

# Llamkasun

*Trabajemos*



Diastemas interincisales en dentición permanente

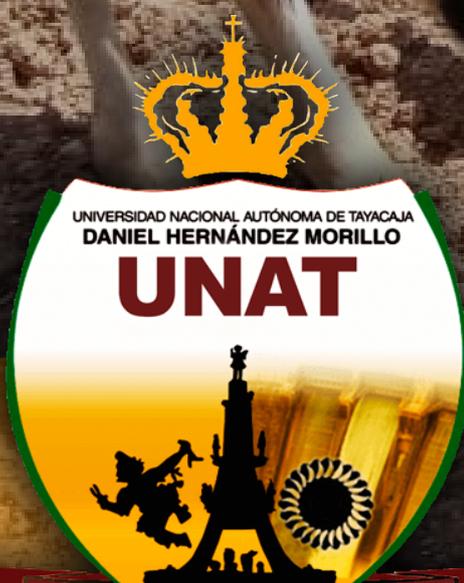


Interincisal diastemas in permanent dentition



Diastemata inter-incidental na dentiçãõ permanente

10.47797/llamkasun.v2i1.32 



ENSEÑANZA - INVESTIGACIÓN - INNOVACIÓN

ISSN: 2709 - 2275

ENERO - JUNIO 2021

## Diastemas interincisales en dentición permanente

### Interincisal diastemas in permanent dentition

### Diastemata inter-incidental na dentiçãõ permanente

Brenda Ivonne Aquino Sánchez 

Universidad Señor de Sipán

Ebel Maylén Cachi Rodríguez 

Universidad Señor de Sipán

Darcy Olmara Jáuregui Becerra 

Universidad Señor de Sipán

Ghilmark Orlando Villegas Villegas 

Universidad Señor de Sipán

Marisel Roxana Valenzuela Ramos 

Universidad Señor de Sipán

## RESUMEN

En el área de la estomatología, los diastemas dentales se pueden definir de manera general como el espacio existente entre dos piezas dentales adyacentes. Pueden estar presentes, tanto en el maxilar como también en la arcada mandibular, sin embargo, los podremos observar con mayor frecuencia en los dientes incisivos superiores. Cuando los niños presentan dentición temporal, es normal encontrar diastemas entre los dientes de ambas arcadas, debido a que tan solo presentan 20 piezas dentales. Aproximadamente a los seis años, los niños comienzan a pasar a un período de recambio dental, llamado dentición mixta. En esta etapa, la erupción de dos premolares en cada arcada genera la reducción de espacio entre los dientes.

**Palabras Clave:** diastemas dentales, dentición permanente, diastemas interincisales, erupción, dientes.

## ABSTRACT

In the area of stomatology, dental diastemata can be generally defined as the space between two adjacent teeth. They can be present, both in the maxilla and in the mandibular arch, however, we can observe them more frequently in the upper incisors. When children have temporary teeth, it is normal to find diastemata between the teeth of both arches, because they only have 20 teeth. At about age six, children begin to move into a period of tooth replacement, called the mixed dentition. At this stage, the eruption of two premolars in each arch generates the reduction of space between the teeth.

**eywords:** dental diastemas, permanent dentition, interincisal diastemas, eruption, teeth.

## RESUMO

Na área da estomatologia, o diastema pode ser geralmente definido como o espaço entre dois dentes adjacentes. Podem estar presentes, tanto na maxila como no arco mandibular, no entanto, podemos observá-los com mais frequência nos incisivos superiores. Quando as crianças têm dentes temporários, é normal encontrar diastemas entre os dentes de ambos os arcos, porque só têm 20 dentes. Por volta dos seis anos de idade, as crianças começam a passar a um período de substituição dentária, chamado dentição mista. Nesta fase, a erupção de dois pré-molares em cada arco gera a redução do espaço entre os dentes.

**Palavras-chave:** diastemata dentária, dentição permanente, diastemata interincisal, erupção, dentes.

## INTRODUCCIÓN

El Diastema se define como el espacio existente entre dos piezas dentales adyacentes. Se pueden presentar en la maxila como en la mandíbula, se observan con mayor frecuencia entre los incisivos superiores. Es tomada como una característica normal en la dentición decidua y mixta, estableciendo que ese espacio será ocupado cuando los dientes caninos y premolares erupcionen, limitando el espacio y dándole el ajuste fisiológico a los incisivos cuando se adquiere la dentición permanente. (González Arocha, Pieri Silva, y Ledesma Cañellas 2015)

La mayoría de las veces se presenta en la dentición permanente, llevando a tener múltiples explicaciones. En un primer momento se creía que era producto del desarrollo más adelante se estableció que era de origen congénito. La causa más común la presencia de un frenillo labial largo. (Abraham y Kamath 2014)

Los diastemas no son considerados patológicos. Muchas veces se recibe en consulta odontológica pacientes que vienen a tratarse los diastemas. Esto se debe a la consideración general en épocas antiguas, donde se creía que era una brecha estética. Al pasar el tiempo, los diastemas ya han sido

más aceptados, e incluso vuelto una moda, haciendo que muchas personas con diastemas se sientan mejor consigo mismas.

El objetivo de la revisión de literatura es describir concepto, etiología, epidemiología, características, de los diastemas interincisales en dientes permanente, llevándolo desde un aspecto general hasta cada tema específico.

### Cierre normal de la dentición

Cuando los niños presentan dentición temporal es normal encontrar diastemas entre los dientes de ambas arcadas debido a que tan solo presentan 20 piezas dentales. Aproximadamente a los seis años los niños comienzan a pasar a un período de recambio dental conocido como dentición mixta. En esta etapa la erupción de dos premolares en cada arcada genera la reducción de espacio entre los dientes.

Así, se considera que, al llegar a la dentición permanente, estos espacios serán ocupados con la erupción de los dientes caninos y premolares, limitando el espacio y dándole el ajuste fisiológico a los incisivos cuando tenemos la dentición permanente. Sin embargo, muchas veces no se alcanza al total cierre de espacios, en especial entre incisivos, presentándose diastemas interincisales en dentición permanente. (Suter et al. 2014)

## Diastemas interincisales

Diastema es un vocablo latino, originario del griego διαστημα, que significa intervalo o distancia. Los diastemas interincisales en dentición permanente, se define como un espacio inmediato entre incisivos en la arcada superior e inferior. Su epidemiología es relativamente alta, volviéndose una de las características dentales más comunes. Normalmente es considerada benigna, sin embargo, en algunos casos se puede volver patológico, dependiendo de su etiología, características clínicas y evolución. (Mozayek, Allaf, y Dayoub, 2019)

El diastema interincisal es el tipo de diastema más común y se presenta predominantemente en los incisivos superiores y más prevalente es aquel que se encuentra entre incisivos centrales superiores o también llamado el de la línea media (Oliveira y Amaral 2016)

Según estudios, los diastemas generalmente son de origen congénito, sin embargo, una gran parte son adquiridos por diferentes factores. Esto, sumado a sus características clínicas, determinarán si el diastema es o no, patológico.

Entre las causas que generan diastemas en los dientes permanentes tenemos (Abraham y Kamath 2014)

## 1. Diferencia en la dimensión de las piezas dentales

Esto es una de las mayores causas del origen de los diastemas con un 5% en toda la población. Esta diferencia de tamaño se presenta comúnmente en los incisivos laterales superiores y recibe el nombre de peg shape, donde están reducidos de tamaño. Esta condición, genera que haya una desproporción e inclinación distal los incisivos centrales superiores, lo produce la aparición de diastema interincisal. Para determinar si estamos en presencia de esta discrepancia dental se puede montar modelos en articulador o aplicar el análisis de Bolton.

## 2. Fisiopatología de la sutura intermaxilar

La sutura intermaxilar es considerada como una articulación sindesmosis, o también considerada una sutura, la cual une los dos hemimaxilares. Su función principal es producir el aumento transversal de tamaño en el maxilar. Su trayectoria es inclinada en relación a la altura del proceso incisal en el alveolo, lo cual es acompañado por la erupción de incisivos centrales superiores. Este espacio permanecerá abierto hasta que cumpla un aproximado de 17 años, pues a esa

edad es cuando todo el tejido conjuntivo fibroso se osifica, generando sinostosis dentada. Según Popovich se clasifica en cuatro tipos.

Tipo 1.- La forma del hueso que se encuentra entre los incisivos es en V, dividido por la sutura intermaxilar.

Tipo 2.- La forma del hueso es idéntica al tipo 1, sin embargo, se encuentra dividido por una sutura intermaxilar mucho más voluminosa con un aprox. de 2mm.

Tipo 3.- La forma del hueso interincisal es en forma de U y de mayor tamaño. Dividido por una sutura intermaxilar de tamaño normal.

Tipo 4.- La forma del hueso interincisal es de W debido a que las dos crestas alveolares se encuentran separadas, sumado a esto presentan la sutura intermaxilar profunda y abierta.

El tipo 3 y 4 son los más relacionados a la etiología de los diastemas.

### **3. Dientes supernumerarios en la línea media. (Limbu, Dikshit, y Gupta 2017)**

También conocidos como mesiodents, son aquellos dientes ubicados en la línea media. Por lo general se localizan entre las raíces de los dientes incisivos centrales superiores. La presencia de los mesiodents producirá que el

cierre del espacio entre los incisivos centrales sea inadmisibile.

Esto a su vez produce la erupción tardía de estas piezas dentales permanentes. Si no se conoce la orientación o ignorada, puede llegar a causar el desplazamiento total entre los incisivos, creando un gran espacio adyacente y la giroversión de los incisivos centrales. Por otro lado, si se realiza un tratamiento temprano, las fuerzas eruptivas cerrarán por sí solo el espacio o diastema, sin necesidad de futuros tratamientos (Miranda 2017)

### **4. Fisiopatología del frenillo labial superior. (Sękowska y Chałas 2017)**

El frenillo labial superior, puede ser definido como un pliego de la mucosa, con forma triangular. Va desde la encía en la zona de la línea media hacia el vestíbulo, con su punto final en la inserción de la parte interna del labio superior. La fisiopatología del frenillo labial superior es generada en el embrión en la semana 9-12 aproximadamente, donde su función es conectar el tubérculo labial con la papila del paladar, siendo una banda de tejido labial. Cuando el niño nace esta banda desaparece y se inserta en el reborde alveolar. El tamaño, forma y ubicación puede variar según cada persona, estas características

pueden producir patologías del frenillo labial, entre las cuales tenemos:

### **Frenillo Hipertrófico Laxo**

Este frenillo es de grosor aumentado y se presenta normalmente de forma triangular, insertado en la papila interincisal, es decir entre los dientes incisivos centrales, también puede insertarse en la encía adherida. Al momento de hacer una pequeña presión traccional sobre este frenillo no se producirá retracción, isquemia o movilidad de la papila interincisal. Por otra parte, no presenta alteraciones adyacentes o complementarias en la sutura intermaxilar, donde, según estudios la forma común de esta sutura es en V o U, con las piezas 1.1 y 2.1 muy separadas. Es considerado un frenillo patológico, siempre y cuando, se presente alteraciones en la erupción (Chacón-Moscoso 2016; Miranda 2017)

### **Frenillo Tectolabial**

El frenillo tectolabial es muy elástico y está insertado en la papila del paladar, es así que al aplicar fuerzas traccionales se podrá apreciar retracción, isquemia y movilidad papilar. Esto genera la separación de los procesos alveolares de los incisivos con una

sutura intermaxilar de gran volumen y de forma de W, debido a que las dos crestas alveolares se encuentran separadas, con una sutura intermaxilar profunda y abierta. Este frenillo en todos los casos es considerado una patología y es necesario tratarlo con cirugía y ortodoncia.

### **Macroglosia**

Esta condición es caracterizada por una lengua de mayor tamaño con aspecto festoneado, la cual, incluso en estado de reposo sobresale de los límites del reborde alveolar. La macroglosia produce, por ende, una mordida abierta, focalizándose entre las piezas dentales en reposo. Así mismo, puede generar una maloclusión de clase III con prognatismo en la mandíbula, inclinación de la parte vestibular de los dientes posteriores y con o sin presencia de mordida cruzada. A su vez conlleva a la acentuación de la curva de Spee, aumentando y alterando las dimensiones de los arcos, llegando a formar diastemas interdentes.

## **5. Succión digital**

Se le dice succión digital a la introducción de los dedos a la boca, donde el más común es el dedo pulgar, coloquialmente llamado dedo

gordo. La ADA establece que los niños no deben succionar sus dedos luego de los 4 años, pues luego de esta edad daña la alineación de los dientes, por lo cual debe ser interrumpido. La continuidad de la succión en personas con dentición permanente ocasionará alteraciones en la oclusión y alineación, presentándose generalmente mordidas abiertas anteriores, a su vez generará espacios interdentes en los dientes anteriores, llegando a presentarse diastemas muy prominentes, con desviación de línea media. Todo esto se genera a la fuerza de tracción que produce la mano y brazo sobre el mismo. (Romero-Maroto et al. 2004)

De acuerdo con estudios realizados en EE. UU por el investigador Taylor en el año 1939, Gradiner en 1987 y Weiman en 1967, la aparición de diastemas es alta sobre todo en edades tempranas. Presentando gran prevalencia especialmente en niños pequeños, sin embargo, puede ir reduciendo progresivamente entre los 9 a 11 años, usualmente este proceso disminuye hasta los 15 o 16, donde la prevalencia según investigaciones realizadas fue de 6% a 9%, pues, en esta edad ya debería existir el patrón normal de erupción de incisivos, y si aún existe la presencia de los diastemas después que se completó la erupción de los dientes permanentes, ya se considera un problema.

El diastema interincisal es una maloclusión, que principalmente se caracteriza porque se observa un espacio mayor a 0.5 mm entre las superficies proximales de los dientes en un mismo arco dental, o la usencia de contacto de dos dientes consecutivos, especialmente entre los incisivos centrales. La etiología de los diastemas interincisales, se relaciona y establece las características clínicas que presente. (Reyes Fonseca et al. 2019)

### **Complicaciones causadas por diastemas interincisales en dentición permanente.**

Generalmente, los diastemas no son problema de corto plazo al contrario producen alteraciones posteriormente debido a que su presencia puede dar lugar a enfermedades, una de las principales es la aparición de gingivitis producto del empaquetamiento de comida en el espacio que existe entre diente y diente, provocando luego una periodontitis si es que no se tiene los correctos cuidados de higiene oral, puede producirse además, caries sobre todo en las caras proximales de los dientes comprometidos, incluso puede generar problemas en el habla, en la oclusión y en casos más extremos, dolores en la cabeza, mandíbula e inclusive el oído. (Chaple Gil et al. 2016)

## Diagnóstico de diastemas patológicos

Los niños pueden presentar diastemas interincisales durante su avance y desarrollo físico, sin embargo, es importante poder reconocer, mediante un adecuado examen clínico, si el diastema tiene características y espacio normal o no, de acuerdo con la edad del paciente.

Realizar la toma de radiografías panorámicas y periapicales, son necesarias para obtener un mejor diagnóstico, evaluando morfología, alineamiento o dificultades de la erupción. (Verma et al. 2017)

Un diastema patológico se observa clínicamente hipertrófico, es decir, con consistencia gruesa e inserción baja, a nivel de la papila interdientaria. Durante el examen clínico se puede realizar la maniobra de “Graber” que se basa en levantar el labio superior y apreciar si este es blanquecino a nivel de la papila interincisiva, también observar el tamaño, forma y tejido. (Proaño y Paola 2017)

También se considera un diastema patológico, cuando se presencia maloclusión tipo III, hábitos bucales, problemas sistémicos, mordida profunda, trastornos a nivel de músculos o nervios y tratamientos ortopédicos con fracaso.

Por otro lado, Monti, presenta tres tipos de frenillo, que se debe tener en cuanto al realizar el examen clínico.

## Tipos de frenillos, según Monti

- A. Frenillo labial alargado, con bordes paralelos
- B. Frenillo labial de forma triangular, su base coincide con el fondo vestibular.
- C. Frenillo labial de forma triangular, su base se encuentra a nivel de los incisivos centrales superiores.

## Tratamiento

El tratamiento para el cierre de diastemas debe realizarse, de acuerdo al tamaño y número de diastemas, previamente con el diagnóstico adecuado. Una opción es la ortodoncia, cuando el diastema mide más de 3mm. El tratamiento se centra en causar atrofia y migración en el frenillo superior hipertrófico. Lo más utilizado es la aparatología tipo placas, que se usan para generar cambios en el maxilar o mandíbula, es sencilla de fabricar, se realiza un encofrado a nivel de los resortes, en donde se cubre su parte activa con cera y sobre ella, el acrílico.

## ***Placa para el cierre de diastema intercisivo***

El tratamiento quirúrgico, realizando frenectomía con láser, reposición y liberación del frenillo superior con técnica vertical o z-plastia, todo ellos con la finalidad de retirar completamente el frenillo, conjuntamente su inserción en el hueso (8).

## ***Frenectomía***

Según un estudio desarrollado por Chaple A, Banaget y Montenegro, las resinas compuestas también pueden ser una opción de tratamiento, cuando el diastema oscila entre 0.5 y 2 mm, con el fin de brindar una solución rápida al paciente y con mínima intervención (Montenegro Ojeda et al. 2016). Otra opción de tratamiento son las restauraciones protésicas como coronas o carillas de porcelana y resina, este tipo de tratamiento es más costoso e implica más tiempo (9).

## **Factores que se deben considerar para el cierre de un diastema (Montenegro Ojeda et al. 2016)**

- Ausencia de contacto entre dos o más piezas dentarias; es decir, evidenciar el diastema interincisal clínicamente,

observando la separación de los incisivos centrales superiores, desde 2 a 6 mm, que en algunos casos provoque lesiones en la encía, problemas en la mordida, fonación o dificultades musculares.

- Determinar si el diastema es patológico o no, realizando un examen minucioso; a través de la exploración de la cavidad oral, con la "maniobra de Graber" y observar el color, tamaño, textura e inserción del frenillo labial superior, también tener en cuenta los datos de la historia clínica, y sobre todo el motivo de consulta, que es lo principal a solucionar.
- Realizar un adecuado examen clínico y exámenes complementarios; Tomar radiografías, panorámica y periapical de la zona en la que se evidencia el diastema, analizarlas y complementar el diagnóstico definitivo.
- Tener en cuenta todos los parámetros de diastemas patológicos y los que no, para brindar las opciones de tratamiento al paciente; se trata de acertar con las características clínicas de un diastema patológico, es decir, hipertrófico, o no precisamente patológico, sino por la estética que desea tener el paciente.
- Considerar la estética, salud y bienestar del paciente; es esencial, escuchar y entender las necesidades del paciente, en

caso el diastema no sea patológico, pero se requiera tratamiento por el tema estético, ya que, se considera en algunas sociedades se considera poco estético tener “un espacio entre los incisivos centrales superiores”, además, se mejoraría, quizá, en muchos casos se mejoraría la autoestima del paciente.

### **Cuidados post operatorios. (Wheeler et al. 2018)**

Después de realizar un cierre de diastema en el cual haya sido necesario una frenectomía se debe tener en cuenta los múltiples cuidados que deben brindar a la zona afectada. Los cuidados post operatorios son muy importantes ya que van a tener siempre como objetivo fundamental poder tratar a tiempo cualquier posible tipo de complicación que se genere, la cual puede derivar de la frenectomía realizada.

Los cuidados postoperatorios que se deben tener en cuenta son los siguientes:

- Una dieta líquida durante 2 días. Esto facilitará el proceso de cicatrización, ya que el simple hecho de masticar poco ayuda a los tejidos afectados en su proceso regenerativo. Para que una frenectomía cicatrice en su totalidad

puede demorar 1 semana, es por eso que los 2 primeros días son muy importantes para iniciar este proceso.

- Enjuagues con agua y sal. Esto ayudará en los siguientes días de cicatrización, ya que en estos la herida estará más propensa a infecciones y a un poblamiento bacteriano, es por eso que se recomienda agua con sal ya que dicha sustancia ayuda a limpiar y curar mediante un proceso denominado ósmosis, el cual también es considerado un tratamiento antibacteriano y antiinflamatorio.
- Cepillarse 3 veces al día. Esto va a ser necesario para evitar que las comidas se introduzcan en la zona afectada, lo cual puede generar una infección a causa de los residuos que se puedan acumular. También se debe tener en cuenta una adecuada técnica de cepillado recomendada por el operador para no lastimar a la herida ni perjudicar la cicatrización.
- Evitar alimentos que afectan la cicatrización. Hay ciertos alimentos que retrasan el proceso de cicatrización y por ende no deben ser consumidos después de la intervención quirúrgica. No se deben ingerir cuando la herida este aun con los puntos de sutura y mucho menos

si la herida esta descubierta. Los alimentos que no se deben consumir son:

- Dulces y refrescos ácidos.
  - Carnes con alto contenido en grasa.
  - Mantequilla y margarina.
  - Helados y chocolates.
  - Yogures con azúcar.
  - Frituras en general.
  - Embutidos y tocino.
  - Gaseosas.
  - Comidas picantes.
  - Chicles o cosas pegajosas.
- **No manipular la herida con los dedos o la lengua.** Es de suma importancia no realizar movimientos bruscos con la lengua sobre la herida, ya que esto puede generar alteraciones en el proceso de cicatrización, provocando sangrados. Por otro lado, si tocamos la herida con los dedos podríamos provocar infecciones debido a que estos pueden estar contaminados, ya que provienen del medio exterior.
- **No dar besos los primeros días para evitar infecciones.** A través de los besos, el fluido salival migra de una persona a otra, y se sabe que aproximadamente en 1 milímetro de saliva albergan más de 100 millones de bacterias. Por eso es

importante no tener este tipo de contacto, debido a que el paciente estaría interactuando con un ecosistema distinto al suyo en el cual puede haber bacterias las cuales pueden provocar alteraciones en la herida.

## CONCLUSIONES

Los Cirujanos Dentistas, tienen el deber de velar por el bienestar de sus pacientes, por lo tanto, brindamos la recomendación de tener en cuenta cada uno de los aspectos descritos en la presente investigación, relacionado al tema de diastemas intercisales, que, si bien es cierto en muchos casos es parte del desarrollo de los individuos, sin embargo, en otros, son patológicos, lo que conlleva a realizar un examen clínico intraoral con más detenimiento, exámenes complementarios, como radiografías y, teniendo en cuenta las características de un diastema patológico; con la finalidad de mejorar las condiciones estéticas y salud oral del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, Reji, y Geetha Kamath. 2014. «Midline Diastema and Its Aetiology-- a Review». *Dental Update* 41(5):457-60, 462-64. doi: 10.12968/denu.2014.41.5.457.
- Chaple Gil, Alain Manuel, Yamilé Baganet Cobas, Yadira Montenegro Ojeda, Javier Álvarez Rodríguez, y Teresita de Jesús Clavera Vázquez. 2016. «Cierre de diastema con resinas compuestas híbridas». *Revista Cubana de Estomatología* 53(1):84-92.
- González Arocha, Boris, Kirenía Pieri Silva, y Bárbara Ledesma Cañellas. 2015. «Cierre de diastema central superior. Presentación de un caso clínico con enfoque multidisciplinario: características tomográficas y evolución». *Revista Finlay* 5(4):275-84.
- Limbu, Senchhema, Parajeeta Dikshit, y Sujaya Gupta. 2017. «Mesiodens: A Hospital Based Study». *Journal of Nepal Health Research Council* 15(2):164-68. doi: 10.3126/jnhrc.v15i2.18207.
- Mozayek, Rami Shurbaji, Mirza Allaf, y Suleiman Dayoub. 2019. «Porcelain Sectional Veneers, an Ultra-Conservative Technique for Diastema Closure (Three-Dimensional Finite Element Stress Analysis)». *Dental and Medical Problems* 56(2):179-83. doi: 10.17219/dmp/104602.
- Oliveira, Aduê, y Cássia Amaral. 2016. «Rapid Maxillary Expansion without Posterior Anchorage». *International Journal of Orthodontics (Milwaukee, Wis.)* 27(1):73-76.
- Proaño, Cruz, y Andrea Paola. 2017. «Presencia de diastemas patológicos y su relación con frenillo labial superior hipertrófico en niños de 6 a 13 años de edad pertenecientes a la Unidad Educativa Giovanni Antonio Farina San Gabriel - Valle de los Chillos».
- Reyes Fonseca, Armando Andrés, Yusimi Mendez Ferrales, Iliana Navarro Arias, Damaris Isabel Verdecia Quintana, Vivianne Eralia Reyes Rodríguez, Armando Andrés Reyes Fonseca, Yusimi Mendez Ferrales, Iliana Navarro Arias, Damaris Isabel Verdecia Quintana, y Vivianne Eralia Reyes Rodríguez. 2019. «Estudio de espacios fisiológicos en niños de 5 años de círculos infantiles. Policlínico René Vallejo Ortiz. Bayamo». *Multimed* 23(5):924-39.

Romero-Maroto, Martín, Pilar Romero-Otero, Ana María Pardo de Miguel, y Manuel Sáez-López. 2004. «Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta». RCOE 9(1):77-82.

Sękowska, A., y R. Chałas. 2017. «Diastema Size and Type of Upper Lip Midline Frenulum Attachment». Folia Morphologica 76(3):501-5. doi: 10.5603/FM.a2016.0079.

Suter, Valerie G. A., Annik-Emily Heinzmann, Johannes Grossen, Anton Sculean, y Michael M. Bornstein. 2014. «Does the Maxillary Midline Diastema Close after Frenectomy?» Quintessence International (Berlin, Germany: 1985) 45(1):57-66. doi: 10.3290/j.qi.a30772.

Verma, Neha, Arpana Bansal, Parimala Tyagi, Ankur Jain, Utkarsh Tiwari, y Ruchika Gupta. 2017. «Eruption Chronology in Children: A Cross-Sectional Study». International Journal of Clinical Pediatric Dentistry 10(3):278-82. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1450.

Wheeler, Bryan, Caroline K. Carrico, Bhavna Shroff, Tegman Brickhouse, y Daniel M. Laskin. 2018. «Management of the Maxillary Diastema by Various Dental

Specialties». Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 76(4):709-15. doi: 10.1016/j.joms.2017.11.024.

## Contacto

Brenda Ivonne Aquino Sánchez  
asanchezbrendai@crece.uss.edu.pe