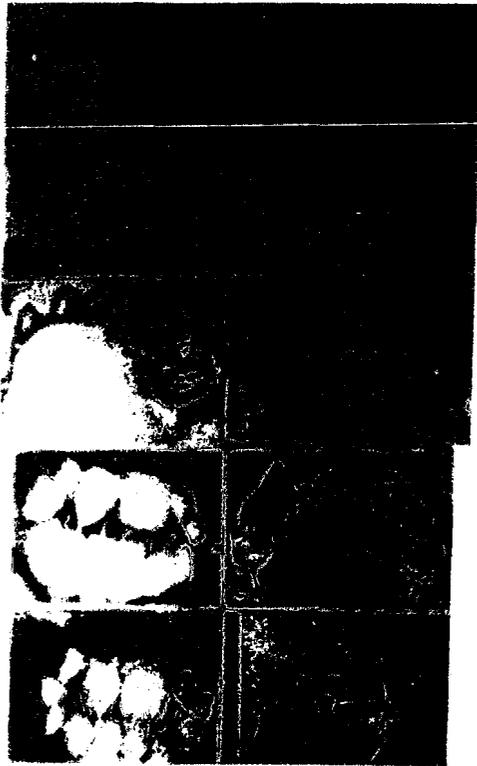
Tratamiento de respiración por la boca

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

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, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

Además de servir para este hábito, el protector bucal sirve para evitar que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos inferiores, que los que empujan la lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores y que los que succionan el pugar se lleven el dedo a la boca.

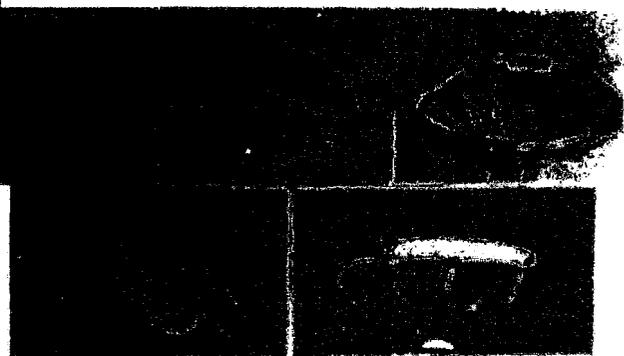
El protector puede fabricarse por cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más usado son las resinas sintéticas.



Criba lingual para eliminar la deglución infantil o visceral y la proyección lingual.

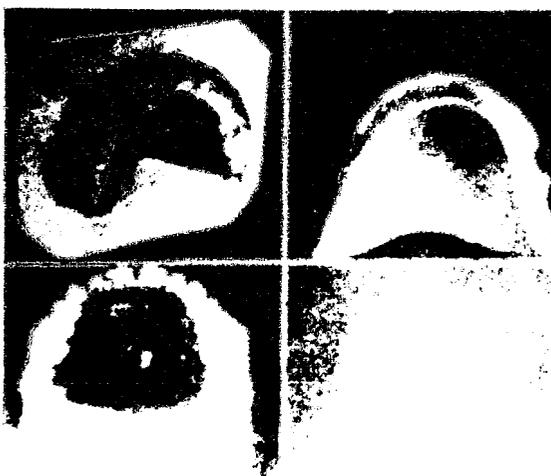
Aparato para hábito de labio. Observamos los pasos para su construcción.





Criba removible de acrílico y alambre que impide el hábito de morder el carrillo.

Aparato de pantalla bucal. Controla la función lingual.



Pantallas bucales combinadas, controla la proyección de la lengua.

METODOS EXTRABUCALES

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, son: recu**br**ir el pulgar o un dedo del niño con sustancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable; rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada.

Son consideraciones importantes la edad y la madurez del niño, ya que es necesaria su cooperación. Cuando se trata de denticiones temporales, o sea de niños de seis a siete años, las probabilidades de cooperación son mínimas; se logra mayor éxito en denticiones mixtas (de siete a diez años).

Todos estos métodos tienen algo en común: se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. 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 este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

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

Después de haber desarrollado un enfoque, técnica muy hábil con respecto al problema del tratamiento de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos con exceso y demasiado temprano. La coexistencia del hábito con problemas de conducta o psicológicos evidentemente identificables, señala que se debe ser cauto al proponer el tratamiento.

CONCLUSIONES

En base a las consideraciones hechas en el presente trabajo, podemos formular la siguiente conclusión: el aspecto psicológico tiene fundamental importancia en el desarrollo físico del individuo. Este hecho está ampliamente comprobado por los numerosos estudios que en el campo de la psicología se han efectuado en este sentido. Los patrones de conducta de los padres en cuanto a comportamiento con los hijos se refiere, puede ser el factor principal en la formación de hábitos, así como de su desarrollo y sus consecuencias.

Los hábitos que el niño adquiere pueden ser diferentes; pero en base a nuestro interés, nos ocupamos de los que influyen en el desarrollo de la cavidad bucal, y vimos que ellos son definitivos en la evolución normal o anormal de la misma.

Cuando se han eliminado las causas que pueden haber sido productoras del hábito, es importante que el odontólogo formule un diagnóstico y entre en acción corrigiendo las deformaciones que ocasionó dicho hábito.

Detectado este fenómeno hemos podido señalar algunas de las técnicas a utilizarse en la corrección de los mismos y que desde luego tienen que partir de una atención cuidadosa de los padres en la educación adecuada de sus hijos en cuanto al aspecto físico se refiere.

BIBLIOGRAFIA

1. Clínicas Odontológicas de NorteAmérica

Odontología Pediátrica Editorial Interamericana

2. Odontología Pediátrica

Sidney B. Finn Editorial Interamericana

3. Odontología para niños

Brauer J. CH Editorial Mundi

4. Odontología para el niño y el adolescente

McDonald R. E Editorial Mundi

5. Odontopediatría

Facultad de odontología

6. Odontología Pediátrica

Samuel Leyt Editorial Mundi

7. Psiquiatría Infantil

Leo Kanner Editorial Siglo Vcinte

8. Manual de Psicología del niño

J. CHazand P. Bray

9. El niño de 5 y 6 años
Arnold Gesell

10. Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico
Dr. Harry Bakwin Editorial Interamericana

11. Dentadura sana para toda la vida (artículo)
Stephen Moss Reader's Digest

12. When child abuse hits home (artículo)
Monthly Moody The Christian Family Magazine

13. Enfermedad Periodontal
Saul Shluger Editorial Continental

14. Ortodoncia Teoría y Práctica
T. M. Graber Editorial Interamericana

15. Manual de Ortodoncia
Moyers E. Robert
 Editorial Interamericana

16. Histología
Roy O. Greep / Leon Weiss

17. Atlas de Histología normal

Mariano S. H. DiFiore

18. Anatomía Dental

Rafael Esponda Vila