

Clínica Estomatológica Docente "Raúl González Sánchez"
San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba

Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo

Dentomaxilofacial anomalies and its risk factors

Pedro Carlos Alemán Sánchez^I, Damaris González Valdés^{II}, Rebeca Bárbara Concepción Acosta^{III}

^I Especialista Segundo Grado en Ortodoncia. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. e.mail: alesan@infomed.sld.cu

^{II} Especialista Segundo Grado en Ortodoncia. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. e.mail: alesan@infomed.sld.cu

^{III} Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Master en Salud Bucal Comunitaria. e.mail: rbacosta@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la deformidad dentomaxilofacial es una afección del desarrollo; en la mayoría de los casos, no se debe a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal.

Objetivo: actualizar conocimientos sobre la influencia de factores de riesgo en la producción de anomalías dentomaxilofaciales.

Material y Métodos: se realizó una búsqueda en la literatura nacional e internacional en formato digital, utilizando las bases de datos de infomed y Memorias de Congresos Internacionales realizados en Cuba como fuente de información. Los criterios de búsqueda empleados establecieron un período de 5 años hasta la actualidad utilizando además literatura de años anteriores de valor para esta investigación. Se consultaron un total de 96 y se seleccionaron 25 artículos.

Resultados: se considera que muy pocas de las maloclusiones son prevenibles, pero 25% de estas pueden ser interceptadas. Estudios en Latinoamérica y el mundo reflejan que 66.0% practican hábitos bucales deformantes en Chile; 25,5% en la India que coinciden con estudios en Ciego de Ávila, Artemisa y Mayabeque pudiendo tener variaciones en diferentes áreas geográficas y la influencia de otros factores que también se observan en nuestro país.

Conclusiones: tenemos una gran responsabilidad, no solo con la corrección morfológica maxilar y dentoalveolar; sino también, en la detección de las causas de la alteración con el fin de eliminarlas lo más temprano posible y elevar la calidad de vida de los infantes.

Palabras clave: anomalías dentomaxilofaciales, factor de riesgo, maloclusiones, hábitos bucales deformantes, corrección morfológica maxilar.

ABSTRACT

Introduction: the Dentomaxilofacial deformity is an affection of the development, in most cases, is not due to pathological processes, but to a moderate distortion of the normal development.

Objective: update knowledge about the influence of risk factors in the production of Dentomaxilofacial anomalies.

Material and Methods: it was carried out a search in the national and international literature digital format edited, using the infomed databases and Memories of International Congresses carried out in Cuba like source of information. The used search approaches included from the previous 5 years up to now also we used the literature of years previous with important information for the goals of this research. The search included a total of 96 articles from them 25 were selected.

Results: it is considered that very few of the maloclusiones are prevented, but 25% can be intercepted. Studies in Latin America and the World reflect that the practices of buccal deformed habits, in Chile included 60%, in the Indian was coincident with the studies in Ciego de Ávila, Artemisa and Mayabeque were coincident with the Indian study where 25.5% of such habits were found, variations might be possible because different geographical areas and the influence of other factors that are also observed in our country.

Conclusions: we have a great responsibility, non-single with the morphological maxillary correction and dent alveolar; but also, in the detection of the alteration´s causes to be eliminate the as early as possible and improve quality of life.

Key words: dentomaxilofacial anomalies, risk factors, malocclusions, buccal deformed habits, morphological correction maxillary.

INTRODUCCIÓN

La deformidad dentomaxilofacial es una afección del desarrollo; en la mayoría de los casos, no se debe a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. En ocasiones es posible constatar la existencia de una causa específica, generalmente son el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo.¹

Hace veinticuatro siglos en Grecia fue donde se dio un mayor impulso a la Medicina, estando Hipócrates entre los primeros en comentar sobre la deformidad cráneo-

facial. En los escritos de Hipócrates, Aristóteles y Solón se nombran la erupción, función, colocación y tratamiento de los dientes.²

La evaluación de la etiología es la llave del plan de tratamiento. Este es más etiológico que sintomático. A principios de siglo, se decía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente, hoy se ha descubierto que es debido a una interacción entre los factores ambientales y la herencia. Con frecuencia la etiología de estas alteraciones es difícil de identificar y es multifactorial. Esa interacción puede potenciar, aliviar, camuflar e incluso hacer desaparecer una maloclusión.³

Para que una anomalía dentomaxilofacial se presente, se requieren tres factores primarios: el agente causal, el huésped susceptible y el ambiente propicio. Esto sumado al factor tiempo como último elemento determinante de la tetrada epidemiológica.⁴

El estudio de los principales factores de riesgo de las anomalías dentomaxilofaciales en edades tempranas, la profundización y actualización de esta temática tanto a nivel nacional como internacional nos permite asumir posteriormente una dirección adecuada al elaborar programas preventivos concretos dirigidos al control de los mismos, con vistas a disminuir en una buena medida la aparición de disturbios en el desarrollo de nuestros niños, y elevar así su nivel de salud.

OBJETIVO

Actualizar conocimientos sobre la influencia de factores de riesgo en la producción de anomalías dentomaxilofaciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en la literatura nacional e internacional en formato digital, utilizando las bases de datos de infomed y las memorias de Congresos internacionales realizados en Cuba como fuente de información. Los criterios de búsqueda empleados establecieron un período de 5 años hasta la actualidad, aplicando además literatura de años anteriores de valor para esta investigación, tanto en idioma español como inglés.

DESARROLLO

Atención primaria en Estomatología con enfoque de riesgo

El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en este período.⁵

La salud es un derecho humano universal, un inestimable bien social, sus acciones trascienden las fronteras del denominado sector salud teniendo la comunidad en relación con el cuidado de su salud todo el derecho y la obligación de participar

individual y colectivamente en la planificación y ejecución de sus cuidados sanitarios. La salud exige bienestar físico, mental y social, un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, descanso y recreación.⁶

Los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado, ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y la comunidad total.⁷

La prevención desempeña un papel fundamental destinado a evitar las maloclusiones, teniendo un objetivo fundamentalmente profiláctico. Comprende el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático; el empleo de mantenedores de espacio en casos de extracción prematura de dientes temporales; la extracción de supernumerarios o cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes u otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.⁸

Factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales

Fernandez CM⁹ en su estudio en La Habana en el municipio Plaza de la Revolución detectó factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en 64,8 % de los niños entre 6 y 8 años. Observó que 75,8 % de los niños tenían alterado el sistema neuromuscular; 30,4 % presentaron extracciones prematuras de dientes temporales y 4 % de interferencias dentarias. Los hábitos de mayor prevalencia fueron la deglución infantil, succión digital y respiración bucal. Plantea que no hay soporte científico para responsabilizar a la función lingual como causa única en la producción de anomalías de posición y dirección de los dientes y maxilares, ya que es difícil determinar si la proyección o empuje lingual es la causa primaria de la anomalías o por el contrario, es el resultado de factores genéticos que alteran el normal crecimiento del sistema orofacial.

Por otra parte en un estudio realizado en Villa Clara, se observa la succión digital en 25 % y 25,5 % observado en la actual Artemisa y Mayabeque (provincia Habana anteriormente).²

En Ciego de Ávila en las áreas de salud Venezuela y Florencia, y en Granma se realizaron estudios donde encontraron una asociación significativa entre la aparición de anomalías y los hábitos bucales deformantes, dentro de ellos la succión digital y la lengua protráctil.³

Los traumatismos pueden ser prenatales, perinatales o postnatales. En el trauma postnatal influyen fracturas de maxilares y dientes, y además los hábitos. Hay ciertos hábitos que contribuyen a una pobre función muscular como la succión de labios, lengua, así como todos los hábitos o parafunciones que pueden ocasionar un cambio en la forma.¹⁰

Por la falta de desgaste en las superficies oclusales es posible que se produzcan interferencias dentarias y es muy frecuente que, el primer contacto que condiciona la oclusión céntrica no sea la máxima intercuspidadación, y la mandíbula se desplace hacia delante, derecha o izquierda hasta encontrar la máxima intercuspidadación. Entonces existe una oclusión patológica. En todo fallo en el funcionamiento del sistema, debe explorarse la articulación temporomandibular, que activa un sistema de alarma de que algo anda mal en él, y que se manifiesta por dolor, ruidos, o alteraciones de los movimientos.¹¹

Por otra parte, la respiración bucal puede manifestarse en cualquier edad y sus repercusiones son más evidentes en el niño durante su desarrollo estando en dependencia de su continuidad, pero no solo trae consecuencias perniciosas en el complejo dentomaxilofacial, sino que cuando se presenta en el lactante no puede ser amamantado durante largo tiempo, se interrumpe con frecuencia para respirar por la boca, se altera su nutrición, al no recibir las calorías necesarias para su desarrollo; lo mismo ocurre en etapas posteriores al comer con dificultades y no masticar bien los alimentos, por tal motivo esto influye en el organismo donde se producen alteraciones que interactúan unas con otras.¹²

El niño con maloclusión Clase II División 1 corre particular peligro de sufrir traumatismos en los dientes anteriores. Si consideramos la frecuencia de lesiones dentales traumáticas en niños de edad escolar, es evidente que la mayoría de los que presenten resalte aumentado, sufrirán algún tipo de estas antes de haber terminado sus estudios. Un incremento en el resalte de 3- 6 mm dobla la cantidad de lesiones traumáticas y cuando estas sobrepasan los 6 mm, se triplica el riesgo. Por tanto, el tratamiento del resalte aumentado debe empezarse pronto, como una precaución contra los traumas de los dientes.¹³

En Chile, para conocer la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de estos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales, se encontró que 66.0% practicaban dichos hábitos;³ en la Universidad de Sydney, Australia; en el norte de la India se halló que de los niños examinados, 25. 5% presentaron hábitos deformantes, siendo 0.7% succionadores digitales.³

En Noruega, en la Universidad de Oslo, la prevalencia de anomalías como la mordida cruzada con la presencia del uso del tete fue encontrada en 26%, porcentaje que se iguala al obtenido en La Habana en niños de 12 a 14 años en los municipios de Boyeros, Playa y Plaza (26,7%).³

En la Universidad Médica de Georgia, Estados Unidos, se realizó un estudio donde se encontró que algunos hábitos pueden causar efectos negativos en la oclusión, tales como resalte aumentado, sobrepase aumentado, mordida cruzada posterior y demás cambios esqueléticos.³

Reflexiones sobre el enfoque de esta problemática

Los ortodoncistas y estomatólogos tenemos una gran responsabilidad, no solo con la corrección morfológica maxilar y dentoalveolar; sino también, en la detección de las causas de la alteración con el fin de eliminarlas lo más temprano posible y poder restablecer y/o mantener un equilibrio morfofuncional estable.¹²

La acción combinada de los factores predisponentes muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos, por lo tanto, la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés.¹³

Una sonrisa impecable, de dientes saludables y uniformes ha sido desde los tiempos más remotos un elemento esencial del ideal de belleza y salud perseguido por hombres y mujeres de todas partes del mundo.¹⁴

El fomento de la salud bucal en nuestra concepción debe dirigirse hacia dos vertientes fundamentalmente: una, dirigida a controlar los factores determinantes y

otra, a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerle protección individual.¹⁵

Se considera que muy pocas de las maloclusiones son prevenibles, pero 25% de estas pueden ser interceptadas, y a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes.¹⁶

Los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, en ella es donde se forjan actitudes frente a la vida y se construye la base de los estilos de vida; por tanto, la Educación para la Salud encuentra grandes desafíos en las escuelas.¹⁷

La escuela es solamente una influencia en el desarrollo de los estilos de vida saludables del individuo. Es necesario involucrar la familia, los maestros y auxiliares en la adquisición de buenos hábitos como uno de los factores primordiales para la creación de una cultura en Salud Bucal construida a partir del afecto, el ejemplo y la motivación hacia el niño.¹⁸

Los Factores de Riesgo constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y la comunidad total.¹⁹

Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia la detección temprana, la prevención y el control de los hábitos bucales deformantes, muy comunes en los niños, pues estos constituyen una de las causas de maloclusiones.²⁰

Por otra parte se reconoce que la proporción de niños que presenta *bajo peso al nacer*, es un excelente indicador de la situación nutricional de una comunidad, así como para la identificación del riesgo individual de morbilidad y mortalidad posteriores.²¹

Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. La época de aparición tiene importancia, los que aparecen en las primeras semanas de vida se relacionan típicamente con problemas de lactancia; sin embargo, aunque haya un flujo suficiente de leche, se dice que el niño necesita después de la satisfacción alimentaria, seguir succionando para alcanzar la satisfacción emocional. Otros lo usan como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario y algunos para liberar tensiones que no pueden superar.²²

Las adenoides y las amígdalas, por otro lado, se sitúan en formas caprichosas, como guardianes en las dos puertas más comprometedoras que nuestros cuerpos abren al mundo externo (la vía respiratoria y digestiva); así ambas junto con las amígdalas y los folículos linfáticos faríngeos posteriores constituyen el Anillo de Wardeyer; no siempre son meritorias de bienvenida por lo que al tornarse patológicas se debe proceder al tratamiento quirúrgico, puede ser la adenoidectomía, la amigdalectomía o la adenoamigdalectomía según estén afectadas, una, otra o ambas.¹² Además, su presencia puede constituir un obstáculo respiratorio y contribuir a la respiración bucal.

Existen elementos del desarrollo cráneo-mandibular cuyo patrón hereditario o influencias externas, como hábitos, conducen a un desarrollo fuera de los límites de la normalidad. Esto exige de la Articulación un exceso de adaptabilidad cuya respuesta es una temprana alteración en la misma.²³

La disfunción temporomandibular es un trastorno sindrómico de la articulación temporomandibular, la musculatura y estructuras asociadas que la rodean, caracterizado por síntomas de dolor muy variados, limitación o desviación en la movilidad articular, ruidos articulares ocasionales, acompañados frecuentemente de una relevante sintomatología psicopatológica. Los desórdenes temporomandibulares en niños pueden resultar también de patrones alterados de movimiento muscular, maloclusiones, infecciones, sobrecarga funcional y artritis reumatoide juvenil. Existen evidencias de signos y síntomas de los trastornos articulares que se pueden asociar con determinadas maloclusiones morfológicas y funcionales en los pacientes en desarrollo.²⁴

El desorden puede llegar incluso, a dificultar la apertura bucal y se conoce como traba, y deslizar la mandíbula en su movimiento de apertura, que no es más que la restricción de los movimientos mandibulares seguida de un ruido intenso, muchas veces doloroso debido al salto del cóndilo al vencer la resistencia que el disco le ofrece a su desplazamiento.²⁵

CONCLUSIONES

Dentro de todos los factores de riesgo existentes los hábitos bucales deformantes tienen un papel predominante en la aparición de anomalías dentomaxilofaciales. Los ortodontistas y estomatólogos tenemos una gran responsabilidad, no solo con la corrección morfológica maxilar y dentoalveolar, sino también en la detección de las causas de la alteración con el fin de eliminarlas lo más temprano posible y elevar la calidad de vida de los infantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 4ta ed. (versión en español). España: Ediciones Esvier; 2008, p. 130.
2. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Hábitos Bucales Deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol. Abr. Jun. 2007; 44(2). [Citado 12/11/2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es
3. Fernández Ysla R, Dago Farah S, Marín Manso G, Coutin MG, Cruz García A. Factores de riesgo para anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años. Ciudad de La Habana: Congreso de Estomatología; 2005.
4. Quiroga Cárdenas MM. Prevención de alteraciones dentofaciales no es tratamiento temprano de maloclusiones. [Citado 27/3/2005]. Disponible en: <http://www.com/odontología/foc/foc20/02-preven.htm>.
5. Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y, González Valdés D, Alemán Sánchez PC. Factores que ponen en riesgo la salud del complejo estomatognático en la infancia. La Habana: Congreso de Estomatología; 2005.
6. García Pérez AA, García Bertrand F. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. Rev Haban Cienc Méd. Ciudad de La Habana. Abr.-

- jun. 2012; 11(2). [Citado 12/11/2014]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/img/revistas/rhcm/v11n2/00116212>
7. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Delgado Díaz Y, Acosta Acosta E. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal. Rev Cubana Estomatol. Ene-mar. 2007; 44(1). [Citado 12/11/2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100008&lng=es
8. González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva Fors C, Cruz Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Rev Haban Cienc Méd. Ciudad de La Habana. Sep.-dic. 2012; 11(4). [Citado 12/11/2014]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/img/revistas/rhcm/v11n4/t0206412>
9. Fernández CM. Resultados del control de factores de riesgo de alteraciones dentofaciales. Rev Cubana Ortod. 2000; 15(1):33-8. [Citado 12/11/2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord03100.htm.
10. Otaño Lugo R. y col. Ortodoncia. La Habana: ECIMED; 2014, p.95.
11. Zielinsky L. Un concepto integral de oclusión. Dental World. Ortodoncia. [Citado 7/5/2005]. Disponible en: <http://gbsystems.com/papers/orto/ord10195.htm>.
12. Mora Pérez C, Habadi Ahmed S, Apolinaire Pennini JJ, López Fernández R, Álvarez Mora I. Alteraciones dentomaxilofaciales asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>
13. Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y, González Valdés D, Alemán Sánchez PC. Traumatismos dentales y su relación con algunos factores predisponentes. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>
14. Roche Martínez A, Alfaro Mon M, Daudinot Cos L, Toledo Mayarí G, Fuentes Roche A. Comportamiento clínico de los traumatismos dentales en pacientes de 5-11 años de la Escuela "Felipe Poey". La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>
15. Barciela González Longoria MC, Grau León I, Fernández Prats M. Análisis de la situación de salud bucal del área de la Facultad de Estomatología. 2008. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>
16. Rosell Silva CR, Mora Pérez C, Sesto Delgado N, Capote Femenías JL, Castellanos Castillo MC. Evaluación de intervención comunitaria en escolares de 5-11 años portadores de hábitos deformantes bucales. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>
17. Pausa Carmenate M, Suárez Hernández M. Evaluación del nivel de actitud y comportamiento de salud bucal de los escolares de nivel primario. La Habana:

Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

18. Pausa Carmentate M, Suárez Hernández M. Conocimiento de salud bucal de escolares de nivel primario. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

19. Fernández Ysla R, Delgado Díaz Y, Delgado Carrera L, Llanes Rodríguez M. Factores de riesgo de la mordida abierta anterior en niños de 3 a 14 años. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

20. Acevedo Sierra O, Rosell Silva CR, Capote Femenías JL, Mora Pérez C, Hernández Núñez Y. Estudio de intervención en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

21. Lezama Flores G, Vaillard Jiménez E, Rojas Guerrero MN. Afecciones bucales en niños con desnutrición y sus factores de riesgo, área marginada Puebla, México. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

22. Delgado Díaz Y, Díaz Ortega L, González Valdés D, Alemán Sánchez PC. EL trauma dental y su relación con algunos hábitos perniciosos. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

23. Otaño Laffitte GM, Delgado Carrera L, Fernández Ysla R, Llanes Rodríguez M. Trastornos temporomandibulares en escolares de 6 a 12 años. Escuela "Saúl Delgado". Municipio Plaza. La Habana: Convención internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

24. Cruz García A. Caracterización de la disfunción temporomandibular en pacientes con maloclusiones en la Clínica Docente de Playa. La Habana: Convención Internacional Estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

25. Cruz Rivas Y, Llanes Rodríguez M, Suárez Boch F, Otaño Laffitte GM. Trastornos temporomandibulares en escolares de 15 a 18 años. Escuela "Lázaro Peña". La Habana: Convención internacional estomatología; 2010. [Citado 2014 sep 24]. Disponible en: <http://files.sld.cu/saludbucal/category/files/2010/10/orto-ii.pdf>

Recibido: 24 de octubre de 2014.

Se remite al experto: 6 de febrero de 2015.