

Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito

Abnormal deglutition: some considerations on this

Dra. Ledia Martín Zaldivar^I; Dra. Soledad García Peláez^{II}; Dra. Idelbys Expósito Martín^{III}; Dra. Viviana Estrada Verdeja^{IV}; Lic. Yoicet Pérez Llanes^V

I Especialista en I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencia Estomatológica. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Previsora. Camagüey, Cuba. Imz@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Docente La Vigía. Camagüey, Cuba.

III Especialista en I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencia Estomatológica. Profesor Instructor. Hospital Militar Universitario Octavio de la Concepción de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

IV Especialista en I Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencia Estomatológica. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.

V Licenciada en Informática. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la deglución anormal es uno de los hábitos bucales deformantes que más aparece en la población infantil. **Objetivo:** profundizar en el comportamiento, características clínicas y etiopatogenia de la deglución anormal. **Desarrollo:** se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada de diferentes documentos, con el con respecto al comportamiento, características clínicas y etiopatogenia de la deglución anormal. La misma pretende ampliar los conocimientos del personal de estomatología sobre el tema, hacer énfasis en la necesidad de intensificar la labor educativa desde edades tempranas, para prevenir en la comunidad infantil su aparición. **Conclusiones:** este

hábito puede persistir desde el brote de los dientes temporales, asociarse a la respiración bucal, causar trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar, alterar el tono labial y la postura corporal general, siendo por todo lo antes expuesto una de las principales causas de maloclusiones.

DeCS: TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN; DIAGNÓSTICO BUCAL; MALOCLUSIÓN; EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL; LITERATURA DE REVISIÓN COMO ASUNTO

ABSTRACT

Background: abnormal deglutition is one of deforming oral habits that appears the most in the infantile population. **Objective:** to deepen in the behavior, clinical characteristics and etiopathogeny of abnormal deglutition. **Development:** an updated bibliographical research of different documents, with regard to the behavior, clinical characteristics and etiopathogeny of abnormal deglutition was conducted. The present work is intended for increasing the odontology personnel's knowledge on the topic, to make emphasis in the necessity of intensifying the educational work from early ages, to prevent in the infantile community its appearance. **Conclusions:** this habit may persist from the temporary teeth bud, to associate to oral breathing, to cause articulatory disorders, malformation of dental arcades and palate, to alter the labial muscle tone and corporeal posture, which is one of the main malocclusion causes.

DeCS: DEGLUTITION DISORDERS; DIAGNOSIS ORAL; MALOCCLUSION; HEALTH EDUCATION, DENTAL; REVIEW LITERATURE AS TOPIC

INTRODUCCIÓN

Con el avance de la ciencia y la tecnología del siglo XXI, la expectativa y la calidad de vida del hombre aumentan, es por eso que la comunidad odontológica está llamada a mantener una mentalidad preventiva respecto a las enfermedades bucodentales que aparecen. Dentro de las más frecuentes se encuentran las caries, las periodontopatías y las anomalías dentomaxilofaciales.^{1, 2}

Estas anomalías comprenden las alteraciones del crecimiento, desarrollo y fisiología de los diferentes elementos anatómicos que conforman el sistema estomatognático. Como la boca es parte de este sistema, no está ajena a las alteraciones estructurales que pueda presentar y su desarrollo está íntimamente ligado al desarrollo del complejo de

la musculatura bucofacial que la conforma.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de las enfermedades bucales que afectan al ser humano.^{4,5} En América Latina se presentan en el 85% de la población infantil,³ en nuestro país existe un predominio de ellas entre el 43% y 89% en los diferentes grupos de edades, y en Camagüey se aprecian entre el 59.4% y 85.6%, siendo el sexo femenino el más afectado. Por esta razón resulta imprescindible un profundo análisis de la etiología y características de estas anomalías, con el propósito de prevenirlas, controlarlas y corregirlas.^{6,7}

Las maloclusiones son desviaciones de la oclusión en relación con la posición de los dientes; la función deficiente del sistema masticatorio y las irregularidades del crecimiento de todo el macizo facial, tienen origen multicausal, aunque se ha comprobado que existe una interacción entre los factores ambientales y la herencia, los que actúan sobre todo en el periodo de la infancia, siendo los hábitos bucales deformantes la causa más frecuente de su aparición, los que afloran en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años los que aparecen solos o combinados.^{8,9}

DESARROLLO

Los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes.^{9,10} Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal los que sirven de estímulo para el crecimiento de los maxilares, pero los conocidos como perjudiciales o deletéreos resultan preocupantes al estar implicados en las causas de las maloclusiones, en este último grupo se encuentra el hábito de deglución anormal.^{10,11}

La deglución normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, los dientes ocluyen en armonía, la lengua se apoya en el paladar en la zona posterior a los incisivos superiores sin contactarlos y después se establece el movimiento deglutorio.^{11,12}

Los estudios realizados indican que el ciclo de la deglución se produce 590 veces durante un período de 24 horas: 146 ciclos durante las comidas, 394 ciclos entre las comidas cuando se está despierto y 50 ciclos durante el sueño para la deglución de saliva. Los niños degluten menos que los adultos, su promedio es de 600 a 1000 veces por día, mientras los adultos degluten de 2400 a 2600 veces, esto ocurre menos en la noche y más al hablar y al masticar, se plantea que aproximadamente se produce de

litro a litro y medio de saliva por día y que las personas de más edad tienen menos saliva. En ella participan aproximadamente, 30 músculos y seis pares encefálicos.^{12, 13}

Durante los primeros años de vida la deglución es diferente a la que existe en la edad adulta, en ocasiones se pueden observar problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edades maduras, entonces se habla de deglución atípica, anormal o deglución infantil conservada, la que consiste en una posición patológica de la lengua tanto en el momento en que se realiza la deglución, como cuando se encuentra en estado de reposo, debido a una pobre maduración neural del aparato bucal.^{14, 16} También se define como la realización de movimientos inadecuados de la lengua y la musculatura vecina: orbicular de los labios, buccinadores y mentón, para permitir el paso de la saliva y/o alimentos desde la cavidad bucal a la faringe.^{17, 18}

En el recién nacido y durante la primera época de la vida, la lengua debe ocupar una posición anterior, y tiene que adaptarse a una cavidad bucal reducida. En la segunda mitad del primer año de vida, ocurren varios sucesos de maduración que alteran el funcionamiento de la musculatura orofacial.^{17, 19}

Con la erupción de los incisivos la lengua pasa a una posición más retruida y con la oclusión bilateral de los molares, se inicia el aprendizaje de la deglución madura. Gradualmente los músculos del quinto par craneal asumen el papel de estabilizar la mandíbula durante la deglución, al tiempo que lo van abandonando los del séptimo par. Esta transición de deglución inmadura, primaria o infantil a madura, secundaria o adulta ocurre durante varios meses. En la época de recambio dentario, existe aún una lengua desproporcionadamente grande, esto parece que ayuda a mantener los dientes temporales con una buena alineación.^{17, 20}

Cuando los dientes temporales se exfolian, especialmente en el sector anterior, comienza una actividad protrusiva de la punta de la lengua lo que generalmente ocurre de forma temporal y cesa con la erupción de los dientes permanentes, no considerándose en estos casos un hábito pernicioso.^{21, 22}

Con la erupción de los dientes permanentes la punta de la lengua debe colocarse en la parte anterior del paladar por detrás de las caras linguales de los incisivos superiores, cuando esto no ocurre perdura la deglución infantil. Según algunos autores hasta los tres años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución, si esto continúa entonces se crean mordidas abiertas, que pueden ser anteriores (a nivel de incisivos) o posteriores (a nivel de molares).^{23, 24}

En la edad adulta se puede clasificar la deglución según como se realiza en:

Deglución normal, la cual se caracteriza por:^{22, 25}

1. Al tragar los dientes están en contacto.
 2. Mandíbula inferior estabilizada (no se mueve).
 3. La punta de la lengua se coloca contra el paladar, arriba y detrás de los incisivos.
- Contracción mínima de los labios (los labios no se deberían mover al tragar).

Deglución atípica, se caracteriza por: ^{22, 25}

1. Al inicio de la fase deglutoria la lengua se sitúa entre los incisivos, contactando con el labio inferior.
2. Durante la deglución existe un adelantamiento de la lengua con la mandíbula abierta.
3. Cuando hay grandes prognatismos alveolares superiores el labio inferior interviene también en la deglución, colocándose entre los incisivos superiores e inferiores para poder cerrar la cavidad bucal por la parte anterior, unido a una contracción del músculo mentoniano, al mismo tiempo hay una tendencia a llevar los incisivos superiores hacia atrás en linguoversión. Tras esto se crea el movimiento de deglución con un movimiento forzado del labio inferior.

La deglución atípica puede manifestarse con interposición labial y lingual: ²²

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante en el momento de la deglución, hay quienes la consideran como el hábito bucal más frecuente, atribuyéndole una prevalencia del 50% a los seis ó siete años y de menos del 25% a los 16 o 18 años. ^{26, 27}

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre las que se encuentran: ^{28, 29}

- ❖ La succión digital y/o del chupete, provoca el hábito como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
- ❖ Alimentación artificial inadecuada que fuerza al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- ❖ Problemas respiratorios, trae problemas de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
- ❖ Existencia de amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, que por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos fases de la deglución.
- ❖ Macroglosia: obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.

- ❖ Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua
- ❖ Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- ❖ Pérdida prematura de los dientes temporales
- ❖ Tratamiento ortodóncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.

La presencia de este hábito puede ocasionar:

A nivel maxilar: ^{26, 29}

- Vestíbuloversión de los incisivos superiores.
- Prognatismo maxilar.
- Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- Formación de un diastema central.
- Reabsorciones radiculares. Linge afirma que se produce de forma indirecta, debido al aumento del resalte y a la presión constante de la lengua sobre los incisivos.
- Posicionamiento anterior de la lengua.

A nivel mandibular: ^{22, 29}

- Lingualización de los incisivos inferiores. Ocurre cuando la lengua se coloca entre las arcadas separadas y entra en contacto con el labio inferior, que es succionado, produciendo así la inclinación de los incisivos.
- Rotación posterior mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados. .
- Disfunción mandibular.

En la relación entre las arcadas:

- Alteraciones en el plano sagital: algunos autores consideran que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1 .Pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.^{23, 26}
- En el plano vertical: puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta. Según Moyers, ²⁹ está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Por el contrario, la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir, lo mismo ocurre con la

mordida abierta de pacientes con un patrón de deglución infantil mantenido o conservado. En estos últimos, a veces la maloclusión es tan severa que sólo ocluyen sobre un molar en cada cuadrante.³⁰

- En el plano transversal: existen quienes relaciona el hábito con la mordida cruzada posterior. Este autor sugiere que existen dos patrones distintos. En uno la lengua puede estar en posición más alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar. En el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición más baja, lo que permite el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular, dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior.^{25, 31}
- Otras alteraciones: puede ocasionar traba en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa,²⁸ alteraciones fonéticas; (dificultad con las letras M, P, B, F, V .S).^{20, 31}
- En el parodonto: la lengua genera fuerzas altamente lesivas o fuerzas turbantes que se aplican más al eje longitudinal del diente, generalmente muy cerca del borde incisal.³⁰

Después de la pérdida completa de los dientes, la deglución vuelve a ser dominada por los músculos del séptimo par craneal.^{24, 31}

El diagnóstico y tratamiento del hábito de deglución atípica debe ser lo más precoz posible y adaptado a cada uno de los casos.²¹

Se debe realizar un diagnóstico diferencial cuidadoso entre una protracción lingual simple y aquella causada por retención de un patrón infantil de deglución. El pronóstico de una protracción lingual simple suele ser bueno si la alteración de la garganta está resuelta.^{14, 32} Evidentemente el abordaje de un proceso tan complejo y con tan importantes repercusiones para el niño ha de ser interdisciplinario fisioterapeutas, logopedas, neurólogos, foniatras, otorrinolaringólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, nutricionistas y siempre contando con la colaboración y participación de la familia.³²

Para el diagnóstico: en pacientes con hábitos de deglución atípica se debe observar la postura de la lengua mientras la mandíbula está en reposo y durante la deglución; asimismo se debe palpar el músculo temporal. Se debe observar los músculos faciales, ya que ellos no se contraen durante la deglución adulta normal.²⁶ Se debe valorar, el tamaño de la lengua, que puede evaluarse clínicamente comprobando si el paciente puede tocarse el mentón con la punta de la lengua, en los casos de macroglosia, la lengua suele presentar muescas en su periferia y son frecuentes los diastemas.^{17, 18}

Otra posibilidad para el diagnóstico es el análisis cefalométrico de una radiografía lateral, ajustando la exposición para visualizar el tejido blando, para valorar el tamaño de la lengua, se mide la distancia entre la superficie superior de la misma y el techo de la cavidad bucal. El diagnóstico de macroglosia sólo puede hacerse cuando toda la cavidad bucal está llena y siempre respaldada por la evidencia clínica.^{12, 15}

Aunque existe una disparidad de criterios en cuanto al momento preciso de tratar el hábito, muchos autores aconsejan tratar en época de dentición mixta temprana, pues consideran que la persistencia del problema funcional va a agravar las maloclusiones.

15

Entre las posibilidades terapéuticas se encuentran:¹⁶⁻¹⁸

- ❖ Ejercicios miofuncionales de Strang. Aprendizaje de la deglución somática o adulta: Consiste en indicar al paciente donde tiene que colocar la punta de la lengua al tragar, al tiempo que debe mantener los labios y los dientes unidos. Una vez aprendido el nuevo reflejo a nivel consciente, es preciso reforzarlo a nivel subconsciente por lo que se ayudan de diferentes aparatología.²²

- ❖ Aparatos restrictivos:

- Rejilla lingual:
- Arco palatino con bucles anteriores.³³

- ❖ Modificación del entorno oral: es el tratamiento propuesto por aquellos autores que consideran la forma de la arcada como responsable del patrón funcional de la lengua y los labios. Comprende tanto el tratamiento ortodoncico como quirúrgico de la maloclusión.³⁴

- ❖ Glosectomía parcial: es indicada por diversos autores en casos severos en que el paciente presente una gran macroglosia.^{7, 34}

Es importante señalar que el uso de aparatología removible o fija siempre se debe colocar bajo los parámetros de respeto por el niño, su deseo-solicitud y bajo la aceptación y conocimiento de acuerdo a su edad y de los efectos de la misma en su boca.^{31, 35}

Por lo general, estos hábitos que comienzan en la niñez son difícil de eliminar debido a la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que la tarea más importante y en ocasiones compleja del estomatólogo y ortodoncista es tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de ellos; siendo importante, la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padres e hijos.^{20, 30}

Al resolver los hábitos relacionados con la deglución atípica se puede disminuir la frecuencia de ésta afección y por consiguiente las maloclusiones ocasionadas por ella.

^{22, 36} Los profesionales de la salud, deben tener criterios adecuados sobre el correcto manejo de esta afección, y diagnosticar de manera temprana, para interceptar y/o corregir las secuelas que pueden producir. ^{12, 30}

CONCLUSIONES

1. La deglución anormal es el hábito bucal deformante más frecuente en la población infantil.
2. La deglución anormal es una de las principales causas de las maloclusiones; agrava la respiración bucal, produce trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar, y altera el tono labial y la postura corporal general.
3. La deglución anormal debe ser diagnosticada y tratada desde edades tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Gonzáles CM, Hidalgo García CR, Arias Herreras SM, Muñoz Fernández L, Espeso Nápoles N. Diagnostico Educativo sobre Salud Bucal en Escolares. Rev Arch Méd Camaguey [serie en Internet]. 2005 [citado 20 Mayo 2009]; 9(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n3/1025-0255.htm>
2. Aznar Martín T, Galán Gonzáles AF, Martín Castro IM, Domínguez Reyes A. Dental Arch Diameters and relationship to oral habits. Angl Orthodontist. 2005; 76(3):34-8.
3. Paredes Gallardo V, Paredes Censillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr. 2005; 62(3):261-5.
4. León Caballero KM, Maya Hernández B, Vega Galindo M, Mora Pérez C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2007 [citado 12 Feb 2009]; 44(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44-04-07/est03407.htm>>
5. Duque de Estrada Riverón U, Rodríguez Calzadilla A, Coutín Marie G, Gonzáles García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2004 [citada 4 de mayo 2009]; 41(1): [aprox. 1

- p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext8&pid=S0034-750720040001000028&ng=es8&nm=iso>
6. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 4 a 6 años. *Rev Ort.* 2004; 1(4):209-21.
 7. Martínez López P. Macroglosia: Etiología multifactorial, manejo múltiple. *Colomb Med.* 2006; 37(1):67-73.
 8. Villa Franca C, Cueto Suárez F, Cabo Plana M, Fernández Mambrogan JM. Factores etiológicos de anomalías dentomaxilofaciales. *RCDE.* 2006; 6(4):263-6.
 9. Sancho L. Enfermedades bucodentales. Incidencias y riesgo. *Rev Colegio Oficial Odont Estomatol Las Palmas.* 2005; 2:1-3.
 10. Riesgo Cosme Y, Costa Montané D, Rodríguez Fernández S, Crespo Mafan MT, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre". *MEDISAN.* 2010; 14(1):1-5.
 11. Quiñones Ybarra ME, Ferro Benítez PP, Felipe Torres S, Espinosa Gonzáles L, Rodríguez Calzadilla A. Estado Nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. *Rev Cubana Estomatolol.* 2006; 43(3):41-3.
 12. Quiñones Ybarra ME, Ferro Benítez PP, Felipe Torres S, Espinosa Gonzáles L, Rodríguez Calzadilla A. Algunos factores coadyuvantes del bienestar del niño y su relación con la salud bucal. *Rev Cubana de Estomatol.* 2008; 45(3-4):75-7.
 13. Sarabia Aguilar JA. Ortodoncia preventiva: ¿Mito o realidad?. *Rev Mex Odon Clín.* 2006; 1(5):8-9.
 14. Luna Carrillo E. Corrección de maloclusiones clase II en pacientes con dentición mixta y permanente empleando el Forsus Fred. *Rev Samd Milit Mex.* 2008; 62(4):191-7.
 15. Alonso Aguilar OE, Rosales Álvarez Z, Cabrera Cabrera D, Rodríguez Cabrera KM. Relación de las maloclusiones y hábitos bucales con la dislalia. *Rev Avances [serie en Internet].* 2003 [citado 7 dic 2009]; 5(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.citma.pinar.cu/ciget/No.2003-3/dislalia.htm>
 16. Soto cantero L, García Gonzáles B, Gonzáles Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la mioterapia. *Rev Cubana Estomatol.* 2003; 40(3):13-9.

17. Enmerich A, Fonseca L, Elías AM, Vieira de Medeiro V. Relación entre hábitos bucales, alteraciones oronasofaríngeas y maloclusión en niños preescolar en Victoria, Espíritu Santo, Brasil. *Cad Sau Publ.* 2004; 20(3): 4-9.
18. Podadera Valdés Z, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos bucales y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad. *Clínica Docente Osmani Arenado, Pinar del Río. Rev Cubana Estomatol.* 2004; 41(2):25-9.
19. León Caballero KM, Maya Hernández B, Vega Galindo M, Mora Pérez C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. *Rev Cubana Estomatol [serie en Internet].* 2007 [citado 6 abr 2009]; 44(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est03407.htm
20. Netto Mercadante MM. Hábitos en Ortodoncia. En: Vellini- Ferreira F, editor. *Diagnóstico y Planificación Clínica.* Sao Paulo: Editorial Artes Médicas; 2002.p.248-73.
21. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo Rodríguez R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM, et al. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Sosa Rosales MC, editor. *Guías prácticas de Estomatología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.261-340.
22. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Fisiología dentomaxilofacial. En: Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P, editores. *Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica.* 4ta ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984.p.93-100.
23. Reyes Romagosa DE, Rosales Rosales K, Roselló Salcedo O, García Áreas 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.* 2007; 45(3):394-401.
24. Alemán Sánchez PC, Gonzáles Valdés D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol.* 2007; 44(2):19-25.
25. Lima Álvarez M, Romero Zaldivar E, Pérez Cédron RA. Hábitos bucales deformantes en un consultorio médico de la familia en Camagüey, Cuba. *Rev Arch Méd Camagüey [serie en Internet].* 2004 [citado 9 ene 2009]; 8(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n4/928.htm>
26. Ricardo Reyes M. Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana. *MEDISAN.* 2010; 14(1):30-5.

27. Blanco Cedres L, Guerra Martínez E, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevalencia de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta Odontol Venez*. 2005; 45(1): 71-3.
28. Díaz Morrell 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. *Rev Correo Cient Méd Holguín [serie en Internet]*. 2008 [citado 7 dic 2009]; 12(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/pdf/n122ori3.pdf>
29. Moyers RE. Maduración de la estructura orofacial. En: Moyers RE, editor. *Manual de Ortodoncia*. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992.p.118-63.
30. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
31. Lozada García J, Alea Cardero A, Pérez Prada L, León Betancourt EC, Oliveros Noriega-Roldán S. Fuerza labial superior en niños con dentición temporal. *MEDISAN [serie en Internet]*. 2006 [citado 9 ene 2009]; 10(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san03\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san03(esp)06.htm)
32. Gregoret J. Examen Funcional. Deglución. En: Gregoret J, editor. *Ortodoncia y cirugía ortognatica, diagnostico y planificación*. Barcelona: Editorial Publicaciones Médicas; 1997.p.82-9.
33. Bravo Lorenzo D, Pérez Collazo MC, González Borges O, Llorach Duch JF. Generalización del uso del bloqueador lingual en la confección del aparato de ortodoncia Hawley durante 5 años. *Rev Méd Electrón Estomatol [serie en Internet]*. 2006 [citado 9 ene 2009]; 28(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema08.htm>
34. López Rodríguez A, Soto Fernández A, Sarracent Pérez H, Pérez Varela H, Pantoja Valdés D, Muñiz Manzano E. Tratamiento ortodóntico–quirúrgico de una adaquia anterior. *Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]*. 2004 [citado 9 ene 2009]; 41(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200011&lng=&nrm=iso

35. Hill M, Hughes T, Milford C. Tratamiento para las dificultades de la deglución (disfagia) en enfermedades musculares crónicas [monografía en Internet]. Oxford, UK: John & Wiley; 2007 [citado 9 ene 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/disfagia_en_enfermedades.pdf
36. Del Monte Morell JE, Fariñas Cordón MM, Pelletero Reyes BL, Álvarez Infantes E. La respiración bucal y su efecto sobre la morfología dentomaxilofacial. *Corr Med Cient Holg.* 2005; 9(1): 34-5.

Recibido: 25 de mayo de 2010

Aprobado: 29 de septiembre de 2010

Dra. Ledia Martín Zaldivar. Email: lmz@finlay.cmw.sld.cu