



Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento

Deforming buccal habits. Clinical characteristics and treatment

Tania Daillet Vega Oliva ¹, Alexis Velázquez Vega ², Marielizabeth Arias Varona ¹, Daniel Enrique Reyes Romagosa ³

¹ Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 1^{er} año de Estomatología.

² Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 3^{er} año de Medicina.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Especialista de II grado en EGI. Profesor e investigador auxiliar.

E-mail: tdaillet@feu.grm.sld.cu

Citación: Vega Oliva TD, Velázquez Vega A, Arias Varona M, Reyes Romagosa DE. Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento. 2 de Diciembre. 2018 enero-mayo; 1(1):80-88.

Fecha de envío: 4/2/18

Fecha de aceptación: 22/2/2018

Fecha de publicación: 25/5/18

Tipo de revisión: con revisión a doble ciego

Palabras clave: alteración de hábitos, maloclusión, tratamiento

Keywords: habits, malocclusion, treatment

Resumen

Los hábitos bucales deformantes se definen como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto; por su repetición frecuente hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales, como por ejemplo las maloclusiones dentarias. Con el objetivo de describir los hábitos bucales deformantes, sus características clínicas y su tratamiento, se llevó a cabo esta revisión bibliográfica citando 18 artículos científicos consultados mediante bases de datos: Ebsco, Hinari, Scielo. Se llegó a la conclusión de que los hábitos bucales deformantes son la causa fundamental de las maloclusiones. Un diagnóstico y un tratamiento tempranos pueden prevenir alteraciones de la región dentomaxilofacial.

Abstracts

The deformatants buccal habits are defined as the costume or practice that is acquired as an act; for their frequent repetition not natural forces act on the teeth that they can cause dentomaxillofaciales alterations for example the dental malocclusions. With the goal of describing the deformatants buccal habits, its clinical characteristics and its treatment it was carried out this bibliographical revision, mentioning 18 scientific articles consulted by means of databases: Ebsco, Hinari, Scielo. The authors arrived to the conclusion that the deformatants buccal habits are the main cause of the malocclusions. An earlier diagnosis and treatment can prevent alterations of the region dentomaxillofacial.



Introducción

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales, en particular las caries dentales, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.¹

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes.^{1,2,3}

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.^{1,2,3}

Los hábitos bucales deformantes se definen como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto; por su repetición frecuente hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales como por ejemplo las maloclusiones dentarias. Los más frecuentes son: respiración bucal, onicofagia, lengua

protráctil, la succión del pulgar u otro dedo (succión digital), uso de chupetes y biberones, queilofagia.^{1,4,5}

Objetivo

Describir los hábitos bucales deformantes, sus características clínicas y tratamiento.

Desarrollo

Los hábitos bucales son causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen manifestarse en momentos 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.^{1,2}

El tratamiento estomatológico debe estar ligado al psicológico por todas sus manifestaciones. El diagnóstico de estos hábitos se realiza a través del interrogatorio a padres y familiares, del examen clínico facial, bucal y funcional.^{3,4}

Respiración bucal

Resulta fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito por simple observación y se corrobora con análisis funcional y los medios auxiliares del diagnóstico (radiografías y modelos de estudio). En los respiradores bucales la telerradiografía lateral es de gran utilidad, permite obtener datos sobre grado de obstrucción de vías aéreas y tipo facial.^{4,5}

La anatomía dentofacial puede alterarse cuando existe obstrucción nasorespiratoria. Si está comprometida la respiración nasal, puede dar lugar a una respiración bucal. Según la magnitud, duración (el inicio) y tiempo (cuántas veces al día) de esta forma de respiración, puede alterar la posición de la cabeza y del cuello y tener efectos sobre la relación de los maxilares. Los pacientes con esta patología dirigen la cabeza hacia atrás, para compensar la



respiración bucal; el crecimiento del maxilar inferior dirigido hacia abajo crea la imagen de "cara larga" y puede ser causa de maloclusión. Este contacto anormal tiene consecuencias adversas en la masticación y la fonación e influye negativamente en la estética facial, todo esto depende de la vía aérea alterada, de la salud, el biotipo facial del paciente y del tiempo en que esté actuando este hábito, (los niños presentan picos de crecimiento).⁶

Características clínicas: vestibuloversión de incisivos superiores. Arcada superior triangular. Bóveda profunda. Micrognatismo transversal. Retrognatismo mandibular. Egresión de incisivos superiores o mordida abierta. Facies adenoidea. Depresión del tercio medio con poco desarrollo de los pómulos. Hipotonía de las alas de la nariz. Narinas estrechas. Cierre bilabial incompetente. Labios resecaos y agrietados. Surco mentolabial pronunciado. Ronquido y babeo nocturno. Escoliosis. Pie plano. Postura del cuello hacia delante y cabeza inclinada hacia atrás. Problemas de aprendizaje.

Tratamiento

- El Estomatólogo General Básico (EGB) establecerá diagnóstico, indicará ejercicios respiratorios, dará seguimiento a los respiradores bucales que no tengan anomalías y remitirá al médico de familia para que se interconsulte con el médico especialista correspondiente.
- El Estomatólogo General Integral (EGI) además tratará los pacientes con Síndrome de Clase I, con buen balance esquelético y discrepancia hueso-diente moderada.
- La atención primaria interconsultará con la atención secundaria para evaluar remisión a este nivel de los respiradores bucales con alteraciones esqueléticas.

- Interconsultas con especialista de periodoncia en casos necesarios.

- Sugestión e hipnosis.

Tener en cuenta los elementos psicológicos y vincular a la familia para el mejoramiento de cada caso es fundamental para el profesional en su interés de lograr el cumplimiento del tratamiento.

La onicofagia es la costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, esto puede provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.⁷⁻⁹

Los desperfectos a nivel de los pliegues ungueales, como son las cutículas y padastros, pueden manifestarse en forma de "paroniquia crónica" (inflamación aguda del tejido celular de los dedos) con exacerbaciones infecciosas agudas. En los casos severos se produce un deterioro de la placa ungueal y la formación de cicatrices locales con distrofia de toda la unidad ungueal y anomalías de la matriz"⁷⁻⁹

Características clínicas: generalmente muerden en el mismo sitio y producen maloclusiones localizadas, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, malposición dentaria; lo anterior puede combinarse con otros hábitos en la misma persona.⁹

La reiteración provoca lesiones varias, como inflamación y elevación de los bordes laterales, incluso formaciones verrugosas secundarias a la hiperplasia cuticular. Los más agresivos pueden provocar hemorragias subungueales y pérdida de tiras ungueales, que pueden dejar espolones ungueales residuales o conllevar la pérdida de toda la uña.⁹

- A nivel oral: ocasiona desgaste y microfracturas prematuras de incisivos centrales superiores, los traumatismos que el hábito ocasiona en las mucosas labiales hacen que la



recurrencia de enfermedades tales como: herpes, labios cortados y aftas, sean más frecuente en estos pacientes. Pueden producirse infecciones bacterianas y virales en labios y mucosa oral así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición.⁷⁻⁹

- A nivel de las uñas: puede dañar estructuras anatómicas de la uña tales como: lecho ungueal y matriz. También pueden ocasionar la aparición de verrugas periungueales.⁷⁻⁹

Tratamiento

- En la Atención Primaria de Salud (APS) se identifica el hábito y mediante psicoterapia se trabaja su eliminación. Se interconsulta según anomalía presente con especialistas del segundo nivel para determinar tratamiento o remisión.
- **Auriculopuntura:** shenmen y ansiolíticos.
- **Homeopatía:** previa repertorización del paciente.
- Sugestión e hipnosis.

La lengua protráctil (Deglución infantil o atípica) Empuje o protracción lingual: es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.¹²

- **Protracción lingual simple:** se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.¹²
- **Protracción lingual compleja:** presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación

oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.¹²

- **Protracción lingual complicada:** también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.¹²

Características clínicas: incisivos superiores y en ocasiones los inferiores proclinalados (en vestíbulo versión). Diastema central superior e inferior.

Tratamiento

La protrusión lingual simple es atendida por el EGI, la compleja y complicada se interconsulta y se remite al segundo nivel de atención (ortodoncia).

La succión del pulgar u otro dedo (succión digital): consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. A partir de esa edad (4-5 años) aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño.¹⁰⁻¹²

La etiopatogenia no está clara. Los principales factores parecen ser los trastornos afectivos emocionales y una insuficiente lactancia materna, pudiendo estar asociados ambos factores.¹⁰

Características clínicas: vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas. Linguoversión de incisivos inferiores. Retrognatismo mandibular. Bóveda profunda.



Mordida abierta, que dependerá de los dedos succionados. Micrognatismo transversal. Labio superior hipotónico e inferior hipertónico. Deformidades en dedos succionados.

Tratamiento

- El EGB diagnostica e indicará sicoterapia; en casos difíciles interconsultará con el psicólogo. Si existieran anomalías de la oclusión interconsultará con la atención secundaria para evaluar su tratamiento o remisión.
- El EGI tratará los pacientes con Síndrome de clase I, buen balance esquelético y discrepancia ligera o moderada.
- Se remitirá a la atención secundaria el resto de las anomalías.
- Auriculopuntura: shenmen y ansiolíticos.
- Homeopatía: previa repertorización del paciente.
- Sugestión e hipnosis.

El uso de chupetes y biberones

El uso anticipado y prolongado de chupetes y biberones produce estrechamiento del maxilar (micrognatismo) y prognatismo alveolar superior. Debe prohibirse el uso de chupetes, que son además muy antihigiénicos en cuanto a la salud general, y no prolongar el uso del biberón más de un año en la lactancia artificial.¹¹⁻¹⁶

Características clínicas: vestibuloversión de incisivos superiores. Linguoversión de incisivos inferiores. Mordida abierta en ocasiones. Retrognatismo mandibular. Labio superior hipotónico.

Tratamiento

-El EGB desarrollará promoción de salud, psicoterapia para su eliminación; interconsultará

con psicólogo los pacientes más críticos. Si existieran anomalías de la oclusión interconsultará con la atención secundaria para evaluar su tratamiento o remisión.

- El EGI además tratará los pacientes con Síndrome de clase I, buen balance esquelético y discrepancia ligera o moderada.
- La atención secundaria tratará el resto de las anomalías.
- Sugestión e hipnosis.

Queilofagia: costumbre de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior, está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios.^{12,17-18}

Características clínicas: linguoversión de incisivos inferiores. Vestibuloversión de incisivos superiores. Mordida cruzada posterior cuando se refiere al carrillo.

Tratamiento

- El EGB identifica el hábito y realiza sicoterapia para su eliminación. Si existieran anomalías de la oclusión interconsultará con la atención secundaria para evaluar su tratamiento o remisión.
- El EGI además tratará los pacientes con Síndrome de clase I, buen balance esquelético y discrepancia ligera o moderada.
- La atención secundaria tratará el resto de las anomalías.
- **Auriculopuntura:** shenmen y ansiolíticos.
- **Homeopatía:** previa repertorización del paciente.
- Sugestión e hipnosis.

Hábitos posturales: son aquellas posiciones que adopta el niño durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, y originar



asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la ATM. ^{17,18}

Características clínicas: asimetría facial. Laterognatismo. Trastornos de la ATM

Tratamiento:

- En la atención primaria se identifica el hábito, se realizan acciones de promoción de salud, y se interconsulta con el médico de familia o especialistas de la atención secundaria para evaluar su tratamiento o remisión.

Bruxismo: acto parafuncional de apretar y/o rechinar los dientes fuera de los actos fisiológicos de la masticación y la deglución, caracterizado por hipertonicidad no fisiológica de la musculatura masticatoria. Se considera un mecanismo por el cual se eliminan las interferencias que no son eliminadas por la atrición. ^{12,18}

Características clínicas: sonidos oclusales audibles. Facetas dedesgaste oclusales no funcionales. Erosión a nivel cervical de los dientes. Fractura de dientes y restauraciones, con la aparición de bordes filosos que frecuentemente lesionan la mucosa. Movilidad dentaria. Hipertonisidadmuscular con hipertrofia, trismo y limitación de los movimientos. Mialgia de los músculos masticatorios y sensación de cansancio muscular. Exóstosis óseas debidas a la respuesta proliferativa del hueso alveolar. Dolor y ruidos articulares. Cefaleas frecuentes y algias faciales.

Características radiográficas: retracción pulpar. Calcificación de los conductos. Ensanchamiento del espacio desmodontal y reforzamiento de la

cortical. Condensación del hueso alveolar alrededor de los dientes afectados.

Tratamiento

- La atención primaria evaluará la conducta terapéutica en interconsulta con un equipo multidisciplinario de la atención secundaria integrado por especialistas de Prótesis, Ortodoncia, Periodoncia; psicólogos y médicos de familia.

- Tratamiento psicológico para disminuir nivel de estrés: educación conductual con cambios en los estilos de vida y ocupacional, autosugestión, hipnosis y relajación, psicoterapia.

- Terapia física para eliminar dolor y lograr relajación.

- Terapia oclusal: realizada por el nivel secundario de atención y en algunas indicaciones por el EGI en el nivel primario.

Reversible: mediante férulas oclusales.

Irreversible: tallado selectivo, previo análisis funcional de la oclusión.

En niños, si el bruxismo llega a ser severo, que constituye por sí mismo un irritante, o si el desgaste oclusal es extenso, se recomienda un ajuste oclusal ligero, para eliminar alguna interferencia grande, sin mutilación del diente permanente.

Además, está indicada la utilización de dispositivos de ortodoncia, o placas de mordida para desocluir un diente con interferencia, hasta que erupcionen otros dientes que hagan contacto o se puedan hacer las correcciones necesarias.

Si está asociado a otras alteraciones del sistema estomatognático se debe interconsultar el segundo nivel con el tercer nivel de atención para evaluar tratamiento o remisión.

Reyes ⁴ y Mesa ⁵ refieren que el maltrato infantil, la soledad, el stress desarrollan en los niños la



aparición de hábitos deletéreos que influyen a su vez en la aparición de las maloclusiones que, una vez instaladas, provocan en el niño otras afecciones psicológicas como el miedo a la burla de sus compañeros, complejos, etc. Agregan que el alcance de los niños a películas con violencia y terror, no aptas para sus edades, conllevan también a afecciones psicológicas que los motivan a adquirir hábitos incorrectos.^{4,5}

Con el desarrollo tecnológico alcanzado en los últimos tiempos, es posible afirmar que los infantes que utilicen tablets, teléfonos y laptops siempre tendrán sus manos ocupadas y retomarán fuerza aquellos que se desarrollan en la propia cavidad bucal como la queilofagia.

La presencia de síntomas de ansiedad, estrés, inseguridad, temores, preocupaciones, timidez y afectaciones de la autoestima, así como síntomas de depresión o angustia son manifestaciones psicológicas asociadas a la aparición de los hábitos bucales deformantes en los niños, esto puede estar provocado, entre otras causas, por el divorcio de los padres, cambio de domicilio, cambio de maestra, entrada a una institución escolar nueva, realización de exámenes, mal funcionamiento familiar, etc.

El mal manejo de la situación al intentar eliminar el hábito, con predominio de conductas verbales agresivas y frases que dañan la autoestima, lejos de disminuir la incidencia del hábito, lo afianza, ya que se elevan los niveles de ansiedad y estrés en el niño.

Conclusiones

Los hábitos bucales deformantes son la causa fundamental de las maloclusiones y son impulsados por razones psicológicas. Su diagnóstico y tratamiento tempranos pueden prevenir alteraciones de la región dentomaxilofacial y sus secuelas. Es necesaria la

coordinación entre pediatras, otorrinolaringólogos, alergólogos, ortodoncistas, psicólogos y estomatólogos, para obtener mejores resultados terapéuticos. Los hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño. Es importante la cooperación de los padres en la realización de actividades educativas.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Mora Ivette, Lescaille Castillo Yuritz, Mora Pérez Clotilde, Pieri Silva Kirenia, González Arocha Boris. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [Internet]. 2013 Ago [citado 2018 Abr 13]; 11(4): 410-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400005&lng=es
2. Reyes Romagosa DE, Rosales Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004-2005. Acta odontol venez v.45 n.3 Caracas sep. 2007 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. 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 [revista en la Internet]. 2014 Mayo [citado 2017 Feb 20]; 18(5): 606-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es
4. Reyes D E, Paneque MR, Almeida Y, Quesada LM, Escalona D, Torres S. Risk factors associated with deforming oral habits in children aged 5 to 11: a case-control study. Medwave 2014;14(2):e5927



<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

5. Mesa Rodríguez Nerina Yadira, Medrano Montero Jacqueline. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. ccm [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 13] ; 21(2): 458-467. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es

6. Méndez de Varona Yuliet Bárbara, Peña Marrero Yamilet, Lagoa Madeley Julián G, Batista Sánchez Tamara, Carracedo Rabassa Zoraida. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2018 Abr 13] ; 21(3): 668-677. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300006&lng=es

7. Arocha Arzuaga Alina, Aranda Godínez María Silvia, Pérez Pérez Yisel, Granados Hormigó Ana Elena. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Abr 13]; 20(4): 429-435. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400002&lng=es

8. Ayala Pérez Y, Carmona Vidal E. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes ortodóncicos. Revista Electrónica Ciencias Holguín [serie en Internet]. 2009 [citado 4 jul 2013]; 15(4): [aprox.7p.]. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/2010/Enero/articulos/ARTI2.htm>

9. Cisneros Domínguez Grethel, Falcón Llanes Eneidis, Padilla Gómez Ernesto Rubén, Blanco Marrades Joaquín. Hipnoterapia en niños de 7-12 años con succión digital. MEDISAN [Internet]. 2015 Mayo [citado 2018 Abr 13]; 19(5): 609-618. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500006&lng=es

10. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales, factor etiológico de maloclusiones en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica" [serie en Internet]. 2009 [citado 10 jul 2013]; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>

11. Podadera Valdés Zoila Rosa, Flores Podadera Lianet, Rezk Díaz Anay. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Ago. [citado 2018 Abr 24] ; 17(4): 126-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014&lng=es

12. Colectivo de autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2003: 23.

13. Fuguet Boullon JR, Betancourt García AI, Ochoa Jiménez L, González Pérez M, Crespo García A, Viera Rodríguez D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Sept-Oct [citado: fecha de acceso]; 36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema04.htm>

14. Jiménez A., Torres M., Loes E. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico Rafael Valdés.2011. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría edición electrónica Junio 2012. Consultada 12/jul/2015. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art21.asp>



15. Segura Martínez Narlinda, Medrano Montero Jacqueline, Moreira Segura Felipe, Segura Martínez Noraima, Terán Pérez Sara. Prevalencia de mordida cruzada en pacientes de la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. ccm [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 23] ; 21(2): 468-478. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200012&lng=es

16. Bedoya N, Chacón A. Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado con Activador Abierto Elástico de Klammt (AAEK). Reporte de caso. [serie en Internet] 2009 [citado 12 jul 2016]; 17(1): 23-29: [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/>

17. Medrano Montero Jacqueline, Carracedo Rabassa Zoraida, Palomino Truit Agustín. Evaluación electrofisiológica de los músculos masticatorios en niños sometidos a terapia de ortodoncia con aparatos funcionales y mioterapia. ccm [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Abr 24] ; 20(1): 67-79. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100007&lng=es

18. Méndez de Varona Yuliet Bárbara, Peña Marrero Yamilet, Lagoa Madeley Julián G, Batista Sánchez Tamara, Carracedo Rabassa Zoraida. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2018 Abr. 24] ; 21(3): 668-677. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300006&lng=es