



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul.-sept. 2011; 15(3):110-122
ORTODONCIA

Comportamiento de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 9 a 14 años

Behavior of dentomaxillofacial anomalies in children from 9 to 14 years old

**Yairis Duque Alberro¹, Arlene L. Corrales León², Yolaini Pulido Valladares³,
Anay Rezk Díaz⁴.**

¹Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

Correo electrónico: yairisda@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

Correo electrónico: arlety67@rincesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Instructora. Policlínico "Hermanos Cruz". Pinar del Río.

Correo electrónico: marthavall@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Instructora. Clínica Estomatológica "Ormani Arenado". Pinar del Río.

Correo electrónico: rosaliar@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Las anomalías dentomaxilofaciales comprenden las alteraciones de crecimiento, desarrollo y fisiologismo de los componentes anatómicos que conforman el sistema estomatognático. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 150 niños de 9 a 14 años de edad, de las escuelas atendidas en la Clínica Estomatológica "Antonio Briones Montoto" de Pinar del Río, en el período comprendido entre enero de 2008 y julio de 2009, con el objetivo de identificar la prevalencia de anomalías dentomaxilofaciales según las variables seleccionadas y el comportamiento según los antecedentes patológicos individuales. La muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio estratificado proporcional al tamaño de los estratos. Los niños fueron examinados en sus aulas, con luz natural, usando depresores linguales. La información recogida fue recopilada en una base de datos mediante Microsoft Excel, y se procesó por el programa estadístico Statistical Package for the Social Science Versión 10.0 para Windows. Se realizó la comparación de proporciones de grupos independientes con el objetivo de determinar las variables de prevalencia más significativas y la prueba Ji cuadrado en su variante de independencia para verificar la relación entre las categorías seleccionadas. Las anomalías dentarias fueron las alteraciones más prevalentes. El sexo más afectado fue el masculino, así como el grupo de edades de 9-11 años. Entre los factores etiológicos estudiados los hábitos fueron los más frecuentes seguido de los agentes físicos. Se concluye que existe una alta prevalencia de anomalías dentarias en estrecha relación con los hábitos deformantes.

DeCS: ANOMALÍAS DENTARIAS/diagnóstico, SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO/crecimiento & desarrollo, Hábitos.

ABSTRACT

Dentomaxillofacial anomalies include growing alterations, development and the physiology of the anatomical components that constitute the stomatognathic system. A descriptive, cross-sectional study was conducted with 150 children from 9 to 14 years old of the schools attending at "Antonio Briones Montoto" Dentist Clinic in Pinar del Rio, during January 2008 -July 2009. The study was aimed at identifying the prevalence of dentomaxillofacial anomalies regarding chosen variables and the behavior according to individual past pathologies. The sample was taken using a stratified, at random, and proportional to the stratus size sampling. Children were examined in their classrooms, with natural light and using lingual depressor. The information was collected in a database by means of Microsoft Excel, processing it by the statistical program of Statistical Package for the Social Science, Version 10.0 to Windows. A comparison of proportions of independent groups was performed with the purpose of determining the most significant variables of prevalence and chi-square test in its variance of independence to verify the relation among the chosen categories. Dental anomalies were the most prevalent anomalies. Male sex and the age bracket of 9 -11 prevailed. Among the etiological factors studied, the habits were the most frequent followed by physical agents; observing a high prevalence of dental anomalies in close relation to deforming habits.

DeCS: Dental anomalies/diagnosis, stomatognathic system/growing and development, habits.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) comprenden las alteraciones de crecimiento, desarrollo y fisiología de los componentes anatómicos que conforman el sistema estomatognático, es decir, son alteraciones de posición, tamaño y forma de los maxilares, su relación con los dientes y con otras estructuras faciales trayendo consigo desviaciones de la oclusión normal, y, por lo tanto, de la apariencia funcional y armónica del individuo.^{1,2}

A principios del siglo se decía que se producían por efectos del ambiente. Hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia, estos actúan sobre todo en el período de la infancia que está enmarcada por continuos cambios en la dentición donde producen alteraciones manifiestas desde los primeros años de vida.³

Es evidente la influencia genética en la formación de los huesos y dientes, por ello, se dice que hay malposiciones hereditarias; genéticamente se hereda el tamaño, forma de los dientes, de los huesos y conlleva a que haya patrones morfológicos establecidos y que se repitan. Las alteraciones de los dientes que se heredan incluyen el apiñamiento dental, manifestado por rotaciones, versiones, gresiones, diastemas que a su vez retardan o adelantan el brote de los dientes. Existen, además, alteraciones que afectan el órgano dentario como tal que pueden ser de origen interno o externo y dar al diente características atípicas o anormales, entre ellas, se encuentran las agenesias y dientes supernumerarios.³

Las alteraciones musculares constituyen también parte de la etiología de las anomalías dentomaxilofaciales puesto que, cuando no se produce el sellado labial necesario para hacer la deglución y para evitar la caída de saliva, hay una acción supletoria de la lengua, lo que hace que se desequilibren las fuerzas entre los labios y la lengua produciéndose un desplazamiento dentario. También influye la morfología labial y lingual, así como el tono muscular de los labios. Cuando hay una alteración de la musculatura se dice que existe una disfunción; creando estas, interferencias que ponen en riesgo el equilibrio facial, bucal y dentario, y manifestándose en el niño como una maloclusión dentaria, esquelética o ambas. Se entiende como interferencias las anomalías anatómicas que evitan la función normal de respirar, masticar, deglutir o hablar.^{4,5}

Las alteraciones musculares están íntimamente relacionadas con los hábitos deformantes de la cavidad bucal, siendo estos responsables de la mayoría de las disfunciones que se presentan en la musculatura. Un hábito es una acción del individuo que de forma voluntaria o involuntaria, llega a transformarse en una acción automática o inconsciente, que puede ser reflejo o no de ciertas situaciones.⁶

La succión digital y el empuje lingual pueden considerarse derivados de determinadas conductas que adoptan y desarrollan los niños, casi siempre relacionados con perturbaciones psicológicas o como una respuesta de adaptación del niño al medio que le circunda. La respiración bucal más que un hábito aislado es considerada un síndrome, ya que a este le precede una disfunción respiratoria.⁷

En la provincia se han realizado pocos estudios epidemiológicos que describan el comportamiento de las anomalías dentomaxilofaciales y no se cuenta con una referencia anterior ni instrumento básico en la planificación de programas para la promoción y prevención de eventos causantes de alteraciones en el aparato estomatognático, constituyendo esta situación un problema dentro de la atención

primaria de salud. Debido a ello, la presente investigación se encaminó de forma general a identificar la prevalencia de ADMF en los niños de 9 a 14 años, y de manera particular a establecer la prevalencia de las mismas según las variables seleccionadas, así como describir su comportamiento teniendo en cuenta los factores etiológicos.

MÉTODO

La investigación consistió en un estudio descriptivo y transversal con un universo de 1017 niños pertenecientes de las escuelas primarias "Abel Santamaría", "Pablo de la Torriente Brau" y "Frank País" y la Secundaria Básica "Combate de Bacunagua, atendidas en la Clínica Estomatológica Docente Provincial "Antonio Briones Montoto" en el periodo comprendido de enero de 2008 a julio de 2009. Se seleccionó una muestra de 150 niños según los criterios de disponibilidad y factibilidad de recursos. Fue recogida mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional al tamaño de los estratos.

Estratos	Población	Muestra
9 - 11	437	80
12 - 14	580	70
Total	1017	150

Criterios de inclusión:

Niños que se encontraban en sus aulas en el momento de la aplicación de los instrumentos de la investigación.

Voluntariedad de los niños a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

Niños con tratamiento de ortodoncia.

Distribución demográfica de la muestra.

Sexo Grupos De edades	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
9-11	46	54.12	34	52.31	80	53.34
12-14	39	45.88	31	47.69	70	46.66
TOTAL	85	100	65	100	150	100

Se operacionalizaron las variables para dar salida a los objetivos propuestos. Las técnicas de recolección de la información fueron: las revisiones bibliográficas y consultas a expertos; se confeccionó un formulario para la recogida de los datos específicos según los objetivos propuestos, que registró cada una de las variables seleccionadas para un mejor análisis y procesamiento estadístico. (ANEXO)

Fueron examinados en sus aulas, con luz natural, usando depresores linguales para separar los carrillos y examinar la orofaringe, además, se utilizó el pie de rey para medir determinadas variables. Se observó en cada niño si presentaba alguna alteración de los dientes, de los maxilares, de los tejidos blandos y de la articulación temporo mandibular (ATM), mediante el examen clínico directo y maniobras funcionales en el caso de alteraciones de la ATM cuando estas últimas se consideraron necesarias.

La información recogida fue llevada a una base de datos mediante Microsoft Excel y fue procesada mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) Versión 10.0 para Windows. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante la elaboración de gráficas y cuadros, así como el cálculo de las frecuencias relativas de las variables de interés. Se aplicó la prueba de hipótesis para la comparación de proporciones de grupos independientes para determinar las variables de prevalencia más significativas, en todas las pruebas de hipótesis se fijó un nivel de significación de $\alpha=0,05$ considerando como significativa toda prueba de hipótesis donde el valor de la probabilidad asociada al estadígrafo fue menor que el valor prefijado para la significación y la prueba Ji cuadrado en su variante de independencia para verificar la relación entre las categorías seleccionadas. En todos los casos se consideró un nivel de significación del 5%.

Consideraciones bioéticas

Los padres y los maestros de los niños fueron informados previamente de la investigación, sus objetivos y procedimientos. La participación de los estudiantes fue voluntaria, se les aclaró que en caso de no aceptar esto no repercutiría en su relación con el estomatólogo, ni se perdería con ello la garantía de continuar recibiendo una atención estomatológica adecuada. Se les explicó en que se basaban las maniobras del examen clínico, así como el interrogatorio.

RESULTADOS

La versión se presentó como la principal o más frecuente anomalía dentaria en la muestra de niños estudiados, seguido de las rotaciones. Su prevalencia resultó significativa. (Tabla 1)

Tabla 1. Comportamiento de las anomalías dentarias.

No	Anomalía	Cantidad	%
1	Hipodoncia	2	0.78
2	Hiperdoncia	1	0.39
3	Macrodoncia	10	3.93
4	Microdoncia	5	1.96
5	Versión	114	44.88
6	Gresión	17	6.69
7	Rotación	63	24.8
8	Erupción Precoz	13	5.11
9	Erupción Retardada	29	11.41
TOTAL		254	100

p= 0.034

En el comportamiento de las anomalías de los tejidos blandos, sobresalen la proquelia inferior y el cierre labial incompetente en los niños objeto de estudio, en relación al resto de las anomalías de este tipo, no existiendo diferencias significativas entre ellas. (Tabla 2)

Tabla 2. Comportamiento de las anomalías de tejidos blandos.

No	Anomalía	Cantidad	%	
1	Macroglosia	3	2.65	
2	Proquelia	Superior	10	8.84
		Inferior	36	31.85
3	Retroquelia	Superior	15	13.27
		Inferior	12	10.61
4	Cierre labial Incompleto	35	30.97	
5	Hipertrofia del Frenillo	2	1.76	
TOTAL		113	100	

p= 0.5381

En el comportamiento de las anomalías de los maxilares y alteraciones de la articulación temporo mandibular se pone de manifiesto que aún cuando se apreció un predominio a nivel de muestra del prognatismo maxilar, desde el punto de vista inferencial no se obtuvo una diferencia significativa en relación al mandibular, sin embargo, en cuanto al retrognatismo, se demostró un predominio significativo el

tipo mandibular, resultando de igual forma significativamente superior la incidencia de micrognatismo transversal maxilar, en relación con el micrognatismo transversal mandibular. Dentro del grupo de pacientes objeto de estudio se apreció una baja incidencia del chasquido, como alteración de la ATM. De forma general puede observarse que las anomalías de los maxilares más significativamente frecuentes fueron el retrognatismo mandibular y el micrognatismo transversal maxilar, ambas con similar prevalencia. (Tabla 3)

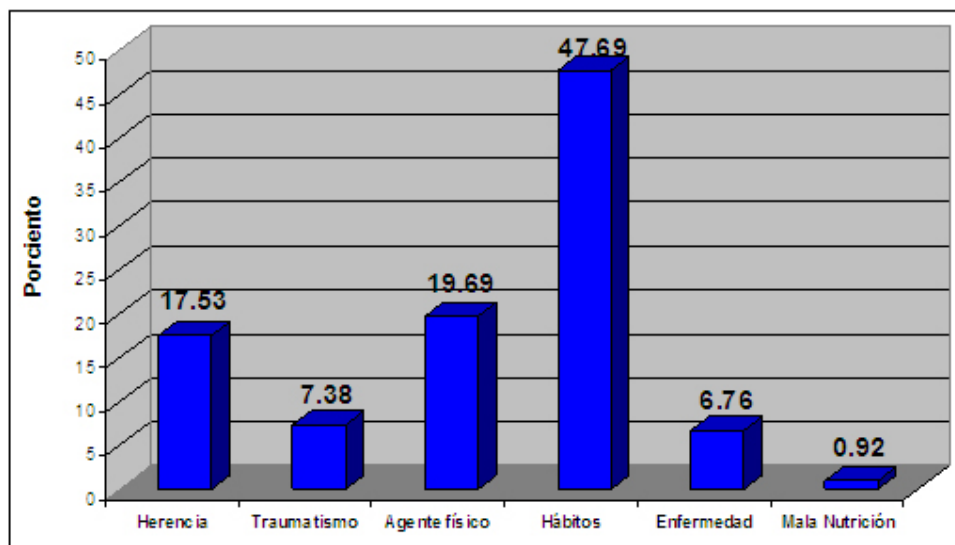
Tabla 3. Comportamiento de las anomalías de los maxilares y alteraciones de la articulación temporomandibular

No	Anomalía		Cantidad	%
1	Prognatismo	Maxilar	7	8.64
		Mandibular	5	6.17
2	Retrognatismo	Maxilar	2	2.46
		Mandibular	22	27.16
3	Micrognatismo Transversal	Maxilar	25	30.86
		Mandibular	16	19.75
4	Presencia de Chasquido		4	4.93
TOTAL			81	100

p= 0.02432

p= 0.6341

Se puede apreciar en la información obtenida, que los hábitos son el factor etiológico de prevalencia más significativa dentro del grupo estudiado. Los agentes físicos y la herencia, sin diferencias significativas entre ellos son, después del hábito, los que con más frecuencia se manifiestan. (Gráfico 1)



p= 0.3647

Gráfico 1. Comportamiento de los factores etiológicos.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con la investigación, Moreno y Betancourt en un estudio sobre la prevalencia de maloclusiones en el servicio de Ortodoncia de Ciudad de la Habana encontraron que la versión, específicamente hacia vestibular, fue la maloclusión de mayor prevalencia encontrada en su muestra. Aunque el estudio estuvo asociado con los antecedentes de trauma en la dentición temporal, no es menos cierto que los resultados son coincidentes.⁹

Diferentes estudios revelan que la vestibuloversión de los incisivos es la alteración presente en la mayor cantidad de hábitos deletéreos de la cavidad bucal, expresando la Doctora Magdalena Tomasén que el 95% de los pacientes con esta inclinación hacia a fuera de los dientes presentan trauma dental.⁹

Otros autores, por el contrario, plantean que de todos los niños que tienen cierto grado de desarmonía oclusal, un 40% tiene irregularidades en el alineamiento dentario, el 17% protrusión significativa de los incisivos superiores, el 20% tiene una relación molar de clase II, el 5% una relación molar clase III y el 4% una mordida abierta anterior. (Tabla 1)¹⁰

Muchos autores aluden a la incompetencia labial como disfunción asociada a las ADMF, encontraron cambios faciales asociados a la insuficiencia respiratoria nasal entre las que se encuentran boca abierta, narinas estrechas, hipertrofia del músculo borla del mentón, labio superior hipotónico e inferior hipertónico, características que hablan de una incompetencia labial.^{3, 5, 10}

En el trabajo sobre la caracterización del síndrome del respirador bucal describe entre los signos y síntomas asociados a esta enfermedad, labios agrietados, hábito de contracción del músculo mentoniano y labio superior hipotónico, corto y alto entre otros.¹² Ambos coinciden en que todas estas alteraciones son causantes de un alto porcentaje de ADMF, al igual que ocurre en esta investigación. (Tabla 2)

En cuanto a las anomalías de los maxilares se plantea que la protrusión maxilar verdadera tiene lugar solo en un 20% de los casos de clase II, siendo más frecuente observar en esta alteración una posición retruida del pogonión, aspectos que concuerdan con los datos encontrados en la investigación.

En un estudio sobre el síndrome de respirador bucal encontraron que todos los pacientes estudiados presentaban maloclusión, la mayoría de clase II y las alteraciones dentomaxilofaciales más frecuentes encontradas fueron el micrognatismo transversal maxilar y la incompetencia labial. Algunos autores relacionan las alteraciones de la ATM con la pérdida excesiva de dientes, el estrés laboral y las tensiones de todo tipo, entidades que no se presentan frecuentemente en los niños y adolescentes, lo que explica que en la muestra se presente una baja incidencia de chasquido como única alteración de la ATM, pudiendo deberse a los cambios oclusales que ocurren en el tránsito de la dentición mixta a la permanente.^{13, 14, 3} (Tabla 3)

Es importante destacar, que seguidamente de los hábitos se encontró en el estudio la presencia de agentes físicos y la herencia como factores significativos en la producción de ADMF. Costa Codina de igual forma considera que las caries y otras alteraciones dentarias junto a los hábitos son causas que provocan alteraciones en las funciones del sistema estomatognático.¹⁶

La herencia encabeza la lista de los factores etiológicos causantes de ADMF, sin embargo, estudios recientes han demostrado que los hábitos tienen una mayor relevancia en la producción de ADMF.¹⁷ (Gráfico 1)

Como puede observarse, tanto en esta investigación como en los estudios de referencia la vestibuloversión de los incisivos es la alteración presente en la mayor cantidad de hábitos deletéreos de la cavidad bucal y la herencia está muy relacionada con las anomalías de los maxilares.

De todo lo expresado, resalta que las anomalías dentarias resultaron ser las más frecuentes, dentro de ellas las versiones, seguido por las anomalías de los tejidos blandos y los maxilares, fueron los hábitos el factor etiológico de predominio más significativo en cada uno de los grupos de edades clasificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heimer MV, Tornisiello Katz CR, Rosenblatt A. Non -nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. Eur J Orthod. [Serie en Internet]. 2008 [Citado 20 de septiembre de 2010]; 30(6): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://ejo.oxfordjournals.org/content/30/6/580.full.pdf+html>
2. Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Int J Paediatr Dent. [Serie en Internet]. 2008 [Citado 20 de septiembre de 2010]; 18(3): [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2007.00905.x/pdf>
3. Meneses LópezA, MarinY, Hiromoto J, Tuesta De Cruz O, Ventura Ponce H. Tratamiento ortodóncico quirúrgico de un paciente con síndrome de cara larga. Rev Estomatol Herediana [Revista en internet]. 2006 [citado septiembre 2010]; 15(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-4352005000100013&lng=es&nrm=iso
4. Mora Pérez C, Salamtu Habadi A, Apolinaire Penini J. Respiración bucal: alteraciones asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. MediSur. [Revista en internet]. 2009 [citado septiembre 2010]; 7(1): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/540>
5. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farías M, Rondon S. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontope [Serie en Internet]. 2007 [citado 6 Junio 2010]; 0(0): [aprox 13p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones 2007>
6. Rodríguez Lanza M. El niño respirador bucal. Fundación Acta Odontológica Venezuela. 2006 [citado 6 Junio 2006]. Disponible en: <http://www.odontored.com/Articuloscientificos/elniñorespiradorbucal.htm>

7. Onyeaso CO, Isiekwe MC. Oral habits in the primary and mixed dentitions of some Nigerian children: a longitudinal study. Oral Health Prev Dent. [Serie en Internet]. 2008 [Citado 20 de septiembre de 2010]; 6(3): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19119572>
8. Cuervo Mandragón M, Félix Revilla MT, Ibarra Salazar M, Ramos Chilaca. Respiradores bucales de 6 a 14 años en la clínica de Iztacala. Diplomado de Ortopedia Maxilar. 2009. Disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx>
9. Moreno BY, Betancourt PJ. Prevalencia de las malo clusiones en la dentición mixta ocasionadas por traumatismo en la dentición temporal. Rev Cubana Ortod. [Serie en Internet]. 2001 [Citado 20 de septiembre de 2010]; 16(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord09101.htm
10. Tomasen CM. Traumatismo Dentarios. [Internet] Granma. Consultas Médicas; 2002. [Citado el 30 de Marzo del 2006]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/t/c07.html>
11. Di Santi MJ, Vázquez VB. Maloclusión clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Venezuela. [Serie en Internet]. 2006 [Citado el 13 de abril de 2006]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/maloclusion_clase_i_definicion_clasificacion_caracteristicas.asp
12. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta Odontológica Venezolana. [Serie en Internet]. 2004 [Citado el 13 de abril de 2006]; 42(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/paciente_respirador_bucal.asp
13. Cuevillas GG. Caracterización actual del síndrome del respirador bucal. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. [Internet]. 2006 [Citado el 13 de Abril del 2006]; 13. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev13/respiradorbucal.htm>
14. Bennett JC, RP Mc Laughlin. Mecánica en el tratamiento de Ortodoncia y la aparatología de arco recto. España: Editorial Mosby; 1994.
15. Barrios FL, Puentes BM, Castillo CA, Rodríguez CM, Duque HM. Hábito de respiración bucal en niños. Rev Cubana Ortod. [Serie en Internet]. 2001 [Citado el 13 de abril de 2006]; 16(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.htm
16. Rodríguez YEE, Cassasa AR. Ortodoncia contemporánea. Diagnóstico y Tratamiento. México: Editorial Amolca; 2005.
17. Vellini FF. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericanas; 2002.

ANEXO

FORMULARIO:

Datos generales y de localización

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Sexo: _____

Variables a examinar:

I- Anomalías de los dientes.

- Hipodoncia: _____
- Hiperdoncia: _____
- Macrodoncia: _____
- Microdoncia: _____
- Versión: _____
- Rotación: _____
- Gresión: _____
- Erupción precoz: _____
- Erupción retardada: _____

II- Anomalía de los maxilares.

Prognatismo Maxilar: _____ Mandíbula: _____

 Retrognatismo Maxilar: _____ Mandíbula: _____

 Micrognatismo Transversal Maxilar: _____ Mandíbula: _____

III- Anomalía de los tejidos blandos.

- Microglosia: _____
- Macroglosia: _____
- Proquelia superior – inferior: _____
- Retroquelia superior – inferior: _____
- Hipertrofia del frenillo labial: _____
- Cierre labial incompleto: _____

IV- Anomalía de la ATM.

- Presencia de chasquido: _____

V- Filogenia: _____

VI- Herencia: _____

VII- Traumatismo: _____

VIII- Agentes Físicos: _____ Tipos: _____

IX- Hábitos: _____ Tipos: _____

X- Enfermedad: _____

XI- Mal Nutrición: _____

Recibido:14 de abril del 2011.
Aprobado: 15 de julio del 2011.

Dra. Yairis Duque Alberro. Especialista Primer Grado en Ortodoncia. Instructora.
Hospital General Universitario Abel Santamaría Cuadrado. Dirección: calle 2 da % B
y C # 20.Reparto Hermanos Cruz. Pinar del Río. CP 20100. Teléfono: 764108. E-
mail: yairisda@princesa.pri.sld.cu