

Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez

Deforming Oral Habits and Malocclusions in Children of Máximo Gómez Polyclinic

Nerina Yadira Mesa Rodríguez¹, Jacqueline Medrano Montero²

1. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Primer Grado de Estomatología General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

2. Dra. en Ciencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Asistente. Centro para la Investigación y Rehabilitación de las Ataxias Hereditarias Carlos J Finlay. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: los hábitos bucales deformantes obstaculizan en el patrón regular de crecimiento facial y suelen provocar anomalías dentomaxilofaciales.

Objetivo: determinar la afectación por hábitos bucales deformantes y las alteraciones oclusales en niños de 0-11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín.

Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 132 niños seleccionados por muestreo estratificado a fijación igual, pareado por sexos. Se determinó el grupo de edad y sexo más afectado, dividiéndose en los grupos de edades de 0-4 y 5-11 años de edad.

Resultados: el hábito bucal deformante detectado con mayor frecuencia resultó el chupeteo de tete y biberón (69,69%), seguido del empuje lingual (62,87%) y la succión del pulgar u otros dedos (45,45%), en tanto que las alteraciones oclusales en orden decreciente resultaron la distoclusión molar en 54 pacientes para el 40,90%, seguido de la labioversión con diastema

(27,27%) y el apiñamiento inferior (25,75%). Se observaron 101 niños (76,51%) con alguna de las alteraciones oclusales estudiadas y el grupo etario de 5-11 años resultó el más afectado.

Conclusiones: los hábitos bucales deformantes fueron una práctica muy arraigada en la población infantil, particularmente el chupeteo de tete, biberón y fueron causa de gran número de alteraciones de la oclusión, predominando la distocclusión molar, más frecuentes en el grupo de 5-11 años de edad y el sexo masculino.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, hábitos bucales perniciosos, disfunción oclusal, hábitos bucales y maloclusiones.

ABSTRACT

Introduction: deforming oral habits interfere in the regular facial growth and usually cause dental and maxillofacial deformities.

Objective: to determine the affectation of deforming oral habits and occlusal alterations in children of 0-11 years of aged at Máximo Gómez Polyclinic in Holguín municipality.

Methods: a descriptive cross sectional study was carried out in 132 children selected by stratified sampling to equal, twin fixation by sexes. The most affected group or sex was also determined, dividing them into two groups 0-4 and 5-11 years old according to age.

Results: sucking the pacifier and the nursing bottle were the most common habits (69.69%), followed by atypical swallow (62.87%) or sucking the thumb or other fingers (45.45%). Distocclusion molar relationship was observed in 54 patients (40.90%), followed by marked overjet with spaces between teeth (27.27%) and inferior crowding (25.75%). 101 studied children (76.51%) with some of the occlusal alterations were observed and the group of 5-11 years old was the most affected one.

Conclusions: deforming oral habits were an strengthen practice in childhood, in particular the sucking of pacifier an the nursing bottle and were the cause a great number of dental malocclusions, being distocclusion malocclusion the most frequent alteration in the age group between 5 - 11 years old more affected age group as well as the male sex.

Keywords: deforming oral habits, deleterious habits, occlusal dysfunction, oral habits and malocclusions.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos son costumbres arraigadas, que se adquieren por larga y constante práctica de un ejercicio; se aprenden, inicialmente son una acción voluntaria o consciente que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga ¹.

Los hábitos bucales se desarrollan como reflejos sensoriales del sistema neuromuscular, y aquellos considerados como perniciosos constituyen uno de los principales factores etiopatogénicos de maloclusiones, ya sean como causa primaria o secundaria de las mismas, y aún se discute hasta qué edad pueden ser consideradas como normales ²⁻⁴. Suelen manifestarse en un momento de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como, aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional ⁵.

De primordial interés son considerados por los estomatólogos, los hábitos bucales en los niños, al ser posibles causas de presiones desequilibradas por parte de los músculos sobre los rebordes alveolares sumamente maleables e inmaduros, además de provocar cambios en la posición de las piezas dentarias y en la oclusión si su acción se prolonga por mucho tiempo ⁶⁻¹⁰.

Cuando los hábitos bucales deformantes persisten en niños de tres años de edad o más, requieren de atención profesional, ya sea de los estomatólogos integrales o de los ortodoncistas, por ser, causa frecuente de maloclusiones ^{7, 8,11}.

Las alteraciones de la oclusión suelen comenzar en edades tempranas, lo cual da idea de la magnitud del problema y es por eso que se considera, que la fuerza principal debe estar encaminada a reducir las maloclusiones mediante un incremento de las acciones preventivas unido al diagnóstico temprano¹².

Entre los hábitos que con mayor frecuencia se detectan están: la succión del pulgar u otros dedos, la respiración bucal, el empuje lingual, la onicofagia, posiciones viciosas durante el sueño, el uso prolongado de chupetes (tete y biberón) y la mordedura de los labios, lápices u otros objetos ^{6, 13}.

Cuando existe una maloclusión grave puede alterarse incluso la emisión de algunos sonidos, haciéndose necesario la corrección ortodóncica previa aplicación de mioterapia fonoaudiológica¹⁴. En muchas ocasiones las disfunciones musculares no resultan fenómenos aislados, sino que se asocian o son causados por otras disfunciones o por posición alterada de tejidos duros^{15, 16}.

Así ejemplo, el tamaño aumentado (macrogllosia) y posición de la lengua, conjuntamente con una posición retraída de la mandíbula, puede constituir un obstáculo al libre flujo aéreo durante el acto respiratorio como ocurre en pacientes respiradores bucales o con síndrome de apnea del sueño, caracterizándose, además, por presentar arcos angostos y en la mayoría de los casos obesidad ¹⁷⁻²⁰.

El conocimiento de las características anormales de la dentición primaria es esencial para poder trazar un perfil de la comunidad en la que se prestarán los servicios. En el área de salud del Policlínico Máximo Gómez, se han realizado pocos estudios epidemiológicos que describan el comportamiento de los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones para planificar actividades de promoción y prevención de los eventos causantes de alteraciones en el aparato estomatognático, constituyendo por tanto, un problema dentro de la atención primaria de salud. Por lo anteriormente planteado, se decidió realizar la presente investigación, con el objetivo de determinar los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones más frecuentes en niños, así como, identificar el grupo de edad y sexo más afectado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de los hábitos bucales deformantes y maloclusiones más frecuentes en niños de 0 – 11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín. El universo estuvo constituido 1 873 niños de 0-11 años de edad que pertenecían a los consultorios médicos de la familia # 1, 3, 5, 7, 11 y 13 del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín. Los pacientes se distribuyeron por grupos de edades de 0-4 y 5-11 años.

La muestra estuvo formada de 66 hembras y 66 varones, para un total de 132 niños estudiados seleccionados por muestreo estratificado a fijación igual, pareado por sexos. Se tomaron como criterios de selección que fueran consultorios urbanos, cercanos a dicho policlínico. Se visitaron los niños en su hogar, se realizó el interrogatorio al niño y los padres, así como, su correspondiente examen físico con ayuda de depresores linguales y a la luz natural; excluyéndose los que se negaron a participar, o no presentaron antecedentes o evidencias al examen de hábitos bucales deformantes. La participación de los niños en la investigación dependió del consentimiento informado dado por los padres o tutores legales.

Las variables analizadas para cada caso fueron:

1. Hábitos bucales deformantes (según Mayoral y Moyers): succión del pulgar u otros dedos, mordedura de los labios, posturales, empuje lingual, onicofagia, respiración bucal, mordedura de lápices u otros objetos, chupeteo de tete y biberón ⁶⁻¹³.

2. Maloclusión (según Mayoral y Moyers): relación molar de mesioclusión y distoclusión, mordida cruzada anterior, mordida abierta anterior, labioversión con diastema, labioversión sin diastema, apiñamiento superior, apiñamiento inferior. En los casos de los niños que no tenían erupcionado el primer molar permanente, la relación molar se determinó por la que mantenían los segundos molares temporales ⁶⁻¹³.

3. Edad: niños de 0-4 de edad (desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses y 29 días) y de 5-11 años de edad (desde los 5 años hasta los 11 años, 11 meses y 29 días)

4. Sexo: según sexo biológico (masculino, femenino).

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 10,1 para Windows, así como, medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencia absoluta, proporción y porcentaje).

RESULTADOS

Según el comportamiento de los hábitos bucales deformantes en los niños objeto de estudio ([fig.1](#)) el más frecuente fue el chupeteo de tete y biberón en 92 pacientes para el 69,69%, seguido del empuje lingual y de la succión del pulgar u otros dedos (62,87% y 45,45%) respectivamente. Se debe destacar que el total de casos afectados fue mayor debido a la coincidencia de más de un hábito bucal deformante en un mismo niño.



Fig. 1. Comportamiento de los hábitos bucales deformantes en los niños objeto de estudio (n=132)

En la población estudiada la distoclusión molar resultó ser de las maloclusiones más frecuentes, seguida de la labioversión con diastema y el apiñamiento inferior con 54, 36 y 34 pacientes para el 40,9%; 27,27% y 25,75%, respectivamente ([tabla I](#)).

Tabla I. Alteraciones Oclusales más frecuentes en los niños objeto de estudio (n = 132)

Alteraciones Oclusales	No.	%
Distoclusión molar	54	40,90
Labioversión con diastema	36	27,27
Apiñamiento inferior	34	25,75
Labioversión sin diastema	23	17,42
Mordida abierta anterior	22	16,66
Mesioclusión molar	17	12,80
Apiñamiento superior	8	6,06
Mordida cruzada anterior	3	2,27

Fuente: datos del autor

El análisis del comportamiento de las alteraciones oclusales según edad y sexo ([tabla II](#)) mostró que el grupo más afectado fue el de 5 – 11 años, donde predominan la distoclusión molar en el 60,60%, seguido del apiñamiento inferior con el 48,48% y la labioversión con diastema en el 43,93% de los casos, esto puede estar relacionado con el tiempo de práctica del hábito que al ser mayor provoca alteraciones oclusales más severas. En cuanto al sexo, el masculino fue el más afectado destacándose las disfunciones ya citadas como más frecuentes en la población de estudio (de distoclusión molar, labioversión con diastema y apiñamiento inferior).

Tabla II. Maloclusiones según grupo de edad y sexo(n = 132)

Maloclusiones	Grupo de Edad				Sexo			
	0-4 años		5-11 años		Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Distoclusión molar	14	21,21	40	60,60	29	43,93	25	38,87
Apiñamiento Inferior	2	3,03	32	48,48	17	25,75	17	25,75
Labioversión con diastema	7	10,60	29	43,93	19	28,78	17	25,75
Labioversión sin diastema	8	12,12	15	22,72	8	12,12	15	22,72
Mordida abierta anterior	10	15,15	12	18,18	11	16,66	11	16,66
Mesiodclusión molar	8	12,12	9	13,63	13	19,69	4	6,06
Apiñamiento superior	1	1,51	7	10,60	3	4,54	5	7,57
Mordida cruzada anterior	1	1,51	2	3,03	1	1,51	2	3,03

Fuente: datos del autor

DISCUSIÓN

En cuanto a los hábitos más frecuentes, otros autores reportan resultados similares en grupos poblacionales semejantes^{3, 16, 17,20-23}. Riesgo y colaboradores observaron que la lengua protráctil, seguida de la succión digital (65,0 y 18,3%, respectivamente) resultan ser los hábitos bucales deformantes que predominan en varones de la población estudiada, y considera que el tratamiento ortodóncico constituye el procedimiento de elección entre los 6 y 10 años de edad, debido a la incidencia de alteraciones dentofaciales presentes en esta etapa, ya que muchos niños abandonan por sí solos el hábito de succión digital, pero persiste el de la lengua protráctil como secuela del anterior²².

Díaz Morell en su investigación señala que el 60% de los pacientes presentaban hábito de respiración bucal, mientras que Acevedo y colaboradores, destacan el empuje lingual, la succión de biberón y la onicofagia como los más significativos^{21, 23}. Por otro lado, Buitrago y colaboradores registran el empuje lingual y deglución atípica, como hábitos deformantes más frecuentes, asociadas a maloclusiones de clase III esquelética (50,5%) clase II molar (49,5%) mordida profunda (60,6%) y resalte aumentado (34,7%) con un predominio del sexo femenino (60,4%)²⁴.

En la presente investigación, el hallazgo del empuje lingual fue detectado durante el examen clínico del paciente y no durante el interrogatorio al niño o a los padres, lo que sugiere que la

práctica del mismo en la mayoría de los casos, pasa inadvertida ante los familiares, por lo que el estomatólogo general integral y el ortodoncista deben considerarlo como elemento importante dentro del examen y diagnóstico del paciente.

Ayala y colaboradores reportan como maloclusiones más frecuentes las del tipo clase I (68%), II (27%) y III (5%) en el orden mencionado, en correspondencia con los resultados del presente estudio donde la distoclusión molar es la alteración oclusal más frecuente²⁵.

Los hábitos pueden causar alteraciones en el desarrollo facial, maloclusiones y recidivas, además de trastornos de las articulaciones temporo-mandibulares, entre ellos, los hábitos de respiración bucal, succión digital, deglución infantil y empuje lingual. Si se tiene en cuenta que el aparato masticatorio y dentro de este los dientes, se encuentra protegido por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares, se deduce que todo lo que pueda producir sobrecarga muscular puede interferir en el crecimiento normal⁹. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, siendo capaces de generar presiones continuas de hasta 50 mg en un periodo de 12 horas y por lo tanto provocar el desplazamiento considerable de un diente⁹.

Según Johnson y colaboradores, Proffit observan que la fuerza de los labios en reposo es menor que la fuerza de la lengua en reposo; estableciéndose que las fuerzas de baja intensidad pero de larga duración, son más efectivas y capaces de ejercer mayor influencia sobre la posición dental que las fuerzas de gran intensidad y corta duración, como las ejercidas durante la actividad muscular y donde la lengua ejerce mayor presión, tanto en reposo como durante actividades como la deglución²⁶.

Por otro lado, se conoce que el hábito de deglución atípica es capaz de producir 500 g de fuerza sobre los dientes anteriores además de repetirse diariamente unas 500 a 1 000 veces por día, es posible deducir la capacidad de este, de generar fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sobre todo en la zona de los incisivos, con la creación de una mordida abierta anterior y un aumento aún mayor de la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal, por lo que se hace necesario comprender la importancia de que todo lo que se haga para interceptarlos y erradicarlos oportunamente, redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático^{9,21}.

Al igual que en la presente investigación, Díaz Morell encuentra que el grupo de edad más afectado en la población que estudia es de 8-9 años, seguido de 10-11 años, donde ambos grupos quedan incluidos en el rango de la población estudiada²¹. El sexo más afectado fue el

masculino, que se corresponde con lo reportado por otros autores^{22, 27}. Riesgo señala que 53 de sus casos son varones (54,0%) y prevalecen los de 6 años (92,8 %) ²². A diferencia de los resultados del presente estudio, Ayala reporta que el sexo más afectado por maloclusiones es el femenino con 107 casos en las edades de 9 y 10 años²⁵.

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales deformantes fueron una práctica muy arraigada en la población infantil, particularmente el chupeteo de tete, biberón y causaron gran número de alteraciones de la oclusión, predominando la distoclusión molar, más frecuentes en el grupo de 5-11 años de edad y el sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Méndez W, Soto Cantero L, *et al*. Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana: Pueblo y Educación; 1982.
2. Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. 2ªed. Madrid: Trigo Ediciones, S.L; 1998.
3. Abreu Fonseca Thomaz EB, Teixeira Cangussu MC, Oliveira Assis AM. Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern Brazil. Braz Oral Res. 2013[citado 18 ene 2017]; 27(1): 62-69. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242013000100011&lng=en
4. Mafla AC, Barrera DA, Muñoz GM. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2011[citado 20 feb 2017]; 22(2): 173-185. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100005&lng=en
5. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN. 2014 [citado 20 mar 2015]; 18(5):606-612.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es.
6. Mayoral J, Mayoral G. Principios Fundamentales y práctica. 3ª ed. La Habana: Científico Técnica; 1986.

7. Abreu Fonseca Thomaz EB, Teixeira Cangussu MC, Oliveira Assis AM. Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012[citado 20 feb 2017]; 76(4):500-506. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587612000353>
8. Martín Zaldívar L, García Peláez S, Expósito Martín I, Estrada Verdeja V, Pérez Llanes Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *AMC*. 2010[citado 13 mar 2013]; 14(6):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600021&lng=es.
9. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. *Rev Latinoam Ortodo Odontopedi*. 2011[citado 25 mar 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
10. Medrano Montero J, Palomino Truit A. Electromiografía del aparato de la masticación en niños sanos y portadores de maloclusión clase I y II de Angle. *Rev Odont Mexicana*. 2008[citado 25 mar 2014]; 12(3): 131-136. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/15662>.
11. Rodríguez Carracedo EM, Carracedo Ruíz P, Carmona Vidal E. Trastornos temporomandibulares y maloclusiones en adolescentes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente René Guzmán. *CCM*. 2009 [citado 26 mar 2015]; 13(4). <http://www.cocmed.sld.cu/no134/no134ori15.htm>.
12. Sosa Rosales M, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Valdés García P, Gispert Abreu E, Legón Padilla N, *et al*. *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
13. Moyers RE. Etiología de la maloclusión. En: *Manual de ortodoncia*. 4^{ta} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1992. P.19-42.
14. Sarver DM, Proffit WR, Ackerman JL. Diagnóstico y plan de tratamiento en ortodoncia. En: Graber TM, Varnarsdall RL. *Ortodoncia Principios Generales y Técnicas*. 3^{ra} ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2003. p. 4-114.
15. da Silva Andrade A, Duarte Gavião MB, Hauber Gameiro G, de Rossi M. Characteristics of masticatory muscles in children with unilateral posterior crossbite. *Braz Oral Res*. 2010 [citado 20 mar 2015]; 24(2): 204-210. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242010000200013&lng=en.

16. Cruz Estupiñán D, Collado Ortega L, Fernández Maderos I, Díaz Rondón B. Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. Invest Medicoquir. 2012[citado 25 ene 2015];4(2):137-145. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/175/310>
17. Pulido Valladares Y, Piloto Morejón M, Gounelas Amat S, Rezk Díaz A, Duque Alberro Y. Cambios cefalométricos en pacientes respiradores bucales con obstrucción de vías aéreas superiores entre 8-12 años. Rev Cienc Méd. 2012 [citado 20 mar 2015];16(5):90-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500011&lng=es.
18. García Molina GI. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucles en edades tempranas - Revisión bibliográfica. Rev Latinoam Ortodo Odontopedi. 2011[citado 29 ago 2014]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/>
19. Silva Pérez GA, Bulnes López RM, Rodríguez López LV. Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. Rev ADM. 2014[citado 26 ene 2015]; 71 (6): 285-289. <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-adm/articulo/prevalencia-de-habito-de-respiracion-oral-como-factor-etiologico-de-maloclusion-en-escolares-del-centro-tabasco>
20. Medina CT, Laboren ML, Vilorio C, Quirós O, D´Jurisic A, Alcedo C, *et al*. Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Rev Latinoam Ortodo Odontopedi. 2010[citado 29 ago 2014]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>.
21. Díaz Morell JE, Segura Martínez N, Rodríguez Carracedo E, Carmona Vidal E, Álvarez Infante E, Bello Jerez J. Disfunciones neuromusculares bucales en niños pertenecientes a la Clínica Estomatológica Docente "Manuel Angulo Farrán". Holguín. CCM. 2008 [citado 7 dic 2009]; 12(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/pdf/n122ori3.pdf>
22. Riesgo Cosme YC, Costa Montané DM, Rodríguez Fernández SC, Crespo Mafrán MI, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre". MEDISAN .2010 [citado 13 mar 2013]; 14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100001&lng=es.
23. Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías JL, Rosell Silva CR, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos

bucales deformantes. MediSur. 2011[citado 3 may 2012]; 9(2).Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574>

24. Buitrago López AM, Gómez Mancilla JR, Salazar Sandoval S, Morón Cotes L, Perilla Reyes JC, Barrera Chaparro JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Rev Colomb Investig Odontol. 2013[citado 22 sep 2015]; 4(10): 43-55. Disponible en:

<http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/236>

25. Ayala Pérez Y, Carmona Vidal E. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes ortodóncicos Clínica Estomatológica Manuel Angulo. CCM. 2010[citado 23 sep 2015]; 14(2).Disponible en:

<http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori09.htm>

26. Johnson García N, Jiménez Vargas ID, Bermúdez Ángel J. Relación entre función y forma craneofacial. Mediciones de labio y lengua en sujetos normales y con exceso vertical. Rev CES Odontol. 1997[citado 26 feb de 2015]; 10(1).Disponible en:

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1079/671>

27. García Díaz C, Duque Alberro Y, Llanes Serantes M, Vinent González R. Prevalencia de anomalías dentomaxilofaciales en los niños menores de 14 años. Rev Cienc Méd. 2011[citado 5 jun 2012]; 15(2):65-75. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200007&lng=pt.

Recibido: 25 de septiembre de 2015

Aprobado: 26 de enero de 2016

MSc. *Nerina Yadira Mesa Rodríguez*. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello.
Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: yadira@cristal.hlg.sld.cu