



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v10i3.3964>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Incidencias en alteraciones y patologías bucodentales en pacientes respiradores orales. Revisión de la Literatura

Incidences of oral disorders and pathologies in oral breathing patients. Literature Review

Incidências de alterações e patologias orais em pacientes respiradores orais. Revisão da literatura

Samantha Camila Carrera-González ^I
sccarrerag@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-3702-4652>

Carlos Michael Cruz-Chalacan ^{II}
cmcruz@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-1047-4787>

Micaela Nicole Quimi-Naranjo ^{III}
mnquimin@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-8507-7256>

Luis Alberto Vallejo-Izquierdo ^{IV}
lavallejoi@profesores.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-9556-3708>

Correspondencia: sccarrerag@estudiantes.uhemisferios.edu.ec

***Recibido:** 20 de junio de 2024 ***Aceptado:** 13 de julio de 2024 * **Publicado:** 01 de agosto de 2024

- I. Estudiante de Odontología de la Universidad Hemisferios, Ecuador.
- II. Estudiante de Odontología de la Universidad Hemisferios, Ecuador.
- III. Estudiante de Odontología de la Universidad Hemisferios, Ecuador.
- IV. Msc. Ciencias de la Salud, Especialista en Ortodoncia, Docente de la Universidad Hemisferios, Ecuador.

Resumen

Los pacientes respiradores orales presentan un mayor riesgo de diversas alteraciones y patologías bucodentales debido a la respiración habitual por la boca en lugar de por la nariz. Entre las principales incidencias se encuentran las caries dentales, gingivitis y periodontitis, debido a la sequedad bucal y la acumulación de placa bacteriana. Además, es común observar maloclusiones dentales y un paladar alto y estrecho, resultado de la posición alterada de la lengua y los labios. La halitosis y el desgaste dental también son frecuentes, derivados de la deshidratación continua de las superficies dentales. Estas condiciones subrayan la necesidad de abordar la causa de la respiración oral y aplicar medidas preventivas y terapéuticas para proteger la salud bucodental.

Palabras Clave: Alteraciones; Patologías bucodentales; Pacientes respiradores orales.

Abstract

Oral breathing patients are at increased risk for various oral disorders and pathologies due to habitual mouth breathing rather than nose breathing. The main incidences include dental caries, gingivitis and periodontitis, due to dry mouth and plaque build-up. In addition, dental malocclusions and a high and narrow palate are common, resulting from the altered position of the tongue and lips. Halitosis and tooth wear are also frequent, resulting from the continuous dehydration of dental surfaces.

These conditions underline the need to address the cause of oral breathing and to apply preventive and therapeutic measures to protect oral health.

Keywords: Disorders; Oral pathologies; Oral breathing patients.

Resumo

Os doentes que respiram por via oral apresentam um maior risco de diversos distúrbios e patologias orais devido à respiração habitual pela boca em vez do nariz. Entre as principais incidências estão as cáries dentárias, gengivite e periodontite, devido à secura da boca e à acumulação de placa bacteriana. Além disso, é comum observarem-se más oclusões dentárias e um palato alto e estreito, resultado da alteração da posição da língua e dos lábios. A halitose e o desgaste dentário também são comuns, derivados da desidratação contínua das superfícies dentárias.

Estas condições sublinham a necessidade de abordar a causa da respiração oral e implementar medidas preventivas e terapêuticas para proteger a saúde oral.

Palavras-chave: Alterações; patologias orais; Doentes com respirador oral.

Introducción

La respiración oral, en lugar de nasal, puede tener diversas repercusiones en la salud buco dental. Esta alteración en el patrón respiratorio, que se observa comúnmente en niños, pero también en adultos, puede originarse por múltiples factores, como obstrucciones nasales, alergias, hipertrofia de amígdalas o adenoides, entre otros. Las consecuencias de esta condición no solo afectan la función respiratoria, sino que también pueden tener un impacto significativo en la estructura y salud de la cavidad bucal.

Las patologías y alteraciones bucodentales más comunes en pacientes respiradores orales incluyen:

1. **Maloclusiones Dentales:** La respiración oral puede influir en el desarrollo y alineación de los dientes. Los pacientes a menudo presentan maloclusiones como mordida abierta anterior, mordida cruzada y protrusión de los dientes anteriores. Estas alteraciones son resultado de una posición inadecuada de la lengua y una menor tonicidad de los músculos periorales.
2. **Paladar Alto y Estrecho:** La falta de respiración nasal adecuada puede llevar a una menor estimulación y expansión del paladar, resultado en un paladar alto y estrecho. Esta condición puede afectar la mordida y la alineación dental.
3. **Gingivitis y Enfermedad Periodontal:** La respiración oral contribuye a la sequedad bucal, lo cual reduce la cantidad de saliva en la cavidad oral. La saliva es crucial para neutralizar los ácidos y eliminar bacterias, por lo que su reducción puede llevar a un mayor riesgo de gingivitis y enfermedad periodontal.
4. **Caries Dental:** La saliva también tiene un papel protector contra las caries, ya que ayuda a remineralizar los dientes y a mantener un pH adecuado. La disminución de saliva en pacientes respiradores orales puede aumentar la incidencia de caries.
5. **Halitosis:** La sequedad bucal y la acumulación de bacterias en pacientes que respiran por la boca pueden contribuir a la halitosis (mal aliento).
6. **Alteraciones en el Desarrollo Facial:** La respiración oral crónica puede influir en el desarrollo esquelético de la cara, llevando a una apariencia facial característica conocida como “facies adenoidea”, que incluye una mandíbula inferior retraída y un perfil facial alargado.

Objetivos:

Investigar los factores que contribuyen a la respiración oral, como obstrucciones nasales, alergias, anatomía facial, y cómo este factor influye en la salud bucodental.

- Desarrollar estrategias educativas para pacientes, padres y profesionales de la salud sobre la importancia de la respiración nasal y las consecuencias de la respiración oral.
- Evaluar cómo la respiración oral afecta la salud bucodental en términos de incidencia y severidad de las patologías mencionadas.
- Determinar la prevalencia de diferentes alteraciones y patologías bucodentales en pacientes respiradores orales.

Métodos

Tomaron en cuenta a cerca de 50 artículos sobre incidencia en alteraciones y patologías bucodentales en pacientes que presentan su respiración principalmente se centra en la zona bucal. Por este motivo, tienden a desarrollar diversas dificultades tanto patológicas como morfológicas.

Dentro de estas se encuentra todos los aspectos que dificultad la respiración, por este motivo la respiración nasal pasa a ser bucal, esto se produce por la denominada rinitis alérgica, pólipos nasales, rinosinusitis, hipertrofia adenoidea, hipertrofia de los cornetes, desviación del tabique nasal, alergias e inflamación de las mucosas.

La fisiopatológicas es un aspecto importante ya que así sabremos la manera en que actúa la enfermedad en el cuerpo humano, su impacto en la persona. En el caso de los niños suele presentarse con la sensación de falta de aire, somnolencia diurna, cansancio durante actividades que requieran sobre esfuerzo físico, dolores en cuello, espalda, halitosis, alteraciones del gusto, xerostomía y alteraciones en el olfato.

Suelen presentar alteraciones fáciles que facilita reconocer o que nos dan un indicio que es un respirador bucal, dentro de estos aspectos encontramos una expresión facial como si estuviera la persona distraída. Labios superiores hipotónicos, en forma de arco y el labio inferior hipertónico.

La boca se encuentra entreabierta porque los labios no tienen la capacidad de tomar su postura natural o labial postural, a nivel facial cambia la fisionomía se nota un alargamiento facial y estrecha. La nariz se evidencia con orificios nasales, la punta de la nariz suele tomar la forma de botón, se marca las ojeras y mejillas flácidas.

Encontramos anomalías también a nivel dental y los maxilares. Por este motivo al examen intraoral y radiográfico se puede encontrar, un aumento considerable de lordosis cervical esto evoluciona una hiperxtensión craneal, se da por la necesidad de la persona de encontrar una posición ideal para respirar es decir que pase con normalidad el aire por el tracto buconasofaríngeo.

En el área del maxilar su forma es completamente diferente ya que no va a tener un tamaño dentro de los parámetros normales, no se encuentra en un desarrollo óptimo, la bóveda palatina ovijal, se observa una inclinación anterosuperior en el área palatina. Se nota la deglución atípica, interposición lingual y succión labial.

La posición de la lengua se va a direccionar hacia adelante. Los incisivos superiores van a estar vestibulizados, incisivos inferiores se los encuentra con apiñamiento y lingualizados. Dentro de las alteraciones a nivel de oclusión se nota una mordida cruzada anterior puede notar una interposición lingual o no. Mordida cruzada posterior, se la puede evidenciar unilateral o bilateral.

A nivel de las encías también encontramos alteraciones que los toma como una causa de gingivitis esto puede ser el causante de agrandamiento gingival, edemas, eritemas y con más frecuencia se lo nota en la parte anterosuperior. En el esqueleto y a nivel de la postura se normal ver, la cabeza con dirección hacia atrás, el denominado “pie vago” lo que significa que los pies van a estar en dirección hacia adentro, lordosis, si la persona se lo ve desde su perfil la columna es en forma de “s”.

Hipomotilidad diafragmática, hundimiento del esternón o escapulas aladas se da por la falta de desarrollo del tórax en anteroposterior y por esta razón tiene un realce costal.

Presenta cambios psicosociales dentro los cuales van a afectar a nivel intelectuales, se genera por una cantidad mínima de PO₂, acompañada de una baja de oxígeno que llega cerebro, por esto se desencadena cansancio crónico, pérdida de la concentración y problemas en memorizar.

En el aspecto de la fonética se le dificulta la pronunciación o sustituir la “M” por “B”, “N” o “D”. Cambios fáciles de detectar ya que la voz se escucha diferencias es decir que la persona presenta rinolalia.

Se observa dificultad dentro del ámbito de la alimentación ya que al ser respirador nasal y al ingerir alimentos se obstruye la única vía de respiración lo que produce que la persona ingiera alimentos de una manera como si no cerrara los labios lo que causa que mastique mucho y pequeñas cantidades o coma todo de un solo bocado.

El aspecto de la posición craneofacial es fundamental y otro aspecto que se debe tomar en cuenta por eso se define los siguientes conceptos:

- **Posición natural de la cabeza:** Se lo evalúa cuando la persona está sentada, se le indica mirar a un punto fijo que se encuentra a nivel de sus ojos.
- **Postura natural de la cabeza:** Se centra en definir la posición fisiológica que se forma al momento de caminar o relajar una acción.
- **Postura correcta:** Se lo define como el punto medio entre el esqueleto y a nivel muscular. Se encuentra perfectamente alineado, genera menos gastos de energía.
- **Postura deficiente:** Al contrario de la primera no se encuentra en un punto medio, no hay un trabajo equitativo con musculo y huesos. Existe más gasto de energía, mayor trabajo por parte de estructuras de apoyo.

Se analizó las variaciones del cambio de posiciones del hueso hioides en juego con las curvaturas de la columna cervical:

- **Lordosis cervical con relación cráneo-vertebral normal:** El hueso hioides está por debajo de C3. Lo que conlleva una relación triangular positiva.
- **Columna cervical recta:** Al perder la curvatura se da una relación craneovertebral normal, también puede existir una variación en el occipucio de manera que se extiende y baja en 96 grados. Por esto el hueso hioides baja al plano C3-RGN
- **Curvatura fisiológica invertida de la columna cervical:** Se ve la curvatura invertida a nivel cervical, cambio la angulación en MGP-OP lo que causa un triángulo negativo.

Criterios que se siguen al momento de realizar un examen clínico, fundamental que seamos muy observadores es decir tomar en cuenta como se encuentra la persona al momento de respirar, un respirador bucal va a tener sus labios separados cuando tiene una respiración sin ejercer una actividad física al contrario de un respirador nasal que va a tener sus labios juntos.

Se nota en los respiradores bucales que las narinas no cambian al momento de respirar profundamente a diferencia de las personas que son respiradoras nasales sus narinas cambia de forma y tamaño al momento de realizar una respiración profunda.

Se analiza facialmente haciendo o trazando tres líneas horizontales y una medial. Con la finalidad de evaluar los planos y mediar la altura facial.

Se considera los parámetros de comisura labial, es decir que sus labios no se juntan. Se marca demasiado el surco mentoniano, se nota rinorrea, ojeras con coloraciones violetas a marrones y mal oclusiones.

Se puede prevenir la mal oclusión evitando los chupones, la succión digital, ir con regularidad y periódicamente con el pediatra, tener una óptima higiene de las fosas nasales, un tratamiento adecuado de alegrías, refriados.

Tratamiento

- Es considerado un tratamiento multidisciplinario, ya que se presentan varias especialidades como el odontólogo, otorrinolaringología y medicina general.
- Se trata el cambio de letras con fonoterapia o terapia del habla.
- Es fundamental corregir los trastornos que se producen a nivel de los cervicales y hueso hioides.

Resultados

Según la información proporcionada se obtuvo como resultados un alto índice de maloclusiones en pacientes respiradores orales, además se incluyen mordidas cruzada, abierta anterior y protrusión de dientes anteriores, consecuencia de la posición incorrecta de la lengua. Además, los pacientes presentaron paladar estrecho y alto debido a que no existe una expansión natural y correcta durante su desarrollo, a causa de la respiración oral crónica.

La enfermedad periodontal y gingivitis tiene un mayor riesgo de aparición por la sequedad bucal que es inducida por la respiración oral, ya que la producción de saliva es baja, de la misma manera se encontró un alto nivel de caries dental en pacientes respiradores orales, igualmente causada por la disminución de saliva, afectando así el pH bucal.

Así mismo los pacientes demostraron varios problemas de halitosis por la acumulación excesiva de bacterias, por lo que la boca se encuentra seca y con un desequilibrio total por la respiración oral. Presentaron varias características faciales como nariz con forma de botón, perfil facial alargado que es conocido como "facies adenoidea" y labios entreabiertos.

Conclusiones

- Los pacientes respiradores orales presentan varios problemas bucodentales que no son sólo estéticos, sino problemas que afectan de una manera significativa a su salud oral y facial. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para poder diagnosticar de una manera correcta los signos clínicos.
- Tiene grandes consecuencias en la salud bucodental como alteraciones en el desarrollo facial, caries dental, halitosis, maloclusiones dentales, paladar alto y estrecho, entre otras consecuencias causadas por la sequedad de boca por falta de salivación, aumentando así las bacterias.
- El paciente respirador oral debe abordar varios aspectos importantes como: aspectos dentales, respiratorios y de desarrollo facial de manera integral.
- La prevención y la intervención temprana son muy importantes para moderar los efectos que provocan la respiración oral y así mejorar la calidad de vida, solucionando problemas asociados con la alimentación, fonética y desarrollo facial.

Referencias

1. Novoa Chuan, J. E. (2021). Manifestaciones bucales de pacientes con enfermedades sistémicas. Sistematización de literatura científica.
2. Pérez, C. M., Fernández, R. L., Rodríguez, I. P., Bandomo, A. C., García, R. A. P., & Yanes, M. D. L. S. H. (2009). Determinación de la discrepancia hueso diente en niños de 5 a 11 años respiradores bucales. *MediSur*, 7(1), 65-72.
3. Rodríguez, M., & Pérez, A. (2021). Incidencia de malformaciones dentales y esqueléticas producidas por hábitos bucales: una revisión de literatura (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE)).
4. Parra, S., Uzcátegui, K., & Vielma, C. L. (2021). Características clínicas y cefalométricas de pacientes respiradores bucales atendidos en el módulo Santa Elena de la Facultad de Odontología Universidad de Los Andes Mérida–Venezuela. *Acta Bioclínica*, 11(21), 254-287.

5. Oliva, T. D. V., Vega, A. V., Varona, M. A., & Romagosa, D. E. R. (2018). Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento. *Revista científica estudiantil 2 de Diciembre*, 1(1 (2018)), 80-88.
6. Guerra, G. C. (2005). Caracterización actual del síndrome del respirador bucal. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 4(2).
7. Castellanos-Ruiz, J., López-Soto, O. P., López-Soto, L. M., López-Echeverry, Y. P., Sánchez, M. D. A., Ortega-Oviedo, L., ... & Rosa-Marrugo, E. D. L. (2021). Evaluación interdisciplinaria estomatognática y postural en un paciente pediátrico respirador oral: Reporte de caso. *Universidad y Salud*, 23(2), 168-175.
8. González, C. D. C. L. S., & Méndez, C. D. W. M. LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PORTADOR DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL. BARTOLOMÉ MASÓ. 2014-2017.
9. Varela, M. A. R., & Pastor, A. C. (2001). Síndrome del respirador bucal: aproximación teórica y observación experimental. MA Ruiz.
10. Monge Araya, A. (2004). Relación entre las patologías bucales en tejidos duros y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, *Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT*, 2002.
11. Sáez Cuesta, U., Castejón Navas, I., Molina Escribano, A., & Roncero Goig, M. (2008). Estudio epidemiológico de salud bucodental en pacientes con parálisis cerebral. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(5), 206-209.
12. Molina, G. I. G. (2011). Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas-Revisión bibliográfica. *Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-10.
13. Girardeau, C. S., García, E. A., & Cortés, M. M. P. (2020). ¿ Qué patologías locales y sistémicas puede presentar un paciente pediátrico con respiración oral?. *Biociencias*, 15(1).
14. Pulido Valladares, Y., Piloto Morejón, M., Gounelas Amat, S., Rezk Díaz, A., & Duque Alberro, Y. (2012). Cambios cefalométricos en pacientes respiradores bucales con obstrucción de vías aéreas superiores entre 8-12 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(5), 90-103.

15. Alfaro, D. I. D. (2015). Análisis de saturación de oxígeno en pacientes respiradores bucales sometidos a aislación absoluta de la Clínica Odontológica Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago 2015 (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
16. Pastor, C. C. C. G. POSTURA CRANEOCERVICOMANDIBULAR EN PACIENTES RESPIRADORES BUCALES Y RESPIRADORES NASALES DEL SERVICIO DE ORTODONCIA DE UPCH DEL 2017.
17. Campo-Prince, O. A., Díaz-Hernández, G., & Altunaga-Carbonel, A. (2021). Comportamiento de las proporciones áureas en respiradores bucales y respiradores nasales. *Progaleno*, 4(1), 30-39.
18. Chauca-Saavedra, C. L. (2018). Síndrome del respirador bucal y repercusiones. *Revista Odontología Pediátrica*, 17(2), 45-51.
19. Cuanalo, L. O., González, L. M. C., García, M. E. B., & de la Fuente, M. V. G. (2016). Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 19(1), 43-47.
20. Pérez, C. M., Ahmed, S. H., Pennini, J. J. A., Fernández, R. L., Mora, I. Á., & García, H. A. (2009). Respiración bucal: alteraciones dentomaxilofaciales asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. *Medisur*, 7(1), 58-64.
21. Hernández López, J., & Céspedes Isasi, R. P. (2019). Respiración bucal. Nivel de conocimientos de padres o tutores. *Multimed*, 23(3), 510-523.
22. Giraldo-Vélez, N., Olarte-Sossa, M., Ossa-Ramírez, J. E., Parra-Isaza, M. A., Tobón-Arango, F. E., & Agudelo-Suárez, A. A. (2015). Características de la oclusión en respiradores bucales de 6 a 12 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista Nacional de Odontología*, 11(20).
23. Alfaro, D. I. D. (2015). Análisis de saturación de oxígeno en pacientes respiradores bucales sometidos a aislación absoluta de la Clínica Odontológica Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago 2015 (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
24. Valdés, Z. R. P., Podadera, L. F., & Díaz, A. R. (2013). Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(4), 126-137.

25. Camacho Aramendi, C. G. (2007). BASES DIAGNÓSTICAS PARA EL PACIENTE RESPIRADOR BUCAL (Doctoral dissertation).
26. Parra, Y. (2004). El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. *Acta odontológica venezolana*, 42(2), 97-106.
27. Aragundi Castro, A. P. (2017). Prevalencia de mal oclusiones como consecuencia de respiración bucal en niños de entre 4 a 10 años mediante examen clínico en centros infantiles de la ciudad de Quito (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2017).
28. Mulbany, P. E. (2023). La rinitis alérgica como factor predisponente para el desarrollo de disfunciones temporomandibulares en niños del Alto Valle de Río Negro (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología).
29. DE, A. D. I. A. C., PROVIMENTO, T. E. P. V. O., & SEMIOLOGIA, D. (2010). Faculdade de Odontologia (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Uberlândia).
30. Alvarez Villares, A., & Von Der Brelje Vilches, C. (2020). Logopedia Y Odontología en el tratamiento del Síndrome del Respirador Bucal.
31. Parra, Y. (n.d.). El paciente respirador bucal una propuesta para el Estado Nueva Esparta 1996 - 2001. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0001-63652004000200006&script=sci_arttext
32. Chauca-Saavedra, C. L. (2018). Síndrome del respirador bucal y repercusiones. <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatria/article/view/8>
33. Cantisani, D. F. R. (1999). Respirador bucal: a visão do otorrinolaringologista. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial*;4(21): 241-247, Maio-jun. 1999. Tab | LILACS | BBO. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351457>
34. Giraldo-Vélez, N., Olarte-Sossa, M., Ossa-Ramírez, J. E., Parra-Isaza, M. A., Tobón-Arango, F. E., & Agudelo-Suárez, A. A. (2015). Características de la oclusión en respiradores bucales de 6 a 12 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista Nacional De Odontología*, 11(20). <https://doi.org/10.16925/od.v11i20.759>
35. Parra, S., Uzcátegui, K., & Vielma, C. L. (2021). Características clínicas y cefalométricas de pacientes respiradores bucales atendidos en el módulo Santa Elena de la Facultad de Odontología Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8929572>

36. Cartes, P. J. G., Piffardi, M. J. Z., Donaire, J. a. R., & Del Carmen Reveco Padilla, C. (2020). Características principales del síndrome del respirador bucal. RECIAMUC, 4(1), 346–354. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.346-354](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.346-354)
37. Juan, H. L., Pablo, C. I. R., Juan, H. L., & Pablo, C. I. R. (n.d.). Respiración bucal. Nivel de conocimientos de padres o tutores. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-48182019000300510&script=sci_arttext
38. De Saglio Silvia Raquel, G., & De Benítez Carmen Ltatí, C. (2012, June 18). El paciente respirador bucal: manifestaciones clínicas. Evaluación de signos y síntomas. <https://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/48755>
39. García-Flores, G., Alexandra, F. R., Müller, V., & Agell, A. (n.d.). “ Relación entre las maloclusiones y la respiración bucal en pacientes que asistieron al servicio de otorrinolaringología del Hospital Pediátrico San Juan de Dios (junio de 2005).” . https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000300015
40. Mercedes, C. C., Sara, L. A., José, V. L., Berta, M. G., Matilde, B. A., César, G. V., Mercedes, C. C., Sara, L. A., José, V. L., Berta, M. G., Matilde, B. A., & César, G. V. (n.d.). Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322020000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
41. De Saglio, S. R. G., & De Benitez, C. L. C. (2012). El paciente respirador bucal: manifestaciones clínicas. Evaluación de signos y síntomas. Revista De La Facultad De Odontología De La UNNE/Revista De La Facultad De Odontología, 5(2), 41. <https://doi.org/10.30972/rfo.521668>
42. Casarán, A. M., Gallardo, M. E., Nejamkin, L., Ricciardi, N., Rodríguez, Y. D., & Lorena, P. S. I. (2020). Evaluación clínica de la respiración bucal. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/100666>
43. BASES DIAGNÓSTICAS PARA EL PACIENTE RESPIRADOR BUCAL. (2014, April 24). <http://saber.ucv.ve/handle/10872/6008>
44. López, I. B. H. (2018). Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. Universitas Odontológica, 37(79). <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo37-79.sbff>

45. C, A. S., & C, F. F. (2017). Repercusiones de la roncopatía y respiración bucal en el crecimiento facial. *Revista De Otorrinolaringología Y Cirugía De Cabeza Y Cuello*, 77(1), 99–106. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162017000100015>
46. (EBSCOhost | 100583440 | Prevalencia De Hábito De Respiración Oral Como Factor Etiológico De Maloclusión En Escolares Del Centro, Tabasco., n.d.)
47. Cuanalo, L. O., González, L. M. C., García, M. E. B., & De La Fuente, M. V. G. (2016). Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. <https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/58587>
48. Álvarez Villares, A., & Von der Brelje Vilches, C. (2020). Logopedia y odontología en el tratamiento del Síndrome de Respirador Bucal. 2019–2020. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19947/Logopedia Y Odontologia en el tratamiento del Síndrome del Respirador Bucal.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19947/Logopedia%20Y%20Odontologia%20en%20el%20tratamiento%20del%20Sindrome%20del%20Respirador%20Bucal.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
49. Jocelyn, S. (2013). Hábito de respirador bucal reporte de un caso. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000687711/3/0687711.pdf>
50. Patricia, M., Maximiliano, B., & Graciela, P. (2001). LA RINITIS ALERGICA COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA EL DESARROLLO DE DISFUNCIONES TEMPOROMANDIBULARES EN NIÑOS DEL ALTO VALLE DE RIO NEGRO. 1, 1–5. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/19762/tesis-doctoral-mulbany-patricia.pdf