

94  
21



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**HÁBITOS DE SUCCIÓN  
PREDISPONENTES  
DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA**

**T E S I S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N:  
**ELVIA LIBIA GARCÍA SÁNCHEZ**  
**YOLANDA VACA PARTIDO**

Responsable del Area del Seminario de Odontopediatría  
C.D.M.O. ANGELES L. MONDRAGÓN DEL VALLE

ASESOR : C.D.M.O. MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ

México, D. F.

1997



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Ver B.O. H.C. (Circular stamp)



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi madre** por su amor, comprensión y por tener fe en mí.

**A mi padre**, por el cariño que me ha dado.

**Patty**: por tu cariño, tu apoyo, y por ayudarme a realizar mis estudios.

**Samuel y Lucy**: por el cariño y comprensión que me han brindado, por el impulso y ayuda que he recibido a lo largo de mi vida para realizar mis objetivos y culminar mis estudios, por demostrarme que siempre contaré con ustedes.

**José Luis**: por tu amor, tu paciencia y por darle un nuevo sentido a mi vida.

**Alberto: por tu apoyo, paciencia y palabras  
de aliento.**

**A ti Magda, por proporcionarme tu apoyo incondicionalmente.**

**A la Facultad de Odontología, Profesores de la Licenciatura y del  
Seminario de Titulación.**

**HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISONENTES DE LA  
DEGLUCIÓN ATÍPICA  
ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>Cap. I DEGLUCIÓN NORMAL</b>	
1.1. Deglución Infantil (Deglución Visceral)	<b>3</b>
1.2. Deglución Madura (Deglución Somática)	<b>6</b>
<b>Cap. II DEGLUCIÓN ATÍPICA</b>	
2.1. Definición	<b>8</b>
2.2. Clasificación:	<b>11</b>
2.2.1. Empuje lingual simple	<b>11</b>
2.2.2. Empuje lingual complejo	<b>12</b>
2.2.3. Deglución infantil conservada	<b>13</b>
<b>Cap. III HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA</b>	
3.1. Hábitos de Succión	<b>14</b>
3.2. Succión Digital	<b>18</b>
3.3. Alimentación con biberón	<b>24</b>

**3.4. Succión de chupón**

**29**

**Cap. IV TRATAMIENTO**

**4.1 Generalidades**

**33**

**4.2 Terapéutica**

**36**

**CONCLUSIONES**

**40**

**BIBLIOGRAFÍA**

**41**

---

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo y la maduración normal de la función orofaríngea juega un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. La **actividad anormal de los músculos**, puede tener un efecto dañino sobre las estructuras orales en desarrollo y la maduración de la función oral. Dichos efectos pueden incluir: malposición de los dientes, patrones anormales de respiración, defectos en el habla, desequilibrio de la musculatura facial, y problemas psicológicos.

Por este motivo se considera que:

- 1) El establecimiento de un **hábito oral pernicioso** (dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración) provoca un desequilibrio en las estructuras orales, e influye en el crecimiento facial, en la función oral, en las relaciones oclusales y en la estética facial.
- 2) La presencia de un **nuevo hábito**. Puede ser parte de un ajuste en el desequilibrio de las estructuras orales causadas por un hábito ya existente.

Tal es el caso de la **deglución atípica**, también llamada: deglución perversa o desviada, deglución invertida, retención prolongada de la deglución infantil, proyección lingual, empuje lingual, etc..

---

Es un hábito que se presenta, cuando la transición hacia una función lingual madura no ocurre. Consiste en la colocación de la lengua entre los dientes, impidiendo que estos entren en contacto al momento de la **deglución**.

Existe una gran controversia en cuanto a los factores que predisponen su establecimiento, ya que mientras algunas investigaciones indican que el hábito provoca la instalación de una mordida abierta anterior y/o protrusión de los incisivos superiores, otras tratan de determinar si estos cambios en la estructura oral realmente son provocados por la **deglución atípica**, o si tan solo la lengua es un ajuste en la aparición de estos.

Por tal motivo, la presente investigación se avoca a los hábitos de succión digital, succión de chupón (factores etiológicos de la mordida abierta anterior), y a la alimentación con biberón, por ser elementos que predisponen el establecimiento de la **deglución atípica**.



## CAPITULO I

### DEGLUCIÓN NORMAL

#### ~~1.1. DEGLUCIÓN INFANTIL (DEGLUCIÓN VISCERAL)~~

Se ignora a que edad el feto comienza a deglutir el líquido amniótico, pero hay evidencias de que este reflejo está presente entre las semanas 16 y 17 de la gestación.<sup>11,12</sup>

Mediante la **deglución**, se piensa que el feto contribuye a regular el volumen del líquido amniótico y hay evidencias de que utiliza las proteínas y la glucosa contenidas en él.<sup>12</sup>

El patrón óptimo de alimentación es madurado y logrado consistentemente hasta las 37 semanas de gestación, es decir, solo hasta este período los movimientos de labios, mejillas, lengua y faringe, adquieren la coordinación neuromuscular necesaria, para permitir al niño mamar del pecho de su madre, o bien, alimentarse con biberón.<sup>3,5,12</sup>

Como al nacer, la prioridad fisiológica de los bebés es establecer una vía aérea mediante la cual puedan respirar, ellos ubican su lengua en una posición anterior en la boca, tanto en el período de reposo como durante el período de **deglución**.<sup>5,7,12,13,15,17</sup>

Durante el Amamantamiento, el reflejo de **deglución** es realizado de manera coordinada con el reflejo de succión y respiración<sup>12</sup>.

El bebé realiza una fuerte actividad labial para tomar el pezón, ubica la punta de la lengua debajo de el, y relaja los músculos elevadores de la mandíbula para que la boca se abra lo suficiente (fig. 1-1 a,b,c).<sup>7,12,13,15,17</sup>

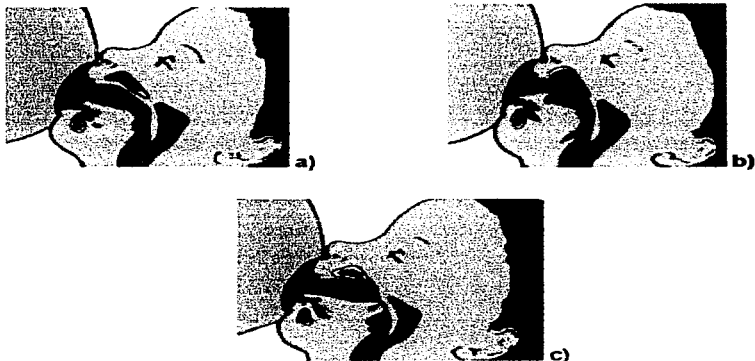


Fig. 1-1 a, b, c. PATRÓN NORMAL DE DEGLUCIÓN. *Mecanismo de arrastre u ordeño.*

Al mamar, obtiene la leche por tres mecanismos: la succión, por la cual logra una presión negativa (90 a 70 mm hg) que hace fluir la leche; la acción de arrastre u ordeño (fig.1-1 a,b,c), que realiza con la lengua y la mandíbula, y el flujo natural de la leche (goteo). La leche al ser liberada en la cavidad oral, es predigerida por la saliva, y luego entra en el Tracto Digestivo.<sup>5,7,12,13,17</sup>

A pesar de esta aparente naturalidad con la que los recién nacidos degluten la leche que succionan, el acto fisiológico requiere de una compleja coordinación neuromotriz, que depende, de la maduración del Sistema Nervioso<sup>5,12</sup>. Ardran y colaboradores, consideran al ordeño como el mecanismo más importante en el niño amamantado, en tanto que la succión es el mecanismo principal en el lactante alimentado con biberón.<sup>17</sup>

Así pues, tenemos que la **DEGLUCIÓN INFANTIL O DEGLUCIÓN VISCERAL** es el proceso mediante el cual, el bebé al momento de la succión, coloca la lengua debajo del pezón (quedando en contacto con el labio inferior) y deglute la leche con los maxilares separados y los labios juntos.<sup>5,7,11,13,15,17.</sup>

La presencia de la *deglución infantil*, es atribuible a la diferencia significativa que existe entre la morfología de la cavidad oral y el tamaño de la lengua, ya que mientras en el recién nacido, las dimensiones generales del cuerpo cambian en relación de cinco a uno, la lengua infantil solo duplica su tamaño.<sup>13</sup>

Con la erupción de los incisivos, aproximadamente a los 6 meses de edad, la lengua comienza a ubicarse detrás de los rodetes anteriores de la encía, comenzando de esta manera el cambio del patrón de *deglución infantil o visceral, a deglución de adulto o somática*. Sin embargo, en algunos infantes, la *deglución infantil* persiste mas allá de los 6 meses de edad, por ello, Moyers dice que generalmente a los 18 meses de edad, es cuando se observan las características de la *deglución madura*.<sup>5,7,13,15</sup>

## 1.2. DEGLUCIÓN MADURA (DEGLUCIÓN SOMÁTICA)

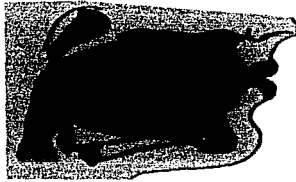
Cuando el niño crece y la habilidad motora se desarrolla, existe un mejor control motor de la lengua y la musculatura oral. El cambio de alimentos semisólidos por alimentos sólidos también influye, la lengua ya no es colocada entre las encías o superficies incisales de los dientes, la proyección de la mandíbula disminuye durante el periodo de 6 a 12 meses y hay una activación gradual de los músculos elevadores de la mandíbula, de manera que, ésta es llevada hacia lo que será el contacto oclusal de los dientes.<sup>7,13,15</sup>

Los músculos elevadores de la mandíbula se encargan de estabilizar el maxilar inferior, al reducir la contracción de los músculos de los carrillos y de los labios. La porción de la lengua en forma de espátula concentra los alimentos y los lleva hacia atrás.<sup>13,15</sup>

Esta transición fisiológica en la *deglución*, comienza con la erupción de los dientes incisivos anteriores, aproximadamente a los 6 meses de edad y generalmente continúa durante los años siguientes (5). Consiste en que la lengua se encuentra en una posición inmóvil entre los dientes anteriores y la proximidad del labio inferior.<sup>7,15</sup>

Es importante tener en cuenta esta etapa de transición, ya que a menudo esto puede ser catalogado como un patrón de *deglución atípica*.<sup>2,7,15</sup>

**LA DEGLUCIÓN MADURA** se caracteriza por la ubicación de la lengua tras los incisivos superiores y la elevación de la mandíbula en toda su amplitud hasta que contactan las piezas posteriores (fig.1-2); generalmente este patrón de *Deglución* se observa a partir de los 18 meses de edad.<sup>5,7,11,13,15</sup>



**Fig. 1-2. DEGLUCIÓN MADURA.** - *los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdenteria de la arcada superior. El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de deglución; los labios se encuentran unidos íntimamente.*

## CAPITULO II

### DEGLUCIÓN ATÍPICA

#### 2.1. DEFINICIÓN

La **deglución atípica** existe cuando la transición hacia una función lingual madura no ha ocurrido. Es la retención prolongada del mecanismo de **Deglución Infantil**.<sup>2,13</sup>

Sus características son:

- 1) en la posición de descanso, la lengua adopta una postura normal, los labios están en contacto pasivo y la mandíbula ligeramente separada.<sup>16</sup>
- 2) Durante el **acto de deglución**, la mandíbula solo efectúa pequeños movimientos y los dientes no llegan a ponerse en oclusión.<sup>16</sup>
- 3) La mandíbula está separada por la contracción de los músculos orbiculares de los labios, borla de la barba, y el buccinador, mientras que los músculos elevadores del labio superior casi no trabajan.<sup>16</sup>

Proffit realizó numerosas investigaciones en torno a **la deglución atípica**, y encontró que tres importantes problemas están asociados a esta: mordida abierta anterior, protrusión de los incisivos y ceceo.<sup>15</sup>

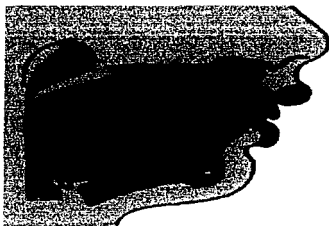
Sin embargo, el problema más importante de este patrón de **deglución** es el desarrollo de la mordida abierta anterior, ya que la **deglución atípica** puede ser el factor causal de esta, o bien, el **empuje lingual** puede funcionar como sello del espacio existente entre los dientes anteriores durante la deglución.<sup>2,7,11,15</sup>

Durante la **deglución**, la musculatura labial es auxiliada por la **lengua**, dependiendo del grado de maduración que su función presente. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores, y la creación de una mordida abierta anterior, como consecuencia del hábito de succión digital, el labio superior permanece hipotónico, sin función, al no ser necesaria la actividad a manera de esfínter que cumplía con el labio inferior, ya que, con la colocación de la **lengua** entre la mordida abierta anterior, ambos se unen (lengua y labio inferior) y ejercen la presión negativa requerida para la **deglución**.<sup>14</sup> ( fig.2-1). Por tal motivo, se dice que la **mordida abierta anterior** es un factor causal de la **deglución atípica**.<sup>1,2,5,7,11,14,15</sup>

Investigaciones epidemiológicas, señalan que, el porcentaje de sujetos con patrones de **deglución atípica** es superior al de individuos con mordida abierta anterior. Esto indica, por lo tanto, que no hay una relación causal directa entre la **proyección de la Lengua** durante la **deglución** y la mordida abierta anterior.<sup>7,11</sup>

Mediciones realizadas por Proffit y Mason indican que, de acuerdo a la duración, intensidad, y frecuencia de las fuerzas realizadas por el **empuje lingual**, este hábito puede conservar una mordida abierta anterior, pero no crearla.<sup>7,11,13</sup>

Anderson afirma que el *empuje lingual* constituye un residuo del hábito de succión digital.<sup>1,2,7,11,14,15</sup> En un estudio 54.2% de los niños con *empuje lingual* tenían antecedentes de succión digital; con respecto a la lactancia artificial, los resultados indican que existe una mayor tendencia al *empuje lingual* en el grupo alimentado con biberón.<sup>3,5,10,14,19</sup>



**Fig. 2-1 DEGLUCIÓN ATÍPICA.-** la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la mordida abierta anterior y el dorso de la lengua se aleja de la bóveda palatina; en lugar de que los labios formen un cierre entre sí, el labio superior permanece sin funcionar.



**2.2. CLASIFICACIÓN**

El *hábito de deglución atípica*, a menudo, ha sido descrito como uno solo; sin embargo, Moyers categoriza al hábito en:

- 1) Empuje lingual simple<sup>2,7</sup>.
- 2) Empuje lingual complejo<sup>2,7</sup>.
- 3) Deglución infantil conservada<sup>2,7</sup>.

**EMPUJE LINGUAL SIMPLE:** está asociado con una mordida abierta anterior, que ha sido causada por un hábito digital y puede persistir después de que el hábito ha cesado.

Los signos clínicos durante la *deglución* incluyen: contracción de los labios, del músculo borbta de la barba y de los músculos elevadores de la mandíbula. Los dientes están en oclusión durante la *deglución*, con la lengua protruida dentro del área de mordida abierta anterior. La mordida abierta está en un área bien definida, limitada hacia el segmento anterior dental, con los dientes posteriores en una relación estable (fig.2-2),<sup>2,7</sup>.

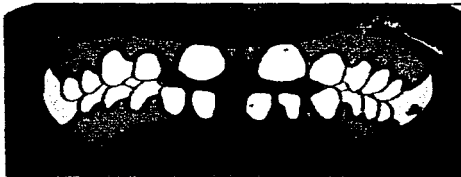


Fig. 2-2 EMPUJE LINGUAL SIMPLE.- *durante la deglución, los dientes posteriores se encuentran en oclusión con la lengua protruida dentro del área de mordida abierta.*

**EMPUJE LINGUAL COMPLEJO:** aquí el problema es una incorrecta *postura lingual*, la cual tiene un efecto en la oclusión y posiblemente también en el esqueleto Craneofacial. Los signos clínicos durante la deglución incluyen: contracción del labio y de los músculos de la expresión facial. Los dientes de ambas arcadas dentarias están separados por la lengua durante la *deglución*. El resultado es una inestable oclusión dental posterior. La mordida abierta anterior no esta limitada a ciertas áreas<sup>2,7</sup>.

**DEGLUCIÓN INFANTIL CONSERVADA:** es la situación que existe cuando la transición hacia una función lingual madura no ha ocurrido. Si este reflejo de deglución infantil continúa hasta que los dientes permanentes comienzan a erupcionar, puede provocar una significativa maloclusión. Clínicamente, existe una marcada contracción del labio y musculatura facial, hasta el punto de parecer un gesto o una mueca.<sup>2,7</sup>

La posición de la lengua entre ambas arcadas dentales provoca una inestable oclusión, pudiendo estar solo un molar de cada cuadrante en oclusión. Existe un desarrollo anormal neuromuscular.<sup>2,7</sup>

### CAPITULO III

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA.

### 3.1 GENERALIDADES

El interés con respecto a los *hábitos orales* ha sido evidente, ya que, durante los últimos 50 años, numerosos artículos han sido publicados. Dicho interés por este asunto ha sido compartido por Psiquiatras, Psicólogos, Pediatras, Odontopediatras, Ortodoncistas, Terapeutas del lenguaje y Cirujanos Plásticos, sin embargo, la opinión pública en este tema tan debatido también ha contribuido.<sup>6</sup>

Probablemente la atención brindada, se deba al grado con el que interfieren en la función física, emocional y social del niño, o por la posible sensación de culpa o fracaso que experimentan los padres al observar que sus hijos han adquirido un hábito.<sup>2</sup>

Los *hábitos orales* se dividen en:

- 1) *Hábitos de succión*: digital, biberón, chupón, lengua, labio, mejilla, objetos, etc.<sup>6</sup>
- 2) Hábitos de morder: onicofagia, bruxismo, morder tejidos corporales, etc.<sup>8</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

El **hábito de succión** emerge en la 29 semana de vida embrionaria y es uno de los primeros patrones complejos de comportamiento exhibidos por el recién nacido<sup>2</sup>, posteriormente es un reflejo que ocurre en la etapa oral de desarrollo y desaparece durante el crecimiento normal entre las edades de uno y tres años y medio.<sup>2,5,6,7</sup>

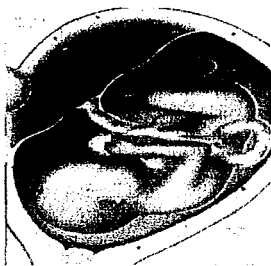


Fig. 3-1 HÁBITO DE SUCCIÓN EN LA VIDA EMBRIONARIA.

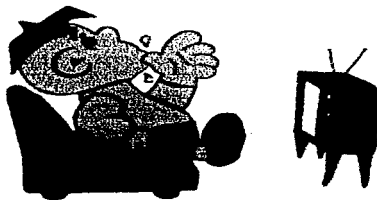
Se inicia mediante:

- 1) *El reflejo de búsqueda*: surge cuando un objeto toca algún área alrededor de la boca del bebé y éste gira la cabeza abriendo la boca para tratar de atraparlo.<sup>2,6,7</sup>
- 2) *El reflejo de posición*: es la actividad de succión que ocurre cuando un objeto hace contacto con la boca del bebé.<sup>2,6,7</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

La succión es la primera actividad muscular coordinada del infante,<sup>5,17</sup> no obstante, de acuerdo a su duración, intensidad y frecuencia, puede provocar cambios en las estructuras orofaciales, e influir en el crecimiento facial, función oral, relaciones oclusales, y estética facial.<sup>2,5,6,7,20</sup>

Por tal motivo, es necesario saber que los ***hábitos de succión*** están determinados por: la cultura en la que el niño se desarrolla,<sup>1</sup> el alto nivel educativo y socioeconómico de los padres,<sup>1</sup> el sexo (mas frecuente en niñas),<sup>1,6</sup> la edad de los padres (mientras más jóvenes, mayor probabilidad de que sus hijos presenten un hábito de succión),<sup>1</sup> el lugar donde duermen,<sup>1</sup> personas que los cuidan,<sup>1</sup> e imitación de programas de los medios de comunicación impropios para menores (fig. 3-2).<sup>9</sup>



**Fig. 3-2 HÁBITOS DE SUCCIÓN.-** surge al imitar los programas de los medios de comunicación no aptos para menores.

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Existen dos destacadas teorías sobre el funcionamiento o comportamiento de los *hábitos de succión*, una es la *Teoría Psicoanalítica del desarrollo Psicosexual* propuesta por Freud y la otra es la *Teoría del Aprendizaje*.<sup>6,7</sup>

La *Teoría Psicoanalítica del desarrollo Psicosexual*, sostiene que la respuesta de succión aparece de un estímulo psicosexual inherente. Freud hace una diferencia entre el *hábito de succión* y la necesidad de alimentación, sugiriendo que, la succión es una estimulación erótica placentera de los labios y la lengua.<sup>6,7,9</sup>

Uno de los conceptos manejados por esta teoría, es que los seres humanos poseemos un estímulo biológico de succión. Este concepto se basa en la observación de la succión intrauterina y en el *reflejo de búsqueda y posición*.<sup>2,6,7</sup>

La *Teoría del Aprendizaje* sostiene que el *hábito de succión* proviene de una respuesta de adaptación, es decir, el infante asocia la succión con el placer que obtiene cuando agarra algún objeto, o cuando sacia su hambre. Estos eventos serán recordados al transferir la acción de succión hacia el objeto disponible más apropiado (dedos, chupón, biberón).<sup>6,7</sup>

3.2 SUCCIÓN DIGITAL

Inicia como una satisfacción o deseo, ocasionando una sensación de bienestar.<sup>2</sup>

**FACTORES PREDISPONENTES:**

La causa de la *succión digital*, no esta aún bien definida y comprendida; ha sido asociada con hambre, dentición, cansancio, sueño y desarrollo psicológico.

También, métodos maternos para proporcionar alimento infantil, han sido relacionados con la succión digital, si embargo, los estudios que han evaluado dichos métodos son polémicos e incompatibles, ya que :

- 1) La succión del pulgar ha sido hallada frecuentemente entre niños amamantados, no obstante, la persistencia del hábito después de los seis años de edad, no es diferente entre los niños amamantados y los alimentados con biberón. <sup>2</sup>
- 2) Shoaf encontró mediante la aplicación de un cuestionario a 486 padres, que del 24% de los niños que succionaron su pulgar, dos veces más, los niños amamantados (34%) lo hicieron, en comparación con los niños alimentados con biberón (17%). Sin embargo, estos últimos succionaron su pulgar 51 meses, mientras que los niños amamantados solo lo hicieron durante 21 meses. <sup>2</sup>



## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- 3) Los niños que reciben con restricción la alimentación materna y que no tienen acceso al chupón, pueden satisfacer su necesidad de succión con hábitos alternativos tales como: succión digital o succión de algún objeto.<sup>5,19</sup>
- 4) Estudios llevados a cabo entre los años 1949 y 1971, dan a conocer que la alimentación con biberón se correlaciona positivamente con la succión digital.<sup>5</sup>

Varios factores de tensión tales como: falta de amor entre los padres, sobreprotección, negligencia y educación estricta han sido significativamente prevalentes en los niños con hábito de succión digital.<sup>2,20</sup>

Se ha manejado que, también influye el que el niño habite en grandes ciudades. Mediante un estudio realizado en Finlandia, se encontró que 10 % de los niños estudiados presentaron el hábito, en tanto que un grupo étnico de Asia/Arabia solo lo presentó en un 4%.<sup>1,20</sup>

**INCIDENCIA:**

En un estudio realizado con niños Mexicanos en Guadalajara, el hábito que se presentó con mayor frecuencia fue el de *succión digital*, particularmente en niños preescolares de 4 años de edad, disminuyendo proporcionalmente en forma gradual conforme avanza la edad.<sup>8</sup>

Honzik y Mckee indicaron que el hábito de succión es más persistente y extenso en niñas.<sup>6,20</sup> A mayor edad del niño, mayor probabilidad de que sean niñas las que succionan su pulgar.<sup>2</sup>

Traisman y Traisman, Roberts y Brazelton demostraron que la mayor parte de los niños que succionan su dedo, comienzan el hábito en los primeros tres meses de vida o durante su primer año, por consiguiente, no es probable que los niños inicien dicho hábito después de este periodo.<sup>6</sup>

**CONSECUENCIAS:**

La prolongación del *hábito de succión digital*, puede provocar efectos significativos en el desarrollo dentofacial (maxilar, mandíbula, arcos dentales, relación inter-arco, colocación y función del labio).<sup>1,2,5,7,11,14,15</sup> Dichos efectos van a depender de su frecuencia, intensidad, edad de comienzo, cese, duración, y posición en la cual el dedo o pulgar es colocado en la boca.<sup>2,5,6,7</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

La maloclusión causada por la succión digital, resulta de la presión directa en los dientes, y de la *postura alterada de la lengua*, carrillos, y labios.<sup>1,2,5,7,11,14,15</sup> Clínicamente se caracteriza por:

- 1) Proyección de los incisivos superiores.<sup>2,5,6,7,14,15</sup>
- 2) Posición lingualizada de los incisivos mandibulares.<sup>5,6,7</sup>
- 3) ***Mordida abierta anterior.***<sup>2,5,6,7,14,15</sup>
- 4) Constricción de la forma del arco maxilar.<sup>7,2,5</sup>
- 5) Disminución del ancho del paladar.<sup>7,5</sup>
- 6) Posición más distal de la mandíbula en relación al maxilar.<sup>2,5,6,7</sup>
- 7) Inhabilidad labial.<sup>7,14</sup>
- 8) Atrapamiento del labio detrás de los incisivos superiores.<sup>7,14</sup>
- 9) ***Incremento del empuje lingual.***<sup>2,5,6,7,10,11,13,14,15,19</sup>
- 10) ***Aterción en la posición de descanso de la lengua.***<sup>2,5,6,7,14</sup>

Se han publicado numerosas investigaciones, respaldando la información descrita en los puntos 3, 9 y 10.

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Dichas investigaciones han manejado que la **mordida abierta anterior**, se provoca por la presión que ejerce el dedo pulgar sobre los incisivos superiores, el paladar, y los labios, impedir que estos dientes erupcionen, y los restantes contacten con los dientes antagonistas; provocando de esta manera, una sobre-erupción de los dientes posteriores.

Una vez formada la **mordida abierta**, se crea un espacio en la región anterior, el cual, es mantenido por el **empuje de la lengua** hacia adelante o por la **colocación de la lengua** en éste.<sup>1,2,5,7,11,14,15</sup>

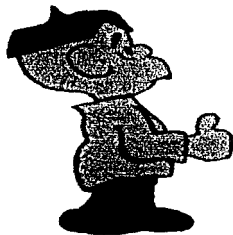


Fig. 3-3 LA SUCCIÓN DEL PULGAR produce protrusión de los incisivos superiores.

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

La **succión digital** también puede causar:

- 1) Paroniquia: que es una inflamación de la falange distal, acompañada por una separación de la piel en la porción proximal de la uña del dedo de la mano, albergando una acumulación de fluido bacteriano. <sup>2</sup>
- 2) Deformidad radial angular: en la que el dedo o pulgar, es anormalmente separado de los otros dedos, permaneciendo torcido tanto como 40 grados. <sup>2</sup>
- 3) Infecciones adquiridas a través de la succión del pulgar. <sup>2</sup>



**Fig. 3-4 DEFORMIDAD RADIAL ANGULAR** *producida por el hábito de succión.*

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Si el ***hábito de succión*** es discontinuado antes de los seis años de edad, los cambios dentales a menudo son transitorios, en cambio, los niños que abandonan dicho hábito después de esta edad, invariablemente presentan maloclusión a los 12 años.<sup>5</sup> Larsson reportó, que durante el primer año después del cese del hábito, se llevan a cabo cambios importantes: disminución en la mordida abierta anterior, y retroinclinación de los incisivos superiores.<sup>5,7</sup>

### **3.3 ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN**

Existen esencialmente dos formas de succión:

- 1) Succión no Nutritiva: dedo, chupón, labios, carrillos, etc.
- 2) Succión Nutritiva: Amamantamiento y Alimentación con biberón.<sup>5</sup>

#### **AMAMANTAMIENTO:**

Durante el amamantamiento, el bebé tiene que abrir ampliamente su boca, realizar movimientos mandibulares de atrás hacia adelante y presionar con sus labios el pezón para extraer la leche. Con ello, logra fomentar el desarrollo normal de los procesos alveolares y estructuras adyacentes, e incrementa la apertura y drenaje de la faringe.<sup>5,10,16,19,21</sup>

Además, para el bebé es una experiencia insustituible, que va desde el sabor y temperatura de la leche, hasta la sensación táctil del pezón y la peculiar fragancia de la piel de la madre.<sup>16</sup> Por otra parte, la leche materna le brinda un adecuado contenido de minerales, vitaminas, enzima, proteínas, protección inmunológica, etc.<sup>14,17,18,21</sup>

Por tal motivo, la OMS y el UNICEF propusieron un decálogo para llevar a cabo una lactancia exitosa y han realizado la promoción de las ventajas que el amamantamiento ofrece tanto al niño como a la madre.<sup>14,17,18</sup>

En varios países del mundo, incluyendo México, existen Hospitales amigos del niño y de la madre. A pesar de ello, la alimentación con biberón, se sigue empleando (aunque en menor grado) como método de alimentación en el recién nacido.<sup>14,17,18</sup>

**ALIMENTACION CON BIBERON: Factores Predisponentes:**

Los factores que pueden influir en la elección de la alimentación con biberón son:<sup>5</sup>

- 1) Madre primeriza.
- 2) Edad de los padres.
- 3) Bebé de sexo masculino.
- 4) Nacimiento por cesárea.
- 5) Madre fumadora.

**CONSECUENCIAS:**

Dentro de las consecuencias más frecuentes, se encuentran las producidas por los padres, quienes a fin de incrementar el flujo de la leche, amplían las perforaciones del chupón, provocando:

- 1) Que ciertos músculos empleados durante el amamantamiento sean inmovilizados (orbicular de los labios, masetero), sobreactivados (músculo borta de la barba), o malposicionados (la **lengua es empujada** detrás del chupón), provocando un desarrollo dentofacial anormal en el niño.<sup>5,19,21</sup>
- 2) El **empuje lingual**; ya que el infante impulsa el chupón fuera de su boca, o regula y/o trata de parar el flujo de la leche con la punta de la lengua.<sup>5,19</sup>

Es necesario enfatizar, que los efectos de la alimentación con biberón varían según el tipo de **chupón** utilizado, ya que estos, son disponibles en varias formas y tamaños. Una comparación entre diversos **chupones**, revela diferencias importantes en cuanto a forma, longitud, ubicación de las perforaciones, velocidad en que fluye la leche, y flexibilidad.<sup>3,5,10,20</sup>

Straub propuso que muchos chupones de goma fomentan el **empuje lingual**, al permitir el paso rápido de leche hacia la cavidad bucal, lo que hace que el infante presione su lengua hacia adelante para evitar ahogarse mientras esta deglutiendo.<sup>10</sup>



Por tal motivo, se realizó la fabricación de **“chupones fisiológicos u ortodónticos”** (fig. 3-5 b), tales como el “Nuck” o “Mam”, cuyo diseño semeja la anatomía del pezón y regula el paso de la leche, lo cual provoca, que el infante realice mayor actividad muscular para poder extraerla.<sup>5,10,21</sup>



Fig. 3-5 a Chupón no Fisiológico



Fig. 3-5 b Chupón Fisiológico

Cuando un **chupón con diseño no fisiológico** (fig. 3-5 a) es usado, la terminación del chupón está cerca de la pared faríngea, por lo que el líquido se libera casi directamente en el tracto digestivo, disminuyéndose así el período de predigestión.<sup>5,10</sup>

Con el **chupón diseñado fisiológicamente** (fig. 3-5 b), el bebé coloca la lengua hacia adelante y abajo de la superficie plana del chupón, por consiguiente, la parte posterior de la lengua espera la leche y la empuja hacia atrás, dentro del área del esófago. De esta manera la leche fluye debido a la acción peristáltica de la lengua y las mejillas, en vez de salir expulsada dentro de la garganta.<sup>5</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Algunos estudios sugieren que la extensión del tiempo de la alimentación infantil influye en el desarrollo del hábito de succión del pulgar.

Traisman y Traisman encontró que el tiempo empleado en la **succión nutritiva** fue un factor significativo en la incidencia de **succión del pulgar**. Él observó que existe mayor probabilidad de que los infantes alimentados en un período de 30 a 60 minutos, presenten el **hábito** en comparación, con aquellos que son alimentados durante 10 a 25 minutos.<sup>6</sup>

### **3.4 SUCCIÓN DE CHURÓN**

El uso de **chupón** satisface la necesidad básica de succión. Esta necesidad disminuye a los tres años y puede ser canalizada dentro de otros patrones de comportamiento. Por tal motivo, el uso de **chupón** a los tres años de edad parece ser un hábito fomentado por los padres quienes quieren mantener calmados y quietos a sus hijos.

La disponibilidad de aparatos, con el desarrollo de la tecnología comercial se ha incrementado, y cada año, diversos y novedosos "**chupones**" son promovidos para la consideración de los padres.<sup>20,21</sup>

Existen de diversos tipos, tamaños y formas, dependiendo de la edad del bebé.<sup>5</sup>

Al igual que los chupones de los biberones, existen chupones llamados "*chupones fisiológicos u ortodónticos*", los cuales, de acuerdo al fabricante ofrecen numerosas ventajas:<sup>5,20,21</sup>

- 1) Se adapta a los labios del bebé, mientras su contorno liso fomenta la respiración.<sup>5</sup>
- 2) Gracias a su forma plana, simula la forma del pezón de la madre, permitiendo que la lengua toque el paladar, obteniendo así una posición de succión más natural.<sup>5</sup>
- 3) Mejora el sello labial.<sup>5</sup>

#### **INCIDENCIA:**

Niños que *succionan chupón*, generalmente detienen el hábito en una edad aceptable. 60% de los niños que usan chupón, abandonan el hábito antes de los tres años de edad, después de los cinco años, solo el 1% lo continua.<sup>1,2,5</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Por esta razón, se maneja que el *hábito de succión de chupón*, no es tan pernicioso, ya que este, es abandonado durante los primeros 5 años de vida.<sup>2,5</sup>

*Succión de chupón* y digital, raramente ocurren al mismo tiempo.<sup>2</sup>

Estudios realizados en Inglaterra y Finlandia, determinaron que del 2% de infantes que usaron un *chupón*, la mayor parte discontinuó su uso entre los 3 y 5 años de edad (edad en que entran a la escuela).<sup>1</sup>

### **FACTORES PREDISPONENTES:**

Cuando los niños son *amamantados restringidamente*, o cuando son *alimentados con mamila*, satisfacen su instinto de succión mediante el *chupón*.<sup>1,5,19,21</sup>

Backlund y Zadik y colaboradores, encontraron un aumento en la prevalencia del uso de chupón entre bebés alimentados con mamila.<sup>19</sup>

Otros factores predisponentes son:

- 1) La edad de la madre: a mayor edad de la madre, más probabilidad de que el niño use chupón.<sup>1</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- 2) Corto período de Amamantamiento.<sup>1</sup>
- 3) Cuidado del niño: es más probable que utilicen chupón los niños que son cuidados por sus abuelos.<sup>1</sup>
- 4) Dormir en la recámara de los padres, es asociado al uso de chupón.<sup>1</sup>

### **CONSECUENCIAS:**

Los cambios dentarios que ocasiona este hábito, son parecidos a los que provoca la *succión del pulgar* :

- 1) Cuando el escudo del chupón es parcialmente posicionado dentro del labio inferior, puede afectar la parte anterior del hueso de la mandíbula.<sup>5</sup>
- 2) Mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.<sup>1,5,19</sup>
- 3) Colapso del maxilar.<sup>11,5,19</sup>
- 4) Movimiento vestibulo-lingual de los incisivos, aún cuando no es tan pronunciado como en el hábito de succión digital.<sup>11</sup>

## HÁBITOS DE SUCCIÓN PREDISPONENTES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- 5) Niños a quienes no es dado un *chupón*, a menudo desarrollan el *hábito de succión digital*. Larsson encontró que niños que succionan chupón, usualmente no lo substituyen por el hábito de succión digital.

Eisman mediante un estudio realizado a niños de dos a tres años de edad y un cuestionario a 2616 madres, reportó que la *succión digital* fue siete veces menos probable, cuando el *chupón* fue dado al niño en un periodo temprano (primeros meses de vida). También mencionó, que si los niños que presentan *succión digital* son premiados o estimulados con el *chupón*, satisfacen su necesidad de succión, por lo abandonan el hábito tempranamente.<sup>5,19</sup> (fig. 3-6).

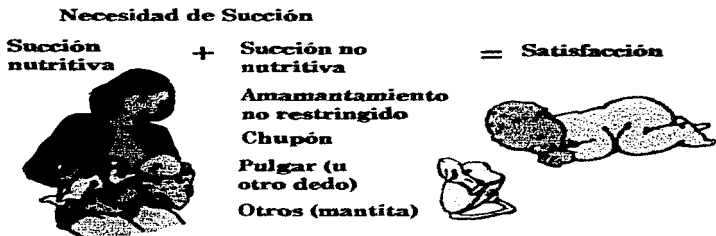


Fig. 3-6 MÉTODOS DE SATISFACCIÓN DEL INFANTE.

## CAPITULO IV

### TRATAMIENTO

#### 4.1 GENERALIDADES

Numerosos reportes de la literatura, y observaciones clínicas realizadas por diversos investigadores, han determinado que la prolongación de *hábitos perniciosos*, puede guiar o conducir a una deformidad dentofacial. Sin embargo, las decisiones en el manejo del *hábito* se complican, por las opiniones polémicas e incompatibles en cuanto a sus efectos suprimidos y al tiempo óptimo para realizar una adecuada intervención.<sup>2,20</sup>

Por tal motivo, es indispensable y necesario considerar que, la falta de conocimiento completo e integral sobre el origen del problema, por parte del dentista, padres y maestros, puede provocar conductas inadecuadas en el niño, al impedirle obtener la satisfacción y tranquilidad que le brinda el *hábito pernicioso*. Esto por consiguiente, puede desencadenar más síntomas psicológicos: rebeldía, problemas de sueño, de alimentación, enuresis, problemas de aprendizaje, etc., los cuales, al no ser tomados en cuenta, permitirán la persistencia del *hábito*.<sup>9</sup>

Por ello, para realizar y llevar a cabo un tratamiento exitoso, es necesario tomar en cuenta:

- 1) La Teoría Psicoanalítica sugiere que conforme el niño madurar, tiende a perder *hábitos* autoeróticos previamente asociados con las primeras zonas de placer (labios y lengua) ; por lo tanto, habrá

que esperar, y *lo* suponer, que los niños cesarán tempranamente la **succión no nutritiva**, durante su proceso de desarrollo. (a la edad de 3 años aproximadamente).<sup>6,7</sup>

- 2) La **succión digital**, de acuerdo a la *Teoría Psicoanalítica*, representa un tipo de ansiedad, inquietud, anhelo, manejado por el niño. Extinguirlo abruptamente podría ser perjudicial para su desarrollo emocional, y resultaría en la sustitución del **hábito** por uno adicional o en la adquisición de un determinado patrón de conducta.<sup>8</sup>
- 3) La *Teoría del Aprendizaje*, ve a la **succión no nutritiva**, como una forma de adaptación durante las primeras etapas del desarrollo, la cual eventualmente es convertida en un **hábito aprendido**. Por lo tanto, el tratamiento directo de el hábito no podrá afectar al paciente en ningún sentido.<sup>6,7</sup>
- 4) La presencia y severidad de los cambios dañinos en el desarrollo dentofacial, provocados por la **succión no nutritiva**, dependen de su frecuencia, intensidad, duración, edad de inicio, y cese.<sup>7</sup>
- 5) Bari y Moyers concluyeron que la maloclusión causada por la **succión del pulgar** depende de la respuesta individual a estímulos, que son clasificados como causa y efecto del síndrome.<sup>6</sup>
- 6) Algunas espontáneas correcciones de los efectos dentofaciales pueden ser esperados, si el **hábito de succión no nutritiva** que persiste hasta los nueve años de edad, se detiene en ese



momento. Larsson reportó, que los cambios más sorprendentes son: una disminución en la mordida abierta anterior, y retroinclinación de los incisivos superiores. Estas correcciones se realizan durante el primer año después del cese del **hábito**.<sup>6,7</sup>

- 7) Algunos estudios indican que a los tres o cuatro años de edad, el daño es temporal y es confinado hacia el segmento anterior, permitiendo al niño comenzar con una oclusión normal cuando erupcionan los dientes permanentes.<sup>6</sup>
- 8) Si la **succión no nutritiva** es abandonada antes de los seis años de edad, los cambios a menudo son pasajeros, sin embargo, aquellos niños que continúan con el después de esta edad, invariablemente desarrollan una maloclusión.<sup>6</sup>
- 9) La voluntad del niño para detener el **hábito**, es lo que va a determinar el método del tratamiento.<sup>7</sup>
- 10) La **deglución Atípica** es un hábito aprendido, causado por la **alimentación con biberón**, uso prolongado de **chupón**, **succión digital** o una combinación de estas.<sup>5,7</sup>
- 11) El **patrón de deglución madura** no se observa por lo general, antes de los cuatro o cinco años de edad. Proffit dice que si los niños que están en el período normal de transición de **deglución infantil a deglución madura** son examinados, a menudo se determina que presentan el **hábito de empuje lingual**.<sup>15</sup>

- 12) Proffit maneja que, el método para tratar a un niño con maloclusión y *posición anterior de la lengua* consiste en tratar la maloclusión y *no el empuje lingual*, ya que dicho hábito surge como consecuencia de la existencia de la mordida abierta anterior.<sup>15</sup>

#### 4.2 TERAPÉUTICA

El tratamiento de los hábitos de succión se realiza mediante:

- 1) *Terapia de recordatorio.*
- 2) *Sistema de recompensa y gratificación.*
- 3) *Terapia con dispositivo.*

La *Terapia de recordatorio*, es la que se emplea en aquellos pacientes que desean abandonar el hábito, pero necesitan ayuda para hacerlo. Se utiliza la colocación de cinta adhesiva vendada al dedo que succiona el niño, bolsita sobre el dedo, líquidos o ungüentos de sabor desagradable. Esta intervención sirve como recordatorio para que cada vez que el niño intente succionar su dedo, se detenga y lo saque de su boca.<sup>7</sup>



Fig. 4-1 TERAPIA DE RECORDATORIO.

El **Sistema de gratificación**, requiere que el niño, los padres y el dentista, estén de acuerdo en que el hábito será disminuido o eliminado, en un determinado tiempo a cambio de un premio. Si es logrado el objetivo, el niño recibe lo acordado sobre su premio, y una alabanza verbal por su logro. Ya que la **Terapia de recordatorio** algunas veces es considerada como un castigo, se puede emplear junto con esta terapia, para así poder lograr lo acordado.<sup>7</sup>

La **Terapia con aparatos** es usada cuando no se logró el cese del **hábito** por medio de las otras dos técnicas. En esta terapia se emplean aparatos:

- 1) Cuya colocación intraoral haga físicamente difícil la continuación del **hábito**.<sup>7</sup>
- 2) Para llevar a cabo una **Terapia miofuncional**.<sup>7</sup>

El aparato utilizado para impedir que el niño siga realizando el ***hábito pernicioso***, le recuerda que debe retirar su dedo de la boca. Esta terapia resulta extraordinaria, cuando el paciente quiere abandonar el hábito, en cambio, cuando éste no desea cooperar, puede dañar o destruir dichos aparatos, pudiendo lesionar su cavidad bucal.

Pueden ser empleados aparatos fijos o removibles, sin embargo, estos últimos aún cuando permiten llevar a cabo una buena higiene tanto del aparato como de la cavidad oral, son menos consistentes en sus resultados, ya que el paciente puede decidir si lo usa o no, o bien, puede perderlo o dañarlo.

Los aparatos pueden ser diseñados para impedir únicamente el ***hábito pernicioso***, o pueden ser incorporados como un componente de un aparato ya existente. En general estos aparatos permanecen en la boca durante tres a seis meses.

Un ejemplo de este aparato es la ***criba palatina***, la cual es empleada para interrumpir el ***hábito de succión digital***, limitando la habilidad del paciente para colocar el dedo en el paladar, o evitando que éste logre satisfacción por medio de la succión. También es utilizada cuando existe un patrón de ***empuje lingual*** asociado con el ***hábito de succión digital***, o bien, cuando este ha cesado.

La ***Terapia miofuncional*** son los procedimientos y técnicas realizadas para reeducar patrones musculares inadecuados. Sin embargo, su uso como tratamiento de la ***deglución atípica*** ha sido históricamente bastante controvertido, ya que diversos datos demuestran que el porcentaje de individuos con ***empuje lingual***, es mayor al porcentaje de

sujetos con mordida abierta anterior, lo cual indica, que cuando el *empuje lingual* se encuentra presente junto con una *mordida abierta anterior*. Esto indica que la *deglución atípica* no ha provocado la instalación de esta mordida, por lo tanto, es aconsejable que primero se trate de corregir esa maloclusion, antes de enseñar al paciente un nuevo patrón de deglución.<sup>7</sup>

La Terapia para eliminar el *chupón*, es más sencilla, ya que casi siempre los niños que *succionan chupón* dependen más de él a la hora de tomar la siesta, o a la hora de dormir, de esta manera, los padres pueden restringir su uso a estas horas determinadas y poco a poco irlo eliminando.<sup>2,7</sup>

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES

Durante la revisión literaria, encontramos varios artículos que avalan el enfoque que tratamos de darle a esta tesina: mordida abierta anterior (provocada por la succión digital), succión de chupón y alimentación con mamila como factores predisponentes de la Deglución Atípica, sin embargo, consideramos que es necesario que se realicen, nuevas investigaciones para reforzar esta asociación, y sobre todo para determinar cuales son los factores etiológicos de dichos hábitos, para así poder brindarle al paciente pediátrico un tratamiento exitoso, que no interfiera con su desarrollo psicológico, físico, y social.

Uno de los problemas a los cuales nos enfrentamos, fué que numerosos autores (casi todos) emplean como sinónimos los términos deglución pervertida o desviada, deglución invertida, retención prolongada de la deglución infantil, proyección lingual, empuje lingual, etc., para referirse a las diferentes manifestaciones posturales de la lengua, lo cual es incorrecto, ya que en el primer capítulo se cita la clasificación de la *deglución atípica*.

Debido a este motivo, durante el análisis y manejo de la presente información, se utilizaron también indistintamente dichos términos, ya que no fue posible precisar a que tipo de deglución Atípica se referían los autores, cuando eran manejadas las diferentes manifestaciones posturales de la lengua.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Päivi P. Päivi R. and Matti S. The effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finnish children and the association between these habits and dental occlusion. *Acta odontol. Scand.* 1993;51:23-9.
2. Peterson Jr. J. Schneider P. Oral Habits. *Pediatrics Clinics of North America* 1991; 38(5):1289-306.
3. Lewallen Matthews,C. Supporting Suck-Swallow-Breath Coordination During Nipple Feeding. 1993;25:561-62.
4. Aguilar Garces, G. Succión del Pulgar. Probables Causas y Tratamientos. 1979, 36(4): 417-19
5. Turgeon-O'Brien,H. Lachapalle,D. Gagnon,P. Larocque,I. Maheu-Robert,L. Nutritive and nonnutritive sucking habits: A review. *Journal of Dentistry for Children.* 1996: 321-27.
6. Johnson,E. Larson,B. Thumb-sucking: literature review. *Journal of Dentistry for children.* 1993: 385-91.
7. Stuard D.J. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development" *Dental Clinics of North American.* 1995; 39(4): 851-59.
8. Bayardo Casillas,R. Mejia Gudiño,J. Orozco Mejia,S. Montoya Bayardo,K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Primera parte. *Revista Asociación Dental Mexicana* 1995; 52(1): 22-26.

9. Bayardo Casillas,J. Mejia Gudino,J. Orozco Mejía,S. Montoya Bayardo,K. Los malos hábitos orales en niños. Etiología. Segunda parte. Revista Asociación Dental Mexicana. 1995; 52(2): 79-84.
10. Westover,K. Kay Diloreto,M. Shearer,T. The relationship of breastfeeding to oral development and dental concerns.Journal of Dentistry for children. 1989 :140-43.
11. Pinkham J. Casamassimmo P. Fields H. Mc tigue A. Odontología Pediátrica. edit. Interamericana. 1996.
12. Vega Franco,L. Desarrollo del aparato digestivo: Implicaciones médico-dietéticas en lactantes. Revista de Investigación Clínica. 1993, 45: 605-11.
13. Graber T. Ortodoncia Teoría y Practica. edit Interamericana. 1987.
14. Sánchez Villares E. Promoción institucional de la lactancia materna. Anales Españoles de Pediatría 1995;42(6); 404-409.
15. McDonald Ralph E, Avery R David. Odontología Pediátrica y del Adolescente.edit. Panamericana. 1990.
16. Segovia L. Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología, La deglución Atípica. Edit. Panamericana. 1988.
17. Ramos Galván Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y Práctica. edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. 1985.



18. Cisneros Silva,I. Flores Huerta,S. Alojamiento conjunto de la madre y su hijo, hospitales amigo y promoción del amamantamiento en México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1995;52(5); 135-39.
19. Meyers,A. Hertenberg,J. Bottle feeding and malocclusion: Is there and associations ?. American journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1988;93(2):149-52.
20. Nowak,A. Conference Report: Feeding and Dentofacial Development. Journal of Dental Research. 1991;70(2):159-60.
21. Legovic,M. Ostric,L. The effects of feeding Methods on the growth of the jaws in infants. Journal of Dentistry for Children. 1991;58(3):253-5.