

20/1/82

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

HABITOS ORALES

JOSE ANTONIO VILLAVICENCIO LIMON



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.

PROLOGO

*Tengo, vamos a ver,
que ya aprendí a leer,
a contar;
tengo que ya aprendí
a escribir,
y a pensar y a reír.*

CADA GENERACIÓN, AL TOMAR CONCIENCIA DE SÍ MISMA, PIENSA QUE SU MOMENTO ES TRASCENDENTE. UNAS GENERACIONES HALLAN EL RUMBO QUE DEBEN -- DAR A SUS IMPULSOS, Y POR ESO INTRODUCEN CAMBIOS PARA QUE LA HUMANIDAD PROGRESE; OTRAS POR EL CONTRARIO, SE EQUIVOCAN Y SÓLO APORTAN EL BULLICIO DE LOS PROYECTOS QUE NO ALCANZAN REALIZACIÓN.

EL HOMBRE QUE TRANSFORMA ES EL QUE TIENE IDEAS, EL QUE MANEJA DATOS, EL QUE HACE COMPARACIONES, EL QUE ANALIZA EL PASADO INMEDIATO Y -- MARCA LOS RUMBOS DEL FUTURO, QUE YA ES EL PRESENTE QUE VIVIMOS.

PARA CUALQUIER TEMA (DE ODONTOLOGÍA, MEDICINA, BIOLOGÍA, ETC.) -- ACUDIMOS EN EL MEJOR DE LOS CASOS AL RESUMEN DE LO QUE HALLAMOS INTERESANTE EN UN LIBRO DE TEXTO, ENCICLOPEDIA, O BIEN, LIBRO ESPECIALIZADO. -- EN ESTA PRÁCTICA SE LOCALIZA LA RAÍZ DE LA APATÍA QUE DA AL FUTURO PROFESIONISTA APARENTE INCAPACIDAD PARA INTERVENIR POSITIVAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADA.

SI POR CURIOSIDAD, VEMOS QUÉ LIBROS SIRVEN DE BASE EN LA FORMACIÓN DE UN DENTISTA, DE UN QUÍMICO, DE UN ECONOMISTA, EN LAS UNIVERSIDADES DEL PAÍS, NOS DESAGRADARÁ COMPROBAR QUE EN MÁS DEL 80% DE LOS TRATADOS Y DE LAS MONOGRAFÍAS FUERON REALIZADAS POR AUTORES EXTRANJEROS.

PERO NO ES HORA DE LAMENTACIONES, SINO DE PROVOCAR UN CAMBIO DE-
ORIENTACIÓN QUE VUELVA MÁS EFICACES NUESTROS ESFUERZOS EN CIENCIA, EN -
TECNOLOGÍA Y EN TODA ACTIVIDAD CULTURAL.

INDICE

- I.- PRÓLOGO.
- II.- INDICE.
- III.- INTRODUCCIÓN.
- IV.- GENERALIDADES.
- V.- HÁBITOS DE SUCCIÓN.
 - A) SUCCIÓN DIGITAL
 - B) SUCCIÓN DE CHUPETES Y MAMILA
 - C) SUCCIÓN LABIAL
 - D) SUCCIÓN DE CARRILLOS.
- VI.- HÁBITOS LINGUALES.
 - A) LENGUA PROTÁCTIL
 - B) CESEO O SESEO.
 - C) RESPIRACIÓN BUCAL.
- VII.- HÁBITO OCLUSAL.
 - A) BRUXISMO.
- VIII.- ONICOFAGIA
- IX.- HÁBITO DE POSICIÓN
- X.- MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS
- XI.- CONCLUSIONES
- XII.- BIBLIOGRAFÍA.

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

EN LA TESIS SOBRE HÁBITOS ORALES, ME PROPONGO ESBOZAR ALGUNAS DE LAS MUCHAS FACETAS QUE PRESENTAN ESTE TIPO DE CASOS TANTO EN SU PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, COMO REHABILITACIÓN. DESEANDO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE REUNA, SIRVA EN UN FUTURO NO LEJANO A LA PERSONA INTERESADA EN EL TEMA LLÁMESE: PROFESIONISTA, ALUMNO, MAESTRO, ETC.

LOS HÁBITOS PERNICIOSOS NOS VAN A PRODUCIR UNA ALTERACIÓN ÓSEA, UNA MAL POSICIÓN DENTARIA Y EN GENERAL UNA ALTERACIÓN FÍSICA O PSICOLÓGICA. ES PRECISAMENTE EN ESTOS PUNTOS DONDE RADICA LA IMPORTANCIA DEL TEMA: YA QUE EL PROFESIONAL DE LA SALUD (LLÁMESE CIRUJANO DENTISTA, PSICÓLOGO, MÉDICO GENERAL, FONIATRA, ETC.), TIENE LA OBLIGACIÓN Y NECESIDAD DE EVITARLA.

EXISTEN DIVERSOS HÁBITOS PERNICIOSOS; DESAFORTUNADAMENTE EN MÉXICO GRAN CANTIDAD DE ÉSTOS NO SE ATIENDEN POR MUY DIVERSOS MOTIVOS, PROVOCANDO EN UNA GRAN PARTE DE LOS CASOS SECUELAS IRREVERSIBLES. ESPERO QUE AL REALIZAR LA TESIS, CONTRIBUYA UN POCO A MEJORAR ESTA SITUACIÓN. SÉ MUY BIEN QUE EXISTEN PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS A NIVEL DE LA POBLACIÓN QUE EXIGEN PRIORIDAD, LLÁMESELE CARIES, FALTA DE DIENTES, ETC., PERO NO POR ESO SE LE PUEDE RESTAR JERARQUÍA AL TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS.

GENERALIDADES

1.- DEFINICIÓN DE HÁBITO.- ES UNA PRÁCTICA FIJA PRODUCTO DE LA -
CONSTANTE REPETICIÓN DE UN ACTO. ENTRE MÁS CONSTANTE SEA ESTA REPETI- -
CIÓN, SE VA HACIENDO MENOS CONSCIENTE HASTA QUE LLEGA A SER COMPLETAMEN-
TE INCONSCIENTE.

2.- HÁBITO PERNICIOSO O MAL HÁBITO.- ES CUANDO NOS VA A PRODUCIR
UNA ALTERACIÓN ÓSEA, UNA MALPOSICIÓN DENTARIA Y EN GENERAL UNA ALTERA-
CIÓN FÍSICA O PSICOLÓGICA.

SE DIVIDEN EN:

A).- CAUSA.- LA CUAL ESTUDIAN PSIQUIATRAS Y PEDIATRAS.

B).- EFECTO.- QUE ES LA QUE ESTUDIAN TANTO ODONTOPEDIATRAS COMO-
MÉDICOS PEDIATRAS.

HAY 3 CORRIENTES QUE ESTUDIAN Y EXPLICAN LA CAUSA, LAS CUALES --
SON:

1.- PSICOANALISTA.

2.- LA QUE SE FUNDAMENTA EN DÓSIS.

3.- CUANTITATIVA.

EN LA PSICO ANALISTA ES AQUÉLLA EN LA QUE TODO INDIVIDUO ATRAVIE-
SA POR UNA ETAPA ORAL Y UNA ANAL, Y CUANDO HAY UNA ANSIEDAD, SE VUELVE-
UNA ETAPA ORAL O ANAL SIENDO REGRESIVA.

FUNDAMENTADA EN DÓSIS SE REFIERE A QUE TODO MAMÍFERO TIENE NECES-
SIDADES TANTO AFECTIVAS COMO FÍSICAS. CUALQUIER DEFICIENCIA EN DÓSIS --
TANTO FÍSICA COMO AFECTIVA PUEDE ORIGINAR UN HÁBITO PERNICIOSO.

LA CUANTITATIVA O CONDUCTISTA, SE FUNDAMENTA EN UN INSTINTO DE TOQUE Y BUSQUE. VA A DESCUBRIR POR CASUALIDAD UN OBJETO POR INSTINTO.

EN CUANTO AL EFECTO, TAMBIÉN VAMOS A TENER MÁS REPERCUSIÓN SOBRE ESTRUCTURAS DURAS Y BLANDAS COMO EL HUESO (YA QUE SE CONSIDERA PLÁSTICO EN SENTIDO BIOLÓGICO).

LOS AGENTES EXTERNOS SOBRE HUESO, NOS VAN A PRODUCIR UNA RESPUESTA EN CUANTO A FORMA Y ESTRUCTURA.

3.- CLASIFICACIÓN .

OLSON, ESTUDIÓ LOS HÁBITOS EN NIÑOS DE 10. A 60. GRADO, 1250 - - HOMBRES Y 1250 MUJERES DURANTE 60 MINUTOS. LOS MÁS FRECUENTES OBSERVADOS FUERON LOS HÁBITOS ORALES, NAALES Y LA ONICOFAGIA (COMERSE LAS - - UÑAS).

TAMBIÉN ENCONTRÓ QUE ES MÁS FRECUENTE ENCONTRAR MALOS HÁBITOS EN NIÑAS QUE EN NIÑOS.

1).- HÁBITO DE SUCCIÓN.

- A.- SUCCIÓN DIGITAL.
- B.- SUCCIÓN DE CHUPETES Y MAMILA.
- C.- SUCCIÓN LABIAL
- D.- SUCCIÓN DE CARRILLOS.

2).- HÁBITOS LINGUALES.

- A.- HÁBITO DE LENGUA PROTACTIL.
- B.- HÁBITO DE CECEO O SESEO.
- C.- RESPIRACIÓN BUCAL

D.- BRUXISMO.

E.- ONICOFAGIA.

F.- HÁBITO DE POSICIÓN.

G.- MORDEDORES DE OBJETOS DIVERSOS.

SE PUEDEN PRESENTAR HÁBITOS SOLOS Y COMBINADOS.

DURANTE MUCHOS AÑOS, LOS ODONTÓLOGOS HAN ATENDIDO LOS HÁBITOS BUCALES DE LOS NIÑOS. LOS DENTISTAS CONSIDERAN ESTOS HÁBITOS COMO POSIBLES CAUSAS DE PRESIONES DESEQUILIBRADAS Y DAÑINAS QUE PUEDEN SER EJERCIDAS SOBRE LOS BORDES ALVEOLARES INMADUROS Y SUMAMENTE MALEABLES, Y TAMBIÉN DE CAMBIOS POTENCIALES EN EL EMPLAZAMIENTO DE LAS PIEZAS Y EN OCCLUSIONES, QUE PUEDEN VOLVERSE FRANCAMENTE ANORMALES SI CONTINÚAN ESTOS HÁBITOS LARGO TIEMPO.

POR ESTE PROBLEMA TAMBIÉN SE INTERESAN EL PEDIATRA, EL PSIQUIATRA, EL PSICÓLOGO, EL PATÓLOGO ESPECIALISTA EN PROBLEMAS DE LENGUAJE Y LOS PADRES DEL NIÑO. EN GENERAL, PUEDE DECIRSE QUE EL ODONTÓLOGO Y EL PATÓLOGO SE INTERESAN MÁS POR LOS CAMBIOS BUCALES ESTRUCTURALES QUE RESULTAN DE HÁBITOS PROLONGADOS. EL PEDIATRA, EL PSIQUIATRA Y EL PSICÓLOGO PUEDEN DAR MAYOR IMPORTANCIA A LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA PROFUNDAMENTE ARRAIGADOS, DE LOS CUALES LOS HÁBITOS BUCALES PUEDEN SER SÓLO UN SÍNTOMA. LOS PADRES PARECEN PREOCUPARSE MÁS POR EL ASPECTO SOCIALMENTE INACEPTABLE DEL NIÑO QUE EXHIBE ALGÚN HÁBITO BUCAL.

ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO PODER FORMULAR DIAGNÓSTICO SOBRE LOS CAMBIOS EN ESTRUCTURAS BUCALES QUE PARECEN RESULTAR DE HÁBITOS BUCALES, PERO ES IGUALMENTE IMPORTANTE ESCUCHAR OPINIONES DE IN

DIVIDUOS DE OTRAS PROFESIONES QUE ESTUDIAN EL MISMO PROBLEMA. EN ESTA TESIS TRATAMOS DE ORIENTAR AL ODONTÓLOGO SOBRE ALGUNAS DE LAS OPINIONES MÁS IMPORTANTES A ESTE RESPECTO.

EL ODONTÓLOGO RARA VEZ EXAMINA A LOS NIÑOS HASTA DESPUÉS DEL FIRME ESTABLECIMIENTO DE LOS HÁBITOS BUCALES. EN CIERTOS CASOS, SOLO EXAMINA AL NIÑO PARA ACTUAR COMO ÁRBITRO EN DISCUSIONES FAMILIARES, DONDE SE DEBATE SI UN HÁBITO DETERMINADO SERÁ O NO DAÑINO PARA EL NIÑO. A CAUSA DE ESTO, ES IMPORTANTE REVISAR LA MANERA EN QUE EL NIÑO SE RELACIONA -- CON EL MEDIO EXTERNO A TRAVÉS DE SUS ACTIVIDADES BUCALES.

FREUD Y SU ESCUELA DESTACARON ESTO, DELINEANDO CIERTAS FASES DE LA INFANCIA COMO PERÍODOS BUCALES Y ANALES. OTROS HAN HABLADO DE LA "BU CALIDAD ESENCIAL DEL NIÑO".

REFLEJO DE SUCCIÓN.-

ENGEL AFIRMABA QUE LA OBSERVACIÓN DIRECTA DE LOS NIÑOS A SU PRIMER AÑO DE VIDA REVELABA QUE SU ORGANIZACIÓN ERA ESENCIALMENTE BUCAL Y DE TACTO. AL NACER, EL NIÑO HA DESARROLLADO UN PATRÓN REFLEJO DE FUNCIONES NEUROMUSCULARES, LLAMADO REFLEJO DE SUCCIÓN. INCLUSO ANTES DE NACER, SE HAN OBSERVADO FLUOROSCÓPICAMENTE EN EL NIÑO, CONTRACCIONES BUCALES Y OTRAS RESPUESTAS REFLEJAS.

ESTA TEMPRANA ORGANIZACION NERVIOSA DEL NIÑO LE PERMITE ALIMENTARSE DE SU MADRE Y AGARRARSE A ELLA, COMO LO DEMUESTRAN LOS REFLEJOS DE SUCCIÓN Y DE ASIMIENTO, Y EL REFLEJO DE MORO, TODOS PRESENTES AL NACIMIENTO. EVIDENTEMENTE, EL PATRÓN DE SUCCIÓN DEL NIÑO RESPONDE UNA NECESIDAD. LA NECESIDAD DE AGARRARSE NO RESULTA TAN OBVIA. SIN EMBARGO, -

AUNQUE ESTOS DOS REFLEJOS INFLUYEN EN EL NIÑO Y EN SUS SITUACIONES INICIALES DE APRENDIZAJE Y CONTRIBUYEN 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 EFECTIVAMENTE EXAMINADOS, POR MEDIO DE SENSACIONES BUCALES. SI EL OBJETO PROVOCA UNA SENSACIÓN --AGRADABLE, PUEDE TRATAR DE COMERLO. SI LA SENSACIÓN PRODUCIDA ES DESAGRADABLE LO ESCUPE, Y MUESTRA SU DESAGRADO CONTORSIONANDO LA CARA Y VOLVIENDO LA CABEZA EN DIRECCIÓN OPUESTA AL OBJETO. EL INTENTO DE LLEVAR A LA BOCA UN OBJETO "BUENO" SE DENOMINA INTROYECCIÓN. EL RECHAZO DE UN OBJETO "MALO" SE DENOMINA PROYECCIÓN. EN ESTE COMPORTAMIENTO PODEMOS OBSERVAR LA ELABORACIÓN Y ACENTUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO BUCAL ORIGINALMENTE ASOCIADO CON LAS EXPERIENCIAS DE ALIMENTACIÓN Y SUCCIÓN DEL NIÑO-NEONATAL. ESTAS "PRUEBAS" BUCALES EVIDENTEMENTE NO SOLO SIRVEN PARA ALIVIAR LA TENSIÓN DE HAMBRE EXPERIMENTADA POR EL NIÑO, SINO TAMBIÉN SON UN MEDIO DE PROBAR, CON LOS SENTIDOS DISPONIBLES, LO QUE ES BUENO O MALO. LOS OBJETOS INTRODUCIDOS EN LA BOCA, ESPECIALMENTE SI SON CALIENTES Y BLANDOS, TRAEN ASOCIACIONES DE ALIMENTOS Y BIENESTAR PASADOS. UTILIZANDO ESTAS EXPERIENCIAS SATISFACTORIAS, SE DA A SÍ MISMO CIERTA SATISFACCIÓN SECUNDARIA PARA ALIVIAR LAS FRUSTRACIONES DEL HOMBRE U OTRO MALESTAR, AL INTRODUCIRSE SU DEDO O PULGAR EN LA BOCA. EL PULGAR MANTENI-

DO EN LA BOCA SE VUELVE EL SUBSTITUTO DE LA MADRE, AHORA NO DISPONIBLE CON SU ALIMENTO TIBIO. SATISFACE LA NECESIDAD DE TENER ALGO EN LA BOCA, Y TAMBIÉN LA NECESIDAD DE AGARRARSE A ALGO, Y ALGUNOS CONSIDERAN ESTO COMO UNO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE DESARROLLO DE INDEPENDENCIA O SEPARACIÓN DE LA MADRE.

SE HAN LOGRADO HALLAZGOS INTERESANTES DE ESTUDIOS REALIZADOS POR PEDIATRAS PARA DETERMINAR CUÁL ES LA FRECUENCIA REAL DE SUCCIÓN DEL PULGAR Y LOS OTROS DEDOS EN UNA SECCIÓN TRANSVERSAL DE PACIENTES OBSERVADOS EN UN CONSULTORIO PEDIÁTRICO. EN UN ESTUDIO DE ESTE GÉNERO TRISMAN Y TRISMAN, EXAMINARON A 2650 LACTANTES Y NIÑOS DE MÁS EDAD DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 16 AÑOS Y OBSERVARON QUE 46 POR 100 DE ELLOS SUCCIONARON SUS PULGARES EN ALGUNA ETAPA DE ESTE PERÍODO. DE ÉSTOS, 25 POR 100 COMENZARON DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA. EN PROMEDIO, LA MAYORÍA HABÍA ABANDONADO EL HÁBITO AL LLEGAR A LOS 4 AÑOS. EXISTÍAN ALGUNOS, SIN EMBARGO, QUE HABÍAN CONTINUADO EL HÁBITO HASTA EDADES TAN AVANZADAS COMO 12 ó 15 AÑOS.

EN UN ESTUDIO EN SERIE, CONDUCTO POR RAKOSI, DE 693 NIÑOS CONSIDERADOS COMO SUCCIONADORES DE PULGAR, 60 POR 100 DE ELLOS HABÍAN ABANDONADO EL HÁBITO DESPUÉS DE MENOS DE DOS AÑOS. LA MAYORÍA DE ESTE GRUPO PRESENTABA OCLUSIÓN NORMAL. DE LOS 413 NIÑOS DE ESTE MISMO GRUPO QUE PRESENTABAN ALGÚN TIPO DE MALOCLUSIÓN, SE ENCONTRÓ QUE HABÍAN CONTINUADO SU HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR U OTRO DEDO MÁS DE CUATRO AÑOS. ESTO LLEVÓ AL INVESTIGADOR A CONCLUIR QUE LA SUCCIÓN DEL PULGAR PODÍA SER UN FACTOR CAUSAL DE MALOCLUSIÓN, ESPECIALMENTE LA DE SEGUNDA CLASE. SIN EMBARGO, EN MUCHOS DE ESTOS CASOS SE OBSERVÓ QUE, CUANDO SE ABANDONABA EL

HÁBITO, LA DENTADURA PERMANENTE SE NORMALIZABA GRADUALMENTE Y LOS EFECTOS CONTINUOS CAUSADOS POR PRESIONES CONTINUAS INICIALES SOBRE LAS PIEZAS Y MANDÍBULAS PARECÍAN TENER POCA IMPORTANCIA.

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.-

LOS NIÑOS EXPERIMENTAN CONTINUAS MODIFICACIONES DE CONDUCTA QUE LES PERMITEN DESECHAR CIERTOS HÁBITOS INDESEABLES Y FORMAR HÁBITOS NUEVOS Y ACEPTABLES SOCIALMENTE. EL ÉXITO INICIAL PUEDE REFORZAR LOS NUEVOS PATRONES, O SE PUEDEN LOGRAR CAMBIOS POR MEDIO DE LISONJAS, HALAGOS, Y EN CIERTOS CASOS AMENAZAS DE CASTIGO FUERTE POR PARTE DE LOS PADRES.

EL MODELO SUTIL Y NO SUTIL DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO CONTINÚA EN LA MADUREZ, AL VERSE SOMETIDO A PRESIONES EXTERNAS POR PARTE DE SUS PADRES, DE SUS COMPAÑEROS DE JUEGOS Y DE CLASE. LOS HÁBITOS QUE SE ADOPTAN O ABANDONAN FÁCILMENTE EN EL PATRÓN DE CONDUCTA DEL NIÑO, AL MADURAR ÉSTE, SE DENOMINAN NO COMPULSIVOS. DE ESTAS SITUACIONES NO RESULTAN GENERALMENTE REACCIONES ANORMALES, EN LAS QUE EL NIÑO ESTÁ SIENDO 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.-

GENERALMENTE, SE CONCUERDA EN AFIRMAR QUE UN HÁBITO BUCAL ES COMPULSIVO CUANDO HA ADQUIRIDO UNA FIJACIÓN EN EL NIÑO, AL GRADO DE QUE ÉSTE ACUDE A LA PRÁCTICA DE ESE HÁBITO CUANDO SIENTE QUE SU SEGURIDAD SE VE AMENAZADA POR LOS EVENTOS OCURRIDOS EN SU MUNDO.

TIENDE A SUFRIR MAYOR ANSIEDAD CUANDO SE TRATA DE CORREGIR ESE -

HÁBITO. DEBE ACLARARSE QUE ESTOS HÁBITOS COMPULSIVOS EXPRESAN UNA NECESIDAD EMOCIONAL PROFUNDAMENTE ARRAIGADA. REALIZAR EL HÁBITO LE SIRVE DE ESCUDO CONTRA LA SOCIEDAD QUE LE RODEA. ES SU VÁLVULA DE SEGURIDAD CUANDO LAS PRESIONES EMOCIONALES SE VUELVEN DEMASIADO DIFÍCILES DE SOPORTAR. LITERALMENTE, SE RETRAE HACIA SÍ MISMO, Y POR MEDIO DE LA EXTREMIDAD CORPORAL APLICADA A SU BOCA, PUEDE LOGRAR LA SATISFACCIÓN QUE ANSÍA.

AUNQUE LAS ETIOLOGÍAS ESPECÍFICAS DE LOS HÁBITOS BUCALES COMPULSIVOS SON DIFÍCILES DE AISLAR, ALGUNOS AUTORES OPINAN QUE LOS PATRONES INICIALES DE ALIMENTACIÓN PUEDEN HABER SIDO DEMASIADO RÁPIDOS, O QUE EL NIÑO RECIBÍA POCO ALIMENTO EN CADA TOMA. TAMBIÉN PUEDE HABERSE PRODUCIDO DEMASIADA TENSION EN EL MOMENTO DE SU ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN. DE IGUAL MODO, SE ACEPTA GENERALMENTE QUE LA INSEGURIDAD DEL NIÑO, PRODUCIDA POR FALTA DE AMOR Y TERNURA MATERNALES, JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN MUCHOS CASOS.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.-

AUNQUE ESTOS PROBLEMAS DE PERSONALIDAD ENTRAN CLARAMENTE EN EL ÁREA DE TRABAJO DE QUIENES TRATAN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SALUD, LOS PADRES PIDEN A MENUDO LA INTERVENCIÓN DEL ODONTÓLOGO EN CASOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA QUE UN HÁBITO BUCAL ANORMAL ESTÁ CAUSANDO DISTORSIONES DE HUESO ALVEOLAR Y POSICIÓN DE LA PIEZA. ALGUNOS ORTODONCISTAS AFIRMAN QUE, ANTES DE EMPRENDER CUALQUIER INTERVENCIÓN, HABRÁ QUE EXAMINAR CUIDADOSAMENTE LA DURACIÓN, FRECUENCIA, DESARROLLO OSTEOGÉNICO, HERENCIA GENÉTICA Y ESTADO DE SALUD GENERAL DEL NIÑO. ES CASI AXIOMÁTICO CONSIDERAR QUE LA ELIMINACIÓN DE UN HÁBITO, COMO SUCCIONAR EL PULGAR

PODRÁ HACERLO CONSCIENTEMENTE EL NIÑO MISMO, GUIADO POR EL ODONTÓLOGO - Y SUS PADRES, ÚNICAMENTE SI EL NIÑO ESTÁ PSICOLÓGICAMENTE PREPARADO Y - QUIERE ROMPER EL HÁBITO.

LOS NIÑOS A MENUDO COMBINAN HÁBITOS BUCALES PRIMARIOS TALES COMO SUCCIÓN DE DEDO Y PULGAR CON HÁBITOS SECUNDARIOS TALES COMO TIRARSE DEL PELO O HURGARSE LA NARIZ. FRECUENTEMENTE, SE PUEDE ROMPER EL HÁBITO BU- CAL PRIMARIO HACIENDO IMPOSIBLE LA REALIZACIÓN DEL HÁBITO SECUNDARIO. - ESTE SE ILUSTRRA CON EL CASO DE UNA NIÑA ESCOLAR DE DIEZ AÑOS, QUE SE -- CHUPABA EL PULGAR Y AL MISMO TIEMPO SE TIRABA DEL PELO EN UN LADO DE LA CABEZA. ESTO CONTINUÓ HASTA DEJAR CASI SIN PELO EL LADO AFECTADO DE LA- CABEZA. CUANDO SE AFEITÓ LA CABEZA DE LA NIÑA, ESTA PERDIÓ LOS DESEOS - DE CHUPARSE EL PULGAR, Y ASÍ SE TERMINÓ CON EL HÁBITO.

SIN EMBARGO, EXISTEN OTROS MÉTODOS, MENOS DRÁSTICOS, IGUALMENTE- EFICACES. UN AUTOR PROPONÍA QUE LOS NIÑOS, CON CONOCIMIENTO DE LOS PA-- DRES, LE HABLARAN POR TELÉFONO AL CONSULTORIO. DESPUÉS DE CONVERSAR, SU GERÍA SIMPLEMENTE QUE QUIEN LLAMABA SONABA TAN "MAYOR" QUE, NATURALMEN- TE, NO PODÍA SER EL NIÑO QUE "ANTES" SE CHUPABA EL PULGAR; CON ESTO GE- NERALMENTE SE DABA EL PRIMER PASO IMPORTANTE HACIA EL NUEVO ADIESTRA- - MIENTO DEL NIÑO. SI EL NIÑO LO DESEABA, SE CONCERTABA UNA VISITA DE RE- FUERZO AL CONSULTORIO., ÉSTO ERA PARA ASEGURARSE DE QUE NO SE CHUPABA - EL PULGAR, PARA QUE ESTA INFORMACIÓN PUDIERA INCLUIRSE EN "EL REGISTRO- ESPECIAL DE NUESTRO CONSULTORIO". DESPUÉS DE UNA VISITA CORTA Y AMISTO- SA AL CONSULTORIO, SE ENCONTRÓ QUE MUCHOS DE ESTOS NIÑOS SE HABÍAN SEN- TIDO ALENTADOS PARA ROMPER SU HÁBITO. NATURALMENTE, EL PROCEDIMIENTO -- COMPLETO IMPLICA QUE LOS PADRES ESTÁN DE ACUERDO EN COOPERAR Y SEGUIR -

LAS SUGERENCIAS DEL ODONTÓLOGO EN CASA:

- 1.- ESTABLECER UNA META A CORTO PLAZO PARA ROMPER EL HÁBITO - -
(UNA O DOS SEMANAS).
- 2.- NO CRITICAR AL NIÑO SI EL HÁBITO CONTINÚA.
- 3.- OFRECER UNA PEQUEÑA RECOMPENSA AL NIÑO SI ABANDONA EL HÁBITO.

SIN ESTA COOPERACIÓN, SE OBSERVARÁ POCO PROGRESO HACIA EL NUEVO-ADIESTRAMIENTO DEL NIÑO.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO 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: RECUBRIR EL PULGAR O UN DEDO DEL NIÑO CON SUBSTANCIAS, COMERCIALMENTE DISPONIBLES A ESTE EFECTO, DE SABOR DESAGRADABLE, RODEAR CON TELA ADHESIVA EL DEDO AFECTADO, O ADHERIR CON ALGÚN MEDIO UN GUAANTE A LA MUÑECA DE LA MANO AFECTADA. SIN EMBARGO, TODOS ESTOS MÉTODOS TIENEN ALGO EN COMÚN. SE BASAN EN LA ACEPTACIÓN DEL NIÑO PARA ROMPER EL HÁBITO. DEBERÁ ADVERTIRSE 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 PROCEDIMIENTO ES - DE INNEGABLE IMPORTANCIA. SI EXIGEN DEL NIÑO UNA PERFECCIÓN QUE ÉSTE NO PUEDE LOGRAR, EL PROCEDIMIENTO ESTARÁ CONDENADO AL FRACASO. EN REALIDAD, ES POSIBLE QUE ESTA ACTITUD PATERNA HAYA SIDO PARCIALMENTE RESPONSABLE-DE LA PRODUCCIÓN DEL HÁBITO. SIN EMBARGO, SI LOS PADRES RECOMPENSAN DE-ALGUNA MANERA AL NIÑO POR "DEJAR EL HÁBITO" DURANTE EL PROCEDIMIENTO, -POR MEDIO DE SUS ACTOS Y DE ALGÚN PREMIO INSIGNIFICANTE, ESTO IMPRESIO-

NARÁ PROFUNDAMENTE AL NIÑO Y LE ORIENTARÁ HACIA UNA META CLARA.

EN ESTE CAMPO, EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR A LOS PADRES A DECIDIR SOBRE LA ELECCIÓN DE MÉTODOS O ALTERNATIVAS.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HÁBITOS NOCIVOS.-

LA MAYORÍA DE LOS INSTRUMENTOS INTRABUCALES, FABRICADOS POR EL ODONTÓLOGO Y COLOCADOS EN LA BOCA DEL NIÑO CON O SIN PERMISO DE ESTE, SON CONSIDERADOS POR EL NIÑO INSTRUMENTOS DE CASTIGO. PUEDEN PRODUCIR TRASTORNOS EMOCIONALES MÁS DIFÍCILES Y COSTOSOS DE CURAR QUE CUALQUIER DESPLAZAMIENTO DENTAL PRODUCIDO POR EL HÁBITO. EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS, ESTOS INSTRUMENTOS SIRVEN PARA AÑADIR UN COMPLEJO DE "CULPABILIDAD" AL HÁBITO ORIGINAL, LO QUE PUEDE RESULTAR EN LA APARENTE SUPRESIÓN DEL HÁBITO, PERO PROVOCANDO EL CAMBIO RÁPIDO DE UN NIÑO DE CARÁCTER FELIZ A UN "NIÑO NERVIOSO". EN ESTOS CASOS, EL COSTO DE LA CURACIÓN ES DEMASIADO ELEVADO.

LAS SIGUIENTES SON CINCO PREGUNTAS QUE DEBERÁ HACERSE EL ODONTÓLOGO ANTES DE TRATAR DE COLOCAR EN LA BOCA DEL NIÑO ALGÚN INSTRUMENTO PARA ROMPER HÁBITOS NOCIVOS.

1.- COMPRENSIÓN DEL NIÑO ¿COMPRENDE PLENAMENTE EL NIÑO LA NECESIDAD DE UTILIZAR EL INSTRUMENTO? ¿QUIERE EL NIÑO QUE LE AYUDEN?

2.- COOPERACIÓN PATERNA: ¿COMPRENDEN AMBOS PADRES LO QUE ESTÁ USTED TRATANDO DE HACER, Y LE HAN PROMETIDO COOPERACIÓN TOTAL?

3.- RELACIÓN AMISTOSA: ¿HA ESTABLECIDO USTED UNA RELACIÓN AMISTOSA CON EL NIÑO, DE MANERA QUE EN LA MENTE DE ESTE EXISTA UNA SITUACIÓN-

DE "RECOMPENSA", EN VEZ DE UNA SENSACIÓN DE "CASTIGO".

4.- DEFINICIÓN DE LA META: ¿HAN ELEGIDO LOS PADRES DEL PACIENTE Y USTED UNA "META" DEFINIDA EN TÉRMINOS DE TIEMPO Y EN FORMA DE UN PREMIO MATERIAL QUE EL NIÑO TRATE DE ALCANZAR?

5.- MADUREZ: ¿HA ADQUIRIDO EL NIÑO LA MADUREZ NECESARIA PARA SUPERAR EL PERIODO DE ADIESTRAMIENTO, QUE PUEDE PRODUCIR ANSIEDADES A CORTO PLAZO?

EL ODONTÓLOGO INTELIGENTE QUE SE FORMULE ESTAS PREGUNTAS Y SE ASEGURE DE QUE, UNA POR UNA, LAS RESPUESTAS SON AFIRMATIVAS, GENERALMENTE PUEDE SENTIRSE SEGURO AL APLICAR UN INSTRUMENTO DE FORMACIÓN DE NUEVOS HÁBITOS. LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS QUE INFORMAN DE ÉXITOS LOGRADOS CON ESTE TIPO DE INSTRUMENTOS CONCUERDAN EN QUE LA FALTA DE PREPARACIÓN DEL NIÑO Y DE LOS PADRES PARA ACEPTAR EL TRATAMIENTO CASI SIEMPRE CONDENAN A ESTE AL FRACASO.

CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS.-

EXISTEN VARIOS TIPOS DE INSTRUMENTOS PARA ROMPER HÁBITOS BUCALES, QUE PUEDEN SER CONSTRUÍDOS POR EL ODONTÓLOGO. LA MEJOR MANERA DE CLASIFICARLOS, ES, TAL VEZ, EN INSTRUMENTOS FIJOS Y REMOVIBLES.

SI EL NIÑO DEMUESTRA DESEOS DE SER AYUDADO, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ELEGIR EL TIPO MÁS APROPIADO DE INSTRUMENTO, DESPUÉS DE TOMAR EN CONSIDERACIÓN LA EDAD DEL NIÑO, SU DENTADURA Y SU HÁBITO BUCAL. LOS NIÑOS DE MENOS DE 6 AÑOS, EN QUIENES SOLO ESTÁN PRESENTES LAS PIEZAS PRIMARIAS, LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES PUEDEN NO SER BIEN ACEPTADOS A CAUSA DE LA-

INMADUREZ DEL NIÑO. EN LA EDAD DE DENTADURA MIXTA, ENGRAPAR PIEZAS PERMANENTES EN PROCESO DE ERUPCIÓN PUEDE SER RAZÓN CONTRARIA A LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES. EN ESTE GRUPO, ENTRE LOS 8 Y 9 AÑOS, TAMBIÉN SE PRODUCE LA MADURACIÓN DEL LENGUAJE.

SIN EMBARGO, UN INSTRUMENTO FIJO PUEDE CAUSAR LA SENSACIÓN EN EL NIÑO DE ESTAR SIENDO "CASTIGADO", MIENTRAS QUE UN INSTRUMENTO REMOVIBLE PUEDE PERMITIRLE LA LIBERTAD DE LLEVAR EL INSTRUMENTO SOLO EN PERÍODOS CRÍTICOS, COMO LA NOCHE. CIERTAMENTE, PARA EL ODONTÓLOGO, LA MAYORÍA DE LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES PARA ABANDONO DE HÁBITOS SON MÁS FÁCILES DE CONSTRUIR Y AJUSTAR QUE LOS DE TIPO FIJO. LA MAYOR DESVENTAJA DE LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES ES QUE EL NIÑO LOS LLEVA SOLO CUANDO ÉL DESEA.

PRECAUCIONES CON RELACIÓN A TRATAMIENTOS "DEMASIADO TEMPRANOS Y DEMASIADO FUERTES".

DESPUÉS DE HABER DESARROLLADO UN ENFOQUE TÉCNICO 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". KLEIN OFRECE UN ENFOQUE MÁS PRECAVIDO CON SU SUGERENCIA DE DIFERENCIAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN "SIGNIFICATIVO" DEL HÁBITO DE SUCCIÓN "VACÍO". DESCRIBE EL HÁBITO SIGNIFICATIVO COMO AQUEL QUE FUNCIONA COMO UN IMPORTANTE SOPORTE PSICOLÓGICO PARA EL NIÑO. EL TRATAMIENTO ACERTADO DE ESTE TIPO DE HÁBITO DEBERÁ ORIENTARSE PSICOLÓGICAMENTE. POR OTRO LADO, EL HÁBITO DE SUCCIÓN VACÍO ES AQUEL QUE PERSISTE A PESAR DE HABERSE DETERMINADO QUE EL NIÑO NO NECESITA EL APOYO QUE EL HÁBITO PARECE PROPORCIONAR. EN ESTOS CASOS, LA CORRECCIÓN DEL HÁBITO SE REALIZA MEJOR POR MEDIOS ODONTOLÓGICOS, ES DECIR, POR LA APLICACIÓN DE UN --

INSTRUMENTO RECORDATORIO. KLEIN AFIRMA QUE EL NIÑO DEBERÁ MOSTRAR UN --
SINCERO DESEO DE CORREGIR EL HÁBITO, ANTES DE QUE EL ODONTÓLOGO LE APLI
QUE EL APARATO.

Nombre _____
 Telefono _____

PROBLEMAS DE HABITOS BUCALES

Edad _____ Meses _____
 Medico _____ Otro _____ Especificar _____
 Sexo Masculino Femenino
 Anamnesis congénitas _____ Especificar _____

Numero de hermanos _____ Edades de los hermanos _____
 Numero de hermanas _____ Edades de sus hermanas _____
 Madre _____ Padre _____ Otro Especificar _____

Temperamento _____
 Madre Calmado _____ Padre Calmado _____
 Madre Energica _____ Padre Energico _____
 Madre Tensa _____ Padre Tenso _____

Pres. adaptada Infradaptada Bien adaptada Estróvilado
 Juegos Anormal Normal
 Escuela Atrasado Mismo Avanzado

Enfermedades graves _____
 Comentarios _____

Alimentación actual _____
 Duración _____ meses _____
 Estado al destete _____ meses _____
 Comentarios _____

Alimentación anterior _____
 Duración _____ meses _____
 Estado al destete _____ meses _____
 Comentarios _____

Habitos _____
 Comentarios _____

Alimentación actual _____
 Duración _____ meses _____
 Estado al destete _____ meses _____
 Comentarios _____

Sueño

Dia _____ Noche _____
 Regular Irregularmente Profundamente
 Rara vez Frecuente
 Interrupción

W.C

Habitos Anormales Comentarios _____
 Normales
 Edad de aprendizaje Detección años meses _____
 Completamente aprendió años meses _____

Habitos bucales

Chupar Pulgar Frecuentemente Ocasionalmente Rara vez
 Edad cuando el habito _____ años meses _____
 Edad en que lo abandonó años meses _____
 A un continua Dia Noche Escuela Mirando T.V
 Habitos asociados Masarse los labios Acariciar fazada Especificar _____
 Tirarse de la crepa Lamerse los labios
 Murgarse la nariz Otro
 Métodos utilizados para controlar el habito Ninguno Especificar _____
 Dental Otro

Entrenamiento del habito por el niño _____
 Nino consciente Otro
 Entrenamiento por hermanos Especificar _____
 Entrenamiento por la madre
 Entrenamiento por el padre
 Otros con habito similar Ninguno Padre Otro
 Hermano Madre Especificar _____

Tratamiento

Deseo del niño de cesar el habito Si _____ Sin tratamiento No le importe
 Sin tratamiento Ningun deseo
 Actitud de los padres Madre Sin tratamiento Padre Ningún tratamiento
 Tratamiento _____
 Aparato Aparato
 Ningun aparato Ningún aparato

Comentarios generales _____

HABITOS DE SUCCION

HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS.-

EXISTEN POCOS FENÓMENOS CON LOS QUE SE ENFRENTA EL DENTISTA QUE NO ESTÉN SUJETOS A CONTROVERSIA EN UN MOMENTO DADO. LOS DELICADOS Matices que median al tomar una decisión sobre lo que es normal o anormal y la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico son establecidos frecuentemente por la interacción de la enseñanza, experiencia clínica e inclinación filosófica del dentista. La frase "Dentro de límites normales" es un valle ancho, no un desfiladero angosto, formado por una serie de componentes de adaptación dinámicos, continuamente cambiando y reaccionado. Si aceptamos esta afirmación, debemos sospechar de las opiniones arbitrarias y escritos autoritarios. Sin embargo, en la literatura no existen demasiadas opiniones arbitrarias y definitivas sobre el hábito de chuparse el pulgar.

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

EL AIRE DE INCERTIDUMBRE ACERCA DEL CURSO A SEGUIR CON RESPECTO AL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS AFECTA A LA LITERATURA PEDIÁTRICA, COMO LO DEMUESTRA EL SIGUIENTE PÁRRAFO:

EL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR Y OTROS DEDOS ES IMPORTANTE POR LA PREOCUPACIÓN QUE CAUSA A LOS PADRES. CON FRECUENCIA, EL PEDIATRA, A QUIEN ACUDEN LOS PADRES ALARMADOS, SE ENCUENTRA TAN CONFUNDIDO ACERCA DEL SIGNIFICADO DE ESTE HÁBITO COMO LOS MISMOS PADRES. SE LE DIFICULTA AYUDARLES O CALMAR SUS ANGUSTIAS. HACER ESTO BIEN REQUIERE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIGNIFICADO DE ESTE HÁBITO EN DIFERENTES EDADES. NECESITA SABER QUÉ DAÑOS PUEDE PROVOCAR, SI ES QUE EXISTEN; QUÉ FACTORES CONducEN AL DESARROLLO DE ESTE HÁBITO Y QUÉ MEDIDAS TOMAR PARA MANEJAR LA SITUACIÓN EN FORMA ADECUADA.

WILLIAM JAMES, EL EMINENTE PSICÓLOGO, ESCRIBIÓ:

UN HÁBITO ADQUIRIDO, DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO, NO ES MÁS QUE UN NUEVO CAMINO DE DESCARGA FORMADO EN EL CEREBRO, MEDIANTE EL CUAL TRATAN DE ESCAPAR CIERTAS CORRIENTES AFERENTES...
LOS HÁBITOS EN RELACIÓN CON LA MALOCCLUSIÓN DEBERÁN SER CLASIFICADOS COMO: 1) ÚTILES, 2) DAÑINOS. LOS HÁBITOS ÚTILES INCLUYEN LOS DE FUNCIONES NORMALES COMO POSICIÓN CORRECTA DE LA LENGUA, RESPIRACIÓN Y DEGLUCIÓN ADECUADA, Y USO NORMAL DE LOS LABIOS PARA HABLAR. LOS HÁBITOS DAÑINOS SON TODOS AQUELLOS QUE EJERCEN PRESIONES PERVERTIDAS CONTRA LOS DIENTES Y LAS ARCADAS DENTARIAS, ASÍ COMO HÁBITOS DE BOCA ABIERTA, MORDERSE LOS LABIOS, CHUPARSE LOS LABIOS Y CHUPARSE LOS PULGARES...

HARYETT, HANSEN, DAVIDSON Y SANDILANDS ESCRIBIERON :

EL CHUPARSE EL PULGAR ES UN HÁBITO ADQUIRIDO SENCILLO Y CONTRADICENTE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA QUE ATRIBUYE ESTE HÁBITO A UN SÍNTOMA DE UN TRASTORNO EMOCIONAL MÁS PROFUNDO.

LO SIGUIENTE FUE TOMADO DE UN INGLÉS, EL DOCTOR E. A. BARTON DEL HOSPITAL COLEGIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LONDRES.

APARTE DEL EFECTO DE CHUPARSE CONTÍNUAMENTE EL PULGAR, EXISTE OTRO ASPECTO QUE EXIGE CONSIDERACIÓN. EL PULGAR ES UN CUERPO DURO Y, SI SE COLOCA CON FRECUENCIA DENTRO DE LA BOCA, TIENDE A DESPLAZAR HACIA ADELANTE LA PREMAXILA JUNTO CON LOS DIENTES INCISIVOS, DE TAL MANERA QUE LOS INCISIVOS SUPERIORES SE PROYECTAN HACIA ADELANTE MÁS ALLÁ DEL LABIO SUPERIOR, DANDO LA APARIENCIA DE "DENTS DES ANGLAIS" QUE LOS FRANCESES HAN CARICATURIZADO. CUANDO EL NIÑO POSEE SU SEGUNDA DENTICIÓN, EL DENTISTA REALIZA EL TRATAMIENTO CON ALAMBRES PARA LLEVAR HACIA SU LUGAR LOS INCISIVOS PROMINENTES.

ESTAS PREDICCIONES DEL DOCTOR BARTON Y MUCHOS PSQUIÁTRAS NO SON APRECIADAS EN TODAS PARTES. ES OBVIO QUE TODA LA GENTE NO PUEDE ACERTAR, COMO DEMUESTRA UNA ENCUESTA REALIZADA SOBRE MÁS DE 800 ARTÍCULOS ESCRITOS SOBRE EL TEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS.

ANTES DE INTENTAR ANALIZAR Y COMPRENDER LA MULTITUD DE OPINIONES EXPRESADAS, CIERTAS DUDAS DEBERÁN SER ACLARADAS TAN OBJETIVAMENTE COMO SEA POSIBLE. 1) ¿SON ACASO DAÑINOS PARA LOS DIENTES Y TEJIDOS LOS HÁBITOS DE CHUPARSE LOS DEDOS, JUNTO CON LA ACTIVIDAD MUSCULAR FUNCIONAL ASOCIADA? 2) ¿SI CONCEDEMOS QUE ES POSIBLE LA CREACIÓN DE UNA DEFORMACIÓN DENTARIA, ES TEMPORAL O PERMANENTE ESTA DEFORMACIÓN DE LOS DIENTES

Y MAXILARES EN DESARROLLO? 3) ¿EL CHUPARSE EL DEDO PULGAR CONSTITUYE - ACASO LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD INFANTIL COMO FUE PREDICADO POR - - FREUD? 4) ¿LA LACTANCIA INADECUADA CONSTITUYE UN FACTOR IMPORTANTE? - 5) ¿ES ACASO LA FALTA DE AMOR Y AFECTO LA BASE DE ESTE HÁBITO? SE SIEN-- TEN ESTOS NIÑOS "RECHAZADOS" POR SUS PADRES Y HERMANOS Y "PERDIDOS" EN-- NUESTRO MUNDO CALEIDOSCÓPICO? 6) ¿EL CHUPARSE EL PULGAR ES PRUEBA DE-- UN SENTIMIENTO DE INCAPACIDAD PERSONAL, FRUSTRACIÓN, REGRESIÓN O INSEGU-- RIDAD; ES UN MECANISMO PARA ATRAER LA ATENCIÓN? 7) ¿LOS INTENTOS PARA-- INTERCEPTAR ESTE HÁBITO CREARÁN TRAUMA PSÍQUICO Y NEUROSIS POSTERIORMEN-- TE? 8) ¿PODEMOS APLICAR EL PRINCIPIO DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE (POR EJEMPLO, EL CHUPARSE EL DEDO ES UN MECANISMO ADQUIRIDO SIMPLE, SIN NEU-- ROSIS SUBYACENTE)? LAS RESPUESTAS A TODAS ESTAS PREGUNTAS NO SERÁN EN-- CONTRADAS EN ESTE ARTÍCULO NI EN NINGÚN OTRO PORQUE EXISTEN AÚN MUCHOS-- ESTUDIOS POR REALIZAR ANTES DE PODER LEVANTAR EL VELO DE LA CONTROVER-- SIA. PERO DESPUÉS DE DEDICARSE DURANTE 23 AÑOS A OBTENER HISTORIAS CLÍ-- NICAS Y DATOS SOBRE TRATAMIENTO EN MÁS DE 800 NIÑOS, CREO QUE HE ENCON-- TRADO ALGUNAS DE LAS RESPUESTAS. OTRAS HAN SIDO DESCUBIERTAS PARCIALMEN-- TE, Y ESTÁN SURGIENDO ALGUNAS TENDENCIAS DE LA GRAN MASA DE FACTORES AL TRATAR DE ANALIZAR LA ETIOLOGÍA, INTENSIDAD, FRECUENCIA, DURACIÓN, CRO-- NOLOGÍA, MENTALIDAD, ANOMALÍAS ASOCIADAS, SEXO, HERMANOS, AMBIENTE, RES-- PUESTA BAJO TENSION, SUPERESTRUCTURA PSÍQUICA, ACTITUDES DE LOS PADRES, INTENTOS PREVIOS PARA EVITAR ESTOS HÁBITOS, ETC. ES POSIBLE QUE ALGUNAS DE LAS EXPRESIONES VERTIDAS AQUÍ SE ENCUENTRE EN CONTRAPOSICIÓN CON OPI-- NIONES REGISTRADAS EN OTRAS PARTES. CADA "ESPECIALISTA", PSIQUIATRA, PE-- DIATRA Y DENTISTA PUEDE ENCONTRAR DATOS PARA APOYAR SU TESIS FAVORITA. - PERO, SI SE BUSCA LA OBJETIVIDAD, CIERTOS FACTORES CONTRADICTORIOS Y LI-- MITANTES RESULTAN DESCONCERTANTES PARA LA FILOSOFÍA DE "TODO O NADA", -

FILOSOFÍAS AUSPICIADAS POR MATERIAL CLÍNICO SELECCIONADO.

FRECUENCIA Y DAÑOS.- LOS INFORMES SOBRE LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR VARÍAN DESDE 16 POR 100 HASTA 45 POR 100. EN FORMA SIMILAR, VARÍAN LOS DATOS ACERCA DE LA MALOCLUSIÓN, DEPENDIENDO DE LA FUENTE, LA OCLUSIÓN ORIGINAL Y EL TIEMPO QUE DURÓ EL HÁBITO. LAS NORMAS SON MAL DEFINIDAS Y CONTRADICTORIAS DE UN ESTUDIO A OTRO. KJELLGREN EN UN ESTUDIO DE 167 CHUPADORES DE DEDO, ENCONTRÓ QUE 87 POR 100 PRESENTABAN MALOCLUSIÓN; POPOVITCH, EN EL ESTUDIO DE BURLINGTON, INFORMÓ QUE 52 POR 100 DE LOS 689 NIÑOS DE TRES A 12 AÑOS DE EDAD TENÍAN MALOCLUSIÓN ATRIBUIBLE A HÁBITOS BUCALES.

LA DUDA ACERCA DE SI EL DAÑO ES TEMPORAL O PERMANENTE PUEDE SER CONTESTADA "SI" PARA AMBOS. OBTIAMENTE, ES NECESARIO CALIFICAR MUCHOS ASPECTOS DE ESTE PROBLEMA. CONTRIBUYENDO AL PROBLEMA SE ENCUENTRAN ENTIDADES COMO MORFOLOGÍA ORIGINAL, PATRÓN DE MAMAR Y DEGLUTIR, CICLO DE MADURACIÓN DE LA DEGLUCIÓN, PERSISTENCIA, INTENSIDAD, DURACIÓN DEL HÁBITO, FUERZA DE PALANCA PRODUCIDA POR POSICIONES ESPECÍFICAS Y OTROS FACTORES. COMO LA LENGUA CONSTITUYE UN FACTOR DEFORMANTE POTENTE Y COMO EXISTE CORRELACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS Y PROYECCIÓN DE LA LENGUA HACIA ADELANTE, ES INDISPENSABLE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA DETERMINAR CUÁL DE LOS DOS ES EL FACTOR PRIMARIO. EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER DIFÍCIL POR LA ÍNTIMA RELACIÓN DE LA FORMA Y LA FUNCIÓN Y LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DE AMBOS. QUIZÁ ES MEJOR ANALIZAR EL PROBLEMA DE CHUPARSE EL DEDO SOBRE UNA BASE CRONOLÓGICA Y TRATAR LOS DIVERSOS ASPECTOS CALIFICATIVOS CUANDO ESTOS SE PRESENTEN.

HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD.

EL RECIÉN NACIDO POSEE UN MECANISMO BIEN DESARROLLADO PARA CHUPAR, Y ESTO CONSTITUYE SU INTERCAMBIO MÁS IMPORTANTE CON EL MUNDO EXTERIOR. DE ÉL OBTIENE NO SOLO NUTRICIÓN, SINO TAMBIÉN LA SENSACIÓN DE EUFORIA Y BIENESTAR, TAN INDISPENSABLE EN LA PRIMERA PARTE DE LA VIDA. MEDIANTE EL ACTO DE CHUPAR O MAMAR, EL RECIÉN NACIDO SATISFACE AQUELLOS REQUISITOS TAN NECESARIOS COMO TENER SENTIDO DE LA SEGURIDAD, UN SENTIMIENTO DE CALOR POR ASOCIACIÓN Y SENTIRSE NECESITADO. LOS PEDIATRAS Y LOS PSIQUIATRAS HAN RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE ESTA VÍA DE COMUNICACIÓN CON EL MUNDO EXTERIOR. LOS LABIOS DEL LACTANTE SON UN ÓRGANO SENSORIAL Y ES LA VÍA AL CEREBRO QUE SE ENCUENTRA MÁS DESARROLLADA. POSTERIORMENTE, AL DESARROLLAR SINAPSIS Y OTRAS VÍAS, EL LACTANTE NO NECESITA DEPENDER TANTO DE ESTA VÍA DE COMUNICACIÓN.

AUNQUE EXISTÍAN AÚN MUCHAS PREGUNTAS POR CONTESTAR RESPECTO A LA CONTROVERSIA EXISTENTE ENTRE LA LACTANCIA NORMAL, NATURAL Y ARTIFICIAL, LAS INVESTIGACIONES RECIENTES INDICAN QUE NO SE HA DADO SUFICIENTE ATENCIÓN A LA SENSACIÓN DE GRATIFICACIÓN ASOCIADA CON LA LACTANCIA NATURAL. LA SEXUALIDAD INFANTIL Y LA GRATIFICACIÓN BUCAL SON ENTIDADES CINESTÉSICAS NEUROMUSCULARES PODEROSAS. AL BUSCAR ÚNICAMENTE UN APARATO EFICAZ PARA BEBER LECHE, LOS FABRICANTES DE BIBERONES HAN IGNORADO LA FISIOLÓGIA BÁSICA DEL ACTO DE MAMAR. EN LA LACTANCIA NATURAL, LAS ENCÍAS SE ENCUENTRAN SEPARADAS, LA LENGUA ES LLEVADA HACIA ADELANTE A MANERA DE ÉMBOLO, DE TAL FORMA QUE LA LENGUA Y EL LABIO INFERIOR SE ENCUENTREN EN CONTACTO CONSTANTE, EL MAXILAR INFERIOR SE DESPLAZA RÍTMICAMENTE HACIA ABAJO Y HACIA ARRIBA, HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS, GRACIAS A LA-

VÍA CONDILAR PLANA, CUANDO EL MECANISMO DEL BUCCINADOR SE CONTRAE Y RELAJA EN FORMA ALTERNADA. EL NIÑO SIENTE EL CALOR AGRADABLE DEL SENO, NO SÓLO EN LOS TEJIDOS QUE HACEN CONTACTO MISMO CON EL PEZÓN, SINO TAMBIÉN SOBRE TODA UNA ZONA QUE SE EXTIENDE MÁS ALLA DE LA BOCA. EL CALOR Y LOS MIMOS DE LA MADRE INDUDABLEMENTE AUMENTAN LA SENSACIÓN DE EUFORIA. EL HOMBRE TODAVÍA NO HA INVENTADO UN SUBSTITUTO PARA EL AMOR Y EL AFECTO Y CALOR POR ASOCIACIÓN.

LA TETILLA ARTIFICIAL CORRIENTE SOLO HACE CONTACTO CON LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS LABIOS (EL BORDE BERMELLÓN). FALTA EL CALOR POR ASOCIACIÓN, DADO POR EL SENO Y EL CUERPO MATERNO, Y LA FISIOLÓGIA DE LA LACTANCIA NO ES IMITADA. DEBIDO AL MAL DISEÑO, LA BOCA SE ABRE Y SE EXIGE DEMASIADO AL MECANISMO DEL BUCCINADOR. LA ACCIÓN DE ÉMBOLO DE LA LENGUA Y EL MOVIMIENTO RÍTMICO HACIA ARRIBA, HACIA ABAJO, HACIA ATRÁS Y HACIA ADELANTE DEL MAXILAR INFERIOR ES REDUCIDO. EL MAMAR SE CONVIERTE EN CHUPAR; Y CON FRECUENCIA, DEBIDO AL GRAN AGUJERO EN EL EXTREMO DE LA TETILLA ARTIFICIAL, EL NIÑO NO TIENE QUE REALIZAR DEMASIADOS ESFUERZOS. PARA REALIZAR EL PROCESO DE LLEVAR LA LECHE HACIA ATRÁS EN EL MENOS TIEMPO POSIBLE, LA UTILIZACIÓN DE UNA BOTELLA DE PLÁSTICO BLANDO PERMITE A LA MADRE ACELERAR EL FLUJO DEL LÍQUIDO Y REDUCIR AÚN MÁS EL TIEMPO NECESARIO PARA LA LACTANCIA.

UN ESTUDIO OBJETIVO REALIZADO CON COMPUTADORA SOBRE NIÑOS ALIMENTADOS EN FORMA NATURAL, ARTIFICIAL Y COMBINADA, APOYA LAS OBSERVACIONES DE ANDERSON, QUE LOS NIÑOS AMAMANTADOS EN FORMA NATURAL ESTÁN MEJOR -- AJUSTADOS Y POSEEN MENOS HÁBITOS MUSCULARES PERIBUCALES ANORMALES Y CONSERVAN MENOS MECANISMOS INFANTILES. EN UN ESTUDIO QUE COMPARÓ LA LACTAN

CIA CON TAZA, BIBERÓN Y PECHO NATURAL, SE OBSERVÓ UN REFLEJO DE MAMAR - MÁS FUERTE EN LOS NIÑOS ALIMENTADOS EN FORMA NATURAL.

BALTERS Y SUS COLABORADORES , EN ALEMANIA, CONCLUYERON QUE MEDIANTE OTROS FACTORES, LAS TETILLAS DE GOMA ARTIFICIALES MAL DISEÑADAS- Y LAS TÉCNICAS DAÑINAS DE LACTANCIA ARTIFICIAL CAUSAN MUCHOS PROBLEMAS- ORTODÓNTICOS Y PEDIÁTRICOS. LA TETILLA ARTIFICIAL ORDINARIA SOLO EXIGE- QUE EL NIÑO CHUPE. NO TIENE QUE TRABAJAR Y EJERCITAR EL MAXILAR INFERIOR COMO LO HACE AL MAMAR. CON LA TETILLA ARTIFICIAL ORDINARIA LA LECHE ES- CASI ARROJADA HACIA LA GARGANTA, EN LUGAR DE SER LLEVADA HACIA ATRÁS — POR LOS MOVIMIENTOS PERISTÁLTICOS DE LA LENGUA Y LOS CARRILLOS. CON FRE- CUENCIA, LA TETILLA ARTIFICIAL DE PUNTA ROMA AUMENTA LA CANTIDAD DE AI- RE INGERIDO; EL NIÑO, POR LO TANTO, DEBERÁ SER "ERUCTADO" CON MAYOR FRE- CUENCIA.

PARA PROPORCIONAR UNA COPIA FIEL DEL SENSO HUMANO, FUE DISEÑADA - UNA TETILLA QUE PROVOCABA LA MISMA ACTIVIDAD FUNCIONAL QUE LA LACTANCIA NATURAL. LA TETILLA DE LATEX DISEÑADA FUNCIONALMENTE ELIMINA LAS CARAC- TERÍSTICAS NEGATIVAS DE LOS COMPONENTES NO FISIOLÓGICOS ANTERIORES. PA- RA SATISFACER EL FUERTE DESEO DEL NIÑO DE MAMAR Y SU DEPENDENCIA DE ES- TE MECANISMO PARA LA EUFORIA, FUE PERFECCIONADO EL "EJERCITADOR" O "PA- CIFICADOR" (CHUPETE). SE ESPERA QUE ESTA TETILLA ANATÓMICA, JUNTO CON - EL EJERCITADOR, USADO CORRECTAMENTE, REDUZCA CONSIDERABLEMENTE LA NECE- SIDAD Y EL DESEO DEL NIÑO DE BUSCAR EJERCICIO SUPLEMENTARIO, VOLVIENDO- AL DEDO Y AL PULGAR ENTRE LAS COMIDAS Y A LA HORA DE DORMIR. LA MAYOR - PARTE DE LOS PEDIATRAS PIENSAN QUE LA MADRE TÍPICA NO EMPLEA SUFICIENTE TIEMPO AMAMANTANDO A SU HIJO. SE RECOMIENDA UN MÍNIMO DE MEDIA HORA POR

INTERVALO. ALGUNOS NIÑOS EXIGEN MÁS ATENCIÓN, OTROS MENOS, DEPENDIENDO DE SUS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE OTROS MEDIOS DE GRATIFICACIÓN. POR ESTO, NO PUEDE SER ESTABLECIDA UNA NORMA FIRME E INFLEXIBLE. LA MADRE DEBERÁ RESOLVER ESTA SITUACIÓN, AL IGUAL QUE LAS MUCHAS RELACIONES CON SUS HIJOS, PERO, SI COMETE UN ERROR, ES MEJOR QUE ESTE ERROR NO SEA EL DE DAR Poca ATENCIÓN Y DESCUIDAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE LA LACTANCIA. LA BOCA ES UNA DE LAS PRINCIPALES VÍAS DE COMUNICACIÓN Y FUENTE DE GRATIFICACIÓN. EL DESTETE DEBERÁ SER POSPUESTO POR LO MENOS HASTA EL PRIMER CUMPLEAÑOS. SI LA LACTANCIA SE REALIZA CON LA TETILLA ARTIFICIAL FISIOLÓGICAMENTE DISEÑADA, JUNTO CON EL CONTACTO MATERNO Y LOS MIMOS, CREEMOS QUE LA FRECUENCIA DE LOS HÁBITOS PROLONGADOS DE CHUPARSE LOS DEDOS SERÁN REDUCIDOS SIGNIFICATIVAMENTE. EL DESARROLLO DE LOS HÁBITOS ANORMALES DE LABIO Y DE LENGUA, QUE SON LA BASE DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS ORTODONCISTAS, SERÁN REDUCIDOS CONSIDERABLEMENTE. ES POSIBLE QUE EL BRUXISMO Y LA BRICOMANÍA, TAN FRECUENTES EN NIÑOS Y ADULTOS, TAMBIÉN PUEDAN SER REDUCIDOS AL OBTENER GRATIFICACIÓN Y SATISFACCIÓN SENSORIAL DURANTE EL ACTO DE LA ALIMENTACIÓN. SE RECOMIENDA EL USO DEL CHUPE FISIOLÓGICAMENTE DISEÑADO PARA TODOS LOS NIÑOS DURANTE LA ÉPOCA DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES Y EN OTROS MOMENTOS PARA SUPLEMENTAR LOS EJERCICIOS DE LACTANCIA.

GESELL E ILG, DEL LABORATORIO DE DESARROLLO INFANTIL, DE YALE, AFIRMAN QUE EL HÁBITO DE CHUPAR LOS DEDOS ES NORMAL EN UNA ETAPA DEL DESARROLLO DEL NIÑO. ESTOY DE ACUERDO CON ESTA OPINIÓN Y PIENSO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS HÁBITOS DE CHUPARSE LOS DEDOS Y LA LENGUA, QUE PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO NORMALES DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, DESAPARECERÁN ESPONTÁNEAMENTE AL FINAL DEL SEGUNDO AÑO SI SE PRESTA ATENCIÓN DE

VIDA A LA LACTANCIA, ACONSEJAR A LOS PADRES ELIMINAR EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO DURANTE EL TIEMPO QUE ES NORMAL (EL PRIMER AÑO Y MEDIO DE LA VIDA) ES IGNORAR LA FISIOLOGÍA BÁSICA DE LA INFANCIA. COMO LOS NIÑOS PEQUEÑOS DEBERÁN ADAPTARSE EN FORMA CONTÍNUA A SU AMBIENTE NUEVO, ALGUNOS ACEPTARÁN LA RESTRICCIÓN, Y SUBLIMARÁN SUS ACTIVIDADES BUSCANDO OTRAS SATISFACCIONES AMBIENTALES O FORMAS MÁS MADURAS DE COMPORTAMIENTO. PERO MUCHOS NIÑOS NO LO HARÁN Y EL HÁBITO SE ACENTUARÁ DE TAL FORMA QUE NO DESAPARECE POR SÍ SOLO COMO LO HUBIERA HECHO SI NO SE INTENTA MODIFICARLO. EL FRACASO DE LOS INTENTOS MAL ACONSEJADOS PARA ELIMINAR EL HÁBITO O LA CONTINUA VIGILANCIA DEL NIÑO POR LOS PADRES PARA SACAR EL DEDO DE LA BOCA DA A LOS NIÑOS UN ARMA PODEROSA, UN MECANISMO PARA ATRAER LA ATENCIÓN. EL NIÑO APRENDE RÁPIDAMENTE A ATRAER LA ATENCIÓN DE SUS PADRES, Y GENERALMENTE LO CONSIGUE. NINGÚN PADRE DEBERÍA FIJARSE EN ESTE HÁBITO, NO OBSTANTE LA PROVOCACIÓN. ESTA OBSERVACIÓN ES APLICABLE A NIÑOS DE TODAS LAS EDADES. EN LOS CASOS MÁS PERSISTENTES SIEMPRE EXISTE UNA HISTORIA CLARA DE DEMOSTRACIONES DE ENFADO DE LOS PADRES E INTENTOS DE DESTERRAR EL HÁBITO. ESTO PARECE SER UNA DE LAS EXPLICACIONES DE LA PROLONGACIÓN DEL HÁBITO EN NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN MÁS ALLÁ DE LA EDAD EN QUE ESTE HÁBITO NORMALMENTE SERÍA ELIMINADO JUNTO CON OTROS MECANISMOS INFANTILES.

DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA, LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE EL DAÑO A LA OCLUSIÓN SE LIMITA PRINCIPALMENTE AL SEGMENTO ANTERIOR. ESTE DAÑO ES GENERALMENTE TEMPORAL, SIEMPRE QUE EL NIÑO PRINCIPIE CON OCLUSIÓN NORMAL. LA MORFOLOGÍA ORIGINAL ES MUY IMPORTANTE, PORQUE EXISTE MUCHA CONTROVERSIA SOBRE LOS DAÑOS QUE PUEDE PROVOCAR EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS Y EL PULGAR. DEBIDO A QUE ALGUNOS DE LOS

DAÑOS PRODUCIDOS POR ESTE HÁBITO SON SIMILARES A LAS CARACTERÍSTICAS DE MALOCLUSIÓN HEREDITARIA TÍPICA DE CLASE II, DIVISIÓN 1, ES FÁCIL PENSAR QUE EL MAXILAR INFERIOR RETROGNÁTICO, SEGMENTO PREMAXILAR PROGNÁTICO, - SOBREMORDIDA PROFUNDA, LABIO SUPERIOR FLÁCCIDO, BÓVEDA PALATINA ALTA Y-ARCADAS DENTARIAS ESTRECHAS SON EL RESULTADO DE CHUPARSE LOS DEDOS. QUIZÁ LA MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES VARÍE POCO - EN LA MALOCLUSIÓN DE CLASE II, DIVISIÓN 1, EXISTA O NO EL HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. SI EL NIÑO POSEE OCLUSIÓN NORMAL Y DEJA EL HÁBITO AL FINAL DEL TERCER AÑO DE LA VIDA, NO SUELE HACER MÁS QUE REDUCIR LA SOBREMORDIDA VERTICAL, AUMENTAR LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y CREAR ESPACIOS ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES. TAMBIÉN PUEDE EXISTIR LEVE APIÑAMIENTO O MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

TEÓRICAMENTE, ES POSIBLE CREAR UNA SERIE DE HECHOS QUE ATRIBUYAN LA PROTRUSIÓN TOTAL MAXILAR AL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS, CON EL AUMENTO DE PRESIÓN DEL MECANISMO DEL BUCCINADOR ACTIVANDO EL RAPE PTERIGO MAXILAR JUSTAMENTE DETRÁS DE LA DENTICIÓN Y DESPLAZANDO LOS DIENTES SUPERIORES HACIA ADELANTE. EN LA PRÁCTICA, AUNQUE VEMOS MORDIDAS ABIERTAS SEVERAS, MORDIDAS CRUZADAS VESTIBULARES, PROTRUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES Y APIÑAMIENTO DE LOS INCISIVOS INFERIORES, ES POCO PROBABLE QUE LA RELACIÓN BILATERAL DE LOS SEGMENTOS VESTIBULARES DE CLASE II PUEDA SER ATRIBUIDA AL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. ES FACTIBLE QUE LA PROYECCIÓN COMPENSADORA DE LA LENGUA, PATRONES INFANTILES DE DEGLUCIÓN Y FUNCIÓN ANORMAL DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL SEAN AUXILIARES - "PODEROSOS", AUN EN LOS CASOS DE MALOCLUSIÓN UNILATERAL DE CLASE II ASOCIADOS CON EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS. TAMBIÉN CON UN PLANO TERMINAL AL RAS QUE ES NORMAL EN LA DENTICIÓN DECIDUA, JUNTO CON UNA MORDIDA

MÁS PROFUNDA QUE LO NORMAL, SE REQUIERE MENOS MOVIMIENTO DE LOS DIENTES PARA CREAR UNA RELACIÓN DE CLASE II.

ESTAS OBSERVACIONES SON APOYADAS POR LAS INVESTIGACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS. EL COMPORTAMIENTO ALTAMENTE INDIVIDUALISTA DE LOS MÚSCULOS IMPIDE ESTABLECER UNA RELACIÓN DIRECTA DE CAUSA Y EFECTO ENTRE EL PATRÓN MUSCULAR Y LA MALOCCLUSIÓN. EN UN ESTUDIO NO SE ENCONTRÓ RELACIÓN BIOMÉTRICA ENTRE EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN VISCERAL Y LA SEVERIDAD DE LA MALOCCLUSIÓN; 10 DE 24 PACIENTES HABÍAN RETENIDO HÁBITO DE DEGLUCIÓN VISCERAL; CINCO SE ENCONTRABAN EN ETAPA DE TRANSICIÓN Y NUEVE HABÍAN ALCANZADO EL ESTADO DE DEGLUCIÓN SOMÁTICA. SIN EMBARGO, 19 A 24 DEMOSTRARON ACTIVIDAD ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA. DE LOS 13 CASOS DE MORDIDA ABIERTA EN LA MUESTRA ESTUDIADA, 12 MOSTRABAN CONTRACCIÓN PREPONDERANTE DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA, LO QUE ES ILUSTRADO POR LOS ELECTROMIOGRAMAS TOMADOS POR BARIL Y MOYERS, EN EL GRUPO DE CHUPADEDOS EN POSICIÓN POSTURAL, DURANTE LA DEGLUCIÓN, CONTACTO ENTRE LOS DIENTES Y EL ACTO DE CHUPAR.

HÁBITOS ACTIVOS DESPUÉS DE LA EDAD DE CUATRO AÑOS.

COMO YA SE HA MENCIONADO, LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES CON HÁBITOS PROLONGADOS DE CHUPARSE LOS DEDOS PROVIENEN DE HOGARES EN QUE LOS MOLESTOS INTENTOS DE QUE EL NIÑO DEJARA EL HÁBITO ASEGURARON SU PROLONGACIÓN MÁS ALLÁ DEL TIEMPO EN QUE HUBIERA SIDO ELIMINADO POR EL MISMO NIÑO. EL PRINCIPAL INFRACTOR ES GENERALMENTE EL PADRE. ÉSTE SE ENCUENTRA MUY TRASTORNADO, MENOS TOLERANTE Y ES EL MÁS INDICADO PARA TRATAR DE DESTERRAR EL HÁBITO PRESTÁNDOLE DEMASIADA ATENCIÓN, MOSTRANDO ENOJO Y FINALMENTE RECURRIENDO AL CASTIGO.

LA PERMANENCIA DE LA DEFORMACIÓN DE LA OCLUSIÓN PUEDE AUMENTAR - EN LOS NIÑOS QUE PERSISTEN EN EL HÁBITO MÁS ALLÁ DE LOS TRES AÑOS Y MEDIO. COMO HA SIDO MENCIONADO ANTERIORMENTE, ESTO NO SE DEBE EN SU TOTALIDAD AL HÁBITO DE DEDOS Y PULGAR, SINO AL AUXILIO IMPORTANTE DE LA -- MUSCULATURA PERIBUCAL. EL AUMENTO DE LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL QUE -- ACOMPAÑA A TANTOS HÁBITOS DE DEDO DIFICULTA EL ACTO NORMAL DE LA DEGLUCIÓN. EN LUGAR DE QUE LOS LABIOS CONTENGAN A LA DENTICIÓN DURANTE LA DEGLUCIÓN, EL LABIO INFERIOR AMORTIGUA EL ASPECTO LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, DESPLAZÁNDOLOS AÚN MÁS EN DIRECCIÓN ANTERIOR. LA DEGLUCIÓN EXIGE LA CREACIÓN DE UN VACÍO PARCIAL. COMO DEGLUTIMOS UNA VEZ POR MINUTO DURANTE TODO EL DÍA, LAS ABERRACIONES MUSCULARES DE LOS LABIOS SON AUXILIADAS POR LA PROYECCIÓN COMPENSADORA DE LA LENGUA DURANTE EL ACTO DE LA DEGLUCIÓN. EXISTEN BUENAS PRUEBAS CLÍNICAS DE QUE LA MADURACIÓN DE LA DEGLUCIÓN SE RETARDA EN CHUPADEDOS CONFIRMADOS. EL ACTO INFANTIL DE DEGLUCIÓN, CON SU ACTIVIDAD A MANERA DE ÉMBOLO, PERSISTE, O SE PROLONGA DEMASIADO EL PERÍODO TRANSICIONAL, CON UNA MEZCLA DE CICLOS DE DEGLUCIÓN INFANTILES Y MADUROS. ESTE PUEDE SER EL MECANISMO DEFORMANTE MÁS SIGNIFICATIVO. EL HÁBITO PUEDE SER RELATIVAMENTE INNOCUO EN SU DURACIÓN E INTENSIDAD (QUIZÁ SOLAMENTE A LA HORA DE DORMIR), PERO EL HÁBITO DE LENGUA CONTINÚA ADAPTÁNDOSE A LA MORFOLOGÍA, POR LO QUE LA LENGUA NO SE RETRAE, HINCHA O APLANA. LA FUNCIÓN ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA Y LA ACTIVIDAD DEL LABIO INFERIOR APLANAN EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. DE ESPECIAL INTERÉS ES EL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA DURANTE LA POSICIÓN DE DESCANSO Y DURANTE LA FUNCIÓN. POR ESTO LA DEFORMACIÓN PROSIGUE DE MANERA MÁS CONSTANTE QUE LO QUE HUBIERA SIDO POSIBLE CON UN HÁBITO DE DEDO CONFIRMADO. EL VERDADERO PELIGRO, POR LO TANTO, -

ES CAMBIAR LA OCLUSIÓN LO SUFICIENTE PARA PERMITIR LA ACTUACIÓN DE LAS FUERZAS MUSCULARES POTENTES Y CREAR UNA MALOCLUSIÓN FRANCA. SON ESTAS FUERZAS PERVERTIDAS LAS QUE CREAN MORDIDAS CRUZADAS LATERALES Y BILATERALES ASOCIADAS CON LOS HÁBITOS DE DEDO.

LA DURACIÓN DE ESTE HÁBITO MÁS ALLÁ DE LA PRIMERA INFANCIA NO ES EL ÚNICO FACTOR DETERMINANTE. IGUALMENTE IMPORTANTES SON OTROS DOS FACTORES. LA FRECUENCIA DEL HÁBITO DURANTE EL DÍA Y LA NOCHE AFECTA AL RESULTADO FINAL. EL NIÑO QUE CHUPA ESPORÁDICAMENTE SOLO CUANDO SE VA A DORMIR CAUSARÁ MENOS DAÑOS QUE AQUEL QUE CONTINUAMENTE TIENE EL DEDO DENTRO DE LA BOCA. LA INTENSIDAD DEL HÁBITO ES IMPORTANTE. EN ALGUNOS NIÑOS EL RUIDO PRODUCIDO AL CHUPAR PUEDE ESCUCHARSE HASTA LA HABITACIÓN PRÓXIMA. LA FUNCIÓN MUSCULAR PERIBUCAL Y LAS CONTORSIONES DE LA CARA SON FÁCILMENTE VISIBLES. EN OTROS, EL HÁBITO DEL PULGAR NO ES MÁS QUE LA INSERCIÓN PASIVA DEL DEDO EN LA BOCA SIN ACTIVIDAD VISIBLE DEL BUCCINADOR. SI EL DEDO ÍNDICE ES EL FAVORITO, CAUSARÁ MAYORES DAÑOS SI LA SUPERFICIE DORSAL DEL DEDO DESCANSA A MANERA DE FULCRO SOBRE LOS INCISIVOS INFERIORES QUE SI LA SUPERFICIE PALMAR SE ENCUENTRA ENGARZADA SOBRE LOS MISMOS DIENTES, CON LA PUNTA DEL DEDO COLOCADA SOBRE EL PISO DE LA BOCA. EL DEDO MISMO PUEDE MOSTRAR LOS EFECTOS DEL HÁBITO.

ESTOS, POR LO TANTO, CONSTITUYEN EL TRÍO DE FACTORES QUE DEBERÁN SER RECONOCIDOS Y EVALUADOS ANTES DE PODER CONTESTAR LA PREGUNTA ACERCA DE LA EXTENSIÓN DE LOS DAÑOS SOBRE LOS DIENTES Y TEJIDOS DE REVESTIMIENTO. LA DURACIÓN, FRECUENCIA E INTENSIDAD DE ESTE TRÍO DE FACTORES DEBERÁN CALIFICAR LAS CONCLUSIONES DEL PSIQUIATRA, EL PEDIATRA Y EL DENTISTA. LA MORFOLOGÍA INICIAL Y EL PATRÓN DENTOFACIAL INHERENTE CONDICIONAN

AÚN MÁS CUALQUIER PREDICCIÓN DE LA OCLUSIÓN FINAL. SI UN NIÑO YA POSEE UNA MALOCLUSIÓN INHERENTE DE CLASE II, DIVISIÓN 1, LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL HÁBITO Y LA FUNCIÓN MUSCULAR PERIBUCAL PUEDEN PRESENTARSE MÁS PRONTO Y EN MAYOR GRADO. DEBEMOS RECORDAR QUE NORMALMENTE EXISTE UNA RELACIÓN PLANA DE LOS PLANOS TERMINALES DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES, CON RELACIÓN BORDE A BORDE DE LAS CÚSPIDES, HASTA LA PÉRDIDA DE LOS MOLARES DECIDUOS Y LA ELIMINACIÓN DEL ESPACIO INTEROCLUSAL. ESTO ES EN REALIDAD UNA TENDENCIA TRANSICIONAL A LA CLASE II; SIEMPRE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LOS HÁBITOS DE DEDO CONFIRMADOS TIRANDO HACIA ADELANTE SOBRE LA DENTADURA SUPERIOR PUEDAN PROVOCAR LA CREACIÓN DE MALOCLUSIÓN UNILATERAL DE CLASE II EN LA DENTICIÓN PERMANENTE. LA ACTIVIDAD PROLONGADA DEL DEDO, LENGUA Y LABIO SOLO AUMENTA ESTA POSIBILIDAD.

EL DAÑO FÍSICO NO ES LA ÚNICA CONSECUENCIA DE LOS HÁBITOS DE DEDO PERSISTENTES. EN CASI TODOS LOS CASOS CON ANTECEDENTES DE INTENTOS FRACASADOS PARA DESTERRAR EL HÁBITO, EL NIÑO CONOCE EL DISGUSTO QUE LE CAUSA AL PADRE O LOS PADRES. ALGUNOS NIÑOS RECONOCEN AL CHUPARSE EL DEDO COMO UN MECANISMO INFANTIL Y EN REALIDAD DESEAN DEJAR ESTE HÁBITO. PERO, AL IGUAL QUE OTROS HÁBITOS, ENCUENTRAN QUE ES DIFÍCIL HACERLO. TAL FRACASO PUEDE PONER AL NIÑO A LA DEFENSIVA Y AUSPICIA UNA ACTITUD DEFENSIVA O DE FRUSTRACIÓN, HIGIENE MENTAL POCO DESEABLE. SOLO NECESITAMOS EXAMINAR NUESTROS PROPIOS FRACASOS EN LA AUTODISCIPLINA Y NUESTRAS REACCIONES CUANDO SE NOS AMONESTA PARA COMPRENDER LA ACTITUD DEL NIÑO CON ALGUNOS NIÑOS LOS MECANISMOS INFANTILES RETENIDOS FUNCIONAN COMO UN ARMA PARA ATRAER LA ATENCIÓN. ESTA SITUACIÓN NO CONDUCE A LA TRANQUILIDAD DOMÉSTICA, ESPECIALMENTE CUANDO EL PADRE ESTÁ AL TANTO DE LAS POSIBILIDADES DE DAÑAR EN FORMA PERMANENTE LOS DIENTES Y TEJIDOS ADYACENTES.

EN OTROS NIÑOS, EL HÁBITO DE DEDO PUEDE TARDAR EN DESAPARECER ES UN ACTO QUE PRODUCE EUFORIA; ES UN HÁBITO CONDICIONADO POR LA REPETICIÓN -- CONSTANTE Y EL NIÑO AÚN NO TRANSFIERE SUS ACTIVIDADES PARA OBTENER PLACER A ACTIVIDADES MADURAS Y EXTROVERTIDAS PROPIAS DE NIÑOS MAYORES.

A PESAR DEL INTERÉS DE MUCHOS PSICÓLOGOS DE ORIENTACIÓN FREUDIANA Y PEDIATRAS EN EL SENTIDO DE QUE EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS ES SÍNTOMA DE UNA NEUROSIS PROFUNDA Y QUE EL DESTIERRO DEL HÁBITO CAUSARÁ PROBLEMAS EN EL ADULTO, LAS PRUEBAS CLÍNICAS DE ESTAS AFIRMACIONES NO EXISTEN. AQUÍ, QUIZÁ MÁS QUE EN CUALQUIER OTRO TEMA, LOS AFICIONADOS A LA PSICOLOGÍA SE HAN DIVERTIDO INVENTANDO INTERPRETACIONES SEUDOCIENTÍFICAS Y PROYECCIONES, NO FUNDAMENTADAS POR INVESTIGACIÓN OBJETIVA. HARRYETT, HANSEN, DAVIDSON Y SANDILANDS HAN REALIZADO UN ESTUDIO INTENSIVO MULTIDISCIPLINARIO DE LOS PROBLEMAS Y DE LAS ADVERTENCIAS CONTRA EL -- USO DE LOS APARATOS PARA ELIMINAR EL HÁBITO, BASÁNDOSE CON FRECUENCIA -- EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE DOS O TRES NIÑOS SELECCIONADOS. ESTOS AUTORES NO HAN DADO VALIDEZ A LAS AFIRMACIONES. PALERMO SUGIERE QUE EL CHUPARSE EL PULGAR SURGE DE UNA REACCIÓN PROGRESIVA DE ESTÍMULO Y RECOMPENSA, Y QUE DESAPARECERÁ ESPONTÁNEAMENTE, SALVO QUE SE CONVIERTA EN UN MECANISMO PARA ATRAER LA ATENCIÓN. EYSENCK, AL TRATAR LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE Y EL TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO, DICE CATEGÓRICAMENTE: "LA -- TEORÍA DEL APRENDIZAJE... CONSIDERA A LOS SÍNTOMAS NEURÓTICOS COMO SIMPLES HÁBITOS APRENDIDOS; NO EXISTE NEUROSIS BAJO EL SÍNTOMA, SIMPLEMENTE EL SÍNTOMA. ELIMINEN EL SÍNTOMA Y HABRÁN ELIMINADO LA NEUROSIS". EN EL ESTUDIO DE ALBERTA, 66 NIÑOS FUERON ESTUDIADOS Y DIVIDIDOS EN 11 GRUPOS, CADA UNO DE ELLOS SOMETIDO AL SIGUIENTE TRATAMIENTO: 1) CONTROL; - 2) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO; 3) ARCO PALATINO ÚNICAMENTE; 4) TRATAMIE

TO PSICOLÓGICO Y ARCO PALATINO; 5) REJA PALATINA ÚNICAMENTE, Y 6) REJA PALATINA REFORZADA CON TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. EL ARCO SE ADOSABA AL - CONTORNO PALATINO. LA REJA O CRIBA PALATINA CON ESPUELAS RESULTÓ MUY -- EFICAZ; NO HUBO TRANSFERENCIA DEL HÁBITO, COMO MASTURBACIÓN (UNA AFIRMA CIÓN PSICOANALÍTICA FRECUENTE). LOS HÁBITOS ASOCIADOS COMO TORCERSE EL PELO, MIMAR, TAPARSE CON LA COBIJA, ETC., DESPARECIERON JUNTO CON EL HÁ BITO DEL DEDO. ÉSTE ESTUDIO APOYA EL PUNTO DE VISTA DE LOS TEÓRICOS DEL APRENDIZAJE EN EL SENTIDO DE QUE EL HÁBITO DE CHUPARSE EL PULGAR ES UN- HÁBITO SIMPLE APRENDIDO, Y CONTRADICE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA QUE CON- SIDERA EL CHUPARSE EL PULGAR COMO UN SÍNTOMA DE UN TRASTORNO EMOCIONAL- MÁS PROFUNDO.

EN CUALQUIER CASO, EL DENTISTA PUEDE PRESTAR VALIOSA AYUDA PARA- MEJORAR LA HIGIENE MENTAL DE LOS PADRES Y EL NIÑO. ÉSTO LO REALIZA AYU- DANDO AL PACIENTE A SORTEAR ESTE OBSTÁCULO EN EL CAMINO HACIA LA MADU-- REZ, ELIMINANDO UNA FUENTE DE CONFLICTO ENTRE EL NIÑO Y LOS PADRES Y -- EVITANDO LA MALOCLUSIÓN PERMANENTE, CON LAS CONSECUENTES IMPLICACIONES DESFAVORABLES PSICOLÓGICAS Y PARA LA SALUD.

EL HÁBITO DE DEDO.

OCASIONA MALFORMACIONES QUE SEGÚN LOS AUTORES SON:

RAKOSI (85%), KJELLGER (87%) Y POVITICH (52%).

LA SUCCIÓN DE DEDO OCASIONA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, ALTERACIÓN EN EL MAXILAR, MANDÍBULA, ARCO DENTARIO Y TEJIDOS BLANDOS; ADEMÁS LINGUA LIZACIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES, RETRACCIÓN DE LA MANDÍBULA, ALTE- RACIÓN Y CAMBIO EN LA ARTICULACIÓN E INHIBICIÓN DE LOS MOVIMIENTOS PRO-

PIOS DE MESIALIZACIÓN DE LA MANDÍBULA.

EN EL MAXILAR, PROVOCA PROTUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES. FUERZA DE CARRILLOS EN LOS ARCOS, IMPIDIENDO EL CRECIMIENTO DE LOS ARCOS LATERALMENTE, DANDO COMO RESULTADO UN PALADAR OJIVAL. EL PISO DE LAS FOSAS NAALES NO DESCIENDE NORMAL O ANATÓMICAMENTE PROVOCANDO PROBLEMAS DE TIPO RESPIRATORIO Y ADEMÁS HIPOTONICIDAD EN EL LABIO SUPERIOR.

EN LA MANDÍBULA, SE OBSERVA UNA LINGUALIZACIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES. HAY RETRACCIÓN DE LA MANDÍBULA, INHIBICIÓN DE LOS MOVIMIENTOS PROPIOS DE MESIALIZACIÓN, DE LA MANDÍBULA. PROVOCA TAMBIÉN UN APRIIONAMIENTO DEL LABIO INFERIOR.

OVERJET O TRANSLAPE HORIZONTAL.- LO TIENE EN FORMA VERTICAL PROFUNDA, SE PRESENTA ADEMÁS UN ENGROSAMIENTO DE LA PIEL EN EL DEDO; CALLOSIDADES, O (TRASTORNOS FONÉTICOS) ACOMPAÑADA DE LENGUA PROCTÁTIL O -- (LENGUA INQUIETA).

TRATAMIENTO.- SE DEBE EFECTUAR UNA HISTORIA CLÍNICA Y COMBINACIÓN DE HÁBITOS, TANTO DE GRABER COMO DE Mc'DONALD, CON HISTORIAS ESPECIALES PARA HÁBITOS.

EN OCASIONES, SE UTILIZA UNA SUSTANCIA MUY AMARGA (STOP-ZIT) PARA QUITAR EL HÁBITO.

EL HÁBITO SE DEBE DE QUITAR DE LOS 4 AÑOS EN ADELANTE, YA QUE -- HASTA LOS 5 AÑOS, LOS CAMBIOS TODAVÍA SON REVERSIBLES. SI NO SE TRATA OPORTUNAMENTE, DESPUÉS DE LOS 5 AÑOS EN ADELANTE, LOS CAMBIOS SERÁN --

IRREVERSIBLES.

ANTES QUE TODO, SE LE DEBE DE EXPLICAR AL NIÑO SU PROBLEMA PARA QUE TRATE DE ERRADICARLO, ESTO SERÍA LA PRIMERA OPORTUNIDAD; SI PASADO UN TIEMPO DE 10 DÍAS (COMO MÁXIMO) EL NIÑO NO RAZONA, ENTONCES PROCEDEREMOS A LA COLOCACIÓN DE SU PLAQUITA PARA QUE LE RECUERDE QUE NO SE DEBE DE CHUPAR EL DEDO Y ASÍ TRATAR DE ELIMINARLE EL HÁBITO.

LA PLACA INICIAL SE HACE REMOVIBLE, CON GANCHOS DE ADAMS EN POSTERIORES Y ARCO VESTIBULAR. EN LA ZONA DEL PALADAR, SE PONDRÁ LA TRAMPA, LA CUAL PUEDE SER DE DIFERENTES FORMAS:

LA DURACIÓN MÍNIMA DEL APARATO SERÁ DE CUATRO MESES, SI PASADO EL TIEMPO PERSISTE EL HÁBITO, SE PROCEDE A INSTALAR UN APARATO FIJO CON BANDAS EN LAS PIEZAS POSTERIORES Y UNOS ALAMBRES EN DONDE IRÁ LA TRAMPA.

CHUPETES Y MAMILA.

LA CASA ROCKY MOUNTAIN, FABRICA UN CHUPÓN FISIOLÓGICO ADECUADO A LOS NIÑOS PARA UN CERRADO PERFECTO. LA PARTE PLANA DÁ UN MOVIMIENTO DE SUCCIÓN ADECUADO QUE PUEDE PREVENIR HÁBITOS COMO SUCCIÓN DE DEDO, DE LA BIOS, ETC.

c).- QUEILOFAGIA O SUCCIÓN LABIAL.

ES AQUELLA ACCIÓN DE CHUPARSE EL LABIO HASTA IMPRIMIRLE UNA FUERZA MAYOR Y MORDERLO.

APARECE POR SUCCIÓN DIGITAL, DESPLAZANDO AL DEDO Y APARECIENDO LA SUCCIÓN DEL LABIO.

APARECE EN LOS CASOS DE MORDIDA HORIZONTAL AMPLIA, Y AL QUERER DEGLUTIR CIERRA LA BOCA EL NIÑO. LAS MALFORMACIONES SON A DISTINTO NIVEL DENTAL, O SEA A NIVEL DEL LABIO, PROVOCANDO VESTIBULIZACIÓN SUPERIOR Y LINGUALIZACIÓN INFERIOR, OCACIONANDO UNA SOBREMORDIDA MÁS PROFUNDA Y MÁS AMPLIA.

EN ESTE PADECIMIENTO, EL LABIO SUPERIOR SE MUESTRA HIPOTÓNICO, CORTO Y RETRAÍDO.

EL LABIO INFERIOR SE APRECIA ABULTADO, ASOCIADO CON FRECUENCIA AL HERPES CRÓNICO, CON INFLAMACIÓN O IRRITACIÓN.

TRATAMIENTO.- FUNDAMENTALMENTE CONSISTE EN BUSCAR LA CAUSA DEL PROBLEMA, CORREGIR LA MALA OCLUSIÓN Y COLOCAR UN "LIP BOMPER" (EL CUAL ROMPE LAS FUERZAS).

EL ALAMBRE DEL .040 VA SOLDADO A LAS CORONAS O BANDAS A NIVELES DE CARAS PROXIMALES EN CANINOS Y SEPARADO DE 3 A 5 MM. DE LOS ANTERIORES. UNIENDO EL ALAMBRE EN LAS BANDAS Y SEPARÁNDOLO DE LAS CARAS VESTIBULARES.

EL LÍMITE DEL ACRÍLICO SERÁ DE 6 A 8 MM. DE LA CARA DISTAL DEL -

CANINO DE UN LADO AL OTRO LADO DISTAL DEL CANINO CONTRARIO (EN FORMA DE MEDIA LUNA). VAN 2 ALAMBRES SOPORTADOS POR DENTRO DEL ACRÍLICO PARA -- DARLE MAYOR FUERZA.

AL MISMO TIEMPO SE LE HACE PRACTICAR AL NIÑO DIFERENTES EJERCICIOS COLOCANDO EL LABIO INFERIOR POR ENCIMA DEL SUPERIOR Y EL SUPERIOR QUEDANDO HACIA ABAJO Y POR ADENTRO DEL INFERIOR. ESTE EJERCICIO DEBE HACERSE FRECUENTEMENTE HASTA ERRADICAR EL HÁBITO.

D).- SUCCIÓN DE CARRILLOS.

SE PIENSA QUE ESTE HÁBITO NACE POR IMPULSO Y SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD.

LA ETIOLOGÍA PUEDE SER POR UNA MORDIDA ABIERTA POSTERIOR, YA QUE LOS CARRILLOS OCUPAN ESE ESPACIO Y MIENTRAS MÁS SERIO SE VA VOLVIENDO - EL HÁBITO DE LA SUCCIÓN, MÁS SE INCREMENTA EL TIPO DE MALFORMACIÓN.

LAS MALFORMACIONES QUE PUEDE OCASIONAR SON: IRRITABILIDAD DE LA ZONA DE LA SUCCIÓN QUE POSTERIORMENTE SE TRANSFORMA EN UNA ÚLCERA Y PUEDE DESARROLLARSE UN PROBLEMA DE TIPO CANCERÍGENO.

TRATAMIENTO.- SE COLOCA UNA PANTALLA ORAL IGUAL QUE LA DEL RESPIRADOR BUCAL, O BIEN, SE ELABORA UNA PRÓTESIS SUPERIOR (PLACA) PASANDO - ALAMBRE DE PALATINO A VESTIBULAR Y SE LE COLOCA ACRÍLICO QUEDANDO COMO TIPO DE BOXEADOR.

HABITOS LINGUALES

HABITOS LINGUALES Y 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 DE LOS DIENTES OCLUIDOS. LA FUERZA DE LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES DESDE DENTRO DE LOS ARCOS DENTALES ES COMPENSADA NORMALMENTE POR LA ACCIÓN DE LA MUSCULATURA DE LOS CARRILLOS Y LABIOS. SI LA FUERZA DE LA LENGUA EXCEDE LAS FUERZAS COMPENSATORIAS EJERCIDAS POR OTRAS ESTRUCTURAS, EL RESULTADO FINAL SERÁ UN CAMBIO EN LA POSICIÓN Y LA RELACIÓN DE LOS DIENTES.

EN EL HÁBITO ANORMAL DE DEGLUCIÓN, EN CAMBIO, 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 EN SÓLO LA REGIÓN INCISIVA Y CANINA. EN OTROS, ADEMÁS DE LA PUNTA INTERPONEN LOS LADOS DE LA LENGUA. ESTA UBICACIÓN PROVOCA MORDIDA ABIERTA EN LAS ZONAS CANINAS Y MOLARES ASÍ COMO EN 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 BULO HACIA ATRÁS. EL ACTO DE DEGLUCIÓN SE REPITE APROXIMADAMENTE DOS VECES CADA MINUTO EN LAS HORAS DE VIGILIA Y UNA VEZ POR MINUTO O MENOS EN EL SUEÑO, DEPENDIENDO LA FRECUENCIA DEL FLUJO SALIVAL.

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. SI NO SE PONEN LOS DIENTES EN OCLUSIÓN COMO DEBIERAN DURANTE EL ACTO NORMAL, EL MÚSCULO TEMPORAL NO SE CONTRAERÁ.

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 DE CLASE III.

LA DEGLUCIÓN VISCERAL (INFANTIL), DESCRITA PRIMERO POR RIX, AL PARECER SERÍA CAUSADA POR LA CONSERVACIÓN DE LA PAUTA REFLEJA CONGÉNITA. EL BEBE DEGLUTE CON LOS REBORDES GINGIVALES DESDENTADOS SEPARADOS. AL ERUPCIONAR LOS DIENTES TOMAN POSICIÓN ENTRE LOS LABIOS Y LA LENGUA. EN COINCIDENCIA CON ESTO, EL REFLEJO DE DEGLUCIÓN NORMALMENTE CAMBIA Y LOS MÚSCULOS INERVADOS POR EL QUINTO PAR ENTRAN EN ACCIÓN. UNA DEMORA EN ES

TE CAMBIO PODRÍA DEBERSE A HABER MANTENIDO DEMASIADO TIEMPO A LA CRIATURA CON LA MAMADERA, O AL 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. UN HÁBITO PRECOZ DE SUCCIÓN DEL PULGAR TAMBIÉN PODRÍA SER RESPONSABLE DE ESA CONSERVACIÓN DEL PATRÓN INFANTIL. LOS PACIENTES QUE CONSERVARON SU PATRÓN ANORMAL DE DEGLUCIÓN PUEDEN TENER SÓLO LOS DIENTES POSTERIORES EN OCLUSIÓN. EL PRONÓSTICO EN ESTOS PACIENTES, AUN CON CORRECCIÓN ORTODÓNICA DE LA MORDIDA ABIERTA, ES POBRE.

LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR LOCALIZADA, A MENUDO CON OCLUSIÓN POSTERIOR NORMAL, ES CARACTERÍSTICA DEL TIPO SIMPLE DE HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL. ES FRECUENTE OBSERVAR QUE HAY DIENTES QUE SE PONEN EN CONTACTO CUANDO SE PROYECTA LA LENGUA HACIA ADELANTE. LA PROYECCIÓN SIMPLE DE LA LENGUA PUEDE SER TRATADA CON ÉXITO MUCHAS VECES Y SE PUEDE OBTENER CAMBIOS NOTABLES EN LA OCLUSIÓN ANTERIOR.

AUNQUE CON FRECUENCIA SE RECOMIENDAN APARATOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROYECCIÓN LINGUAL SIMPLE, ANTES SE DEBIERA INTENTAR LA TERAPÉUTICA FUNCIONAL. ANDREWS RECOMENDÓ QUE EL PACIENTE FUERA INSTRUÍDO PARA PRACTICAR LA DEGLUCIÓN CORRECTA 20 VECES ANTES DE CADA COMIDA. CON UN VASO DE AGUA EN UNA MANO Y UN ESPEJO DELANTE, SE SERVIRÁ UN TRAGO DE AGUA, CERRARÁ LOS DIENTES HASTA OCLUIR, COLOCARÁ LA PUNTA DE LA LENGUA CONTRA LA PAPILA INCISIVA Y DEGLUTIRÁ. ESTO SE REPITE Y CADA VEZ ES SEGUIDO POR LA RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS HASTA QUE LA DEGLUCIÓN PROGRESE SIN TROPIEZOS.

DESPUÉS QUE EL PACIENTE ADIESTRÓ SU LENGUA Y SUS MÚSCULOS PARA

QUE FUNCIONEN ADECUADAMENTE DURANTE EL PROCESO DE DEGLUCIÓN, SE PUEDE -
CONSTRUIR UN ARCO LINGUAL INFERIOR CON UNA REJILLA O UN MANTENEDOR DE -
ACRÍLICO SUPERIOR, CON UNA "VALLA", PARA QUE RECUERDE LA POSICIÓN CORREC-
TA DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN.

LA PRESENCIA DE UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR SUELE SER RELACIONA-
DA, INICIALMENTE POR LO MENOS, CON UN HÁBITO DE SUCCIÓN DE LOS DEDOS. -
DESPUÉS DE HABERSE CREADO EL ESPACIO EN LA REGIÓN ANTERIOR, SE MANTIENE
PORQUE SE PROYECTA LA LENGUA HACIA ÉL O LA LENGUA SIMPLEMENTE OCUPA EL-
LUGAR. GELLEN OBSERVÓ QUE SI UNA MORDIDA ABIERTA TIENE SU ORIGEN EN LA-
DENTICIÓN TEMPORAL Y DESPUÉS SE CIERRA ESPONTÁNEAMENTE, EL CIERRE INI--
CIAL SUELE COMENZAR HACIA LOS 10 AÑOS EN EL 90% DE LOS NIÑOS. ASÍ, EL -
ODONTÓLOGO PODRÍA ESTAR JUSTIFICADO EN ESPERAR HASTA EL DÉCIMO CUMPLEA-
ÑOS DEL NIÑOS ANTES DE TOMAR MEDIDAS CONCRETAS, ACTIVAS, PARA CORREGIR-
LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

A).- HÁBITO DE LENGUA PROTÁCTIL.

ESTE HÁBITO CONSISTE EN PROYECTAR Y ADELANTAR LA LENGUA EN EL MOMENTO DE LA DEGLUCIÓN.

TANTO MOYERS COMO GRABER, LO ATRIBUYEN A EL RESULTADO DE UNA -- "SUCCIÓN DIGITAL" Y "MORDIDA ABIERTA ANTERIOR", DEJANDO UN ESPACIO DONDE LA LENGUA SE PROYECTA HACIA ADELANTE, HACIENDO QUE EL ESPACIO SE -- AGRANDE E IMPIDIENDO QUE SE CIERRE.

HAY OCASIONES QUE ESTE HÁBITO SE PUEDE PRESENTAR POR UN PADECI-- MIENTO DE AMÍGDALAS SENSITIVAS O HIPERTRÓFICAS COMO EL CASO DE LA AMIG-- DALITIS.

MACROGLOSIA (LENGUA AUMENTADA DE TAMAÑO).- DEGLUCIÓN INFANTIL O -- VISCERAL, ES AQUELLA DEGLUCIÓN DE UN LACTANTE, YA QUE LOS PROCESOS ES-- TÁN SEPARADOS.

LAS MALFORMACIONES QUE PUEDE PROVOCAR LA LENGUA PROTACTIL SON: MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, YA QUE LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA PUEDE OCA-- SIONAR UNA MALFORMACIÓN SEVERA POR EL TAMAÑO Y LA FUERZA DE LA LENGUA.- EN OCASIONES PUEDE CAUSAR UNA MORDIDA ABIERTA POSTERIOR. TAMBIÉN PUEDE-- CAUSAR DIASTEMAS Y EL INCREMENTO DEL CRECIMIENTO MANDIBULAR.

TRATAMIENTO.- SE DEBE DE HACER DE ACUERDO A LA ETIOLOGÍA, YA QUE SI EL PROBLEMA ES CAUSADO POR UNA AMIGDALITIS, LAS AMÍGDALAS DEBERÁN -- SER ESTIRPADAS. CUANDO EL PROBLEMA ES DEBIDO A UN CRECIMIENTO EXAGERADO DE LA LENGUA, ÉSTA DEBERÁ SER TRATADA QUIRÚRGICAMENTE.

PARA CORREGIR EL HÁBITO, SE LE DEBERÁ ENSEÑAR AL PACIENTE A DEGLUTIR CORRECTAMENTE COLOCANDO LA PUNTA DE LA LENGUA EN LA PAPILA INCISIVA Y DEGLUTIR EN ESE MOMENTO, O BIEN COLOCÁNDOLE UNA PASTILLA DE "MENTA" SOSTENIDA POR LA LENGUA EN LA PAPILA INCISIVA, LA CUAL SE IRÁ DESINTEGRANDO POCO A POCO PROVOCANDO UNA SECRECIÓN ABUNDANTE, LO CUAL AYUDARÁ PARA QUE EL PACIENTE SE ENSEÑE A DEGLUTIR.

POSTERIORMENTE SE COLOCA UN ARCO SUPERIOR CON REJILLAS LARGAS PARA EDUCAR A LA LENGUA.

EN EL CASO DEL INFERIOR, LA REJILLA IRÁ AL REVÉS, POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS INFERIORES.

B).- HÁBITO DE SESEO.

SE DEFINE ÉSTE COMO UN SIGMATISMO, Y ES UN DEFECTO EN LA ARTICULACIÓN DEL FONEMA "S".

LA ETIOLOGÍA ES DEBIDA A UNA POSICIÓN DEFECTUOSA DE LA LENGUA EN EL MOMENTO DEL HABLA, DEFICIENCIA EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, FALTA DE HABILIDAD MOTORA POR IMITACIÓN, POR PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES ANTERIORES DE LA PRIMERA DENTICIÓN, POR FISURAS PALATINAS, POR GIROVERSIONES Y MALPOSICIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES, LO CUAL IMPIDE QUE HAYA UNA POSICIÓN CORRECTA DE LA LENGUA.

LAS MALFORMACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR SON: PROTRUSIÓN DE -- LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES, MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, MORDIDA -- ABIERTA POSTERIOR Y PALADAR OJIVAL.

TRATAMIENTO.- DETERMINAR LA CAUSA DEL HÁBITO, YA QUE SI FALTAN -- PIEZAS ANTERIORES, EL CIRUJANO DENTISTA PUEDE SOLUCIONARLO, COLOCANDO -- LA PRÓTESIS QUE RESULTE MÁS CONVENIENTE.

SI EL PROBLEMA NO ES DEL CIRUJANO DENTISTA, SE REMITE CON UN FONIATRA O TERAPISTA DE LENGUAJE.

POSTERIORMENTE SE CORRIGE CUALQUIER ALTERACIÓN O MALFORMACIÓN -- QUE HAYA ORIGINADO EL HÁBITO.

RESPIRACIÓN BUCAL.

EL HÁBITO DE RESPIRAR POR LA BOCA TAMBIÉN SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE LIGADO CON LA FUNCIÓN MUSCULAR ANORMAL. POR MUCHO TIEMPO CONSIDERADO

UN FACTOR CAUSAL PRIMARIO DE LA MALOCLUSIÓN DENTARIA, ESTE HÁBITO SE CONSIDERA AHORA MÁS BIEN UN FACTOR ASOCIADO O SIMBIÓTICO Y, EN MENOR GRADO, EL RESULTADO DE LA MALOCLUSIÓN. AL IGUAL QUE CON OTROS HÁBITOS, CUALQUIER SEÑALAMIENTO ARBITRARIO DE CAUSA, ASOCIACIÓN Y EFECTO SERÍA PRECARIO. ES POSIBLE QUE EL HÁBITO DE LA RESPIRACIÓN BUCAL CONTRIBUYA A LAS TRES FASES DE LA DINÁMICA DE LA MALOCLUSIÓN.

LOS ESPECIALISTAS EN OÍDO, NARIZ Y GARGANTA CON FRECUENCIA HACEN NOTAR QUE LOS TRASTORNOS DEL APARATO RESPIRATORIO SON MÁS FRECUENTES EN QUIEN RESPIRA POR LA BOCA. EL EFECTO DE FILTRACIÓN Y CALENTAMIENTO DEL AIRE EN LOS CONDUCTOS NAALES SE PIERDE Y OBSTRUCCIONES NAALES COMO CORNETES AGRANDADOS SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA. LAS ADENOIDES Y AMIGDALAS GRANDES Y TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO CON FRECUENCIA SE VEN ASOCIADOS A ESTA SITUACIÓN. TALES PADECIMIENTOS NO SON CONSTANTES; MUCHOS OTROS FACTORES ESTÁN INCLUIDOS, ENTRE LOS CUALES ENCONTRAMOS LA RESISTENCIA INDIVIDUAL. SIN EMBARGO, SI EXISTE PELIGRO PARA LA SALUD DEL NIÑO Y SI LA "FACIES ADENOIDEA" VA EN DETRIMENTO DE LA APARIENCIA DEL NIÑO ES CONVENIENTE QUE EL ORTODONCISTA AYUDE EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE. EN MUCHOS CASOS, LA ELIMINACIÓN DE LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL EXCESIVA Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA FUNCIÓN MUSCULAR PERIBUCAL NORMAL REACTIVA EL LABIO SUPERIOR, HACIENDO POSIBLE EL CIERRE DE LOS LABIOS, Y ESTIMULA LA RESPIRACIÓN NASAL NORMAL.

EN ESTE TIPO DE PACIENTES, LA ETIOLOGÍA ES MUY VARIADA, YA QUE PUEDE DEBERSE A PROBLEMAS NAALES, BUCALES O POR SIMPLE COSTUMBRE.

PROBLEMAS NAALES.- POR CORNETES GRANDES E INFLAMADOS, POR AMIGDALAS, Y ADENOIDES HIPERTRÓFICAS, POR RINITIS (ES LA SERIE DE ENFERMEDA

DES SIN UN DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO), POR ALGÚN PADECIMIENTO COMO LA SINUSITIS, ALERGIA Y TABIQUE DESVIADO.

PROBLEMAS BUCALES.- COMO MORDIDA ABIERTA ANTERIOR QUE IMPIDA EL CIERRE ADECUADO DE LOS LABIOS O PROTRUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

LAS MALFORMACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR SON: FACIES ADENOIDES, BOCA ABIERTA, LABIO SUPERIOR HIPOTÓNICO, LABIO INFERIOR HIPETRÓFICO, -- AGRIETAMIENTO DE LOS LABIOS, INCISIVOS INFERIORES PROTRUÍDOS, POBRE DESARROLLO DEL PISO NASAL, FALTA DE CRECIMIENTO MANDIBULAR, LA MUCOSA SE ENCUENTRA EDEMATOSA Y LAS ENCÍAS SE OBSERVAN AGRANDADAS.

TRATAMIENTO.- DETECTAR LA CAUSA Y TRATAR DE CORREGIRLA. SI ES DE TIPO NASAL, SE REMITE AL OTORRINOLARINGÓLOGO. SI ES POR MALPOSICIÓN DE PIEZAS DENTARIAS, SE REMITE AL ORTODONCISTA. CUANDO EL HÁBITO NO TIENE CAUSA APARENTE, LO TRATA EL ODONTOPEDIATRA, EL CUAL TOMARÁ MODELO SUPERIOR E INFERIOR CON SU REGISTRO EN CERA PARA ARTICULARLO. UNA VEZ YA ARTICULADO SE MARCA EL FONDO DE SACO RECORTANDO EN AQUÉLLAS ÁREAS EN DONDE EXISTAN INSERCIONES MUSCULARES. SE COLOCA DESPUÉS PAPEL DE ESTAÑO EL CUAL SE PONE EN LA PLACA PLEXI-GLASS. SE COLOCA EL PAPEL Y LA PLACA Y SE RECORTA. SE VUELVE A CALENTAR LA PLACA Y SE ADOSA AL MODELO.

ESTE TIPO DE APARATO SE LLAMA "GUARDA NOCTURNA", YA QUE SOLO SE UTILIZA EN LAS NOCHES, YA QUE EN ESTE TIEMPO, ES DONDE SE HACE MÁS OSTENSIBLE EL HÁBITO Y SE ALEJA DE USAR DURANTE EL DÍA.

HABITO OCLUSAL

BRUXISMO.

EL TÉRMINO BRUXISMO DERIVA DEL FRANCÉS "LA BRUXOMANIE", SUGERIDO EN 1907 POR MARIE Y PIETKIEWICZ. FROHMAN FUE POSIBLEMENTE EL PRIMERO -- QUE REALMENTE USÓ LA PALABRA "BRUXISMO" EN 1931. AUNQUE KAROLYI NO EMPLEÓ EL TÉRMINO "BRUXISMO", INTRODUJO LA MAYORÍA DE LOS ACTUALES CONCEPTOS SOBRE ESTE PADECIMIENTO EN 1901. EL BRUXISMO SE DEFINE COMÚNMENTE -- COMO "EL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SIN -- PROPÓSITOS FUNCIONALES" Y HA SIDO DISCUTIDO EN LA LITERATURA DENTAL BAJO MUCHOS OTROS NOMBRES. LOS SIGUIENTES SON ALGUNOS DE LOS TÉRMINOS QUE HAN SIDO USADOS FRECUENTEMENTE: "NEURALGÍA TRAUMÁTICA" (KAROLYI), -- "EFECTO DE KAROLYI" (WESKI), "NEURÓSIS DEL HÁBITO OCLUSAL" (TISHLER) Y -- MÁS RECIENTEMENTE, "PARAFUNCIÓN" (DRUM). MILLER PROPUSO LA DIFERENCI -- CIÓN ENTRE EL RECHINAMIENTO NOCTURNO DE LOS DIENTES, AL CUAL LLAMÓ BRUXISMO, Y EL HÁBITO DE RECHINAR LOS DIENTES EN EL DÍA, AL CUAL DENOMINÓ BRUXOMANÍA.

LA TENDENCIA DE APRETAR LOS MAXILARES Y RECHINAR LOS DIENTES -- ASOCIADA CON ANGUSTIA O AGRESIVIDAD, HA SIDO OBSERVADA Y DESCRITA TAMBIÉN EN ANIMALES COMO EN EL HOMBRE. EL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES FUE ASOCIADO CON TENSIÓN O CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS DESDE LOS PRIMEROS RELATOS -- HISTÓRICOS, LO CUAL INDICA QUE FUE RECONOCIDO HACE CIENTOS DE AÑOS.

ES MUY COMÚN, Y PROBABLEMENTE PUEDE CONSIDERARSE NORMAL, LA TENDENCIA TRANSITORIA A APRETAR FIRMEMENTE LOS MAXILARES Y LOS DIENTES AL EFECTUAR UN ESFUERZO O PARA HACER CESAR UNA MANIFESTACIÓN EMOCIONAL CO-

MO EL LLANTO, O BIEN PARA EXPRESAR DETERMINACIÓN. POR LO TANTO, LA TENSIÓN NERVIOSA AGUDA NO ESPECÍFICA E INCLUSO LA TENSIÓN FÍSICA MUY PRONUNCIADA (LEVANTAR O EMPUJAR OBJETOS PESADOS, O REALIZAR ALGÚN TRABAJO DIFÍCIL) SUELEN ESTAR ASOCIADOS CON UN APRETAR DE MAXILARES Y DIENTES. ESTE APRETAMIENTO Y FIJACIÓN DE LOS MAXILARES Y DE LOS DIENTES DURANTE LA SOBRECARGA EMOCIONAL Y EL EJERCICIO FÍSICO NO DEBE CONSIDERARSE COMO BRUXISMO; SIN EMBARGO, SÍ DEBE CONSIDERARSE TAL EL APRETAMIENTO NO FUNCIONAL, HABITUAL Y PERSISTENTE EN OCLUSIÓN CÉNTRICA SIN TENSIÓN EMOCIONAL OBVIA O NECESIDAD PARA TAL FIJACIÓN. EL RECHINAMIENTO APRETAMIENTO O MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN NO FUNCIONALES EN OCLUSIÓN CÉNTRICA PUEDEN SER DE DIFERENTE IMPORTANCIA TANTO PARA LOS DIENTES COMO PARA EL PERIODONTO QUE LA TRITURACIÓN EXCÉNTRICA, Y TANTO LA ETIOLOGÍA COMO EL TRATAMIENTO PUEDEN VARIAR EN OCASIONES. SIN EMBARGO, ESTOS DOS PADECIMIENTOS SE ENCUENTRAN TAN ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS QUE ES PREFERIBLE DESIGNAR AMBOS COMO BRUXISMO, O SEA DENOMINAR BRUXISMO EXCÉNTRICO AL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES EN EXCURSIONES EXCÉNTRICAS, Y BRUXISMO CÉNTRICO EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES EN CÉNTRICA.

TANTO EL BRUXISMO CÉNTRICO COMO EL EXCÉNTRICO SON EXPRESIÓN DE UN AUMENTO DEL TONO MUSCULAR. EL QUE DOMINE EL BRUXISMO CÉNTRICO O EL EXCÉNTRICO DEPENDE DE LA UBICACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE ACTÚAN COMO FACTORES DESENCADENANTES DE LOS MOVIMIENTOS NO FUNCIONALES DEL MAXILAR. EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE POR LO GENERAL INTERFERENCIAS EXCÉNTRICAS COMO FACTORES DESENCADENANTES, MIENTRAS QUE EL BRUXISMO CÉNTRICO SE ENCUENTRA MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON INESTABILIDAD OCLUSAL EN LA INMEDIATA VECINDAD DE LA CÉNTRICA.

SE DICE CON FRECUENCIA QUE EN EL BRUXISMO EN EXCURSIONES EXCÉNTRICAS INTERVIENEN CONTRACCIONES MUSCULARES ISOTÓNICAS, MIENTRAS QUE EL APRETAMIENTO MÁS ESTÁTICO EN OCLUSIÓN CÉNTRICA REPRESENTA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRICA. ÉSTA DIFERENCIACIÓN NO ES CIENTÍFICA DEBIDO A QUE EL APRETAMIENTO COMÚNMENTE CONSTA DE PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR Y CAMBIOS SUBSECUENTES EN LA LONGITUD DE LOS MÚSCULOS AFECTADOS.

POR LO TANTO, EL APRETAMIENTO IMPLICA TANTO LA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRICA COMO LA ISOTÓNICA.

OTRO GRUPO DE SITUACIONES, ESTRECHAMENTE RELACIONADAS CON EL BRUXISMO, SON GENERALMENTE CLASIFICADAS COMO HÁBITOS OCLUSALES Y NO COMO BRUXISMO. ÉSTAS SITUACIONES SON: EL MORDER FUERTEMENTE CON MAXILARES EN POSICIÓN BLOQUEADA, MORDEDURA DE LOS CARRILLOS, LENGUA O LABIO; EL MORDER OBJETOS COMO UÑAS, LÁPICES, TUBO DE PIPA Y PASADORES PARA EL PELO; EL EJERCER PRESIÓN CON LOS DEDOS SOBRE LOS DIENTES Y MUCHOS OTROS HÁBITOS. AUNQUE TODOS ESTOS HÁBITOS O SITUACIONES TIENEN UN FONDO PSICOGÉNICO BIEN DEFINIDO Y SIRVEN COMO DESAHOGO A LA TENSIÓN EMOCIONAL, NO SUELEN CLASIFICARSE COMO BRUXISMO Y NOSOTROS LOS CONSIDERAREMOS COMO MORDIDA DISFUNCIONAL O HÁBITOS OCLUSALES.

FINALMENTE, LOS MOVIMIENTOS NO FUNCIONALES DE CONTACTO OCLUSAL PUEDEN SER LA SECUELA DE TRASTORNOS ESPÁSTICOS DE NATURALEZA GENERAL.

BRUXISMO EXCÉNTRICO.

EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE UN DOBLE FONDO ETIOLÓGICO DE SOBRECARGA PSÍQUICA E INTERFERENCIA OCLUSAL. EL COMPONENTE PSÍQUICO DE AGRE-

SIÓN REPRIMIDA, TENSIÓN EMOCIONAL, ANGUSTIA Y TEMOR HA SIDO SEÑALADO -- POR MUCHOS AUTORES COMO EL FACTOR ÚNICO O MÁS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO. SIN EMBARGO, KAROLYI A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO, RECONOCIÓ EL PAPEL DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES ADEMÁS DE LOS FACTORES PSÍQUICOS EN LA APARICIÓN DEL BRUXISMO. DICHO AUTOR SEÑALÓ QUE INCLUSO LOS TRAUMATISMOS OCLUSALES MODERADOS O LOS DEFECTOS OCLUSALES MENORES, TALES COMO UNA CÚSPIDE PROMINENTE, PUEDEN RECIBIR INDEBIDA ATENCIÓN POR PARTE DE INDIVIDUOS NEURÓTICOS DANDO POR RESULTADO HÁBITOS DE TRITURACIÓN. UNA OBSERVACIÓN SIMILAR FUE EFECTUADA POR TISHLER HACE CERCA DE 40 AÑOS. RECIENTEMENTE, ALGUNOS AUTORES HAN INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE LA FRUSTRACIÓN COMO CAUSA PRINCIPAL DEL ESTADO DE TENSIÓN EMOCIONAL Y EL BRUXISMO PARECE ESTAR ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON LA FRUSTRACIÓN. ESTUDIOS REALIZADOS POR HUTCHINSON INDICAN, QUE AL PROVOCAR UN ESTADO DE FRUSTRACIÓN EN EL MONO SE OBSERVA UN AUMENTO MUY CONSIDERABLE DE SU ACTIVIDAD DE MORDIDA.

AUNQUE UN GRAN NÚMERO DE AUTORES HAN DISCUTIDO LA ETIOLOGÍA Y NATURALEZA DEL BRUXISMO, CASI NO HA HABIDO INVESTIGACIÓN MÁS ALLÁ DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA HASTA QUE LAS RECIENTES INVESTIGACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS HAN PROPORCIONADO INFORMACIÓN BÁSICA RESPECTO A LOS FENÓMENOS NEUROMUSCULARES ASOCIADOS CON EL BRUXISMO. LA ELECTROMIOGRAFIA HA HECHO POSIBLE OBSERVAR Y REGISTRAR LOS TRASTORNOS NEUROMUSCULARES DENTRO DEL APARATO MASTICADOR. CON ESTA TÉCNICA PUEDEN EFECTUARSE OBSERVACIONES MUCHO MÁS PRECISAS Y DETALLADAS QUE UTILIZANDO INVESTIGACIONES CLÍNICAS ÚNICAMENTE. DE ESPECIAL IMPORTANCIA RESULTA EL HECHO DE QUE LA ELECTROMIOGRAFÍA HA PROPORCIONADO LA OPORTUNIDAD DE REGISTRAR ALTERACIONES EN LA TENSIÓN MUSCULAR BÁSICA O TONO ASOCIADO CON LA TENSIÓN NERVIOSA Y --

CON EL DOLOR.

A FIN DE COMPRENDER LA NATURALEZA FISIOLÓGICA Y EL MECANISMO DEL BRUXISMO RESULTA IMPORTANTE ENTENDER CLARAMENTE LA NEUROFISIOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN; POR LO TANTO, DEBEN REVISARSE LOS ESTUDIOS REFERENTES ANTES DE LEER ESTA EXPLICACIÓN DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR DEL BRUXISMO.

TONO MUSCULAR.

EL BRUXISMO SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON EL AUMENTO DE TONO EN LOS MÚSCULOS MAXILARES. EL TONO MUSCULAR PUEDE AUMENTAR POR LA TENSIÓN EMOCIONAL O NERVIOSA, POR DOLOR O MOLESTIAS, Y POR INTERFERENCIAS OCLUSALES. LA INTERACCIÓN DE ESTOS TRES MECANISMOS PROPORCIONA LAS BASES NEUROMUSCULARES DEL BRUXISMO.

LAS CONTRACCIONES DEL TONO POSTURAL O ANTIGRAVITACIONAL DENTRO DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES DEPENDEN DE LA ACTIVIDAD REFLEJA MIOTÁTICA, A LA CUAL SE AÑADE LA ACTIVIDAD EFERENTE GAMMA O FUSOMOTORA. EL CENTRO DEL REFLEJO MIOTÁTICO SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON EL CONTROL DE LOS PATRONES DE LOS REFLEJOS CONDICIONADOS DE LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR, LOS CUALES HAN SURGIDO COMO RESULTADO DE LOS IMPULSOS NERVIOSOS PROCEDENTES DE LAS DIVERSAS TERMINACIONES NERVIOSAS PROPIOCEPTORAS Y SENSORIALES DENTRO DEL APARATO MASTICADOR. LA INFLUENCIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SOBRE EL TONO MUSCULAR SE EFECTÚA PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA FUSOMOTOR. UN ESTADO DE HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES PUEDE DEBERSE POR LO TANTO A: 1) INFLUENCIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR MEDIO DEL SISTEMA FUSOMOTOR, O 2) DISARMONÍA

LOCAL ENTRE LAS PARTES FUNCIONALES DEL APARATO MASTICADOR QUE ACTÚA SOBRE EL MECANISMO REFLEJO QUE CONTROLA LOS MOVIMIENTOS SUBCONSCIENTES -- DEL MAXILAR. POR LO GENERAL, EL AUMENTO DE TONO Y EL BRUXISMO SON EL RESULTADO DE TRASTORNOS EN AMBOS DE ESTOS MECANISMOS.

ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA.- EN CADA INDIVIDUO EXISTE UN LÍMITE PARA LA ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA A LA IMPERFECCIÓN O DISARMONÍA EN LAS RELACIONES OCLUSALES. CUANDO SE TRASPASA ESTE LÍMITE, YA SEA DEBIDO A UN AUMENTO EN LA DISARMONÍA OCLUSAL O EN LA TENSIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SE PRESENTA UNA RESPUESTA HIPERTÓNICA EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES. ÉSTA RESPUESTA PUEDE SER EN EL SENTIDO DE FACILITACIÓN DE LOS IMPULSOS NERVIOSOS DE ORIGEN OCLUSAL O EN LA DISMINUCIÓN DEL UMBRAL DE EXCITABILIDAD NEURONAL POR LA TENSIÓN NERVIOSA O DOLOR, O EN AMBOS A LA VEZ. UN AUMENTO EN LA ACTIVIDAD NEUROMUSCULAR PUEDE DAR LUGAR A LESIÓN EN EL PERIODONTO O EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, O PUEDE PRODUCIR DOLOR Y MOLESTIAS DENTRO DE LOS MÚSCULOS EN TENSIÓN. DICHA LESIÓN O MOLESTIAS OCASIONARÁN UN AUMENTO DE LOS ESTÍMULOS AFERENTES AL CENTRO NERVIOSO DEL SISTEMA REFLEJO, CON LA SUBSECUENTE TENDENCIA A AUMENTAR LA ACTIVIDAD EFERENTE E INCREMENTAR EL IMPACTO LESIVO.

RELACIÓN CON EL SISTEMA NERVIOSO.- LAS MOLESTIAS POR INTERFERENCIA OCLUSAL O DOLOR PUEDEN AFECTAR TAMBIÉN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. EN OCASIONES SE OYE DECIR AL PACIENTE: "ESTA NUEVA OBTURACIÓN ME ESTÁ VOLVIENDO LOCO". DICHA IRRITACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DISMINUIRÁ EL UMBRAL DE IRRITABILIDAD DE LOS COMPONENTES NERVIOSOS ASOCIADOS -- CON LOS MOVIMIENTOS REFLEJOS DEL MAXILAR, ASÍ COMO AUMENTARÁ EL TONO -- MUSCULAR DIRECTAMENTE POR INTERMEDIO DEL SISTEMA FUSOMOTOR. LA FATIGA -

Y EL DOLOR SUBSECUENTE OCASIONADOS POR LA CONTRACCIÓN SOSTENIDA DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR DISMINUIRÁN TAMBIÉN EL UMBRAL DE IRRITABILIDAD Y ENTRARÁN DENTRO DEL MECANISMO DESFAVORABLE DE "RETROALIMENTACIÓN".

ESTE CÍRCULO VICIOSO DE AUMENTO AUTOPERPETUABLE DE LA TENSIÓN MUSCULAR RELACIONADO CON LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE LOS DIENTES, EL PERIODONTO, LOS TEJIDOS BUCALES, LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y LOS MÚSCULOS MASTICADORES, ES LA BASE DEL BRUXISMO EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA O EMOCIONAL. EL MECANISMO CEREBRAL DEL BRUXISMO PROVOCADO HA SIDO ESTUDIADO EN CONSEJOS, SUSCITANDO MOVIMIENTOS LATERALES DE LAS QUIJADAS POR MEDIO DE EXCITACIONES ELÉCTRICAS DE DIFERENTES ZONAS DEL CEREBRO COMO, POR EJEMPLO, ÁREA CORTICAL ANTEROMEDIAL, CÁPSULA INTERNA, SUBTÁLAMO Y NÚCLEO AMIGDALOIDE. SIN EMBARGO, POR AHORA NO ES POSIBLE RELACIONAR EL SIGNIFICADO DE DICHS ESTUDIOS CON EL BRUXISMO EN EL HOMBRE.

MIALGIA. EL ESTADO HIPERTÓNICO Y EN OCASIONES DOLOROSO DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR EN EL BRUXISMO ES DE LA MISMA NATURALEZA QUE LAS MIALGIAS "PROFESIONALES" EN LOS MÚSCULOS DEL CUELLO Y DEL BRAZO DE LOS MECANÓGRAFOS BAJO TENSIÓN MENTAL, O DE LAS MIALGIAS POSTURALES MANIFESTADAS COMO "DOLOR DE ESPALDA" EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA QUE TIENEN ANOMALÍAS POSTURALES. LA SIMILITUD ELECTROMIOGRÁFICA ES BASTANTE LLAMATIVA CUANDO SE COMPARAN LAS OBSERVACIONES DE LUNDERVOLD EFECTUADAS EN MECANÓGRAFOS CON LAS OBSERVACIONES DE RAMFJOR EN LOS MÚSCULOS DE PACIENTES CON BRUXISMO. FOSBERG ENCONTRÓ QUE DE 157 PACIENTE CON BRUXISMO, EL 76 POR 100 SE QUEJABA DE MOLESTIAS EN OTROS MÚSCULOS. EGGEN REPORTÓ QUE DE 136 PACIENTES CON BRUXISMO Y TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, EL 37 POR 100 HABÍAN EXPERIMENTADO PREVIAMENTE TRATAMIENTO -

PARA MIALGIAS PROFESIONALES O DOLOR DE ESPALDA, HOMBROS, OCCIPITAL, BRAZOS O PIERNAS. EN UN GRUPO TESTIGO SIN HISTORIA DE BRUXISMO, SÓLO EL 6 POR 100 TENÍAN ANTECEDENTES DE DOLOR MUSCULAR PREVIO. USANDO EL ÍNDICE-MÉDICO CORNELL, THALLER ENCONTRÓ CORRELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y EL ESTADO DE ANSIEDAD DEL PACIENTE.

EN PACIENTES CON HIPERTONICIDAD MUSCULAR Y BRUXISMO, ASÍ COMO EN PACIENTES CON MIALGIAS, LA INFLUENCIA REGULADORA SOBRE LA ACTIVIDAD MUSCULAR PROCEDENTE DE IMPULSOS SENSITIVOS Y PROPIOCEPTIVOS ASÍ COMO LA ACTIVIDAD REFLEJA DENTRO DE LOS MÚSCULOS NO FUNCIONAN NORMALMENTE, O PUEDEN FALTAR.

INTERFERENCIAS OCLUSALES.

SE HA DEMOSTRADO EXPERIMENTALMENTE Y OBSERVADO EN CLÍNICA EN INNUMERABLES OCASIONES QUE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES PUEDEN PRECIPITAR EL BRUXISMO. CLÍNICAMENTE SE HA ENCONTRADO QUE EL BRUXISMO PUEDE SER -- ALIVIADO O ELIMINADO MEDIANTE LA CORRECCIÓN DE LA DISARMONÍA OCLUSAL, -- POR LO MENOS HASTA UN GRADO EN QUE NO SEA NOTADO POR EL PACIENTE Y SUS EFECTOS SOBRE EL APARATO MASTICADOR SEAN MÍNIMOS. POR SUPUESTO QUE EL -- BRUXISMO PUEDE SER REINTRODUCIDO EN CUALQUIER MOMENTO POR LA COLOCACIÓN DE UNA RESTAURACIÓN CON INTERFERENCIA OCLUSAL. ELECTROMIOGRÁFICAMENTE, -- LA ELIMINACIÓN DE LA DISARMONÍA OCLUSAL ES SEGUIDA POR UNA MARCADA REDUCCIÓN EN EL TONO MUSCULAR Y LA ARMONIOSA INTEGRACIÓN DE LA ACCIÓN MUSCULAR.

CUALQUIER TIPO DE INTERFERENCIA OCLUSAL PUEDE DESENCADENAR O MANTENER EL BRUXISMO CUANDO SE COMBINA CON TENSIÓN PSÍQUICA. EL FACTOR DE-

SENCADENANTE MÁS COMÚN PARA EL BRUXISMO ES UNA DISCREPANCIA ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA. ELECTROMIOGRÁFICAMENTE, TAL DISCREPANCIA SE MANIFIESTA POR CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS O TENSIÓN SOSTENIDA EN LOS MÚSCULOS MASETERO O TEMPORAL EN UN MOMENTO U OTRO DURANTE LA DEGLUCIÓN. EL SEGUNDO FACTOR DESENCADENANTE DEL BRUXISMO, EN ORDEN DE IMPORTANCIA, SON LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL LADO DE EQUILIBRIO. AUNQUE DE MUCHO MENOR IMPORTANCIA QUE LOS DOS FACTORES YA SEÑALADOS, TAMBIÉN LAS INTERFERENCIAS EN LAS EXCURSIONES PROTRUSIVAS O EN EL LADO DE TRABAJO PUEDEN DESENCADENAR BRUXISMO.

SE ENCONTRARÁ SIEMPRE ALGÚN TIPO DE INTERFERENCIA OCLUSAL EN TODOS LOS PACIENTES CON BRUXISMO. SIN EMBARGO, CON FRECUENCIA RESULTA EXTREMADAMENTE DIFÍCIL LOCALIZAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, ESPECIALMENTE EN EL RECORRIDO RETRUSIVO ENTRE LA OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA EN PACIENTES CON MÚSCULOS MAXILARES HIPERTÓNICOS Y BRUXISMO. ESTO PUEDE EXPLICAR LA AFIRMACIÓN HECHA POR VARIOS AUTORES EN EL SENTIDO DE QUE HAN OBSERVADO NUMEROSOS PACIENTES CON BRUXISMO QUE NO TENÍAN INTERFERENCIAS OCLUSALES. OTROS INVESTIGADORES REHUSAN ACEPTAR LA DISARMONÍA OCLUSAL EN EL RECORRIDO RETRUSIVO ENTRE LA OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA COMO INTERFERENCIA OCLUSAL Y, DADO QUE ESTA ES LA CAUSA MÁS COMÚN DE BRUXISMO, DICHO ENFOQUE IMPEDIRÍA RECONOCER EL FACTOR OCLUSAL MÁS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DE DICHO PADECIMIENTO.

OTROS FACTORES.

PUEDEN EXISTIR TAMBIÉN FACTORES LOCALES DIFERENTES A LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE CONTRIBUYAN A LA HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS -

MAXILARES Y A LA INICIACIÓN DE MOVIMIENTOS MAXILARES ANORMALES. DICHS-FACTORES SON: COLGAJOS GINGIVALES DE TERCEROS MOLARES; HIPERPLASIA GINGIVAL O CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, ESPECIALMENTE SI HAY DOLOR; IRREGULARIDADES EN LA SUPERFICIE DEL LABIO, MEJILLA Y LENGUA Y DOLOR O MALESTAR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y MÚSCULOS MAXILARES.

EL BRUXISMO SE EFECTÚA EN UN NIVEL SUBCONSCIENTE CONTROLADO DE MANERA REFLEJA Y ES, POR LO TANTO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, DESCONOCIDO POR EL PACIENTE A MENOS QUE SE LE HAYA LLAMADO LA ATENCIÓN SOBRE ÉL. POR ESO, HA SIDO DIFÍCIL ESTUDIAR LA IMPORTANCIA Y FRECUENCIA DEL BRUXISMO HASTA RECIENTEMENTE CUANDO SE INTRODUIERON DISPOSITIVOS REGISTRADORES QUE PUEDEN RECOGER Y ALMACENAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA ACTIVIDAD DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR DE DÍA Y DE NOCHE. EL BRUXISMO MÁS INTENSO SE PRESENTA GENERALMENTE POR LA NOCHE, PERO MUCHOS INDIVIDUOS RECHINAN TAMBIÉN LOS DIENTES DURANTE EL DÍA CUANDO SE ENCUENTRAN BAJO TENSIÓN. EL RECHINAMIENTO O LOS MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SON MÁS COMUNES DURANTE LA NOCHE, MIENTRAS QUE LA PRESIÓN O APRETAMIENTO ES MÁS COMÚN EN EL DÍA. SIN EMBARGO, AMBOS ESTADOS PUEDEN PRESENTARSE TANTO DURANTE EL DÍA COMO DURANTE EL SUEÑO.

EN UN EXTENSO ESTUDIO ELECTROMIOGRÁFICO DE 167 PACIENTES KRAFT COMUNICÓ QUE APROXIMADAMENTE LA MITAD RECHINABAN LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO Y LOS OTROS ÚNICAMENTE MORDÍAN O LOS APRETABAN. LA ACTIVIDAD MUSCULAR DURANTE EL SUEÑO ERA MUY VARIABLE, DESDE UNAS CUANTAS CONTRACCIONES HASTA 259 DURANTE OCHO HORAS DE SUEÑO. ESTAS CONTRACCIONES MUSCULARES ERAN POR LO GENERAL DE MENOS DE UN SEGUNDO DE DURACIÓN. SÓLO 11 POR 100 DE LOS PACIENTES TENÍAN CONTRACCIONES LARGAS Y SOSTENIDAS QUE DURA-

BAN ENTRE 2,5 SEGUNDO Y UN MINUTO, LA ACTIVIDAD MUSCULAR ESTABA DISTRI-
BUIDA EN FORMA BASTANTE REGULAR DURANTE TODA LA NOCHE EN EL 67 POR 100-
DE LOS PACIENTES; EN EL RESTO LA MAYOR PARTE DE LA ACTIVIDAD SE DESARRO-
LLABA PRECISAMENTE ANTES DE DORMIR Y DESPUÉS DEL DESPERTAR POR LA MAÑA-
NA.

NUESTRA VIDA EMOCIONAL PROSIGUE DURANTE EL SUEÑO, CON FRECUENCIA
INCLUSO SE ACENTÚA Y SE PONE DE MANIFIESTO EN SUEÑOS. ES TAMBIÉN BIEN -
CONOCIDO QUE LOS DIENTES HACEN CONTACTO EN LA DEGLUCIÓN DURANTE EL SUE-
ÑO. LOS MOVIMIENTOS DE DEGLUCIÓN SON MÁS NUMEROSOS EN EL SUEÑO LIGERO -
QUE SE PRESENTA AL COMENZAR A DORMIR O QUE PRECEDE AL DESPERTAR, Y CON-
LOS MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO. SI UNA PERSONA DUERME SOBRE LA ESPAL-
DA Y JUNTA LOS DIENTES (AL DEGLUTIR O POR OTRA CAUSA) Y EL MAXILAR SE EN-
CUENTRA EN POSICIÓN RETRUSIVA, LOS DIENTES PUEDEN CERRARSE EN RELACIÓN-
CÉNTRICA Y DESENCADENAR BRUXISMO SI EXISTEN INTERFERENCIAS EN EL RECO-
RRIDO RETRUSIVO. CUANDO LA PERSONA DUERME DE LADO, SE PUEDEN PONER EN -
CONTACTO DURANTE EL CIERRE LAS INTERFERENCIAS EN LAS EXCURSIONES LATERA-
LES DESENCADENANDO TAMBIÉN EL BRUXISMO. ALGUNOS AUTORES HAN COMPROBADO-
QUE EL BRUXISMO OCURRE PRINCIPALMENTE CUANDO EL SUEÑO LLEGA A SU SEGUN-
DO NIVEL (ESTADO DE ENSUEÑO) Y QUE ESTÁ ASOCIADO CON MOVIMIENTOS OCULA-
RES RÁPIDOS, MOVIMIENTOS CORPORALES Y RITMO CARDÍACO ACELERADO. LOS RE-
LATOS VERBALES DE LA ACTIVIDAD MENTAL, OBTENIDOS POR MEDIO DEL DESPER-
TAR EXPERIMENTAL, NO INDICAN QUE HAYA RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y AL-
GÚN TEMA MENTAL ESPECÍFICO.

PUESTO QUE EL BRUXISMO ES LA EXPRESIÓN DE FACTORES PSÍQUICOS Y -
OCUSALES COMBINADOS, HABRÁ NATURALMENTE CIERTOS MOMENTOS O ESTADOS EN-

LA VIDA DE UN INDIVIDUO DURANTE LOS CUALES ES MÁS PROBABLE QUE SE PRESENTE DICHO TRASTORNO. PUEDE HABER BRUXISMO EN CASO DE INTERFERENCIA OCLUSAL GRAVE Y GRADO MODERADO DE TENSION EMOCIONAL O PSÍQUICA; O PUEDE SER TAMBIÉN EL RESULTADO DE TENSION PSÍQUICA MUY INTENSA Y MUY POCA INTERFERENCIA OCLUSAL. LA TENSION PSÍQUICA SUELE VARIAR BASTANTE DE UN PERÍODO A OTRO DE LA VIDA DE UNA PERSONA, ASÍ COMO DE UNA SITUACIÓN A OTRA DENTRO DE LA VIDA DIARIA. LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE SE EVITAN Y NO SON IMPORTANTES LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, PUEDEN TOMAR GRANDES PROPORCIONES, DESENCADENAR BRUXISMO Y VOLVERSE MUY MOLESTAS DURANTE PERÍODOS DE TENSION PSÍQUICA. ES DE OBSERVACION COMÚN ENTRE LAS POBLACIONES ESTUDIANTILES QUE EL BRUXISMO SE AGRAVA DURANTE LOS PERÍODOS DE EXAMEN. LA TENSION PREMENSTRUAL ES OTRO FACTOR PRECIPITANTE COMÚN DEL BRUXISMO CÍCLICO. EL ESFUERZO DIARIO MÁS COMÚN QUE DA LUGAR A BRUXISMO ES EL MANEJAR AUTOMÓVIL RÁPIDAMENTE, SOBRE TODO CUANDO HAY MUCHO TRÁNSITO. PUEDE OBSERVARSE QUE LAS SITUACIONES DE TENSION SUELEN PROVOCAR BRUXISMO ÚNICAMENTE SI EXISTEN FACTORES DESENCADENANTES LOCALES EN LA OCLUSIÓN.

APRETAMIENTO DE LOS DIENTES.

(BRUXISMO CÉNTRICO).

SE HA SEÑALADO YA QUE EL APRETAMIENTO DE LOS MAXILARES PUEDE SER UNA MANIFESTACION NORMAL DE AUMENTO GENERAL DEL TONO MUSCULAR EN LA TENSION EMOCIONAL Y PSÍQUICA, O PARTE DE UNA ACCION FIJADORA ASOCIADA CON ESFUERZO FÍSICO O URGENCIA. EN OCASIONES RESULTA IMPOSIBLE MARCAR UNA SEPARACION DEFINIDA ENTRE EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES NORMAL Y PATOLÓGICO. EL APRETAMIENTO ANORMAL O BRUXISMO CÉNTRICO CONSISTE PRINCIPAL-

MENTE EN LA CONTRACCIÓN HABITUAL DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR SIN LA PRESENCIA DE NINGUNA SITUACIÓN OBVIA DE URGENCIA FÍSICA O PSÍQUICA. DICHA CONTRACCIÓN HABITUAL DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR PUEDE PERDURAR DURANTE LARGOS PERÍODOS EN LAS HORAS DE VIGILIA, Y ES PROBABLEMENTE MÁS COMÚN DURANTE EL DÍA QUE DURANTE LA NOCHE, PERO PUEDE TAMBIÉN PRESENTARSE DURANTE ESTE ÚLTIMO PERÍODO. DADO QUE ESTE APRETAMIENTO ES SUBCONSCIENTE Y SILENCIOSO, EL PACIENTE MUCHAS VECES NO SE DA CUENTA DEL HÁBITO.

AUNQUE NO EXISTEN MOVIMIENTOS MAXILARES APARENTES ASOCIADOS CON EL APRETAMIENTO HABITUAL, SE ACOMPAÑA ÉSTE CON FRECUENCIA DE UN MOVIMIENTO MUY LIGERO DE ALGUNOS DIENTES. PUEDE ACOMPAÑARSE TAMBIÉN DE UN LIGERO MOVIMIENTO DE LA POSICIÓN CÉNTRICA A LA OCLUSIÓN CÉNTRICA O BIEN ALREDEDOR DE ESTA ÚLTIMA. RESULTA EXTREMADAMENTE DIFÍCIL, LOGRAR, MEDIANTE EL AJUSTE OCLUSAL O LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES, UNA RELACIÓN OCLUSAL ABSOLUTAMENTE ESTABLE EN LA CUAL CADA DIENTE RECIBA EXACTAMENTE LA MISMA PRESIÓN PRECISAMENTE EN EL MISMO MOMENTO EN QUE SE JUNTAN LAS ARCADAS. SI SE RECUERDA QUE SE PUEDE PERCIBIR CUANDO SE TOCA UN DIENTE CON UNA FUERZA DE 1,5 G. O MENOR Y QUE TAMBIÉN PUEDE PERCIBIRSE UNA DISCREPANCIA OCLUSAL DE 0,02 MM. O MENOS, SE COMPRENDE CUÁN DIFÍCIL ES ELIMINAR TODOS LOS FACTORES QUE TOMAN PARTE EN EL CONTACTO IRREGULAR DE LA DENTICIÓN.

EL DESGASTE OCLUSAL ES PRINCIPALMENTE EL RESULTADO DE LOS CONTACTOS OCLUSALES. LA FIRMEZA DE ESTOS CONTACTOS, CUANDO LOS DIENTES FUNCIONAN JUNTOS, DEPENDE DEL CARÁCTER DE LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DE LOS DIENTES, LA FORMA DE LAS RAÍCES, LA RELACIÓN CORONA-RAIZ LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, Y LA DUREZA DE LAS SUPERFICIES DEL CONTACTO OCLUSAL, INCLU

YENDO LOS MATERIALES RESTAURADOS. TODOS ESTOS FACTORES PUEDEN SER LIGERAMENTE DESIGUALES, LO CUAL DARÍA POR RESULTADO CIERTA DESIGUALDAD EN EL DESGASTE OCLUSAL Y SUBSECUENTEMENTE RELACIONES DE CONTACTO OCLUSAL--DISPARES. ESTO EXPLICARÍA EL PAPEL DEL CONTACTO DISPAR COMO FACTOR DE--SENCADENANTE OCLUSAL AL PONERSE LOS DIENTES EN CONTACTO Y COLOCARÍA LA ETIOLOGÍA DEL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES SOBRE BASES SIMILARES A LAS DEL BRUXISMO. ESTE CONCEPTO PUEDE SER APOYADO POR LAS PRUEBAS CLÍNICAS DE LA DISMINUCIÓN DE LA TENDENCIA AL APRETAMIENTO DE LOS MAXILARES DESPUÉS DE AJUSTES OCLUSALES MUY PRECISOS O DEL EMPLEO DE FÉRULAS DE ACRÍLICO, Y POR LAS PRUEBAS ELECTROMIOGRÁFICAS DE TONO MUSCULAR DISMINUIDO--DESPUÉS DE TALES PROCEDIMIENTOS. SIN EMBARGO, LA EVIDENCIA DE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE UN FACTOR OCLUSAL DESENCADENANTE Y EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES HA QUEDADO TAN BIEN ESTABLECIDA COMO LA RELACIÓN DEFINIDA ENTRE UN FACTOR DESENCADENANTE Y EL RECHINAMIENTO EXCÉNTRICO DE LOS DIENTES. SE NECESITA UN CONOCIMIENTO MÁS PROFUNDO DEL TONO MUSCULAR Y DEL ESPACIO INTEROCLUSAL ANTES DE PODER COMPRENDER TODO EL MECANISMO --DEL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES.

HÁBITOS OCLUSALES RELACIONADOS CON EL BRUXISMO.

EL APRETAMIENTO HABITUAL DE LOS MAXILARES EN MALPOSICIONES BLO--QUEADAS EL MORDER OBJETOS COLOCADOS DENTRO DE LA BOCA O ENTRE LOS LA--BIOS, LA MORDEDURA DE LA LENGUA O CARRILLOS, SON TODOS VÍAS DE ESCAPE --PARA LA TENSIÓN PSÍQUICA Y EMOCIONAL. SIN EMBARGO, ESTAS CONDICIONES NO TIENEN NECESARIAMENTE ASOCIACIÓN CON LA DISARMONÍA OCLUSAL, COMO ES EL CASO DEL BRUXISMO. EL ÚNICO EFECTO INDIRECTO DE LAS INTERFERENCIAS OCLU--SALES SOBRE ESTAS CONDICIONES ES POSIBLEMENTE UN AUMENTO EN LA TONICI--

DAD MUSCULAR; POR EL CONTRARIO, EL TONO MUSCULAR PUEDE DISMINUIR MEDIANTE EL TRATAMIENTO OCLUSAL Y LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES IRRITANTES DE LA BOCA. LA SUPRESIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES PUEDE, POR LO TANTO, FACILITAR LA DESAPARICIÓN DE ALGUNOS DE ESTOS HÁBITOS, PERO, LA MORDEDURA DEL LABIO, LENGUA, MEJILLA O UÑAS PUEDE CONSTITUIR TAMBIÉN UNA VÍA DE ESCAPE DE SUBSTITUCIÓN CUANDO SE HA ELIMINADO EL MECANISMO DE ESCAPE ANTERIOR A TRAVÉS DEL BRUXISMO AL SUPRIMIR LOS FACTORES DESENCADENANTES OCLUSALES. ALGUNOS DE ESTOS HÁBITOS TIENEN UNA PRESENTACIÓN CÍCLICA TÍPICA SIMILAR AL BRUXISMO. LOS FACTORES PRECIPITANTES PUEDEN SER EL EXCESO DE TRABAJO, LA PREOCUPACIÓN, Y LA TENSIÓN PREMENSTRUAL O TENSIONES DE OTRO TIPO, PERO TENIENDO TODAS COMO FONDO COMÚN UN ESTADO DE FRUSTRACIÓN.

OTROS HÁBITOS OCLUSALES PUEDEN ESTAR ASOCIADOS CON LA OCUPACIÓN DE LA PERSONA; POR EJEMPLO: EL MORDER HILOS POR LAS COSTURERAS, EL SOSTENER CLAVOS ENTRE LOS DIENTES POR LOS CARPINTEROS O TAPICEROS, Y EL MANTENER VIDRIO ENTRE LOS DIENTES POR LOS SOPLADORES DE DICHO MATERIAL. EN ESTOS CASOS, NO EXISTE NECESARIAMENTE DISARMONÍA PSÍQUICA U OCLUSAL DENTRO DEL HÁBITO OCLUSAL.

EL RECHINAMIENTO O APRETAMIENTO DE LOS DIENTES PUEDE SER PRECIPITADO POR DESÓRDENES ESPÁSTICOS DE NATURALEZA LOCAL O GENERAL. SE HA VISTO QUE LA SUPRESIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES SIRVE PARA DISMINUIR TANTO LA FRECUENCIA COMO LA IMPORTANCIA DEL APRETAMIENTO ESPÁSTICO Y DEL RECHINAMIENTO, Y AYUDA EN EL CONTROL DE LOS MOVIMIENTOS ESPÁSTICOS DEL MAXILAR.

IMPORTANCIA DEL BRUXISMO.

EL BRUXISMO PUEDE TENER UNA GRAN INFLUENCIA SOBRE LOS TEJIDOS PERIODONTALES, LOS MÚSCULOS MASTICADORES Y ADYACENTES, LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES, LA INICIACIÓN DE LA JAQUECA, Y LA IRRITABILIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

KAROLYI FUE EL PRIMERO EN POSTULAR QUE LAS CONTRACCIONES NOCTURNAS DE LOS MÚSCULOS MASETEROS PODRÍAN SER UN FACTOR PRINCIPAL EN LA ETIOLOGÍA DE LA "PIORREA". DICHO AUTOR RECALCÓ TAMBIÉN EL PAPEL LESIVO DE LAS CONTRACCIONES ESPÁSTICAS DE LOS MÚSCULOS LABIALES Y DE LA LENGUA PARA EL PERIODONTO Y EL EFECTO MOLESTO DE TALES CONTRACCIONES SOBRE LA COMODIDAD BUCAL DEL PACIENTE.

CAMBIOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

CUALQUIER MODIFICACIÓN TISULAR ASOCIADA CON LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA PUEDE, POR SUPUESTO, SER RESULTADO DEL BRUXISMO. SIN EMBARGO, PUESTO QUE ESTAS ALTERACIONES TISULARES QUEDAN CONFINADAS PRINCIPALMENTE A LOS TEJIDOS PERIODONTALES APICALES DEL REBORDE ALVEOLAR, SE CRÉE GENERALMENTE EN LA ACTUALIDAD QUE EL BRUXISMO NO INICIA LA GINGIVITIS O LA FORMACIÓN DE BOLSAS GINGIVALES. EL PAPEL DEL BRUXISMO Y DE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA ASOCIADA EN LA ETIOLOGÍA DE LOS PADECIMIENTOS PERIODONTALES ES AÚN CONTROVERTIBLE Y NO HA PODIDO SER COMPLETAMENTE ACLARADO.

HAY QUE HACER HINCAPIÉ EN QUE EL BRUXISMO NO NECESARIAMENTE DA LUGAR A CAMBIOS PATOLÓGICOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES. EN LA MAYORÍA DE LOS INDIVIDUOS CON SOPORTE PERIODONTAL NORMAL, LAS SECUELAS HABITUA-

LES DEL BRUXISMO SON LA HIPERTROFIA COMPENSADORA DE LAS ESTRUCTURAS PERIODONTALES EL ENGROSAMIENTO DEL HUESO ALVEOLAR, AUMENTO DE LA TRABECULACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR, MAYOR ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL POR ABUNDANCIA DE FIBRAS COLÁGENAS Y UNA MEJOR INSERCIÓN DE LAS FIBRAS AL CEMENTO. AL MENOS EN LOS INDIVIDUOS MÁS JÓVENES, EL EFECTO DEL BRUXISMO GRAVE RECUERDA BASTANTE LA REACCIÓN PERIODONTAL ADAPTATIVA A LA FUNCIÓN EXAGERADA QUE SE HAN ENCONTRADO ENTRE LOS ESQUIMALES Y LOS ABORÍGENES AUSTRALIANOS.

LESIÓN PERIODONTAL.- LA POSIBILIDAD DE QUE EL BRUXISMO PRODUZCA LESIÓN PERIODONTAL DEPENDE GENERALMENTE DE LOS FACTORES QUE PREDISPONEN A LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA. THIELEMANN OBSERVÓ QUE LA MAYOR CANTIDAD DE DAÑO PERIODONTAL OCASIONADO POR EL BRUXISMO SE PRESENTÓ EN PACIENTES CON CÚSPIDES AFILADAS CUANDO SE APLICÓ ESFUERZO LATERAL SOBRE LA PUNTA DE ESTAS CÚSPIDES. DICHO ESFUERZO TIENE UN MAYOR BRAZO DE PALANCA QUE EL QUE SE APLICA SOBRE LA FOSA CENTRAL, Y EL ESFUERZO SOBRE LA CÚSPIDE FRECUENTEMENTE SE DIRIGE HACIA AFUERA DE LOS TEJIDOS QUE SIRVEN DE SOPORTE AL DIENTE. EL ESFUERZO VESTIBULOLINGUAL ES TAMBIÉN DE MAYOR IMPORTANCIA QUE EL MESIODISTAL SI LOS DIENTES TIENEN BUEN APOYO INTERPROXIMAL POR MEDIO DE CONTACTOS NORMALES. SI EL ESFUERZO SE APLICA SOBRE POCOS DIENTES, YA SEA POR PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS O DISARMONÍA OCLUSAL GRAVE, AUMENTA LA POSIBILIDAD DE LESIONES POR BRUXISMO. LA MISMA POSIBILIDAD DE LESIÓN SE ENCUENTRA PRESENTE CUANDO HAY PÉRDIDA DE APOYO PERIODONTAL A CAUSA DE PADECIMIENTO AVANZADO DE ESTAS ESTRUCTURAS. ES CONCEBIBLE, AUNQUE NO SE HA PODIDO COMPROBAR, QUE EL BRUXISMO AUMENTE LA POSIBILIDAD DE LESIÓN PERIODONTAL EN PRESENCIA DE PADECIMIENTOS GENERALES QUE AFECTEN EL SOSTÉN COLÁGENO DE LOS DIENTES, COMO EL ESCORBUTO-

Y LA DEFICIENCIA DE PROTEÍNAS, ESPECIALMENTE EN LOS JÓVENES, LA IMPORTANCIA DEL BRUXISMO EN LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEPENDE DE QUE OCASIONE TRAUMA POR OCLUSIÓN. SE CREE, GENERALMENTE, AUNQUE NO SE HA COMPROBADO CIENTÍFICAMENTE, QUE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA ES UN FACTOR CONTRIBUYENTE EN EL PROGRESO DE LOS PADECIMIENTOS PERIODONTALES-DESTRUCTIVOS, Y QUE SU IMPORTANCIA AUMENTA A MEDIDA QUE PROGRESA LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL.

ESCHLER Y OTROS AUTORES HAN PROCLAMADO QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PREDISPONE AL INDIVIDUO AL BRUXISMO POR AUMENTO DEL TONO EN LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR. LAS MOLESTIAS BUCALES Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES ASOCIADOS CON INFLAMACIÓN GINGIVAL Y PERIODONTAL PUEDEN DESENCADENAR INTERFERENCIAS OCLUSALES Y EN ESA FORMA PROVOCAR BRUXISMO. EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR OCASIONADO POR LAS MOLESTIAS QUE ACOMPAÑAN A LA INFLAMACIÓN AUMENTA LA POSIBILIDAD DE QUE ESTE FACTOR DESENCADENANTE PRECIPITE EL BRUXISMO. BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS, PUEDE DECIRSE QUE LOS PADECIMIENTOS PERIODONTALES PROVOCAN BRUXISMO.

PERJUICIOS A LA CORONA.

LOS DAÑOS DE IMPORTANCIA OCASIONADOS POR EL BRUXISMO RESULTAN -- CON FRECUENCIA MAYORES EN LA CORONA DEL DIENTE QUE EN EL PERIODONTO. EL DESGASTE DE LOS DIENTES OCASIONADO POR EL BRUXISMO PUEDE DAR POR RESULTADO UNA REDUCCIÓN CINESTÉTICA EN LA LONGITUD DE LA CORONA, TRASTORNOS EN LAS RELACIONES DE CONTACTO INTERPROXIMAL, Y OCASIONAR PULPITIS, EXPOSICIÓN O MUERTE DE LA PULPA. OTRAS POSIBLES SECUELAS DEL BRUXISMO SON -- BORDES DEL ESMALTE AFILADOS E IRRITANTES, DIENTES O RESTAURACIONES FRAC

TURADOS, E INCLUSO ESTRANGULACIÓN APICAL DE LA PULPA.

DOLOR DISFUNCIONAL.

EL BRUXISMO ES DE EXTREMA IMPORTANCIA EN LA APARICIÓN DE DOLOR - DISFUNCIONAL DE LOS MÚSCULOS Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

CEFALEA.

BERLIN Y DESSNER Y MONICA, HAN DEMOSTRADO QUE EL BRUXISMO PUEDE DAR LUGAR A CEFALEA CRÓNICA. AUNQUE LA CORRELACIÓN NO ESTÁ COMPLETAMENTE CLARA, WOLFF HA POSTULADO QUE LA BASE PARA EL DOLOR O LA DOLENCIA ES UN TRASTORNO EN LA CIRCULACIÓN DE LOS MÚSCULOS.

LAS MOLESTIAS DE LOS DIENTES, MÚSCULOS Y ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES ASOCIADAS CON EL BRUXISMO CON FRECUENCIA AUMENTARÁN LA TENSIÓN PSÍQUICA Y LA IRRITABILIDAD, Y OCASIONARÁN UN POSTERIOR AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y DEL BRUXISMO.

LAS MALFORMACIONES QUE SE PROVOCAN SON: DESGASTE DE LAS CORONAS DE LOS DIENTES, ESMALTE AFILADO, AGRIETAMIENTO DE LOS DIENTES, DOLOR A LOS CAMBIOS TÉRMICOS (FRÍO Y CALOR), HIPEREMIA Y DOLOR ASOCIADO A TRASTORNOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y ALTERACIÓN EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES Y LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR.

TRATAMIENTO.- CONSISTE EN LA ELIMINACIÓN DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO HACIENDO UN BUEN AJUSTE OCLUSAL, SE PUEDEN COLOCAR GUARDAS NOCTURNAS, FÉRULAS Y SE ADMINISTRAN AL PACIENTE TANTO RELAJANTES MUSCULARES COMO TRANQUILIZANTES Y ANALGÉSICOS.

ONICOFAGIA

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 DEL PULGAR 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. ESTE NO ES UN HÁBITO PERNICIOSO, Y, NO AYUDA A PRODUCIR MALOCLUSIONES, PUESTO QUE LAS FUERZAS O TENSIONES APLICADAS AL MORDER LAS UÑAS SON SIMILARES A LAS DEL PROCESO DE 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. UN HÁBITO, COMO CUALQUIER CONDUCTA GENERAL, NO DEBERÁ SER CONSIDERADO MALO A MENOS QUE PERJUDIQUE REALMENTE, YA SEA DE FORMA FÍSICA O MORAL, AL NIÑO MISMO O A QUIENES LE RODEAN. MORDERSE LAS UÑAS NO ES PERJUDICIAL EN NINGUNA DE ESTAS FORMAS. CUANDO EL NIÑO CRECE Y SE CONVIERTE EN ADULTO, OTROS OBJETOS SUBSTITUYEN A LOS DEDOS. SE PUEDE UTILIZAR GOMA DE MASCAR, CIGARRILLOS, CIGARROS PUROS, RAPÉ, LÁPICES, GOMAS DE BORRAR, O INCLUSO LAS MEJILLAS O LA LENGUA DE LA PERSONA COMO SUBSTITUTO DE LOS DEDOS, YA QUE CADA EDAD TIENE SUS PROPIOS TRANQUILIZANTES.

ESTE PADECIMIENTO ES EL RESULTADO DE UNA TENSIÓN EMOCIONAL O SÍ-

QUICA. SE PRESENTA DESPUÉS DE LOS 3 Ó 4 AÑOS Y DESAPARECE HASTA LOS 18- AÑOS O MÁS.

LAS MALFORMACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR SON CONSTANTES IRRITACIONES ALREDEDOR DE LAS UÑAS, DEDOS EN FORMA DE BOLA Y EN CASOS SEVEROS, SE APRECIA UN DESGASTE DE LOS BORDES INCISALES QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LOS INCISIVOS INFERIORES.

HABITOS DE POSICION

PUEDEN SER DE TIPO ESQUELÉTICO O DENTAL. SE APRECIA EN AQUÉLLOS NIÑOS QUE SE DUERMEN APOYANDO LA MEJILLA SOBRE UNA MANO, LO CUAL PROVOCA ALTERACIONES DE DIVERSA ÍNDOLE.

MORDEDORES DE OBJETOS

EN ESTE TIPO DE HÁBITO, SE AGRUPAN TODOS LOS NIÑOS QUE MUERDEN - DIFERENTES OBJETOS COMO EL CHUPÓN, TRAPO, PLUMAS, LÁPICES, ETC. SE CONSIDERA COMO LA PROLONGACIÓN DE UN HÁBITO DE LA INFANCIA. SE CREE QUE ES UN ESCAPE DE LA TENSIÓN EMOCIONAL Y SE PUEDE INTENSIFICAR DE ACUERDO AL TIPO DE OBJETO.

...

CONCLUSIONES

UNA VEZ REALIZADA LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL PRESENTE TRABAJO, SOBRE HÁBITOS BUCALES, ES EVIDENTE LA GRAN DIVERSIDAD DE CRITERIOS, CON RESPECTO A LA ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE ÉSTOS; POR LO CUAL HE LLEGADO A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- 1) ORIENTAR A LOS PADRES MENCIONÁNDOLES LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS BUCALES.
- 2) ANALIZAR LA ETIOLOGÍA DEL HÁBITO, YA QUE DE ESTO DEPENDERÁ EL TRATAMIENTO A SEGUIR.
- 3) NO REALIZAR TRATAMIENTOS SIN BASES REALES.
- 4) ESTABLECER RELACIONES CON PROFESIONALES DE OTRAS ÁREAS, - QUE NOS PUEDAN AYUDAR A RESOLVER LA ALTERACIÓN EXISTENTE.
- 5) RECORDAR QUE CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO DEBERÁ SER --
BAJO LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BAUM, LLOYD.
REHABILITACIÓN BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1977.
- 2.- THOMAS, K. BARBER- MAURY, MASSLER.
MANUAL DE ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA Y DE LABORATORIO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS.
1976.
- 3.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
ENERO, 1973.
- 4.- ALVIN, L. MORRIS
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.
EDITORIAL LABOR.
- 5.- Mc. DONAD E. RALPH.
ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
EDITORIAL MUNDI
1976.
- 6.- THOMPSON, M. LUIS DAVID, M. LAW.
SIMPOSIO SOBRE PAIDODONCIA
ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE NORTEAMÉRICA, SERIE X, VOL. 29.
1976.

- 7.- PLOTH M.
METODOLOGÍA DE LA PREPARACIÓN Y REDACCIÓN DE UN TRABAJO CIENTÍ-
FICO EN MEDICINA.
JORNADA MÉDICA. B.S.A.S. 239
1970.
- 8.- IRELAND R. L. Y KRAMER W.S. PAIDODONCIA
ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE NORTEAMÉRICA.
SERIE V. VOL. 15
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES
1973.
- 9.- FINN, SIDNEY B.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICIÓN.
1976.
- 10.- BRAUER, JOHN CHARLES: ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS.
EDITORIAL MUNDI 4A. EDICIÓN BUENOS AIRES ARGENTINA
1960.
- 11.- LEON TENENBAURN: ODONTOPEDIATRÍA - ORTODONCIA - TERAPÉUTICA.
VOL. 5 EDITORIAL MUNDI. JUNIO DE 1967.
- 12.- ASH. RAMFORD
OCLUSIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA. 2A. EDICIÓN.
1972.

- 13.- COHEN MICHAEL.
PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO
EDITORIAL PANAMERICANA
1979.
- 14.- C. PHILIP, ADAMS
DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE APARATOS ORTODONCICOS REMOVIBLES.
3ER. EDICIÓN.
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES
1975.
- 15.- SIM, M. JOSEPH
MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES
1976.
- 16.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA
PRINCIPIOS PARA GUIAR UNA DENTICIÓN EN DESARROLLO
EDITORIAL INTERAMERICANA, VOL. 4, 1978.
- 17.- HOTZ, P. RUDOLF
ODONTOPIEDIATRÍA ODONTOLÓGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
1977.