

870122

70
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela de Odontología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteraciones Clínicas Producidas por los Hábitos Orales en la Cavidad Bucal

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

Ana Cecilia Pérez Pedroza

Asesor de Tesis:

Dra. Luz María L. Barragán Flores

Guadalajara, Jalisco, Enero de 1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

ALTERACIONES CLINICAS PRODUCIDAS POR LOS HABITOS ORALES EN LA CAVIDAD BUCAL

INTRODUCCION

GENERALIDADES

CAPITULO I HABITOS MAS COMUNES QUE AFECTAN LA CAVIDAD ORAL.

A) HABITOS DE PRESION.....	8
1. Succión del pulgar.....	8
2. Succión del labio.....	9
3. Empuje lingual.....	9
4. Empuje del frenillo.....	10
B) HABITO DE RESPIRACION BUCAL.....	11
C) HABITOS MASTICATORIOS.....	11
1. Comer uñas.....	11
2. Morder labios.....	11
3. Masticación unilateral.....	12
4. Mascar goma o betel.....	12
5. Mordedura de objetos diversos.....	12
D) HABITOS MASOQUISTAS.....	13
E) BRUXISMO.....	13
F) HABITOS OCUPACIONALES.....	15
G) HABITO DEL CEPILLADO INCORRECTO.....	15

H) OTROS HABITOS

1. Masticación de tabaco.....	16
2. Fumar pipa.....	16
3. Tabaquismo.....	16
4. Destapar refrescos.....	17

CAPITULO II ETIOLOGIA DE LOS HABITOS ORALES

A) ETIOLOGIA DEL BRUXISMO.....	18
B) ETIOLOGIA DE LA RESPIRACION BUCAL.....	21
C) ETIOLOGIA DE LOS HABITOS MASOQUISTAS.....	21
D) ETIOLOGIA DEL HABITO DE EMPUJE LINGUAL.....	22
E) ETIOLOGIA DEL HABITO DE EMPUJE DE FRENILLO.....	22
F) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MORDERSE LAS UNAS.....	23
G) ETIOLOGIA DEL HABITO DE CHUPARSE EL DEDO Y EL LABIO..	23
H) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MASTICACION UNILATERAL.....	25
I) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MASTICAR BETEL.....	26
J) ETIOLOGIA DE LOS HABITOS OCUPACIONALES.....	26
K) ETIOLOGIA DEL HABITO DE CEPILLADO INCORRECTO.....	27
L) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MASTICAR TABACO Y FUMAR PIPA Y TABACO.....	27

CAPITULO III ALTERACIONES CLINICAS A NIVEL ORAL

A) CLASE DE ALTERACIONES.....	29
1. Malposiciones.....	29
2. Alteraciones óseas.....	32
3. Alteraciones periodontales.....	33

4. Alteraciones musculares.....	33
5. Alteraciones pulpares.....	33
6. Alteraciones dentales.....	34
B) ALTERACIONES SEGUN EL HABITO.....	36
1. Hábitos de presión.....	36
2. Hábito de respiración bucal.....	40
3. Hábitos masticatorios.....	42
4. Hábitos masoquistas.....	43
5. Bruxismo.....	44
6. Hábitos ocupacionales.....	50
7. Hábitos de cepillado incorrecto.....	51
8. Otros hábitos.....	52
CASUISTICA.....	55
CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	69

"DEDICATORIAS"

A DIOS NUESTRO SENOR

Por ayudarme a pasar por los caminos más difíciles - de mi vida de estudiante y darme la fe suficiente para dedicar mi vida a ayudar a la humanidad.

A LA U. A. G.

Por todos los momentos felices que pasé dentro de sus aulas.

A MI PADRE JOSE PEREZ OROZCO

Porque con su ejemplo me enseñó que el triunfo es - para quienes luchan y perseveran en la vida para alcanzar - un ideal y que hay que luchar con todo y contra todo para - lograrlo.

A tñ Padre;

Gracias.

A MI MADRE

Que con su soledad y lagrimas cuidó siempre de nosotros para que llegáramos a tener un lugar especial ante - Dios.

Gracias Mamacita.

A MIS HERMANOS

Lilia, Pepe, Mauricio, Alvaro, Ale y Lulú a quienes quiero tanto.

Un recuerdo.

De una manera especial para mi esposo, César como testimonio de eterna gratitud por su infinita ternura, adhesión constante, entrañable bondad y amor sin límites ni reservas en los duros momentos, gracias a ti superados.

A ti mi compañero; un beso.

A MI HIJO

César Armando y a los que estén por venir, dedico esta tesis como testimonio del amor que les tengo y de la fuerza que me transmiten.

A mi querida amiga Anita, que con su gran corazón -
lleno de bondad y comprensión me acompañó en los más duros-
momentos de mi carrera.

A ti hermana;

Gracias.

Para mis tíos Ma. Elena y Salvador, amigos del alma
que han sabido llenar horas de profundo vacío con esa gran-
deza de alma que es atributo exclusivo de los corazones no-
bles y generosos.

Que Dios los bendiga.

A DÑA. OLY

Un agradecimiento especial por su gran ayuda en mi-
vida profesional.

A DÑA. DELFINA

Para que Dios la guarde en el cielo por su gran bon-
dad para conmigo.

Descanse en paz.

INTRODUCCION

La presente tesis es una elaboraci3n basada en la investigaci3n bibliogr3fica de temas odontol3gicos, para tener bases concretas de los trastornos causados por los h3bitos orales en la cavidad bucal.

Para hacer m3s demostrativa mi tesis, adem3s de la investigaci3n bibliogr3fica, realic3 un estudio basado en los h3bitos orales que tiene como finalidad dar a conocer cifras concretas de los tipos de h3bito que m3s se -- presentan, la etiolog3a que los causa y los trastornos -- que m3s se presentan en nuestra ciudad de Guadalajara, Jal. espec3ficamente en el Sector Reforma y en un nivel socioecon3mico bajo y medio-bajo.

Es importante dar a conocer que los datos obtenidos se tomaron de encuestas realizadas a alumnos de escuelas federales y estatales anexando m3s adelante dicha encuesta.

Los objetivos de mi tesis son los de los h3bitos orales en general y espec3ficamente, los h3bitos m3s comunes que afectan la cavidad oral, la etiolog3a de los h3bitos y por 3ltimo las alteraciones cl3nicas que producen estos mismos oralmente.

Todo ello, para que el lector obtenga los conocimientos necesarios y que este trabajo le ayude a comprender la problemática que existe en nuestro medio acerca de dicha afección psicológica y física.

Para terminar deseo aclarar que los datos concernientes a la etiología de los hábitos que encontré en los niños encuestados, la obtuve con las preguntas y exploración hecha en los mismos, además de mi criterio para describirla.

Agradeciendo la voluntad y la atención prestada a esta tesis.

Atentamente;

Ana Cecilia Pérez Pedroza.

GENERALIDADES

Es importante conocer en forma general, lo que para muchos médicos y dentistas en ocasiones toman como algo sin importancia y pasajero; los hábitos. Dentro de la historia se han conocido que en ocasiones toman como costumbres cosas que para otros es diferente, se ha dicho -- que los hábitos son única y exclusivamente adquisiciones-conscientes de la persona, pero otros investigadores han encontrado que son reflejos involuntarios de etiología relacionada con afecciones psicológicas, para ello este trabajo busca adentrarse más en lo que respecta al tema.

Empezaremos por definir lo que es un hábito.

La enciclopedia Quillet redacta que el hábito es la costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie.

La enciclopedia Salvat lo redacta como la actitud adquirida para realizar ciertos actos.

Según Williams James, un hábito se puede definir desde el punto de vista psicológico como un nuevo camino de descargas formado en el cerebro mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Así podemos encontrar muchísimas definiciones de lo que es un hábito y tal vez ninguna de ellas sería completa.

Abraham Lincoln dijo: "El hombre debe ser esclavo de los buenos hábitos".

Desde el punto de vista odontológico, existen autores como el Dr. T.M. Graber, Finn, Ramfjord, Ross, etc. y muchos otros que hablan acerca de los hábitos.

En odontología los hábitos se dividen en:

- a) Dañinos
- b) Útiles.

Los dañinos son todos aquellos que ejercen presiones perversas contra los dientes y las arcadas dentarias y los útiles son los de las funciones normales, como las posiciones de la lengua, respiración y deglución adecuada y uso normal de los labios al hablar.

Por lo tanto, los dentistas consideran a los hábitos dañinos como presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse francamente anormales si continúan por -- largo tiempo.

(I - pág. 326)

El interés por los hábitos orales no es sólo del - dentista en general, sino también del médico, psicólogo, - padres del niño y del paciente básicamente y es de suma importancia para el odontólogo el poder formular un buen diag - nóstico sobre los cambios en las estructuras bucales que - parecen resultar de los hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras pro - fesiones que estudian el mismo problema.

CAPITULO 1

"HABITOS MAS COMUNES QUE AFECTAN LA CAVIDAD BUCAL

El objetivo de este capítulo es el de dar a conocer a ustedes los hábitos más comunes que existen en la cavidad bucal con el fin de saber cuáles son y a qué se refiere cada uno.

Los hábitos se pueden dividir según lo arraigado que estén en:

1. Hábitos Bucales Compulsivos.- Un hábito bucal se considera como compulsivo cuando ha adquirido una fija ción en la persona, al grado de que ésta acude a la práctica del hábito cada vez que siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. La persona tiende a sufrir más ansiedad cuando trata de corrregir el hábito, por lo que los 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, éste se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

(I-pág.327)

2. Hábitos bucales no compulsivos.- Las personas, especialmente los niños, experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desatar 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 ciertos casos de amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El modelado sutil y no sutil de la personalidad del niño, continúa en la madurez al verse sometido a las presiones externas por parte de sus padres, compañeros y amigos.

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 reacciones anormales en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un acto personal antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más aceptable a un mayor nivel de madurez y responsabilidad.

[I-pág.328]

Los hábitos más comunes que afectan la cavidad bucal son:

A) HABITOS DE PRESION

1. Succión del pulgar. - El recién nacido, tiene una capacidad bien definida para mamar y es su intercambio más importante con el mundo exterior.

Por medio del acto de chupar satisface no sólo sus necesidades nutricionales sino también las emocionales como son el sentir el calor de la madre en el momento de la alimentación y sus mimos los cuales le dan una sensación de euforia, por lo que el hombre no inventa todavía un aparato como la mamila o el chupón capaz de sustituir el amor y afecto que el niño siente en el momento de mamar del pecho materno.

Dado que el niño busca la euforia del acto de mamar, cuando no la adquiere por el hecho de alimentarse a

base de biberones de diseño inadecuado como los biberones ordinarios, entonces buscará mamar el dedo entre comidas para aminorar su deseo de euforia.

(I-332, XI-284)

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre y satisface la necesidad de tener algo en la boca y agarrarse de algo lo cual se considera como los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre, por lo que es un hábito normal durante los dos primeros años de vida, pero si persiste se vuelve dañino.

(XI-385)

2. *Succión o mordida de labio.*- Dentro de los hábitos de succión no sólo se emplea el pulgar y otros dedos en posiciones corrientes o no corrientes, sino que -- también se emplean otros tejidos como los labios para sustituir los labios en su ansiedad por alcanzar el placer -- que esto le produce.

[I-pág. 332]

También se sabe que estos hábitos se asocian con el de chuparse el dedo, por la deformidad que produce el chuparse el dedo en el labio inferior.

(XI-pág. 299)

3. *Succión o empuje lingual.*- Supone la presión persistente y forzada de la lengua contra los dientes en-

la región anterior. Este tipo de hábito puede venir como consecuencia del empuje labial por el espacio que se va produciendo entre los dientes anteriores superiores y anteriores inferiores el cual se encuentra aumentado y también se ha comprobado que el proyectar la lengua hacia adelante es debido a la retención del mecanismo infantil de mamar.

(VI-pág.344)

Los hábitos labiales también pueden producirse -- por transferencia de un hábito de dedo anterior o como -- instinto de chupar. También pueden presentarse después de fiebres muy altas o durante el invierno cuando los labios se parten por el frío y el hábito puede persistir -- aún después de que se curen los labios.

(II-pág.29)

A los pacientes que padecen del hábito de empuje lingual se les puede dividir en dos:

- a) Los que el empuje lingual es parte de un síndrome que incluye hipersensibilidad del paladar y macroglasia.
- b) Los que el empuje lingual es un hábito adquirido en la niñez o en la edad adulta.

(VI-pág.345-346)

4. Empuje del frenillo.- A este se le considera -- como un hábito observado raras veces en comparación con -- los anteriores y puede producirse como un juego ocioso -- cuando el niño introduce el frenillo entre los dientes in

cisivos superiores cuando éstos se encuentran un poco separados y después se convierte en un simple juego y después en un hábito.

(I. pág. 333-334)

B) RESPIRACION BUCAL

Otro de los hábitos que existen comunmente, especialmente en niños y adolescentes y que es muy dañino es el de la respiración bucal en lugar de hacerse por medio de la nariz que es lo normal y se puede deber a varias causas:

(VI-pág. 347)

A los niños que durante largos períodos mantienen sus labios separados excepto para tragar se les denominan "respiraciones bucales" excepto cuando la causa es un período de catarro nasal común.

(I-pág. 264-265)

C) HABITOS MASTICATORIOS

1.- Comerse las uñas.- Este es uno de los hábitos más comunes al igual que el de succión del pulgar. Se sabe que se desarrolla después de la edad de la succión del pulgar o sea que se le considera como un hábito secundario.

(I-pág. 334)

2. Morderse los labios.- Como dijimos anteriormente, tanto el morderse los labios como el empuje lin-

igual pueden venir por un deseo insatisfecho durante el período de amamantamiento o por el resecamiento de los labios en invierno o por el frío, aunque al curarse los labios, el hábito persiste.

(I- pág. 332)

3. *Masticación unilateral.*- Generalmente, es un hábito en el cual la persona tiende a masticar de un sólo lado, debido a que masticando de los dos lados puede ser que le cause dolor o que tenga una prótesis o amalgama mal adaptada la cual le impida masticar correctamente, lo cual le perjudica tremendamente pues le puede causar innumerables trastornos a nivel de la articulación temporomandibular.

A éste se le considera un hábito de adaptación por cualquier tipo de interferencias oclusales.

(VII- pág. 79)

4. *Mascado de goma o Betel.*- Este hábito se relaciona con la tradición de algún tipo de grupo étnico, especialmente a los que habitan en los trópicos, los cuales acostumbra masticar el betel el cual les trae muchos problemas periodontales, al igual que fumar cigarro o pipa.- Este es un hábito de tipo social.

(VI- pág. 347)

5. *Mordedura de objetos diversos.*- Entre las personas de nuestra comunidad, especialmente entre las clases bajas, se acostumbra mucho el destapar refrescos con los dientes lo cual les puede causar muchos problemas, --

desde una fractura hasta un trauma por oclusión, además - también los estudiantes y secretarias y pacientes en general acostumbran introducir objetos como lápices y plumas a la boca y mantenerlos ahí durante períodos pronunciados de tiempo causándoles también muchos problemas, desde desgaste de los dientes que los sostienen hasta problemas de la articulación temporomandibular.

(VI-pág. 78)

D) HABITOS MASOQUISTAS

Se les llaman hábitos masoquistas, a los hábitos de maguyarse o lastimarse diversas partes de la cavidad oral o de otras partes del cuerpo, lo cual produce placer al paciente que los practica.

Estos son los hábitos más raros que se ven, a uno de los niños analizados por el Dr. Finn utilizaba las uñas para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior.

(I-pág.334)

E) HABITOS DEL BRUXISMO:

Se define como bruxismo al desgaste o fresado de los -- dientes al entrar en contacto unos con otros y por lo general se produce durante la noche, pero puede producirse también durante el día.

(VIII-pág.328)

Este tipo de apretamiento de los dientes es agresivo y repetido y muy continuo.

(VI-pág.346)

Se les llama bruxistas a las personas que desgastan los dientes al entrar en contacto unos con otros.

(XI-pág.308)

El bruxismo, el apretamiento de los dientes y el golpeteo son diferentes hábitos oclúales que deberán ser considerados juntos, por su etiología que es la misma y producen síntomas comparados.

(VI-pág. 346)

Por lo general, el paciente bruxista no está consciente del hábito, pero se queja de dolor o sensación de cansancio de los maxilares o músculos, en particular al levantarse por la mañana, el cual irradia a la cabeza y cuello, una sensación de ardor en los músculos o dolor de cabeza.

(VI-pág. 347)

El término bruxismo deriva del francés "La Bruxomanie", - sugerido en 1907 por Marie y Piethiewicz. Frohman fue probablemente el primero que usó realmente la palabra bruxismo en 1931, aunque Kara Loy no empleó el término bruxismo, introdujo la mayoría de los actuales conceptos sobre este padecimiento en 1901.

(VII-pág. 107)

Se ha señalado ya que el apretamiento de los maxilares puede ser una manifestación normal del aumento gene-

ral del tono muscular en la tensión emocional y psicológica o parte de una acción refleja fijadora asociada con esfuerzo o urgencia.

A veces resulta imposible marcar una separación definida entre el apretamiento de los dientes normal y patológico.

(VII-pág. 112)

Este hábito es generalmente nocturno producido durante el sueño aunque puede producirse también durante el día.

(I-pág. 337)

F) HÁBITOS OCUPACIONALES

Una de las causas más comunes de que se produzcan los hábitos se refiere a la ocupación de la persona tales son: el morder hilos por las costureras y amas de casa, el sostener clavos propio de los carpinteros y tapiceros y el mantener vidrio entre los dientes por los sopladores de vidrio, así como morder lápices o plumas por secretarías, estudiantes y hasta hombres de negocios que se mantienen generalmente tras es escritorio.

(VI-pág. 347-348)

G) HÁBITO DE CEPILLADO INCORRECTO

Así como es un buen hábito el uso de la seda dental y-

un buen cepillado de los dientes, usando las técnicas más adecuadas, lo es el mal uso de la seda dental y el mal cepillado de los dientes, pues puede causar innumerables -- trastornos tales como trastornos de desgaste cervical y gingival, por el mal uso del cepillo dental usándolo en forma horizontal o vertical y maguyaduras de las papilas interdentarias con la mala introducción interdental de la seda dental.

(VI-pág. 347-348)

H) OTROS HABITOS

Otros hábitos no mencionados anteriormente pueden ser:

1. Masticar tabaco.- Este es un hábito de tipo social, que produce muchos trastornos a nivel gingival, incluso a nivel lingual pues las papilas gustativas se inflaman y el sabor de los alimentos no es el mismo que en una persona normal.

(VI-pág. 347).

2. Fumar pipa.- El fumar pipa, al igual que fumar cigarrillos es muy dañino y causa, además de los trastornos del cigarrillo, trastornos en la lengua y labios como quemaduras y gingivitis.

(VI-pág. 348)

3. Tabaquismo.- Es uno de los hábitos más comunes en nuestros tiempos y es muy nocivo para la cavidad bucal pues a largo plazo produce trastornos como el cáncer que es el más común y destructivo hasta una sencilla gingivi-

tis crónica y además también afecta el tracto digestivo y pulmones.

(VI-pág.348).

4. Destapar refrescos.- Este hábito ya mencionado anteriormente, es muy común entre la gente de clase baja y muy nocivo, pues puede producir desde fracturas de los - - dientes hasta erosión de los mismos.

(VIII-pág.141)

CAPITULO II

"ETIOLOGIA DE LOS HABITOS ORALES"

La etiología de los hábitos orales puede ser tan variada como los mismos hábitos, pero en general se ha llegado a la conclusión de que la mayoría de estos hábitos -- son de etiología emocional.

A) ETIOLOGIA DEL BRUXISMO

La boca desempeña un papel importante en el lenguaje y en la expresión de las emociones, así como en las relaciones sensoriales y sexuales y en el uso de los dientes como herramientas o instrumentos. En consecuencia, los trastornos emocionales o de la oclusión en un individuo, pueden producir tensión, bruxismo y el deseo de apretar los dientes.

(IX-pág.137)

El bruxismo, por ejemplo, se sabe que es causado por desórdenes espásicos de naturaleza local o general.

Se ha visto que la suspensión de las interferen--

cias oclusales, sirve para disminuir tanto la frecuencia como la intensidad del apretamiento espásico del rechinar y ayuda en el control de los movimientos espásicos del maxilar.

(VII-pág.113)

La tendencia a rechinar los dientes se ha visto asociada con agustia o agresividad, tanto en el hombre como en los animales.

Este rechinamiento de los dientes fue asociado -- con tensión o circunstancias adversas desde los primeros relatos históricos lo cual indica que fue reconocido desde hace cientos de años.

(VII-pág.107)

Por lo dicho anteriormente concluimos que el bruxismo en general es causado por dos factores en general - que están en combinación como son las interferencias oclusales junto con la tensión psicológica.

Por lo tanto, los pacientes nerviosos son más propensos al desgaste, rechinamiento y fractura de los dientes con los movimientos del bruxismo.

(IX-pág.137)

La acriditina es un síndrome que se caracteriza por:

a) Alteraciones profundas de la temperatura.

- b) Lesiones cutáneas.
- c) Síntomas neurológicos.
- d) Taquicardia.
- e) Estomatitis.

El magnesio es el factor etiológico de esta afección, la piel es menos fina, tumefacta y se descama. Las manifestaciones orales son: estomatitis y las alteraciones del sistema nervioso, causan un estado de hipercinestesia por lo que tienen bruxismo excesivo lo cual altera la cal da de los temporales.

(X-pág.18-20)

Otra de las enfermedades generales donde se ha en contrado el bruxismo es en la "corea", epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales causados por parásitos.

(I-pág.357).

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda, pero también sabemos que existe un componente psicógeno cinestésico y neuromuscular o ambiental: la tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar y bruxismo, por lo tanto los individuos nerviosos son más propensos al desgaste, rechina miento y fractura de los dientes por los movimientos del bruxismo.

Generalmente el bruxismo nocturno, no puede ser du
plicado durante las horas de vigilia.

Es posible que exista maloclusión o mal funciona
miento de la oclusión en la mayor parte de los casos como
"eslabón débil" que deberá ser explotado por las exigen-
cias psicogéneas.

Generalmente existe una sobremordida más profunda
que lo normal, una restauración alta, una unidad dental -
mal puesta, etc.

El proceso se convierte en un círculo vicioso al-
agravarse algunas de las características oclusales bajo:-
los ataques traumáticos del bruxismo y el rechinar.
Es necesario hacer muchas investigaciones sobre la natura
leza exacta del fenómeno.

(XI-pág. 308)

B) ETIOLOGIA DE LA RESPIRACION BUCAL

Otro de los hábitos, es el de respiración bucal, este -
hábito puede ser producido por diferentes causas como son:
Cuando el tejido edenoidal o faringeo es fisiológicamente
hiperplásico durante la infancia, no es raro que los ni-
ños de corta edad respiren por la boca.

Las causas pueden dividirse en tres:

1. Por obstrucción.

2. Por hábito.
3. Por anatomía.

Por obstrucción es cuando el niño presenta resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal y el niño a su vez se ve forzado a respirar por la boca en vez de por la nariz.

El niño que respira continuamente por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar completamente la boca sin tener que realizar tremendos esfuerzos y también puede ser que no pueda cerrar la boca por la excesiva protuberancia de las piezas anteriores superiores.

La tercera, o sea por hábito, es cuando el niño -- mantiene su boca abierta por observar atentamente algo y -- se le vuelve costumbre.

(I-pág. 264).

El hábito de respiración bucal también se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal.

(XI-pág. 449)

C) ETIOLOGIA DE LOS HABITOS MASOQUISTAS

Dentro de los hábitos masoquistas, como rasgarse el tejido gingival con una uña, no se sabe con exactitud la e-

tiología, pero se piensa que es de tipo emocional, para tratar de llamar la atención de las personas que rodean al paciente.

(I-pág. 333)

D) ETIOLOGIA DEL HABITO DE EMPUJE LINGUAL

Los hábitos de empuje lingual, suelen establecerse durante la infancia y algunos suponen que se originan de la alimentación con biberón con un pezón de diseño inadecuado. Asimismo, se ha considerado las enfermedades nasofaríngeas y alérgicas como posibles causas del empuje lingual.

(VI-pág. 345)

En niños que presentan mordida abierta e incisivos superiores en protrucción, se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

(XI-pág. 299)

E) ETIOLOGIA DEL HABITO DE EMPUJE DE FRENILLO

El empuje del frenillo es un hábito muy común en personas con frenillos hipertróficos.

Este hábito también se presenta en un principio como un juego ocioso, el cual después se transforma en un hábito el cual desaparece al tiempo y es muy nocivo, pues desplaza las piezas al igual que cuando hay frenillo anormal.

(I-pág. 333-334)

F) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MORDERSE LAS UNAS

El morderse las uñas, se ha constituido como un hábito secundario, pues éste se presenta generalmente después de la etapa de succión del pulgar.

Este hábito es muy común en personas demasiado nerviosas que lo usan como escape a sus tensiones diarias.

(I-pág.334)

G) ETIOLOGIA DEL HABITO DE CHUPARSE LOS DEDOS Y LOS LABIOS

Los hábitos de chuparse el dedo y morderse los labios o chuparlos, puede atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil, pero en muchos casos, el hábito de chuparse el labio es una manera compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más difícil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba.

(XI-pág.655)

El hábito de chuparse el dedo, que es el más común de todos, se presenta desde los primeros días de vida.

El recién nacido, posee un mecanismo bien desarro

llado para chupar y esto constituye el intercambio más importante con el mundo exterior, de él obtiene no sólo nutrición sino las sensaciones de euforia tan indispensables en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como el sentido de la seguridad por asociación y el sentirse necesitado.

Los pediatras y 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.

Un estudio realizado por computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, apoya las observaciones de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen hábitos musculares peribucales normales y conservan menos mecanismos infantiles.

En un estudio que comparó la lactancia en taza, biberón y pecho materno, se observó un reflejo natural de

mamar más fuerte en los niños alimentados en forma natural.

El hábito de chupar el dedo, es normal durante el primer año de vida y este debe de desaparecer hacia el segundo año de vida.

El chuparse el dedo le da satisfacción al niño y alivia las frustraciones de hambre u otro malestar.

(VI-pág.385-387)

El pulgar mantenido en la boca, se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tíbio, satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse de algo y algunas consideran esto como los primeros síntomas de desarrollo de la independencia o separación de la madre por parte del niño.

(I-pág.327)

H) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MASTICACION UNILATERAL:

El hábito de la masticación unilateral, es frecuente como resultado de la adaptación e interferencias oclusales. Dichos patrones se han observado comunmente en personas con dieta a base de alimentos blandos no abrasivos cuyo patrón normal de oclusión se ha visto trastornado por irregularidades o padecimientos dentales o del periodonto.

En personas con interferencias oclusales, la acción inicial muscular asinrónica, puede indicar acción

refleja inhibida por la excitación desorganizada y asincrónica de los receptores de la membrana periodontal y posteriormente los centros nerviosos pueden lograr establecer un patrón de compromiso para los movimientos de la masticación, el cual infringirá el mínimo de irritación a los tejidos afectados.

(VII-pág. 79)

I) ETIOLOGIA DEL HABITO DE MASTICAR BETEL

El hábito de masticar Betel, es un hábito muy antiguo y de tipo completamente social.

Este hábito es muy común en los países asiáticos-tropicales y lo acostumbra como en nuestro medio se acostumbra el fumar o masticar chicle.

(VI-pág.347)

J) ETIOLOGIA DE LOS HABITOS OCUPACIONALES

La etiología de los hábitos ocupacionales, como su nombre lo indica, depende de la profesión u oficio de cada persona, como por ejemplo, las costureras, para hacer más rápido su trabajo, prefieren sostener los alfileres con la boca al igual que los carpinteros prefieren sostener los clavos con la boca para agilizar su trabajo.

En cambio, por ejemplo el sostener el lápiz o la pluma con la boca por las secretarias y hombres de nego -

cios es sólo un hábito ocioso.

(I-pág.335).

Entre estos hábitos, también se encuentran el de abrir pasadores por las peñadoras y sostener anteojos -- con los dientes por las personas que los usan etc.

(VII-pág.139)

K) ETIOLOGIA DEL HABITO DE CEPILLADO INCORRECTO Y DEL MAL USO DE LA SEDA DENTAL.

El hábito del cepillado incorrecto se debe al enérgico cepillado de los dientes por parte del cepillo dental o a una mala técnica de cepillado a causa de la ignorancia del paciente y además el uso de dentríficos sumamente abrasivos los cuales en lugar de limpiar y blanquear los dientes, a la larga los abraciona.

Esto se debe principalmente a una falta de educación higiénica del paciente.

La seda dental también puede causar trastornos si no se usa correctamente y su mal uso se debe también a la falta de educación por parte del paciente para su uso.

(VI-págs. 332-334)

L) ETIOLOGIA DE LOS HABITOS DE MASCAR TABACO Y FUMAR TABACO Y PIPA.

El hábito de mascar tabaco era anteriormente y en la -

actualidad en las regiones tropicales, muy común y se decía que le daba vigor a la persona que lo consumía, es -- por lo tanto un hábito de tipo social y a veces necesario.

El hábito de fumar pipa y cigarrillos, es un hábito también de tipo social, que tiende a usarse por personas demasiado ansiosas para calmar los nervios.

Estos hábitos, vienen a veces como consecuencia de hábitos anteriores, como son el de chuparse el dedo y morderse las uñas.

(I-pág.335)

CAPITULO III

"ALTERACIONES CLINICAS A NIVEL ORAL"

A) CLASE DE ALTERACIONES

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular un diagnóstico sobre los cambios estructurales bucales que parecen resultar de los hábitos bucales, pero es de igual importancia escuchar opiniones de las personas de otras profesiones que estudian el mismo problema.

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales en los niños. Los dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que puede ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también los cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas en oclusiones que pueden moverse frecuentemente anormales si es que continúan estos hábitos a lo largo del tiempo.

Los trastornos más comunes causados por los hábitos bucales son:

1.- Malposiciones. - Se ha definido como malposiciones a cualquier desviación de la oclusión normal (tanto desde el punto de vista morfológico como funcional).

(VII-pág. 120)

En la dentición del adulto, la maloclusión se caracteriza por uno o más de los siguientes aspectos:

a) Malposición de uno o más dientes: rotación alrededor del eje longitudinal; desplazamiento horizontal - en cualquier dirección; desplazamiento en dirección vertical y desplazamiento axial.

b) Alteración de la forma o posición del arco dental: arcos estrechos o adelgazados: anchura excesiva del arco; asimetría; desplazamiento del arco en dirección anteroposterior o lateral.

c) Anomalías de la relación entre los arcos:

- Anomalia superoinferior.
- Disminuciones laterales.
- Anomalías anteroposteriores.

Las maloclusiones se clasifican según Angle en:

Clase I o neutroclusión.- Es cuando las relaciones anteroposteriores de los segmentos bucales son normales. - Las irregularidades aquí son en el segmento anterior.

(XIII-pág.126-127)

Clase I Tipo I.- Es la que presenta incisivos apiñados y rotados con falta de lugar para los caninos permanentes o premolares.

Clase I Tipo II.- Estos casos, presentan relaciones mandibulares adecuadas, los incisivos maxilares están inclinados en posición antiestética y con peligro de fractura.

Clase I Tipo III.- Es en la que se encuentran afectados uno o más incisivos maxilares trabados en sobremordida.

Clase I Tipo IV.- Mordida cruzada posterior.

Clase I Tipo V.- Esta se refiere a la etiología, - lo característico es cuando la emigración de las piezas - quitan el lugar a otras que lo necesitan.

(I-pág.297-299)

Clase II o Distoclusión.- Aquí, el primer molar in

ferior definitivo, cierra detrás de su posición normal y -
hay dos divisiones:

a) Clase II, división I.- Los dientes maxilares -
anteriores son prominentes y se inclinan labialmente con-
mordida abierta.

b) Clase II, división II.- Los dientes incisivos =
maxilares son verticales o están desviados lingualmente,
generalmente no sobresalen mucho y producen mordida profun-
da.

c) Clase III o mesioclusión.- Es cuando el primer-
molar mandibular definitivo ocluye por delante de su posi-
ción normal.

(XIII-pág.128)

2: Alteraciones óseas.- Los pacientes con incomodi-
dad y dolor de la articulación temporomandibular de origen
traumático, generalmente se debe a que rechinan los dien-
tes como el bruxismo.

(VII-pág.224)

Las exostosis de los maxilares, es una neoforma-
ción ósea que puede ser causada por el bruxismo , una vez
extirpada puede recidivar si el bruxismo persiste.

(VII-pág.224)

La exostosis o tori mandibulares se identifican - fácilmente en clínica como protuberancias óseas cubiertas por una mucosa lisa y uniforme localizadas en el lado labial o lingual de la mandíbula también se les puede localizar en el paladar y pueden deberse a una lesión traumática repetida.

(IX-pág.352).

El síndrome de dolor miofacial, o síndrome de Costen, se refiere a una serie de síntomas con zumbidos en los oídos, pérdida de la audición, glosodinia, vértigo y molestias de la articulación temporomandibular, el cual se relaciona con el bruxismo.

(IX-pág.234)

3. Alteraciones periodontales.- Los hábitos, son factores importantes en el comienzo y evolución de la enfermedad periodontal.

Los hábitos que afectan el periodonto son de tres tipos:

a) Neurosis.- Como el mordisqueo de labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula, mordisqueo del palillo dental y acunamiento entre los dientes, empuje lingual, el morderse las uñas, morder lápices y plumas y neurosis oclusales.

b) Hábitos ocupacionales.- Como sostener clavos - con la boca por los carpinteros, zapateros o tapiceros, - cortar hilos, por las costureras o la presión de una lengüeta al tocar determinados instrumentos musicales.

c) Varios.- Como fumar pipa o cigarrillos, mascar tabaco, métodos incorrectos de cepillado dental, respiración bucal y succión del pulgar.

(VI-pág. 332-334)

3.- Alteraciones musculares.- Los músculos, también pueden verse alterados a causa de los hábitos. La hipertrofia, o sea el aumento de tamaño de un órgano sin aumento en el número de componentes celulares, se da comúnmente en los músculos masticadores en pacientes con cierto hábito de apretar o rechinar los dientes.

(IX-pág.7)

El aumento de tono de los músculos, se manifiesta como una resistencia incontrolable a los intentos que efectúa el dentista para llevar, el maxilar del paciente hacia la relación céntrica, lo cual es muy común en pacientes - con bruxismo.

En ocasiones, los músculos masticadores son sensibles a la palpación en los pacientes con bruxismo.

(VII-pág.223)

4.- Alteraciones pulpares.- La hiperemia pulpar,-

que se considera como una congestión de la pulpa ante un daño externo, puede ser causada por varios tipos de hábitos, tales como el destapar refrescos que puede causar una fractura de los dientes y por consiguiente una hiperemia o necrosis pulpar.

(VIII-pág.99)

La necrosis pulpar o muerte de la pulpa sin infección, también puede ser causada por la acción repetitiva de ciertos hábitos como el de destapar refrescos o el del bruxismo cuando ya está muy avanzado.

(VIII-pág.109)

5. Alteraciones dentales.- Las alteraciones dentales más comunes que podemos encontrar causadas por los hábitos con la abrasión dental, o sea el desgaste de los dientes, la pigmentación de los dientes, como sucede en los fumadores de pipa o tabaco que se les pintan los dientes de amarillo por el humo del tabaco, la fractura de los dientes como en las personas que acostumbran destapar botellas con los dientes o sostener objetos demasiado pesados con ellos y la pérdida de la función de uno o varios dientes por las causas anteriormente mencionadas.

Todas estas alteraciones, las veremos más detalladamente según el hábito que las origina.

(IX-pág.326)

B) ALTERACIONES SEGUN EL HABITO

Los hábitos producen los siguientes trastornos en la cavidad oral:

1.- Hábitos de presión.

Succión del pulgar, la succión del pulgar puede causar trastornos como maloclusiones, especialmente de clase II.

(1-pág.327)

Generalmente, se concuerda en que si el hábito de succión del pulgar se abandona antes de la erupción de -- las piezas dentales permanentes superiores anteriores, -- los daños que causará, serán nulos, pero si persiste durante el período de dentición mixta, (6-12 años), puede producir consecuencias desfigurantes, las cuales dependerán de la duración, grado y fuerza de la succión.

El desplazamiento de las piezas o la inhibición de su erupción puede provenir de dos fuentes:

- a) De la posición del dedo en la boca.
- b) De la acción de palanca que ejerce el niño contra las piezas y el alveolo por la fuerza que genera si además de succionar, presiona contra las piezas.

El mal alineamiento de las piezas, generalmente -- produce una abertura labial pronunciada de las piezas ante

riones superiores, esto hace que aumente la sobremordida horizontal y se abra la mordida y según la acción de palanca producida, puede darse una inclinación lingual y un aplanamiento de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Algunos consideran que los segmentos posteriores-maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión y producir una mordida cruzada -- posterior bilateral.

(I-pág.326-327)

Además de lo dicho anteriormente, la succión del pulgar puede causar maloclusión de tipo I y II.

(I-pág.298)

Se considera el hábito de chuparse el dedo como normal durante los 2 a 3 años de vida y el daño a la oclusión se limita al segmento anterior y será temporal siempre y cuando el niño principie con oclusión normal.

Si el niño deja el hábito a los 3 años, el daño -- se compone, pero puede persistir la deformación aumentando la sobremordida horizontal la cual depende también de la intensidad y frecuencia del hábito.

(I pág.284-299)

Otro de los trastornos que causa la succión del -- pulgar, es a nivel muscular, pues el músculo mentalis, se-

puede contraer considerablemente lo que hace que se comprima hacia adentro el labio inferior al deglutir.

(I-pág.326)

Succión del labio.- Este tipo de hábitos, puede propiciar un desplazamiento anterior de los dientes y puede deformatar las arcadas produciendo un apiñamiento del sector inferior y los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva.

(I-pág.332-333)

Empuje lingual.- No ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

El empuje lingual, produce protrucción e inclinación labial de los incisivos superiores.

(I-pág.333).

El empuje lingual, produce separación e inclinación de los dientes anteriores, con oclusión abierta en el segmento anterior, posterior o zona premolar.

(VI-pág.345-346)

El empuje lingual, que supone la presión persistente de la lengua contra los dientes, en especial en la región anterior, ejerce una presión lateral excesiva que puede

de ser traumatizante para el periodonto y un factor importante en la movilidad dentaria.

[VI-334-336] -

Del empuje lingual, emergen numerosas secuelas secundarias. La inclinación alterada de los dientes anteriores superiores, genera un cambio en la dirección de las -- fuerzas funcionales, de manera que aumenta la presión lateral sobre las coronas. Esto agrava el desplazamiento vestibular y las fuerzas de rotación vestibulolinguales poco favorables. El antagonismo entre las fuerzas que lleva el diente hacia vestibular y la presión hacia adentro que ejercen los labios, puede conducir a la movilidad dentaria.

La inclinación alterada de los dientes asimismo, - puede interferir en la excursión de los alimentos y favorecer la acumulación de residuos de alimentos en el margen gingival. La pérdida de contacto permite la retención de alimentos.

El empuje lingual es un importante factor que contribuye a la migración patológica.

[VI-pág. 326].

Como el empuje lingual afecta sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado y de hecho puede ser fortalecido.

Al igual que la succión del pulgar, el empuje lingual, produce protrucción e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

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

(I-pág.333)

Empuje del frenillo.- Este hábito probablemente se inicie como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales, este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

(I-pág.334)

2.- Hábito de respiración bucal.

La respiración por la boca, produce alteraciones gingivales como son:

Eritema, edema, agrandamiento y brillo superficial difuso en las áreas expuestas de la encla.

En la respiración bucal, la encla se reseca al con tacto con el aire y el proceso constante de humedecerla y secarla irrita el periodonto.

(I-pág. 265).

Otros de los trastornos de la respiración bucal es la falta de estimulación de la musculatura de la len-gua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de cani-nós y primeros molares, por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando al maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

No se ha demostrado concluyentemente que la respi-ración bucal cause maloclusión; aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respi-ran por la boca.

Los mismos factores genéticos que producen maloclu-siones de segunda clase, también provocan respiración bucal.

(I-pág. 336-337)

Las personas que respiran por la boca, presentan un aspecto típico que a veces se describe como "Facies Ad-enoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto.

La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrucción labialmente y los labios permanecen abiertos con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

[I-pág. 336]

Es frecuente ver gingivitis asociada con la respiración bucal, las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento de la encla, etc.

La región anterior es la más afectada, en muchos casos, la encla alterada, se demarca nítidamente de la mucosa normal adyacente no expuesta.

[VI-pág. 347]

3. Hábitos masticatorios.

Comer uñas.- Este hábito se mencionó, pues encontramos literatura: como el libro de periodontología clínica de Glikmann en el que lo incluye como una de las causas de enfermedad periodontal, pero no se explica como actúa.

Este, según Finn, no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas y tensiones aplicadas al morder las uñas, son parecidas a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando per-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

manecían impurezas debajo de las uñas, se observó en cada atricción de las piezas anteriores inferiores.

(I-pág.334).

Hábito de morder labios, lengua y carrillos.- La mordida del labio, puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de ésta.

(II-pág.332-333)

Masticación unilateral.- En las personas con interferencias oclusales, la acción muscular asintrónica inicial, puede indicar acción refleja inhibida por la exitación desorganizada y asintrónica de los receptores de la membrana periodontal.

Posteriormente los centros nerviosos pueden lograr establecer un patrón "de compromiso" para los movimientos masticadores, el cual inflingirá el mínimo de irritación a los tejidos afectados.

Tales pacientes pueden mostrar entonces buena coordinación muscular y ausencia de trastornos musculares y de la articulación temporomaxilar, pero llegan a presentarse dichos trastornos cuando se hace el intento de masticar --

fuera de dicho patrón, principalmente a causa de las interferencias oclusales. Tales trastornos sin embargo, -- son por lo regular mínimos a menos que exista una grave interferencia en el lado de balanceo.

(VII-pág.79).

Mascar goma o betel.- Los fragmentos de betel, se colocan interproximalmente y causan gingivitis y bolsas periodontales con pérdida ósea.

(VI-pág. 347).

Mordedura de objetos diversos.- Generalmente nos encontramos con pacientes que no pueden estar sin un objeto en la boca como puede ser las plumas, lápices, pasadores, gomas, pies de anteojos, llaves, palillos, etc. Esto al igual que muchas otras cosas, producen a la larga abrasión de los incisivos superiores y piezas parcialmente privadas de esmalte por la parte labial.

También nos podemos encontrar con encías laceradas o heridas a causa de algún deslizamiento accidental del objeto de hábitos que la lastimó.

(I-pág. 335)

4. Hábitos masoquistas.

Ocasionalmente, se encontrará a algún niño o a adulto con hábitos masoquistas, producto de su excesiva -- tensión nerviosa, el hábito puede producir diversas alteraciones como el privamiento parcial o total de la enclia-

y exposición del hueso alveolar.

[I-pág.335].

5.- Brujismo.

El periodonto, suele responder favorablemente al aumento de función creada por el brujismo mediante el ensanchamiento de ligamento periodontal y de la mayor densidad del hueso.

(VI-pág.334-336).

La hipertrofia de los músculos masticatorios, el cual puede aumentar por la tensión emocional o nerviosismo, dolor o molestias y por las interferencias oclusales que los causan.

Este aumento de tono, se manifiesta como una resistencia controlable a los intentos que efectúa el dentista para llevar el maxilar del paciente hacia la relación céntrica.

Con frecuencia hay hipertrofia unilateral, especialmente de los maseteros, lo que se puede confundir con un tumor de la glándula parótida y también puede producir asimetría facial.

(VII-pág.223-224).

Los daños de importancia en los dientes causados por el brujismo, 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 intrínseca de la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto interproximales y ocasionar pulpitis, exposición o muerte de la pulpa. Otras posibles secuelas son los bordes del esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturadas e incluso extrangulación apical de la pulpa.

(VII-pág.115-116)

El bruxismo, también puede producir movilidad dental sin aparente enfermedad periodontal y dolor a la masticación y sonido sordo a la percusión.

(VII-pág.223)

El bruxismo produce alteraciones de la oclusión que son potencialmente lesivas para los tejidos periodontales, los músculos de la masticación y la articulación temporomandibular.

Se les conoce con el nombre de parafunción, que designa los contactos dentarios distintos de los de la masticación y deglución.

El bruxismo, produce atricción dentaria excesiva que se caracteriza por facetas en superficies dentarias que por lo general no son alcanzadas por los movimientos funcionales normales, ensanchamiento de las superficies --

oclusales, y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical.. El bruxismo no causa necesariamente destrucción alveolar.

El impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento, puede lesionar el periodonto al privarlo de periodos funcionales que necesita para la reparación normal. Al traumatizar el periodonto, los hábitos oclusales agravan la enfermedad periodontal existente y llevan a la movilidad dentaria.

La lesión periodontal, es más intensa alrededor de dientes o con contactos prematuros. Los hábitos de golpeteo, se concentran sobre un diente aislado o sectores del arco son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y apretamiento.

Los hábitos oclusales, también pueden originar alteraciones temporomandibulares secundarias a la hipertonicidad de los músculos masticatorios o la reducción de la dimensión vertical por la atrición excesiva no compensada por la erupción pasiva.

(VI-pág. 346-347)

La atrición incisal y oclusal es un fenómeno natural en los individuos de edad avanzada y a veces es muy intensa en pacientes con bruxismo o en masticadores de taba-

co, en los cuales se acumulan gran cantidad de residuos abrasivos.

Al paso de los años, es evidente cierto grado de -
desgaste de la superficie proximal, con aplanamiento de -
las superficies de contacto, hecho que demuestra la indi-
vidualidad del diente y sus movimientos durante la masti-
cación, y constituya también expresión del desplazamiento-
mesial o tendencia del diente a moverse hacia la línea me-
dia debido a la inclinación, morfología, disposición de -
las intercáspides y fuerzas resultantes de la masticación.

(VI-pág.346-347)

La boca desempeña un papel importante en la masti-
cación, lenguaje y en la expresión de las emociones, así-
como en las relaciones sexuales y en el uso de los dien-
tes como instrumentos o herramientas. En consecuencia, -
los trastornos emocionales o de la oclusión en un indivi-
+ duo pueden producir tensión, bruxismo y deseo de apretar-
los dientes, contribuyendo a veces al desarrollo del sín-
drome de disfunción dolorosa temporomandibular o al incre-
mento de la gravedad de la enfermedad periodontal preexis-
tente.

(IX-pág.137)

El trastorno dental más importante del bruxismo, -
son los patrones de desgaste oclusal o incisivo que no se
adaptan o no coinciden con los patrones de desgaste normal

masticatorio o de deglución.

Tales patrones, o facetas de desgaste se observan frecuentemente fuera del límite normal de la función, en la punta incisiva de un canino superior.

Estas facetas de desgaste son por lo general redondeadas y están colocadas sobre la superficie labial de las cúspides en vez de unirse con las facetas linguales de desgaste que se forman por la masticación. Se pueden observar también estas facetas sobre los incisivos y premolares superiores, así como sobre otros dientes.

Las facetas no funcionales de desgaste pueden encontrarse tan alejadas del límite funcional normal que resulta doloroso para el paciente poder colocar el maxilar en una posición donde hagan contacto las facetas de los dientes inferiores y superiores.

El mecanismo de desgaste excesivo asociado con el bruxismo se basa según Uhlig en el aflojamiento y el aplastamiento de los prismas del esmalte entre las superficies de contacto, lo cual proporciona las partículas desprendidas necesarias para el rápido desgaste del esmalte. el extenso desgaste oclusal o incisivo, en gente que se alimenta con una dieta bastante blanda, es ocasionado por el

bruxismo, especialmente cuando se observa en individuos jóvenes.

El bruxismo combinado con regurgitación nerviosa del contenido ácido del estómago puede dar lugar a erosión del esmalte y desgaste lingual incisivo sumamente rápido.

El astillamiento o fractura de los dientes es otro de los trastornos del bruxismo, Las fracturas pueden presentarse en los dientes intactos, pero ocurren generalmente en asociación con desgaste oclusal de la fosa central de restauraciones blandas, dejando puntas cuspldeas duras en la interferencia oclusal.

El aumento de la movilidad de los dientes se encuentra frecuentemente asociado con el bruxismo y resulta de especial importancia cuando se presenta en dientes con muy pocos síntomas de enfermedad periodontal o en ausencia del mismo.

Con frecuencia existe hipertrofia de los músculos masticatorios, especialmente de los maseteros que se puede confundir en ocasiones con un tumor de la glándula parótida. Esta hipertrofia puede influenciar en el desarrollo del maxilar inferior durante el crecimiento y dar lu-

gar a marcada asimetría facial.

En ocasiones, los músculos masticadores son sensibles a la palpación en los pacientes con bruxismo. Los puntos sensibles son más comunes a lo largo del borde anterior e inferior del masetero y el pterigoideo interno, pero puede también encontrarse en la región temporal.

La exostosis de los maxilares pueden ser ocasionadas por el bruxismo. Estas neoformaciones óseas, tienden a recidivar si el bruxismo continua después de la extirpación.

(VII-pág.218,224)

6. Hábitos ocupacionales.

Los hábitos ocupacionales producen especialmente atricción de los dientes, como en los carpinteros que sostienen los clavos con los dientes o modistas que introducen alfileres entre los dientes los cuales desarrollan surcos incisales. Asimismo los pasadores abiertos con la boca, pueden producir desgaste excesivo al igual que el paciente que introduce otro tipo de instrumentos abrasivos en su boca.

(IX-pág.133-134)

Un hábito común en las mujeres es la apertura de pasadores del pelo con los dientes, en jóvenes que practicaban este hábito, se encontró incisivos aserrados y pie-

zas paricalmente privadas de esmalte labial.

(I-pág.335)

7. Hábitos de cepillado incorrecto.

Como consecuencia del enérgico cepillado horizontal o rotatorio aparecen en la encla alteraciones y abrasiones en los dientes. El efecto deletéreo del cepillado abusivo se acentúa cuando se usan dentríficos excesivamente abrasivos.

Los cambios gingivales atribuibles al traumatismo del cepillado pueden ser agudos o crónicos. Los cambios-agudos, son de aspecto y duración variables, e incluyen adelgazamiento de la superficie epitelial y denudación -- del tejido conectivo subyacente, para formar una hinchazón gingival dolorosa. Se producen lesiones puntiformes-- por penetración de las cerdas perpendiculares en la encla. También se ven formación de vesículas dolorosas en las áreas traumatizadas, eritema difuso y denudación de la encla insertada en toda la boca es la secuela más destacada-- del cepillado exagerado. Los cambios gingivales que nombramos, son comunes cuando el paciente cambia de cepillo. Una cerda de cepillo introducida forzosamente y que queda retenida en la encla es una causa común de absceso gingival agudo.

El traumatismo crónico del cepillado tiene por --

consecuencia recesión gingival con denudación de la superficie radicular. Es frecuente que el margen gingival se agrande y se presente apilado como si estuviera moldeado con los golpes del cepillo. Puede haber surcos lineales que se extienden desde el margen hasta la encla insertada. La encla de tales zonas es rosada y firme.

El uso incorrecto del hilo dental, palillos o estimuladores dentales de madera, pueden generar inflamación gingival. La creación de espacios gingivales por destrucción de la encla causa del cepillado exagerado favorece la acumulación de residuos y alteraciones inflamatorias.

(VI-pág. 347-348)

8.- Otros hábitos.

Fumar tabaco.- Por lo común, el fumar no produce cambios notables en la encla. El calor y los productos de combustión acumulados, son irritantes locales particularmente indeseables en períodos posteriores al tratamiento.

En los fumadores, puede haber los siguientes cambios bucales:

1. Depósitos parduscos y cambio de color de las estructuras dentales.
2. Coloración grisácea difusa y leucoplasia gingival.
3. Paladar de fumador; que se caracteriza por glándulas -

mucosas prominentes con inflamación de los orificios y eritema difuso o superficie arrugada guijarrosa.

En el fumador se registró una mayor frecuencia de gingivitis crónica y gingivitis ulceronecrotizante aguda, - al igual que una mayor frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal: además, la acumulación de placa, aumenta en los fumadores con mayor cantidad de cálculos en fumadores de pipa que de cigarrillos.

(VI-pág.347)

Masticación de tabaco.- Existe un tipo significativo de gingivitis en las personas que mastican tabaco llamado gingivitis tóxica, la cual se caracteriza por destrucción de la encla y hueso alveolar subyacente.

(VI-pág.347).

Fumar pipa.- El mantenimiento de la pipa en un lugar fijo, puede en primer lugar, desgastar el diente y formar un espacio elíptico entre los dientes y alteraciones traumáticas de los tejidos periodontales de soporte.

(VI-pág. 348)

Existe una mayor cantidad de cálculos en los fumadores de pipa que en los fumadores de cigarrillos.

(VI-pág.347)

Destapar refrescos.- Nos hemos encontrado con personas que tienen el hábito de destapar refrescos con los dientes lo cual les trajo como consecuencia, fracturas de-

Los dientes o abrasión exagerada de éstos.

(V- pág. 126)

CASUÍSTICA

La casuística que a continuación se presenta, fue realizada con la finalidad de obtener por un medio objetivo y demostrativo la influencia de los hábitos orales en las alteraciones bucales que se presentan al Cirujano Dentista.

Para la obtención de una estadística clínica y sus resultados, se utilizó lo siguiente:

METODOLOGIA PARA LA CASUÍSTICA

a) Cuestionario elaborado a mi juicio y criterio tomando como base los conocimientos que anteriormente fueron expuestos.

Este cuestionario se realizó tratando de analizar a infantes de primaria y sus preguntas son expuestas al nivel de su edad, se tuvo que usar el juicio del clínico para obtener las respuestas, por medio de preguntas encaminadas a obtener la respuesta necesaria que no se in

cluyen en el cuestionario por razones obvias.

- b) Se utilizó como medio de exploración física, oral y general la palpación e inspección visual.
- c) Para analizar las estructuras orales se contó con el siguiente instrumental:
 1. Espejo dental.
 2. Explorador dental.
 3. Pinzas de curación.

Al término del cuestionario se expuso la etiología que a grandes rasgos fue la del niño encuestado, esto se tuvo que realizar al criterio del clínico dependiendo de lo escuchado y tomando en cuenta los conocimientos adquiridos en esta tesis.

CUESTIONARIO EVALUATIVO

Edad _____ Sexo _____ Año escolar _____

¿Eres nervioso? _____ ¿Desesperado? _____ ¿Ansioso? _____

¿Eres enojón? _____

¿Tienes a menudo miedo a las cosas que no conoces? _____

¿Le tienes miedo a la oscuridad? _____ ¿Tienes amigos? _____

¿Cuántos hermanos tienes? _____

¿Eres el más grande? _____ ¿El más chico? _____

¿Con quién vives? _____

¿Te ragañan tus papás? _____ Mucho _____ Poco _____ Nada _____

¿Tienes papá y mamá? (especificar) _____

¿Trabaja tu papá? _____ ¿En qué? _____

¿Trabaja tu mamá? _____ ¿En qué? _____

¿Trabajas? _____ ¿En qué? _____

¿Sientes que te quieren los que te rodean? _____

Estado psicológico del niño según juicio del clínico _____

DATOS CLINICOS

¿Vas al dentista? _____

¿Te enfermas frecuentemente? _____ ¿De qué? _____

¿Has estado hospitalizado? _____ ¿Por qué? _____

¿Tienes dolor o molestias? _____ ¿Dónde? _____

¿Cuando te duele? _____

¿Te has golpeado la cara? _____ ¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Te gusta meterte cosas a la boca? _____ ¿Qué? _____

¿Te comes las uñas? _____ ¿Te chupas el dedo? _____

¿Tomas biberón? _____ ¿Respiras bien por la nariz? _____

¿Cepillas tus dientes? _____ ¿Cuántas veces al día? _____

¿Cómo los cepillas? _____

EXPLORACION FISICA

Higiene oral: _____ Estado dental y restauraciones: _____

Oclusión tipo: _____ Alteraciones óseas visibles: _____

Estado periodontal _____ Abrasión y eroción: _____

Músculos hipertónicos: _____

Alteraciones físicas generales: _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Tipo de hábito: _____

Trastornos causados por el hábito:

Trastorno periodontal _____

Trastorno óseo _____

Trastorno dental _____

Malposiciones _____

Trastornos musculares _____

Trastornos pulpares _____

ETIOLOGIA APARENTE A JUICIO DEL CLINICO

Interferencias oclusales _____

Tensión emocional _____

Mala educación oral _____

Ocupacionales _____

Sociales _____

Enfermedades orales _____

Anatómicos _____

Enfermedad general _____

Otros no especificados _____

ESTUDIO REALIZADO

Casística por medio de cuestionario e inspección física oral y general realizada a 100 niños tomados al -- azar.

Fecha de estudio: 1no. de septiembre de 1983 a 8- de junio de 1984.

Lugar del estudio: Escuelas de estudios primarios estatales y federales localizadas en el Sector Reforma de la Ciudad de Guadalajara, Jal. México.

No. de escuelas visitadas: 16

Estatales: 12

Federales: 4

Medio socioeconómico: medio-bajo y bajo.

Edad de los encuestados: de 6 a 15 años.

Edad promedio: 10 años

Sexo de los encuestados: Masculino 50%

Femenino 50%

El sexo se tomó en este porcentaje con el propósito de hacer más sencillo el estudio, y más verídicos los resultados.

No. de niños que tuvieron hábito: 68

Niños: 27

Niñas: 41

TABLA I

TABLA ESTADISTICA SOBRE EL TIPO DE HABITO

TIPO DE HABITO	NINAS	NIROS	TOTAL%
Succión del pulgar	9	4	13%
Succión del labio	2	0	2%
Presión lingual	0	0	0%
Presión del frenillo	0	0	0%
Respiración bucal	2	0	2%
Comer uñas	9	2	11%
Morder labios	1	0	1%
Masticación unilateral:	1	1	2%
Morder carrillos	0	0	0%
Morder lengua	2	0	2%
Mascar goma o betel	0	0	0%
Mordedura de objetos diversos (lápices)	3	0	3%
Hábitos masoquistas	0	1	1%
(lastimarse la encla con las uñas)	3	0	3%
Bruxismo	3	6	9%
Ocupacionales (carpintería)	0	2	2%
Ocupacionales (peinadora)	1	0	1%
Hábitos del cepillado incorrecto:	7	4	11%
Masticar tabaco	0	0	0%
Fumar pipa	0	0	0%
Tabaquismo	1	5	6%

Abrir refrescos con la boca y dientes

Sin hábito

Total

ESTA TESIS
SALIR DE LA
Nº 23 DE
BIBLIOTECA

0

9

50

23

50

100%

TABLA 2
HABITO MAS COMUN QUE SE PRESENTO

TIPO DE HABITO	NINAS	NINOS	TOTAL
Succión del pulgar	9	4	19.17%
Succión del labio	2	0	2.94%
Presión lingual	0	0	0%
Presión del frenillo	0	0	0%
Respiración bucal	2	0	2.94%
Comer uñas	9	2	16.17%
Morder labios	1	0	1.47%
Masticación unilateral	1	1	2.94%
Morder carrillos	0	0	0%
Morder lengua	2	0	2.94%
Mascar goma o betel	0	0	0%
Mordedura de objetos diversos (lápices)	3	0	4.41%
Hábitos masoquistas (lastimarse la encla con las uñas)	0	1	1.47%
Bruxismo	3	6	13.26%
Ocupacionales (carpintería)	0	2	2.94%
Ocupacionales (peinadora)	1	0	1.47%
Hábito del cepillado incorrecto	7	4	16.17%
Masticar tabaco	0	0	0%
Tabaquismo	1	5	8.82%
Fumar pipa	0	0	0%

Abrir refrescos con la boca y

<i>dientes</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>2.94%</i>
<i>Total</i>	<i>41</i>	<i>27</i>	<i>100.00%</i>

TABLA 3

PAPA TERCIO NO TERCIO
 CA

ETIOLOGIA DE LOS HABITOS

ETIOLOGIA	NINAS	NIÑOS	TOTAL
<i>Tensión emocional</i>	20	17	58.88%
<i>Interferencias oclusales</i>	11	3	20.58%
<i>Mala educación oral</i>	3	1	5.88%
<i>Ocupacional</i>	1	2	4.41%
<i>Social</i>	2	0	2.94%
<i>Enfermedad oral</i>	4	1	7.35%
<i>Anatómico</i>	0	1	1.47%
<i>Enfermedad general</i>	0	1	1.47%
<i>Total</i>	42	26	100.00%

TABLA 4
 TRASTORNOS OCACIONADOS POR LOS HABITOS

ALTERACIONES	NINAS	NINOS	TOTAL
<i>Malposiciones</i>	6	3	13.23%
<i>Alteraciones óseas</i>	0	0	0.00%
<i>Alteraciones periodontales</i>	1	2	4.41%
<i>Alteraciones musculares</i>	4	1	7.35%
<i>Alteraciones pulpares</i>	0	0	0.00%
<i>Alteraciones dentales</i>	4	0	5.88%
<i>Sin alteraciones</i>	27	20	69.11%
<i>Total</i>	42	26	100.00%

"CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio estadístico y tomar resultados para un entendimiento objetivo de la presencia de los hábitos en nuestro medio social de clase baja y media baja, en el sector Reforma de Guadalajara, Jal. México, a nivel de primarias estatales y federales en niños que oscilan entre 6 y 15 años de edad con un promedio de 10 años de edad; en el estudio se encontraron los siguientes resultados útiles para una impresión clara de dicho tema.

Se encontró un alto índice de hábitos en el medio popular de la población.

De 100 niños estudiados (50 niñas y 50 niños), el 68% de ellos presentó algún tipo de hábito bucal y el 32% de los niños estudiados no presentó ningún tipo de hábito como se puede observar en la tabla 1.

También en la tabla 1, podemos ver que los hábitos

que estudiamos anteriormente en el capítulo I, de ellos, - los que se presentaron en el estudio fueron: el de succión del pulgar en 19.11%, succión del labio 2.94%, respiración bucal 2.94%, comer uñas 16.17%, morder labios 1.47%, masticación unilateral 2.94%, morder lengua 2.94%, mordedura de objetos diversos (lápices) 4.41%, hábitos masoquistas - - (lastimarse la encla con las uñas) 1.47%, bruxismo 13.26%, ocupacionales (carpintería) 2.94%, ocupacionales (peinado-ra) 1.47%, hábito del cepillado incorrecto 16.17%, tabaquismo 8.82%, abrir refrescos con la boca y dientes 2.94%, - total que 41 niñas tuvieron algún hábito y 27 niños.

Los hábitos que se presentaron fueron los de presión lingual, presión del frenillo, morder carrillos, mas car goma o betel, masticar tabaco y fumar pipa.

En cuanto a la tabla 2 concluimos que el hábito - más comunmente se presentó fue el de succión del pulgar - con un 19.11%.

En la tabla 3 podemos observar que se presentaron - todas las etiologías que se vieron en el capítulo II, sien - do la más común la tensión emocional con un 58.88% y las - menos comunes la anatómica y la de por enfermedad general - con un 1.47%.

Por último, en la tabla 4, podemos observar que no todas las alteraciones que estudiamos en el capítulo III, se presentaron en el estudio, sino sólo la de malposiciones con un 13.23%, alteraciones musculares 7.35%, alteraciones periodontales 4.41%, alteraciones dentales 5.88%, - siendo la más común la de malposiciones con un 13.23% y -- las que no se presentaron fueron las alteraciones óseas y las alteraciones pulpares.

El 69.11% de los pacientes que tuvieron hábitos en el estudio, no presentaron alteraciones de ningún tipo.

Para finalizar, deseo recalcar la importancia que tiene para el cirujano dentista el saber diagnosticar los hábitos bucales en sus pacientes para así poder hacer un tratamiento exitoso de sus bocas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica.
4a. Edición.
Editorial Interamericana.
México, D.F. 1976.
págs. 264-265, 284-299, 226-228, 332-337.

2. Dr. León Tenenbaum
Progresos en la Práctica Odontológica
Volumen V. Odontopediatria; Ortodóncia-Terapéutica.
Editorial Mundi, S.R.L.
Buenos Aires Argentina, 1971.
pág. 29

3. Ralph E. Mc.Donald. B.S. D.D.S. M.S.
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires Argentina, 1971.
pág. 38-40

4. A. Pedro-Pons
Patología y Clínica Médicas.
5a. Edición.
Salvat Editores

España, 1971.

págs. 89-92.

5. John F. Prichard

Enfermedad Periodontal Avanzada (tratamiento quirúrgico y protésico)

Editorial Labor, S.A.

España, 1977.

Pág. 126

6. Irving Glicman

Periodontología Clínica

Editorial Interamericana

México, D.F. 1974

pág. 78, 278, 332-334, 344-347 y 385-387.

7. Dr. Sigurd P. Ramfjord

Dr. Mayor M. Ash. Jr.

Oclusión

2a. Edición

Editorial Interamericana

México, D.F. 1972.

pág. 79, 107-112, 141, 218-224.

8. Ernest L. Miller
Prótesis Parcial Removible
1ra. Edición
Editorial Interamericana.
México, D.F. 1975
pág. 328.

9. Mitchell David
Dr. Thomas B. Fast
Propedéutica Odontológica
2a. Edición
Editorial Interamericana
México, D.F. 1973.
pág. 7, 133-137, 234, 326, 352.

10. K.J. Gurlin
J.J. Pindborg
M.N. Cohen Jr.
Síndromes de la cabeza y cuello
Ediciones Toray, S.A.
Barcelona, 1976.
pág. 10-20

11. T.M. Graber
Ortodoncia, Teoría y Práctica.
3a. Edición

Editorial Interamericana

México, D.F. 1974.

299, 308, 449, 655.

12. Peter E. Dawson. D.D.S.

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de Problemas Oclusales.

1a. Edición

Editorial Mundi, S.A.

Buenos Aires, Argentina, 1977.

pág. 167.

13. Edward V. Zagarelli

Austin H. Kutscher.

George A. Hyman

Diagnóstico en Patología Oral.

1a. Edición

Salvat Editores, S.A.

España, 1978.

pág. 126-128.

14. E. Harndt y H. Weyers.

Odontología Infantil.

Editorial Mundi, S.A.

Buenos Aires, Argentina, 1969.

Pág. 99-106.

15. Ralph E. McDonald
Dentistry for the child and adolescent.
3ra. Edición
The C.V. Mosby Company
U.S.A., 1978.
pág. 27-31.

16. Aristides Quillet
Enciclopedia Autodidáctica Quillet
México, D.F. 1960.
pág. 419.

17. M.M. Ash
S.P. Ramford
Oclusión Funcional.
Editorial Interamericana
México, D.F. 1984.
pág. 175.

18. Vicente Preciado Z.
Manual de Endodoncia
2a. Edición
Cuellar Ediciones
México, 1977
pág. 99-109.