



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA
MALOCLUSION EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA**

Reporte de caso clínico

Autores:

Michelle Ríos

C.I 26.781.357

Paul Medina

C.I 27.590.762

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA MALOCLUSION EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA

Reporte de caso clínico

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autores:

Michelle Ríos

C.I 26.781.357

Paul Medina

C.I 27.590.762

Tutora:

Od. Diana Ramos

Tutora Metodológica:

Prof. Smirna Catrillo

San Diego, Mayo de 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por los ciudadanos Michelle Ríos, titular de la cédula de identidad N° 26.781.357 y Paul Medina titular de la cédula de identidad N° 27.590.762 para optar al grado académico de odontólogo, cuyo título es **“HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA MALOCLUSION EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA” Reporte de caso clínico**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, al primero día del mes de Mayo del año dos mil veintidós.

Diana Ramos

C.I. 12.473.636



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO

Diana Ramos, portador(a) de la cédula de identidad N° 12.473.636, en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por el(la) los ciudadano(a) Michelle Ríos y Paul Medina, portador(es) de la cédula de identidad 26.781.357 y 27.590.762 titulado **“HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA MALOCLUSION EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA”** presentado como requisito parcial para optar al título de **ODONTÓLOGO**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

Diana Ramos
C.I. 12.473.636



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado: **"HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA MALOCLUSION EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA"**. Realizado por los ciudadanos Michelle Ríos y Paul Medina, portadores de la cédula de identidad 26.781.357 y 27.590.762. Cursantes de la carrera de ODONTOLGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída su exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Jurado

Nombre: Andrea Scovino

C.I.: 24.553.114

Jurado

Nombre: Janeth Rodriguez

C.I.: 8.844.992

Tutor Académico

Nombre: Diana Ramos

C.I. 12.473.636

Fecha



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy las gracias a Dios y a la virgen por siempre guiarme por el buen camino y darme la sabiduría para llegar al éxito. Gracias a mis padres, Gerardo y María por la buena educación y apoyo incondicional sin ustedes no estaría aquí hoy.

A mis tíos, Licesio y rosa que apoyaron sin dudarlos desde el comienzo y han sido como mis otros padres, gracias por los buenos consejos y la buena educación que me han dado para llegar a esta meta, sin duda alguna este logro se lo debo a ustedes.

A mis primas, que han sido como mis hermanas y siempre me apoyaron en todo.

A Sabrina, gracias por apoyarme siempre a lo largo de esta carrera por ser incondicional y ser parte de este proceso.

A mis futuros colegas, que siempre me tendieron la mano y me ayudaron en toda esta carrera.

Finalmente, gracias a mis tutoras que sin ustedes no habría logrado nada de este proyecto, gracias por siempre ayudarme y apoyarme para lograr este sueño que pronto se convertirá en realidad.

Paul Medina

DEDICATORIA

A mi familia, que desde niño me inculcaron buenos valores y ser siempre un hombre bien, gracias a sus buenos ejemplos y consejos he llegado hasta aquí, sin el apoyo de todos ustedes no hubiese cumplido este sueño.

Paul Medina

AGRADECIMIENTOS

Gracias por siempre, a mi papá Orlando Rios y mi tía Carmen Rios por apoyarme y darme el privilegio de estudiar una carrera universitaria, por todo su amor, esfuerzo, consejos y palabras de aliento, han sido quienes me impulsan a seguir adelante.

A mi familia por ser pilares fundamentales e impulsarme siempre a convertirme en profesional. Nunca dudaron en brindarme su apoyo a lo largo de mi toda mi vida, toda mi admiración y respeto para ustedes.

A José Figuera, mi novio, gracias por las experiencias vividas, conocimientos académicos compartidos y gracias por ser parte de este proyecto final.

A mis pacientes que lo largo de este camino crecimos y aprendimos unos del otro, en especial a mi abuela Cristel de Matheus.

Gracias a mis tutoras por toda la paciencia y el apoyo, sin ustedes no habría logrado nada

Michelle Rios

DEDICATORIA

A mi mamá Denayra Matheus, mis abuelos Regulo Matheus y Orlando Rios, quienes fue mi inspiración, gracias por inculcarme buenos valores. Aunque no me acompañen físicamente, se que donde se encuentren se sienten orgullosos.

Michelle Rios

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Resumen	12
Introducción	14
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	15
Formulación del problema	16
Objetivos de la investigación	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Justificación de la investigación	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
Bases teóricas	18
Bases legales	29
Definición de términos básicos	31
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de investigación	34
Nivel y diseño de la investigación	34
Procedimientos metodológicos	34

CAPÍTULO IV REPORTE DE CASO CLÍNICO

Condición inicial del paciente	36
Análisis del caso	36
Discusión del caso	36

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	37
Recomendaciones	37

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
-----------------------------------	-----------



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

HÁBITOS BUCALES COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA MALOCLUSIÓN EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA

Autor(a): Michelle Rios

Autor(a): Paul Medina

Tutor(a): Diana Ramos

Fecha: Mayo 2022

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general evaluar la relación de los hábitos orales con la maloclusión en el caso clínico, se trata de una investigación de tipo descriptivo de modalidad reporte de caso clínico, donde se realizaron varias investigaciones y se tomó en cuenta un caso clínico de una niña de 10 años de edad que presenta maloclusión por hábitos parafuncionales, el caso se basó en 3 etapas, la primera se trata de análisis y diagnóstico, se pudo concluir que el hábito de succión digital produjo una maloclusión clase II, en la segunda etapa se realizó diseño e instalación de aparatos ortopédicos y por último la tercera etapa que se trata de los controles y evaluación para erradicar el hábito.

Descriptor: Hábitos, succión, maloclusión, preventivo

ABSTRACT

The present research work has as a general objective to evaluate the relationship of oral habits with malocclusion in the clinical case, it is a descriptive investigation of clinical case report modality, where several investigations were carried out and a study was taken into account. clinical case of a 10-year-old girl who presents malocclusion due to parafunctional habits, the case was based on 3 stages, the first one is analysis and diagnosis, it was possible to conclude that the habit of digital suction produced a class II malocclusion, in the second stage was the design and installation of orthopedic devices and finally the third stage which deals with the controls and evaluation to eradicate the habit.

Descriptors: Habits, suction, malocclusion, preventive

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones forman parte de las enfermedades bucales más prevalentes ocupando el tercer lugar. La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: sagital, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general, debido a que son variaciones morfológicas dentofaciales capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su grado de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas.

Dentro de esta investigación se pretendió plantear la problemática y desarrollar los objetivos de la misma, que son expresados en el capítulo I, así mismo fue a lo largo del capítulo II que se tuvo como propósito estudiar y describir teóricamente los cambios oclusales en los diferentes planos, tipos y características, de tal modo que los elementos fundamentales de esta investigación se encontraran debidamente explicados.

Posteriormente, en el capítulo III se describe la metodología que fue utilizada para llevar a cabo los objetivos de estudio, incluyendo diseño, nivel de investigación y procedimiento metodológico. Referente a la discusión del caso clínico es presentado y analizados en el capítulo IV para posteriormente desglosar en el capítulo V las conclusiones de la investigación y detallar brevemente las recomendaciones finales.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Los hábitos orales y los trastornos óseo-dentarios que se observan con frecuencia, generalmente su origen esta apartado de lo que el clínico comúnmente determina en la práctica de consultorio.

Es por esto que, los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores que dan origen a maloclusiones o deformaciones dentó esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño.

Por otra parte, en el estudio de la relación entre deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado de dos colegios. Cabe considerar, que en la actualidad se ha observado una gran prevalencia de los hábitos no fisiológicos, así como maloclusión en la dentición mixta, los cuales pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar mordidas abiertas anteriores y o laterales, protrusiones dentarias, protrusiones dentoalveolares, inhibición en la erupción de uno o varios dientes, entre otros.

Conociendo más acerca de los diferentes hábitos orales y los trastornos que los mismos ocasionan en el sistema estomatognático, los investigadores lograrán entender muchas de las génesis de los problemas óseo-dentarios que observan en la

clínica y hallarán la manera de lograr un tratamiento exitoso que brinde gratificación al paciente, su familia y al profesional de la salud oral.

Es por esto que, debido a la problemática que presenta la población a estudiar, los investigadores se plantean la necesidad de desarrollar una investigación destinada a describir la succión digital como factor predisponente a la maloclusión en niños de dentición mixta. En el marco de estas ideas, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el daño que ocasionan los hábitos orales en la oclusión de la paciente?

1.2 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Evaluar la relación de los hábitos orales con la maloclusión en el caso clínico.

Objetivos Específicos

- Describir las características clínicas del paciente con hábitos orales.
- Identificar el tipo de maloclusión del paciente de dentición mixta.
- Describir los hábitos bucales y sus consecuencias en un caso clínico.

1.3 Justificación de la Investigación

Es de vital importancia la identificación oportuna de hábitos bucales no fisiológicos en la población infantil, con la finalidad de prevenir o intervenir a tiempo algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo de la dentición temporaria y permanente. El odontólogo general debe supervisar el desarrollo armónico de los maxilares, que sucede mientras el paciente mantenga hábitos bucales considerados fisiológicos, como lo son la respiración nasal, succión en el amamantamiento, masticación y deglución de alimentos y saliva.

Así mismo, estos hábitos fisiológicos estimulan el cierre labial lo que permite que los músculos orbiculares de los labios, buccinadores y faríngeos mantengan una presión fisiológica constante sobre los maxilares y los procesos alveolares.

Es por esto que, mediante la prevención se puede obtener el punto de partida para lograr un normal desarrollo y crecimiento craneofacial de los niños en su primera fase de vida. Por tal motivo, es importante fortalecer la educación sobre hábitos bucales y la erradicación de los mismos con el propósito de prevenir las maloclusiones.

Por último, este trabajo será utilizado para incluir a las madres en la educación y el conocimiento sobre las consecuencias que conllevan los hábitos bucales no fisiológicos y la repercusión en la oclusión a largo plazo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico abarca, bases teóricas, sistema de variables, definición de términos básicos, bases legales y sistema de variables, por lo tanto, tiene que ver con una revisión de la literatura extensiva y pertinente enfocada en estudios similares.

“Oclusión es la relación de las arcadas dentarias, es decir de la superior con la inferior. Cualquier alteración en la arcada, tanto en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación del maxilar superior e inferior recibe el nombre de maloclusión” (6), es una patología que se caracteriza por la inexistencia de armonía en el contacto de los dientes superiores con los dientes inferiores. No obstante, “la maloclusión no siempre tiene su origen en los dientes y en los maxilares, muchas veces es la consecuencia o el resultado de una alteración de los huesos del cráneo, de la cara o de estructuras que aparentemente están distantes de los dientes” (6).

Etiología de las maloclusiones

Los sitios etiológicos primarios de las maloclusiones son: el Sistema Neuromuscular, Hueso, Dientes y Partes Blandas (2).

Sistema neuromuscular:

Sistema neuromuscular juega un papel importante en la etiología de la deformidad dentofacial por los efectos de las contracciones reflejas en el esqueleto óseo y la dentición. Los huesos y los dientes son afectados por actividades funcionales de la región orofacial. Algunos patrones de contracción neuromuscular son adaptables a los desequilibrios esqueléticos o a las malposiciones dentarias, otros

son el factor primario. Los patrones de contracción desequilibrante son una parte significativa de casi todas las maloclusiones (2).

El hueso

Debido a que los huesos de la cara (especialmente el maxilar superior y la mandíbula) sirven como bases para los arcos dentarios, las variaciones en su morfología o crecimiento pueden alterar las relaciones dentales y el funcionamiento oclusal. Muchas de las maloclusiones graves más comunes son el resultado de desequilibrios esqueléticos craneofaciales(2).

Los dientes

Por su parte, las variaciones marcadas en tamaño, forma, número o posición de los dientes, pueden producir maloclusión. Uno de los problemas más frecuentes es el de los dientes demasiado grandes para el tamaño de los arcos en que se encuentran o arcos demasiado pequeños para los dientes que contienen. (2).

Las partes blandas (excluyendo el músculo)

La maloclusión puede resultar también, de la enfermedad periodontal o la pérdida del aparato de inserción, y de la variedad de lesiones de los tejidos blandos, incluyendo las estructuras de la articulación temporomandibular (2).

Relación de Factores Genéticos y maloclusion

Es indudable la influencia genética en la morfogénesis craneofacial y hay suficientes datos epidemiológicos y clínicos para poder aseverar que ciertas maloclusiones tienen un fuerte componente hereditario. La observación clínica de los pacientes, de sus hermanos, de sus progenitores, conduce a la idea de que la herencia juega un papel importante en la estructura craneofacial y dental de las maloclusiones (2).

La mayoría de las maloclusiones esqueléticas moderadas suelen ser el resultado de un patrón heredado, excepto las que ya se conoce su etiología (defectos en el desarrollo embriológico, traumas e influencias ambientales). Como en la mayoría

de las Clase II que suele existir un patrón heredado de déficit mandibular o en los de Clase III que existe tendencia familiar y racial, y en los problemas de excesos verticales. Estas maloclusiones esqueléticas heredadas, pueden ser más severas si presentan factores ambientales. Sobre el factor herencia, se ha encontrado que sólo se podría actuar con la detección precoz y el consejo genético, aunque en un futuro y según los descubrimientos del genoma humano, será posible influir a nivel genético para prevenir las maloclusiones (2).

Relación de Factores Ambientales y maloclusión

“Proffit en 1993 afirmó que existen factores externos que pueden afectar la situación de equilibrio en la que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas y que el efecto de una fuerza ambiental depende de su duración y no de su intensidad. Lo que significa que cualquier tipo de fuerza que no actúe de forma constante un mínimo de unas seis horas sea cual sea la magnitud de la fuerza, no implicarán sobre la dentición porque no alterará la situación de equilibrio de los dientes. Una de las causas ambientales de maloclusión la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normales de dientes y maxilares” (2).

“Van der Linden, Boersma 1987, Larsson, Dahlin 1985 y Baer, Lestrer en 1987 hablaron sobre el posible efecto que el ambiente ha tenido sobre el sistema estomatognático con el paso del tiempo parece evidenciarse cuando se comparan la prevalencia de maloclusiones en la actualidad con la de poblaciones primitivas o contemporáneas sin un estilo de vida de sociedad urbana industrializada.”(2).

“Canut en el 2000 revisó brevemente algunas posibles influencias de tipo ambiental: Hábitos de la musculatura orofacial conocidos como etiológicos de algunas maloclusiones, incluyen succión digital, empuje lingual, succión del labio y posturas anormales de la lengua.

La enfermedad nasofaríngea y la función respiratoria perturbada pueden producir respiración bucal y morfología craneofacial alterada.

La caries es una causa significativa de algunas maloclusiones resultantes de la pérdida prematura de dientes primarios, el corrimiento y erupción precoz de los dientes permanentes, traumatismos y patologías tumorales y quísticas” (2), especialmente la caries de infancia se ha relacionado a este tipo de alteraciones.

Relación de los Hábitos Orales la maloclusion

La causa ambiental de maloclusión más importante, la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normal de dientes y maxilares (2).

Un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente” (3), “Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden 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, inmadurez emocional (9).

Clasificación de los hábitos orales:

Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, masticación y deglución (3).

Hábitos No Fisiológicos: son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos se encuentra la succión digital la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica” (3).

Existen factores que están ampliamente relacionados con la modificación de los hábitos, tales como la frecuencia, si tiene aparición intermitente (diurno) o continuos (nocturnos) y la duración, que se clasifica en:

- Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos (3).
- Pre-escolar: (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos (3).
- Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas (3).

La Intensidad, también juega un papel determinante en el efecto del hábito, cuando es de poca intensidad, presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo, si es Intensa, se ha reportado contracción del músculo buccinador fácilmente apreciable.

Tipos de hábitos orales

- Deglución atípica: Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo” (3).

- **Succión digital:** Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. La Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y la presión que ejerce la mano y el brazo conduce a una mordida cruzada unilateral por desviación de la mandíbula (3).
- **Succión labial:** Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior (3).
- **Onicofagia:** El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. En algunos casos se observa intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores (3).

- **Bruxismo:** Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche. Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo-mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo. También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando fascias maseterinas(3).
- **Respiración oral:** Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros (3). “Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos (3) :

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a que nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral (3).

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre (3).

La clasificación de maloclusión de Angle, es la más utilizada hasta nuestros días, es muy práctica y sencilla de utilizar. Esta clasificación ha sido calificada de incompleta porque no clasifica en sentido vertical y transversal, lo cual no es del todo correcto. Si se revisa con cuidado el texto original de Angle, él ya daba características muy completas de la maloclusión como formas de arcadas, sobremordidas, inclinaciones dentarias, relaciones maxilares, relaciones labiales y neuromusculares, sólo que no especificó cuáles eran en sentido vertical y transversal.

Disgnacias sagitales

- **Clase I**

Presenta normoclusión, la cúspide mesobucal de los primeros molares superiores articulan en la fisura mesobucal de los primeros molares inferiores, siempre y cuando no existan migraciones. Las alteraciones se presentan en la parte anterior. Sin embargo, puede existir entre otras:

Normoclusiones con protrusión superior: el problema sólo está en los incisivos superiores, están en vestibuloversión. Pueden haber maloclusiones de incisivos, caninos y bicuspides. El perfil es recto.

- **Clase II**

Los primeros molares inferiores están distales a los primeros molares superiores. El maxilar superior puede estar normal o grande, y el maxilar inferior pequeño, el perfil es convexo.

División 1 Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. División 2 Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores

- **Clase III**

Es una disgnacia con mesocclusión, donde existe una relación mesial del primer molar inferior con respecto al primer molar superior.

- **Biprotrusión**

Maxilar superior e inferior, grandes o a veces normales, con inclinación notoria de los incisivos superiores e inferiores hacia adelante, lo cual será una biprotrusión de tipo dentoalveolar. La biprotrusión está asociada a una característica étnica, este signo se considera normal.

- **Biretrusión**

Maxilar superior e inferior, pequeños o a veces normales, con inclinación notoria de los incisivos superiores e inferiores hacia lingual, lo cual será una biretrusión de tipo dentoalveolar.

Disgnacias transversales

- **Diastema**

Puede ser superior o inferior. Es sinónimo de mordida en tijera o telescópica. Puede ser del maxilar que cubre completamente al inferior o también llamada “Síndrome de Brodie”. La mordida en tijera puede existir en un sólo diente.

Disgnacias verticales

- **Mordida abierta anterior**

Entre los seis y ocho años, puede ser normal o transicional mientras terminan de erupcionar los incisivos permanentes, pero si se consolida se vuelve patológica.

- **Mordida abierta posterior**

Se presenta entre los nueve y trece años, puede ser normal mientras terminan de erupcionar los premolares y caninos permanentes.

- **Mordida profunda**

Se presenta cuando los incisivos superiores cubren más de tres milímetros a los inferiores.

Tipos de aparatología

Placa Activa

Entre los aparatos de ortopedia maxilar podríamos considerarlo como el más versátil, dado que o solo puede realizar correctos movimientos dentarios, sino modificaciones que pueden llevar al correcto logro total de un tratamiento; pero tenemos que agregar que fueron estas grandes posibilidades lo que en muchas oportunidades permitió el abuso de sus virtudes no logrando hacer un trabajo correcto. Creemos que utilizando esta técnica tenemos que realizar un minucioso diagnóstico, dado que él será el causal del éxito o fracaso.

Para su mejor aprovechamiento, se tendrán que tener en cuenta todos los conceptos aplicables a los aparatos funcionales y con un buen conocimiento y desarrollo.

La expansión superior tiene siempre mejor respuesta que la inferior, el tornillo transversal actúa en forma más efectiva, que en cualquier otra posición.

Consideramos que el maxilar superior por su anatomía y por su origen embrionario es susceptible de mejores y más amplias modificaciones que el inferior.

La expansión lenta del maxilar superior luego de una buena contención no es recidivante, pero durante el tratamiento sí, y tiene poca estabilidad.

Toda expansión sea alveolar, sutura o cualquier movimiento dentario por medio de resortes o tornillos deberá ser lenta, con periodos de activación rápida, permitiendo la adaptación de la estructura de soporte como de las funciones; la respuesta nos los dará el mismo paciente.

Si la activación quincenal es regla, tendremos periodos en nuestros pacientes en que podría acortarse, mientras que en otros deberían alargarse porque la respuesta no es la deseada.

Todo trabajo en el maxilar inferior es más lento y limitado que en el maxilar superior; su morfología constitucional y su origen nos lo recuerdan; esta expansión siempre es más limitada y recidivante, por lo que la contención de la misma es más prolongada.

Cuando es una expansión activa, con activación quincenal, de un cuarto de ajuste, da una pronta recidiva, si por cualquier motivo se deja de usar la placa, se retrocede un cuarto por día que no lo utilizo.

La expansión es factible de realizar hasta los 9 años, más o menos. Los caninos inferiores temporarios son buenos anclajes para toda expansión; estos medios terapéuticos inferiores deberán tener correspondientes retenedores, para que la expansión sea efectiva. La acción de cualquier resorte provoca un distalamiento de la misma: esto provoca un retroceso del tratamiento y de la alineación pudiendo hasta provocar retro-inclinaciones dentarias.

Siempre es conveniente aprovechar la fuerza expansiva, no solo por la acción dada por el tornillo en forma directa, sino que en el movimiento que realiza cada

hemi-placa, es utilizado para alineaciones dentarias, que por la contraposición del arco en forma de cumpla puede corregir giroversiones, pueden abrir espacios, alinear dientes; estos movimientos son lentos, pudiendo ser aconsejable el agregado de resortes que pueden ir aprovechando los diastemas.

Todo movimiento dentario y alveolodentario realizado con tornillo de sector, que tome uno o más dientes, será activado lentamente, porque su respuesta no actúa sobre una sutura, sino que lo realiza sobre el hueso, en el que asientan mecanismos de remodelación, y tiene la lentitud de remodelación, y tiene la lentitud de todo proceso, en el que un órgano se adapta a una nueva fuerza o a una nueva posición.

Aparatología Bimler

Este aparato permite el movimiento de lateralidad del maxilar inferior. Por un concepto de construcción alámbrica, verdadera genialidad de su autor, dando movimiento y función lingual, utilizando este grupo muscular, haciendo que pueda ser usado mayor cantidad de horas durante el día y que siendo un aparato pasivo, la actividad bucal natural y estimulada por él, lo transforma en dinámico, motivo por el cual también se llama dinámico-funcional.

Existen tres tipos de aparatos destinados a las clásicas clases de Angle y que llama el standard, para Clase I y II, División 1 Deckbiss, División 2 el Progenie para la Clase III.

Bimler Standard

El aparato tipo es el modelador standard, pero todos ellos se componen de un aparato superior y otro inferior, unidos dorsalmente por dos alambres que permiten una libertad de movimientos maxilares inferior y la readaptación de los mismos a medida que se va obteniendo la corrección.

Con el Bimler se obtienen los movimientos necesarios en los tres sentidos del espacio: expansión transversal, protrusión o retrusión de los incisivos tanto superiores

como inferiores, intraversión de incisivos inferiores y extraversión de molares, así como el cambio o salto de las oclusiones en las Clases II, División 1.

Bases Legales

Las bases legales que fundamentan esta investigación son: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en especial el siguiente artículo:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. También se tomará en cuenta la Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente, de la Gaceta Oficial N° 5.266 Extraordinario del 02 de octubre de 1998 donde se pondrá especial atención a los siguientes artículos:

Artículo 3°: Principio de Igualdad y no Discriminación. Las disposiciones de esta Ley se aplican por igual a todos los niños y adolescentes, sin discriminación carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud Artículo 43°: Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias. Siguiendo este orden

de ideas a continuación se utilizarán los siguientes artículos del Código Deodontológico de odontología.

Artículo 62°: El Odontólogo que desea hacer un trabajo de investigación, comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a pacientes, procedimientos o regímenes odontológicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, deberá presentar su plan de trabajo al Odontólogo-jefe responsable de aquella dependencia y solicitar autorización. Es deber del Odontólogo-jefe otorgar la autorización, siempre que considere que el propósito no perjudicará física o mentalmente a los pacientes o alterará la disciplina de dichas dependencias. Tanto el Odontólogo investigador, como el Odontólogo-jefe podrían acudir al Instituto de Investigaciones de cualquier Universidad Nacional como apoyo a la argumentación, o como árbitro si hubiere discrepancia.

Artículo 63°: El Odontólogo que ejerce en un Centro Asistencial puede utilizar el archivo de Historias Clínicas de la Institución con fines de estudio o de investigación. En el informe, presentación o publicación de su trabajo debe mencionar el servicio a que corresponde. Cuando la documentación pertenece a otro Centro Asistencial, debe solicitar previamente la autorización escrita de la Dirección y del Jefe del Departamento o Servicio.

Artículo 100°: La investigación en niños se limitará preferiblemente a las enfermedades propias de la infancia y de aquellas condiciones a las cuales los niños son particularmente susceptibles. Se considera imprescindible el consentimiento de los padres o representantes legales, dado por escrito, luego de pormenorizada explicación de los objetivos de la investigación y de los riesgos o molestias.

Definiciones de Términos

Apiñamiento dental: Es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuente de la población. Los dientes en este caso aparecen montados o solapados unos sobre otros.

Anomalías: Desviación de la normalidad

Diente: Cada uno de las estructuras engastadas en los alveolos de los maxilares que se utilizan para masticar.

Dentición primaria: Cada uno de los 20 dientes de la primera dentición, los primeros dientes deciduos aparecen aproximadamente a los 6 meses.

Dentición permanente: Cada uno de los 32 dientes que constituyen la dentición normal de un adulto.

Distal: Termino anatómico para referirte a la estructura situada en las partes más alejadas o distantes de un centro, origen o punto de referencia, opuesto a proximal.

Mesial: Formado por la cara proximal del diente acercándose más a la línea media.

Lingual: Relativo o perteneciente a la lengua.

Palatino: Cara del diente perteneciente o relativo al paladar

Prognatismo: Es una relación en que la mandíbula y/o los dientes inferiores se hallan adelantados con respecto al maxilar superior.

Retronatismo: Es una relación en que la mandíbula y/o los dientes inferiores se hallan retrasados con respecto al maxilar superior.

Mordida abierta: Cuando al contactar los dientes superiores contra los inferiores queda un espacio entre ambos dificultando el sellado de los labios, se habla de mordida abierta.

Mordida profunda: Los dientes superiores cubren a los inferiores de manera parcial o total.

Overjet: Es la medida de la relación horizontal de los dientes frontales superiores e inferiores.

Overbite: La extensión de los incisivos superiores sobre los inferiores verticalmente cuando los dientes antagonistas posteriores están en contacto.

Tornillo de expansión: Tornillo con soporte enhebrado portador de una placa u otra parte que lleva la carga. Este aparato es usado en ortodoncia para la separación o aproximación de dientes o segmentos de los maxilares.

Disgnacias: Es la pérdida del equilibrio morfo-funcional y estético del órgano bucal, por lo tanto, se aplica no solo a las irregularidades de posición de las piezas dentales y de la oclusión, sino también a las alteraciones de forma del macizo cráneo facial, ATM y músculos.

Tabla de operalización de variables

Objetivo General: Evaluar el tipo de maloclusión en el paciente con hábitos orales				
Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	# de ítems
1- Características Clínicas	Conjunto de elementos que definen y describen al paciente	Descriptivo del paciente	Edad, Sexo, Raza, Procedencia	Punto #1
2- Hábitos bucales	Circunstancias que ocurren a nivel bucal bien sean conscientes o no	Fisiológicos o parafuncionales	Posición de la lengua, onicofagia, queilofagia, deglución atípica, respirador bucal	Punto #2

3- Maloclusiones	Posición de las arcadas dentales entre sí que disten de la oclusión ideal	Clase I, II o III	Normoclusión, retrusión mandibular o protusión mandibular respecto a la Llave de Angle Molar	Punto #3
------------------	---	-------------------	--	----------

Fuente: Ríos y Medina (2022)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Dentro de este conjunto se describe la metodología a usar para la realización de un análisis acerca del problema planteado, a través de la una investigación que incluye un caso clínico.

Diseño de la investigación.

Para el logro de los objetivos, es de tipo descriptiva, modalidad reporte de caso clínico (16). Ya que se analizó a la paciente para determinar el tipo de maloclusión de la relación con los hábitos parafuncionales.

Nivel de la Investigación

De acuerdo con el nivel de profundidad de la investigación el estudio se enmarcará en la modalidad descriptiva, esta busca especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio. Hernández, Fernández y Baptista 2017 señalan que permiten caracterizar situaciones, o cualquier fenómeno según sus propiedades o atributos (16).

Procedimiento Metodológico

Primera Etapa

Se realizó una evaluación que incluyo, examen clínico que incluye examen intrabucal y extrabucal, examen radiográfico, que incluye radiografía panorámica, cefálica y toma de modelos de estudios.

Segunda Etapa

Para su evaluación y análisis clínico se utilizaron los siguientes materiales:

- Espejo, pinza y explorador
- Cubetas metálicas, taza de goma y espátula
- Retractor labial

- Alginato
- Yeso
- Gasas
- Algodones

Tercera Etapa

Para este caso de maloclusion se tomó como criterio el hábito parafuncional de la paciente y los datos personales.

CAPÍTULO IV

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Condición inicial del paciente

Paciente femenina de 10 años, acude a consulta odontológica presentando inconformidad con su estética dental. El paciente refirió no presentar enfermedades sistémicas, ni antecedentes personales relevantes, presentando succión digital como hábito bucal. En el examen clínico, se observó diastemas en dientes anterosuperiores y apiñamiento de dientes anteroinferiores. En el examen radiográfico panorámico se observó imagen radiopaca y radiolúcida compatible con germen en proceso de erupción.

Análisis del caso:

Análisis extrabucal:

- Paciente asimétrico
- Ojo derecho más bajo.
- Ala de la nariz derecha más pequeña.
- Labio inferior lado derecho más voluminoso.
- Forma de la cara ovalada



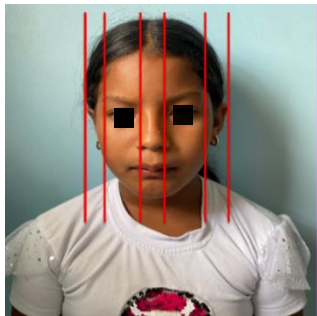
A) Simetría



B) Forma de la cara. Ovalada

Análisis de quintos

- QUINTO 1: 15mm
- QUINTO 2: 18mm
- QUINTO 3: 22mm
- QUINTO 4: 19mm
- QUINTO 5: 21mm

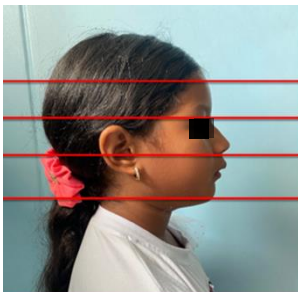


A) Quintos

- Quintos asimétrico
- Distancia intercantal no coincide con ancho nasal.
- Ancho bucal es igual a la distancia entre ambos limbus mediales oculares

Análisis de tercios:

- Tercio medio: 32mm, aumentado.
- Tercio inferior: 43mm, disminuido.



- Valor del paciente: 75mm

A) Tercios

Análisis intrabucal:

- Clase II dentaria subdivisión 2.
- Relación canina Clase II derecha – Clase I izquierda.
- Desviación de la línea media inferior de 3mm hacia la derecha.
- Mordida Profunda.
- Desviación de la línea media inferior de 3mm hacia la derecha.



A) Vestibular



B) Lateral Derecha



C) Lateral Izquierda



D) Oclusal inferior



E) Oclusal superior

Análisis del modelo en yeso:

- Clase II dentaria subdivisión 2 derecha
 - Clase II dentaria subdivisión 2 izquierda



A) Lateral derecha



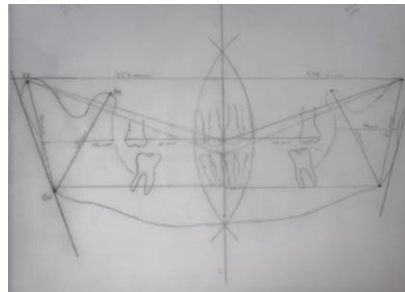
B) Lateral Izquierda

Análisis panorámico:

- Paciente asimétrico, lado de trabajo (derecho), lado de balance (izquierdo).
Línea media NO coincide. ´



A) Radiografía panorámica



B) Análisis panorámico

Análisis cefalométrico:

- Para obtener estos resultados se realizaron los siguientes análisis: Análisis de Ricketts, Steiner, Jarabak, McNamara. Dando como resultado Protrusión maxilar. Protrusión mandibular. Clase II ósea. Incisivos pro inclinados. Proinclinación de IS. Retro inclinación del II. Retrusión del II. Longitud de mandíbula disminuida.

Dimensión vertical disminuida. Crecimiento horizontal branquifacial. Supra oclusión. Protrusión del labio superior. Retrusión del labio Inferior. Perfil convexo



A) Radiografía cefálica



B) Análisis cefálico

Diagnóstico y plan de tratamiento:

Fase 1: Diagnostico donde se tomaron en cuenta los problemas de la paciente, entre las cuales identificamos succión digital, oclusión clase II molar, clase II esquelética, línea media desviada y overbite aumentado.

Fase 2: Una vez obtenido el diagnostico, se planificaron los objetivos del tratamiento a seguir; erradicar el hábito de digitosucción, normoclusión, guiar el crecimiento a clase I, corrección de línea media y corrección de overbite. Instalando la aparatología ortopédica Bimler tipo A.



Fase 3: Controles ortopédicos, para evaluar si se erradicó el hábito.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

Conclusiones

Luego de la evaluación retrospectiva del paciente mediante el caso clínico se encontró dentro de los hábitos más comunes se describieron la succión digital y también se identificó que la paciente presenta mordida profunda. Respecto al tipo de maloclusión se encontró que la paciente es Clase II.

Con el fin de relacionar los hábitos bucales y las maloclusiones dentales se puede concluir que en efecto el establecimiento de un hábito parafuncional tiene como consecuencia una maloclusión dental, la cual es probable que se agrave con el paso del tiempo si el paciente no erradica el hábito o si no se atiende preventiva y correctivamente a través de ortopedia funcional para evitar la deformación maxilar.

Recomendaciones

Una vez establecidas las conclusiones surgen ciertas recomendaciones que se orientan a los estudiantes de odontología, gremio odontológico e investigadores en general.

- Se recomienda continuar realizando investigaciones que permitan evaluar las condiciones de maloclusión de mayor frecuencia en pacientes con dentición mixta
- Sugerirle la educación preventiva al ambiente familiar del niño para erradicar y prevenir hábitos bucales parafuncionales
- Es posible recomendar la evaluación minuciosa del hábito respecto a su período de evolución y duración en el tiempo
- Ante un niño con hábitos parafuncionales es preciso establecer un plan de tratamiento que involucre la ortopedia funcional de los maxilares para

prevenir severidad en la maloclusión una vez el niño pase a dentición permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Mexicana de Ortopedia (2009). Ortopedia Maxilar. [Documento en línea, consultado en Junio 2019]. Disponible en: <http://www.amom.com.mx/amoinfo4.htm>.
2. Cueto A, Fernández R. Efectividad del Equiplán en el tratamiento de la mordida profunda. Rev Haban Cienc Med 2014; 13:1-2.
3. Orellana M, Galván L, González J, Nava J, Nava N, Orellana J. Ortopedia funcional de los maxilares a través de la rehabilitación neurooclusal. Revisión de literatura. Acta Odontol Venez 2015; 53:2.
4. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontol Venez 2010; 48:1.
5. Alcívar (2018). Tratamiento Basado en Ortopedia Funcional de los Maxilares, a través de Bimler A en Pacientes Pediátricos Clase II Division 1 (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
6. Batista N, Llanes M, Armas L, Navarro L. Rev Haban Cienc Med 2016; 16:176-187.
7. Scrib (2019). Concepto de maloclusión. [Documento en línea, consultado en Junio 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/114536548/Concepto-de-maloclusion#logout>
8. Galante R, Da Silva L. Perfil epidemiológico y necesidad de tratamiento integral de los pacientes del Postgrado de Odontopediatria, Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, Caracas. Acta Odontol Venez 2016; 54:2.
9. Ugalde M. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev ADM 2007; 64:3.

10. Rodríguez (2017). Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
11. Silva (2019). Corrección temprana de maloclusiones con ortopedia maxilar (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
12. Grohmann. Aparatología en Ortopedia Funcional. Primera Edicion. Alemania: Amolca, 2002.
13. Quirós. Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Segunda Edicion. Venezuela: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamericana 2000.
14. Hurtado. Ortopedia Maxilar Integral. Primera Edicion. Editorial Ecoe Ediciones Ltda. Colombia, 2012.
15. Guardo C. Ortopedia Maxilar Atlas Practico. Primera Edicion. Venezuela: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamericana.
16. Arias F. El proyecto de investigación. Sexta Edición. Editorial Episteme. Caracas. 2012.
17. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. 5ta Edición (Venezuela): FEDEUPEL; 2016.
18. Mesa R, Medrano M. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico 'Máximo Gómez'. Correo Científico Médico 2017; 21 (2): 456-467
19. Lima I, Rodríguez S, García G. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol 2019; 56 (2): 1-14
20. Arteaga S, Chusino E, Carrasco M, Bravos D. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 2019; 3(6): 207-216
21. Herrero S, Arias M. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Mul Med 2019; 23 (3): 580-59.

