



DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DIAZ, G. REYES, L. SALAZAR, N*
RODRIGUEZ, E**
HURTADO, C***

RESUMEN

La deglución se puede definir como una acción motora en la que están implicados además de la lengua, labios y músculos masticatorios los músculos de la respiración y el tracto gastrointestinal. Transportando el bolo alimenticio de la boca hacia el estómago, es necesario comprender los diferentes movimientos musculares que se realizan durante la deglución normal, y las características que presenta la deglución atípica. Para poder diferenciarlas, se debe tener en cuenta que la deglución atípica corresponde a los movimientos inadecuados de la lengua y de otras estructuras que participan en el acto de deglutir sin que necesariamente haya alguna alteración de forma en la cavidad oral. Se ha comprobado que hábitos como succión digital o labial, respiración bucal, y malas técnicas en la alimentación infantil son factores etiológicos que dan lugar a la aparición de la deglución atípica desencadenando alteraciones oclusales y desordenes musculares de crecimiento y desarrollo maxilo-mandibular. La ortodoncia clasifica las alteraciones de la deglución solamente como atípicas y la fonoaudiología es más especializada al clasificar las variaciones y modalidades. El odontólogo requiere ser más específico en el diagnóstico de la deglución atípica, diferenciándola de otras alteraciones encontradas, no solamente señalándola, sino comprendiendo su etiología. El tratamiento será más efectivo cuando el paciente y su familia también comprendan la importancia de corregir este hábito. En la terapia de la deglución es fundamental la motivación, la colaboración y la concientización del paciente. Dentro de esta revisión bibliográfica se resalta no solo la descripción de la deglución atípica. Si no también la importancia de realizar un diagnóstico oportuno e implementar programas para su prevención.

PALABRAS CLAVES: Deglución atípica, hábitos, etiología, alteración, terapia.

ABSTRACT

Swallowing can be defined as a motor action in which the breathing muscles and the gastrointestinal tract are involved besides from the tongue, lips and masticatory muscles. In transporting the bolus from the mouth to the stomach, it is necessary to understand the different muscular movements that take place during normal swallowing as well as reverse swallowing characteristics. In order to differentiate them, it must be taken into account that reverse swallowing is due to inadequate movements of the tongue and other structures that take part in swallowing, which do not necessarily imply that there is any alteration in the oral cavity's shape. It has been proved that oral habits such as thumb-sucking or lip sucking, oral breathing, and inappropriate techniques on infantile feeding are etiologic factors that cause reverse swallowing appearance, causing occlusal alteration and maxillo-mandibular growing alterations and muscular disorders. Orthodontists classify swallowing alterations just as reverse ones, but Audiology and Speech Therapists are more specialized at classifying its variations and modalities. Dentists have to be more specific when making reverse swallowing diagnosis, differentiating it from other alterations discovered, not just by pointing at it, but by understanding its etiology. The treatment will be more effective if the patient and his/her family also understand the importance of correcting this oral habit. On myofunctional therapy, patient's motivation, cooperation and awareness is fundamental. Inside this bibliographical revision it is not stood out alone the description of the reverse swallowing. If not also the importance of to realize out an opportune diagnosis and to implement programs for their prevention.

KEY WORDS: reverse swallowing, habits, etiology, alteration, therapy.

* Investigadores: Estudiantes X Semestre

** Asesor científico: Odontólogo, Ortodoncista y ortopedista maxilar.

*** Asesor Metodológico: Odontóloga, Especialista en gerencia en seguridad social en salud de instituciones.

INTRODUCCIÓN

Las primeras experiencias de los niños con su familia definen sus procesos de socialización, hábitos, desarrollo motor y físico, en donde se adquieren conductas y estilos de vida que marcan comportamientos posteriores. La deglución normal es una acción motora en la que están implicados músculos de la respiración y tracto gastrointestinal, transporta el bolo alimenticio de la boca al esófago y luego al estómago. La deglución atípica se presenta cuando hay incoordinación muscular entre la lengua, labios, músculos elevadores mandibulares y otras estructuras de la región bucofaringea, este es un hábito por el cual los padres casi nunca consultan y solo se reconoce luego de una observación detallada del paciente por parte del profesional de la salud oral. En estudios realizados con niños a quienes se les diagnosticó deglución atípica, se observó que presentaron maloclusiones, y además que la edad y el crecimiento están relacionados con la mordida abierta anterior, la cual se presenta con mayor frecuencia.

Al conocer los aspectos generales de la deglución atípica el profesional de la salud oral podrá detectar en forma precoz este hábito y de esta manera diseñará un plan de tratamiento adecuado para evitar complicaciones posteriores y los daños en la oclusión y el desarrollo maxilomandibular.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo general determinar los aspectos generales de la deglución atípica, y como específicos describir los aspectos normales de la deglución, identificar las características y registrar las consecuencias de la deglución atípica.

La lengua desempeña un papel muy importante como modeladora del crecimiento de los huesos que la rodean, su volumen, posición en reposo y apoyos durante la deglución son factores que conducen a una forma normal o alterada de las arcadas dentarias, junto con su comportamiento durante las acciones habituales del paciente (respiración, fonoarticulación, masticación, postura, etc). (1)

Una función de la lengua es el gusto que depende principalmente de las papilas gustativas, pero también nuestro sentido del olfato contribuye en forma intensa en la percepción del gusto. La importancia del gusto permite que la persona seleccione el alimento según lo que desea. (2)

Una de las funciones primordiales de la lengua antes del nacimiento es la deglución del líquido amniótico, posterior al nacimiento, la mayor parte de las funciones del sistema estomatognático las realiza la lengua. (3)

La posición habitual de reposo asumida por la lengua en la cavidad bucal inmediatamente después de la deglución puede presentar algunas variaciones como la posición vertical donde la lengua debe estar adosada a la bóveda palatina, y en la posición sagital, la punta de la lengua debe quedar en contacto con la papila retro incisiva en oclusión. Durante la apertura bucal, la lengua debe acompañar la mandíbula, sin sobrepasar el límite de los arcos dentarios, tanto la zona lateral como en la anterior. La posición dinámica de la lengua esta asociada a movimientos voluntarios, ésta debe tener la capacidad de desplazarse libremente en los tres sentidos del espacio. (3)

La deglución es el acto coordinado por medio del cual el alimento convertido en bolo alimenticio, es conducido de la boca al esófago, la función deglutoria se realiza durante las 24 horas del día. La lengua se adapta para realizar la función de deglutir, de acuerdo a la forma de la cavidad oral, a las maloclusiones dentarias, a la respiración bucal; en esta situación resulta imposible deglutir correctamente, ya que la boca está permanentemente abierta para permitir la respiración. (4)

La acción de deglutir presenta dos etapas: La etapa voluntaria de la deglución donde el alimento esta listo para ser deglutido, se comprime hacia atrás por aplicación progresiva de la lengua contra el paladar, así la lengua empuja el bolo hacia la faringe, dando paso a la etapa faríngea, (involuntaria) allí el bolo alimenticio al ser empujado hacia la parte posterior de la boca estimula el reflejo de deglución impulsando los alimentos hacia el esófago. (4)

Para la odontología, existe una preocupación específica con la fase oral de la deglución, porque se cree que hay una fuerte relación entre el posicionamiento de los dientes y el modo en que la lengua se coloca en relación con los mismos. (4)

Los tipos de deglución normal pueden ser: La deglución fetal que existe a partir de la duodécima semana de vida, donde el feto deglute líquido amniótico de manera refleja. La deglución del recién nacido: en este tipo de deglución es inseparable de la succión, la lengua combina movimientos sagitales y verticales, con una duración de bombeo de tres segundos. La deglución en el niño, que a la vez se clasifica en las etapas de: dentadura temporal donde la masticación aparece modificando la dinámica lingual, dentadura mixta donde la erupción de los molares permanentes agranda los arcos dentarios; durante la deglución es frecuente el contacto molar; otro tipo de deglución es la deglución madura, en ella intervienen los incisivos, y los caninos, como también el descenso del hioides. Se realiza con los labios juntos pero no contraídos, arcos dentarios en oclusión, la punta de la lengua en apoyo palatino anterior y la lengua contenida en el interior de los arcos dentarios. (3)

Es importante saber identificar los hábitos que puede presentar el paciente, ya que los mismos pueden llegar a producir maloclusiones dentarias e influir sobre la posición lingual: La succión digital, puede producir mordida abierta, mordida cruzada posterior, paladar ojival, deglución atípica o protrusión de los incisivos superiores. La queilofagia ocasiona mordida abierta, labioversión de incisivos superiores, linguoversión de los inferiores y sobremordida. La onicofagia puede producir atrición. El bruxismo ocasiona pérdida de dimensión vertical, atrición, dolores articulares y musculares. Es importante observar el paciente respirador oral ya que este hábito puede deberse a obstrucción de las vías respiratorias altas, ocasiona mordida cruzada, paladar profundo, labioversión, resecaedad de la encía y de los labios superiores. Los hábitos linguales más

frecuentes, con distintas características y secuelas son la deglución infantil o deglución atípica y el empuje lingual. El problema potencial de estos hábitos es el desarrollo de una mordida abierta anterior o una malposición de la articulación temporomandibular. (4)

MATERIALES Y MÉTODOS

La deglución atípica es un estudio descriptivo tipo revisión bibliográfica en la que se desarrollaron las siguientes unidades temáticas: antecedentes, definición, etiología, característica clínicas, variaciones, consecuencias, diagnóstico y alternativas de tratamiento ; dentro de una matriz bibliográfica.

Esta revisión bibliográfica inicio la recolección de datos con la ayuda de documentos científicos que se obtuvieron de la internet, luego se recopilaron artículos de libros los cuales fueron consultados en las bibliotecas Luis Angel Arango, Virgilio Barco, Biblioteca Central de la Universidad Nacional y anexas de la facultad de medicina y Odontología, Biblioteca Colsubsidio, Fundación Santa Fé, Hemeroteca Nacional.

RESULTADOS

Muchos autores coinciden en que la deglución atípica también llamada deglución infantil corresponde a un movimiento inadecuado de la lengua y de otras estructuras, donde la punta de la lengua se proyecta hacia delante interponiéndose entre las arcadas dentarias para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral y por consiguiente la mordida abierta anterior.

La etiopatogenia estudia todos los factores que intervienen en el desarrollo de una enfermedad, la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en que este afecta al organismo. La deglución atípica puede deberse a varias causas anatómicas o disfuncionales que dependiendo de la edad y patrón

morfogenético del paciente puede afectar una o varias estructuras en desarrollo.(5)

La proyección de la lengua es aceptada como secuela de la succión digital, es un hábito compensatorio, en especial en pacientes con incompetencia labial. Existen muchas teorías que dan lugar a la aparición de la interposición lingual: La succión digital y de chupete, la alimentación artificial, la respiración bucal, las amígdalas inflamadas o hipertróficas, el frenillo lingual corto, la macroglosia, las alteraciones cerebrales, problemas psicológicos (inmadurez afectiva), la mordida abierta, la pérdida prematura de dientes temporales y el hábito de interposición lingual. (6)

Hábitos nocivos como el bruxismo, onicofagia, y otros como la postura mandibular inadecuada, gesticulación o tics orofaciales, apnea del sueño, succión lingual, succión labial, disfunción masticatoria, todos estos hábitos son perjudiciales para el desarrollo adecuado de la oclusión muchas veces acompañados por la deglución atípica que casi nunca se consulta tempranamente.(7)

Los hábitos de succión son factores muy nocivos y la presencia de alteraciones orales dependen de la frecuencia, intensidad, duración y de la posición del dedo en la boca y otros objetos como chupo, tetero, lápices, etc. (7)

Se deben utilizar técnicas o aparatologías que ayuden a que el hábito desaparezca, el odontólogo una vez consultado es quien verdaderamente constata que el hábito existe y es quien selecciona la ayuda más adecuada para la edad del paciente. (8)

Otro hábito muy frecuente que debemos describir es la respiración bucal asociada a obstrucciones nasales, problemas anatómicos, alergias o enfermedades. Primero se debe solucionar la causa y luego reeducar la respiración. (9)

La succión labial si es un hábito constante produce lesiones en los labios, los incisivos inferiores pueden inmigrar hacia lingual, los incisivos superiores se vestibularizan con resalte exagerado. Se deben sugerir ejercicios labiales, tocar instrumentos

musicales de viento para tonificar los músculos labiales, inflar bombas, etc. (10)

La deglución atípica corresponde a un movimiento inadecuado de la lengua y/o de otras estructuras que participan en el acto de deglutir. Existen innumerables pacientes rotulados como si se tratara apenas de un simple problema de deglución atípica, cuando realmente al examinarlos con cuidado se observa que son portadores de otras alteraciones tales como presencia de baba, tonus disminuido, labios entreabiertos, lengua proyectada anteriormente, mala postura corporal y hasta alteraciones de otras funciones como respiración y masticación además de la propia deglución. (11)

En algunos casos el paciente presenta contracción de la musculatura peri orbicular acompañada por proyección anterior de la lengua, o tonus disminuido de los labios. La contracción del mentón durante la deglución, como la interposición del labio inferior ocurre con mayor frecuencia en pacientes clase II de angle, con overjet aumentado, al deglutir se observa impedimento antero-posterior, entre maxilar y mandíbula ya que la distancia es grande, no hay forma de que los labios se toquen, entonces el selle oral pasa a hacerse con el labio inferior atrás de los incisivos superiores, esta interposición del labio inferior hace que el músculo mentoniano se contraiga más de lo normal. Los movimientos de cabeza, casi siempre con estiramiento de la musculatura anterior del cuello durante la deglución, están asociados a la mala masticación. Los ruidos ocurridos durante la deglución deben ser diferenciados de los ruidos que ocurren durante la masticación, ya que durante la deglución aparecen por el exceso de fuerza del dorso de la lengua. Después de deglutir los residuos alimenticios permanecen en la boca por diversas razones. La lengua lleva el alimento para los lados y la mejilla los devuelve, haciendo que el bolo permanezca entre los dientes, mientras es triturado, insalivado y deshecho, si el buccinador no hace este trabajo, el alimento caerá en el vestíbulo lateral y después de la deglución, encontraremos residuos depositados allí. (11)

La interposición lingual es la característica de la deglución que más preocupa a los odontólogos, cuando se diagnostica deglución atípica significa que encontró proyección anterior o contra los dientes anteriores.(11)

El ritmo y la cantidad de crecimiento de los huesos depende de la actividad del sistema endocrino, mientras que la dirección del crecimiento y la morfología ósea son moldeados por el equilibrio muscular.(9)

Se considera que la morfología mandibular es independiente de la posición lingual, se cree que esta solo repercute en la morfología dentoalveolar pero no en la base esquelética. Los daños que la lengua puede producir a nivel del maxilar pueden ser: vestibularización de los incisivos superiores, protrusión maxilar, disminución del diámetro transversal del maxilar, formación de un diastema central . A nivel mandibular se puede presentar: vestibularización de los incisivos inferiores, posteriorrotación mandibular y aumento del ángulo goníaco. Finalmente podemos encontrar otras alteraciones menos frecuentes como: fonéticas, seseo, freno en la erupción de los dientes permanentes cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se interpuso en forma viciosa. (13)

El diagnóstico de la deglución atípica se realiza con un examen de dos etapas: endobucal y exobucal. Se deben examinar los músculos en reposo, observando la falta de contacto labial, el espacio libre entre los dientes, la medida de apertura de la boca, en actitudes habituales como: articulación de sonidos (el fonema más afectado es la "S"), la respiración y en la mímica. El examen se dirigirá también a los dedos y las uñas, que pueden estar deformados por los hábitos. Se observa la posición de la lengua mientras la mandíbula esta en reposo, y durante la deglución. (14)

De acuerdo con el estado morfológico del paciente el fonoaudiólogo hará la evaluación para crear un plan de terapia, para los problemas de interposición lingual y durante la deglución. El diagnóstico de la deglución atípica debe ser realizado por el odontólogo quien determina el tratamiento, que más

conviene para superar el problema con la ayuda de los padres que siempre deben estar informados de estos hábitos, y del ortodoncista cuando se hace necesario modificar la forma de las arcadas dentarias. (14)

El odontólogo cumple un papel muy destacado orientando a la madre en los cambios de dieta del niño y en los hábitos orales potencialmente dañinos para la oclusión. Se debe permitir al niño que desgarrar alimentos fibrosos desde edad temprana, que consuma carne, pollo, etc, en vez de papillas, para ejercer un estímulo adecuado de desarrollo y crecimiento dentoalveolar. Se debe establecer una estrategia de medidas preventivas individualizadas, que correspondan con el desarrollo cronológico y mental del niño, y con la colaboración de los padres. Se debe dar importancia al correcto desarrollo de los dientes temporales para la masticación, la estética y la pronunciación. (8)

El objetivo de la ortodoncia es permitir el desarrollo de las estructuras faciales que facilite la expresión genética normal del niño. Dentro del plan de prevención existen tres niveles importantes: en el primer nivel se habla básicamente de la educación dirigida a las madres, el segundo nivel se extiende a la etapa de la dentición, a los controles, y a la necesidad de que el odontólogo general actúe sobre los hábitos, y el tercer nivel la corrección para evitar tratamientos complejos. (15)

Son muchas las investigaciones que proponen un plan de tratamiento para la interposición lingual y para adecuarse a las necesidades del paciente. Un criterio muy válido es la voluntad de mejorar y el deseo de cooperación del niño, ya que estas terapias como la miofuncional requieren de estos factores para lograr la reeducación funcional adecuada de la musculatura orofacial que está afectada durante la deglución, y las demás funciones orales. (16)

Los procedimientos y las técnicas de la terapia miofuncional ayudan a reeducar los patrones musculares inadecuados, la enseñanza del patrón correcto se realiza solo después que la musculatura ha hecho su

adaptación al nuevo reflejo. Esta terapia presta innumerables ayudas a los profesionales médicos y odontológicos para tratar problemas de deglución atípica y otros hábitos inadecuados. (14)

Otras alternativas de tratamiento es el empleo de aparatología funcional como el bionator, el Activador de Andresen, Activador Elástico de Klammt, Simóes Network2 (SN2) usados en mordidas abiertas, y biprotrusión, y para controlar la posición de la lengua, el Simóes Network3 (SN3), para mordidas abiertas estructurales desfavorables, divergencia del plano oclusal y espacio oral reducido. También el aparato bimaxflex puede ayudar a la reeducación lingual. (6)

CONCLUSIONES

La deglución se inicia desde las primeras semanas de gestación como un mecanismo reflejo de alimentación del embrión que debe estar bien integrado anatómica y fisiológicamente al momento del nacimiento, la deglución normalmente evoluciona de una etapa infantil a una etapa madura o adulta que ayuda junto con el desarrollo normal de las demás funciones orales a una armonía anatómica de los maxilares y de las arcadas dentarias, por lo tanto lo importante es tener conocimiento acerca de sus causas y consecuencias.

Existe una relación evidente entre la deglución atípica y los hábitos orales, los cuales aumentan o crean patologías que inciden en el desarrollo maxilomandibular del niño.

La etiología más frecuente es la persistencia de un hábito de succión desarrollándose una actividad muscular, de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.

La mayoría de los investigadores consideran que el factor patogénico principal del hábito es la posición lingual habitual anormal.

El desarrollo de la deglución atípica puede verse alterado cuando se le dan estímulos equivocados al infante y se entrenan sus músculos orales de forma anormal, esto

sucede cuando se instauran hábitos orales como: respiración bucal, succión de chupo, tetero o dedo, masticación deficiente, etc.

Todos los autores concuerdan en que hay una relación directa entre los hábitos orales nocivos y la deglución atípica que a su vez puede contribuir al desarrollo de maloclusiones.

Las causas de la deglución atípica pueden ser anatómicas como el frenillo lingual corto, hipertrofia de amígdalas y adenoides, o funcionales como consecuencia de otros hábitos orales nocivos.

El diagnóstico se basa en un examen anatómico funcional completo de los músculos exobucuales y endobucuales, una anamnesis de la evolución y desarrollo de las etapas alimenticias y todas las funciones orofaciales, con énfasis en los hábitos que haya tenido el niño.

El tratamiento debe orientarse a eliminar la causa si esta persiste y a reeducar los problemas musculares presentes, así el resultado será un nuevo balance y la instauración de un hábito sano de postura y acción lingual adecuada.

La deglución atípica debe ser detectada lo más temprano posible por el odontólogo, el fonaudiólogo o el pediatra para hacer un tratamiento oportuno y así evitar que se desarrollen hábitos musculares complejos y maloclusiones durante el crecimiento.

Idealmente se debería prevenir la deglución atípica mediante campañas de información a la comunidad en especial a las madres embarazadas para que tengan en cuenta los siguientes puntos:

Importancia de la lactancia para la instauración de los hábitos sanos de postura lingual y mandibular.

Importancia de la leche materna como vehículo de defensas naturales que ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en el infante.

Importancia del adecuado estímulo masticatorio, con dieta dura y fibrosa y evitar el biberón para que se desarrolle adecuadamente la boca.

RECOMENDACIONES

A partir de la revisión bibliográfica, se sugiere realizar una inspección minuciosa de los tejidos blandos ya que estos influyen notoriamente en los comportamientos dentales y en las otras funciones del sistema estomatognático. Se requiere hacer un diagnóstico oportuno para brindar al paciente un tratamiento multidisciplinario.

Todo odontólogo debe conocer la evolución y desarrollo normal de las funciones orofaciales del niño, para poder hacer prevención e intercepción oportuna de todos los factores que pueden alterar el proceso de maduración normal.

El estudiante de odontología debe capacitarse en la evolución anatómica y funcional completa del sistema estomatognático. Para que pueda diagnosticar tempranamente cualquier alteración y remitir al especialista o profesional más adecuado y tratar los aspectos que está capacitado para realizar.

El odontólogo puede y debe contribuir en las campañas de prevención de los hábitos orales nocivos ayudando a difundir la información científica adecuada y participando junto con otros profesionales de la salud oral en tareas de enseñanza a la comunidad, en especial a las madres, para que se refuerce la importancia de la alimentación materna y de la dieta natural como factores de estimulación adecuada del niño.

Recomendamos hacer más énfasis en las clínicas de odontopediatría para que la información difundida en otras cátedras como crecimiento y desarrollo, ortodoncia, y fisiología se aplique a la evaluación completa del niño y se entrene el profesional en aspectos funcionales y anatómicos que van más allá del sistema dentario.

Gracias a la realización de este trabajo pudimos integrar la información recibida. Y los artículos nos ayudaron a profundizar y comprender que podemos contribuir activamente en la prevención y tratamiento de la deglución atípica y recomendamos que este trabajo sea difundido en las clínicas de odontopediatría.

REFERENCIAS

- (1). LAGMAN, Embriología Médica, embriología de la lengua, Editorial Panamericana, 1988, p. 339.
- (2). GUYTON, Arthur, Tratado de Fisiología de la lengua, Editorial Interamericana McGraw Hill, México, 1986, P 756.
- (3). ARAQUE; Doreen, ¿Qué problemas presentan en la región oral los pacientes con trastornos de ventilación, oído, y habla?, <http://www.Medical.com>, 1993.
- (4). QUEIROZ; Irene, Deglución y Diagnóstico, posibilidades terapéuticas, <http://www.cefac.br>, 1996
- (5). MOSBY, Diccionario de Medicina, Editorial Océano, España, 1995, p. 350-777.
- (6). GRABER, Newman Aparatología Ortodóncica Removible, Aparatología funcional, Editorial Panamericana, 1987, p. 309
- (7). RODRÍGUEZ; Eduardo, Manejo Temprano de los Hábitos Orales, <http://www.odontología.com>, Colombia, 1992.
- (8). MARTÍN, Alejandra, Los Hábitos y las Maloclusiones, <http://www.medical.com>, 1998.
- (9). BRAHAM; Raymond, Odontología pediátrica, hábitos orales y su manejo, Editorial Panamericana, 1984, p. 423.
- (10). SIDNEY, Finn, Odontología Pediátrica, Editorial Interamericana, México, 1976, p. 326-338.

(11). PALOMARI, Toba, Electromiograma del músculo masetero en casos de oclusión normal y maloclusión clase I, Revista APCD, Volumen 50, Número 1, 1996.

(12). OLIVEIRA; L, Visión Actual de los Aspectos de la Deglución, Journal Brasileiro de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, Volumen 2, Número 8, 1997.

(13). MORRIS, M, Odontología Pediátrica, hábitos orales y su manejo, Editorial Océano, 1984, p. 421-423.

(14). SEGOVIA, María L, interrelaciones entre odontoestomatología y fonoaudiología,

deglución atípica, Editorial Medica Panamericana, Segunda Edición, 1988, P. 92-190.

(15). MOHR, Liliana, Los Hábitos y las Maloclusiones, [http/www.medical.com](http://www.medical.com), 1998.

(16). ALANIS, Ana, El Niño y la Otorrinolaringología, alteraciones musculares orofaciales, Editorial Panamericana, Colombia, 1993, p. 472.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

gladys-diaz@hotmail.com
nalysana@starmedia.com

