

112
201



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INDICE DE MALOCLUSIONES POR
ALIMENTACIÓN EN NIÑOS EN EDAD
PREESCOLAR .

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

FLORES AGUILAR ELIZABETH

ASESORA: C.D GRACIELA ABE KASHIMA

Vo. Bo. Graciela Abe K.



MÉXICO, D.F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

269479



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.

A DIOS: Por darme la oportunidad de cumplir una de mis primeras metas.

A MIS PADRES: Por darme la vida y su apoyo incondicional. Sin ustedes no hubiera podido realizar este sueño.

A MI ESPOSO: Por los momentos buenos y difíciles por los que hemos vivido, este triunfo también te pertenece.

A MIS HERMANOS:

CLAUDIA Y BETHY

Que han sido un gran ejemplo a seguir, y por su confianza en mi y apoyo incondicional.

ABRAHAM:

Por lo que me haz apoyado sé que tu podrás superarme en lo que te propongas. No te dejes vencer por nadie

RAULITO: Por que aun sin darte cuenta, haz un sido un motivo para superarme El día que puedas leer esto será el inicio para escalar tus metas

A MIS CUÑADOS: RAÚL Y HUGO: Por su apoyo incondicional

A MIS ABUELITOS, TIOS Y PRIMOS, Así como todos mis seres queridos que me falten mencionar, mi mayor agradecimiento, por que todos me han apoyado y han confiado en mi

A CRUZ: Por aguantarme siempre y en todo momento.

A LAS DRAS: MA. DE LOS ANGELES MONDRAGÓN Y GRACIELA ABÉ: Por sus enseñanzas y la paciencia que tuvieron para conmigo.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. Desarrollo y crecimiento	1
1.1. Conceptos básicos de crecimiento y desarrollo	
1.1.1 Definición de crecimiento	
1.1.2 Definición de desarrollo	
1.2. Crecimiento y desarrollo craneofacial y de los arcos dentarios	
1.2.1 Crecimiento y desarrollo de los maxilares	
1.2.2 Crecimiento y desarrollo de la mandíbula	
1.3 Desarrollo de la dentición	
1.3.1 Erupción dentaria	
1.3.2 Espacios de desarrollo	
1.3.3 Espacios primates	
1.3.4 Espacios de recuperación	
CAPITULO II. Alimentación por seno materno	9
2.1 Ventajas de la leche materna	
2.1.1 Nutrición	
2.1.2 Inmunología	
2.1.3 Psicología	
2.2 Contraindicaciones	
2.3 Relación de la estomatología con la alimentación por seno materno.	
2.3.1 Desarrollo fisiológico en el periodo de la lactancia	
2.3.2 Succión	
2.4 Higiene bucal en el lactante.	

CAPITULO III. Alimentación artificial (por biberón)	19
3.1 Sucedáneos de la leche materna	
3.1.1 Leche de vaca	
3.1.2 Leche industrializadas	
3.2 Ventajas	
3.3 Desventajas	
3.3.1 Falta de inmunoprotección	
3.3.2 Generación de hábitos	
3.3.3 Generación de caries	
3.4 Efectos estomatológicos de la alimentación artificial	
3.4.1. Desarrollo y crecimiento	
3.4.2 Hábitos y sus consecuencias	
3.4.3 Caries por biberón	
3.4.3.1 Etiología	
3.4.3.2 Pacientes susceptibles	
3.5 Valoración entre alimentación por seno materno y alimentación por biberón	
CAPITULO IV. Oclusión dental en el infante	29
4.1 Definición	
4.2 Clasificación	
4.2.1 Dentición temporal: Planos terminales	
4.2.2 Dentición permanente: Clasificación de Angle	
4.3 Maloclusiones	
4.3.1 Definición	
4.3.2 Maloclusiones asociadas a la alimentación	
4.3.2.1 Mordida cruzada posterior	
4.3.2.2 Mordida abierta	
CAPITULO V. Índice de maloclusiones en niños en edad preescolar del jardín de niños "PINOCHO".	35
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45

INTRODUCCION

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia, están las maloclusiones que afectan a un amplio sector de la población, ya que aun en los países desarrollados constituyen un problema de salud pública.

La oclusión dentaria varía entre individuos según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos, el tiempo y orden de la erupción, enfermedades orales y forma de las arcadas dentarias, así como por el patrón de crecimiento craneofacial, como lo es la falta de crecimiento y desarrollo adecuado de los maxilares, para lo cual influye este tipo de alimentación en distintos aspectos. Esto quiere decir que su origen es por causas múltiples y en su determinación intervendrán factores hereditarios, embriológicos así como hábitos y agentes físicos.

La alimentación por seno materno va a influir en el crecimiento óseo, lo que favorecerá al desarrollo de los maxilares, mientras que la alimentación artificial o por biberón nos favorecerá en el aspecto nutricional, pero la introducción de alimentos excesivamente blandos y endulzados con azúcares refinados, nos provocará la falta del estímulo de crecimiento óseo

además de que podrá desarrollar caries por biberón, influyendo de esta manera en maloclusiones infantiles.

Las irregularidades dentales y de oclusión, son predisponentes o factores agravantes para la presencia de enfermedad periodontal y caries, además de mal posiciones incluyendo el aumentar el overjet y overbite.

Todas estas situaciones afectan el estado psicológico de la persona, ya que involucran desde su aceptación social hasta la de personalidad.

Por este motivo, la Odontopediatría debe de manejar programas de prevención y orientación a los padres remarcando la importancia del tipo, calidad, variedad, precio y facilidad con que se pueden llegar a preparar los alimentos, siendo todos estos aspectos muy importantes de resaltar.

CAPITULO I. DESARROLLO Y CRECIMIENTO

Sin duda, el desarrollo y crecimiento de un niño desde la concepción hasta los tres años de edad es más rápido. En un periodo de nueve meses, una sola célula, el óvulo fertilizado, se desarrolla para constituir un ser humano integrado por sentimientos, emociones, con habilidad para la comunicación, habilidades motoras generales como la deambulaci3n y capacidades motoras delicadas.

De aqu3 nace el gran inter3s por el conocimiento b3sico de como estos procesos van evolucionando.

1.1 CONCEPTOS B3SICOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se ha querido muchas veces ocupar como sin3nimos los t3rminos de crecimiento y desarrollo, sin embargo cada termino lleva conceptos diferentes en la otra, la pr3ctica var3a con el usuario y en los campos de la ciencia en que se aplica.

1.1.1. DEFINICI3N DE CRECIMIENTO

Existen diferentes entre las que tenemos:

a) El crecimiento son los cambios normales en cantidad de sustancia viviente, es decir el crecimiento es el aspecto cuantitativo del desarrollo biológico y se mide en unidades de aumento por unidades de tiempo. (7)

b) Proceso de desarrollo de un organismo u órgano que en general se produce en varias fases y a distintas velocidades. (19)

Cabe destacar que en condiciones "normales", existen patrones de crecimiento mismos que se verán afectados por diferentes circunstancias como: herencia, nutrición, enfermedad, raza, clima, medio ambiente, etc.

1.1.2 DEFINICIÓN DE DESARROLLO

El desarrollo se refiere a todos los cambios que ocurren naturalmente en forma unidireccional en la vida de un individuo, desde su existencia como una sola célula, hasta su elaboración como una unidad multifuncional que termina en la muerte. (7)

1.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL Y DE LOS ARCOS DENTARIOS.

Para ejercer correctamente la profesión odontológica, es básico el conocimiento de los principios fundamentales de crecimiento y desarrollo para la prevención, intercepción y corrección de alteraciones dentofaciales, ya que el crecimiento del organismo es complejo debido al ritmo de progreso evolutivo que varía en forma considerable.

Una cavidad bucal bien desarrollada muestra simetría, integridad y equilibrio en todas sus partes y funciones, lo que permite que estas se conserven íntegras y sin enfermedades por tiempo prolongado.

Su desarrollo es armónico y concomitante al de la extremidad cefálica de la que forma parte el cráneo. Crece influido por la presión hidráulica que ejerce el encéfalo. La cara tiene un gradiente de crecimiento dirigido hacia abajo y adelante, con relación al segmento anterior de la base craneal. Durante la lactancia, seguirá creciendo de modo que a los 18 meses habrá alcanzado el 85% del tamaño final; las órbitas también habrán logrado un crecimiento importante en el recién nacido. (13)

1.2.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MAXILARES.

Los maxilares son dos huesos que forman la parte superior del aparato masticatorio. Tienen tres orígenes embrionarios distintos: el mamelón maxilar derecho, el mamelón maxilar izquierdo y el mamelón interincisivo. La recepción neural a través de los dientes superiores se hace por tres vías distintas e independientes que corresponden a los dos segmentos laterales de premolares derechos e izquierdo y a la zona central incisiva. (12)

Su patrón de crecimiento será en dirección frontal inferior, necesitando del estímulo y el frote oclusal mandibular para ensancharse y avanzar. (12)

1.2.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MANDÍBULA

Es un hueso impar, formado por dos ramas y un cuerpo, el cual está formado por dos segmentos embrionarios simétricos, el derecho y el izquierdo que se unen en la sínfisis mentoniana. (12)

El patrón de crecimiento de la mandíbula, corresponde a una reabsorción anterior en la rama ascendente y apósito en la posterior, con aumento en la dirección anteroposterior del cóndilo.

Para que esta aposición se realice, deberá aumentar la dimensión inferior de la mandíbula. (12)

1.3 DESARROLLO DE LA DENTICIÓN

Cuando se inicia la etapa de erupción dentaria, frecuentemente se observa una "maloclusión", siendo todo esto fases normales, pero se han malinterpretado por falta de los conocimientos básicos en el crecimiento y desarrollo de la dentición.

1.3.1 ERUPCION DENTARIA:

Se divide en tres fases:

- A. Fase preeruptiva: Corresponde al periodo durante el cual la raíz dental inicia su formación y empieza a desplazarse hacia la superficie de la cavidad oral desde su bóveda ósea.

- B. Fase prefuncional, consta del periodo del desarrollo de la raíz dental hasta la emergencia gingival, en el cual es posible ver por primera vez en la boca un diente. Cuando acontece la emergencia gingival, la raíz dental presenta a menudo la mitad o dos terceras partes de su longitud final.

C. Fase funcional es cuando el diente erupciona en la boca y encuentra a su antagonista, Los dientes siguen siendo una unidad dinámica, pues siempre ocurre cierta clase de movimientos sin importar que tan ligero pudiera ser. (11)

Tiempos de erupción:

Superiores:

A Siete meses y medio

B Nueve meses

C dieciocho meses

D catorce meses

E veinticuatro meses

Inferiores:

A seis meses

B siete meses

C dieciséis meses

D doce meses

E veinte meses

Una vez erupcionados los 20 dientes, continúan moviéndose y erupcionan lo necesario llegando normalmente hacia los tres años de edad a su oclusión ideal, cuyas características serán no presentar curva de spee, tener escasa interdigitación cuspídea, escasa sobremordida y muy poco apiñamiento. (11)

1.3.2 ESPACIOS DE DESARROLLO

En las arcadas de la primera dentición con frecuencia aparecen espacios interdentarios, especialmente en la región anterior.

La presencia de estos espacios de desarrollo generalizado pudiera garantizarnos una disposición correcta al erupcionar las piezas dentales de la segunda dentición, sin embargo, aun con espacios de crecimiento, se pueden observar ocasionalmente problemas de apiñamiento, provocados principalmente por la falta de crecimiento óseo⁽¹⁾

1.3.3 ESPACIOS PRIMATES

Al mismo tiempo que aparecen los espacios de crecimiento, se originan los espacios primates, que se encuentran entre los incisivos laterales y los caninos en superiores y entre los caninos y los primeros molares en inferiores.

El primero en describirlos fue Baume, quien observó los espacios en las dentaduras de los mono, razón por la cual se le denominaron espacios primates. Se observó que estos espacios primates no aumentan de dimensión después de los tres años y más bien tienden a desaparecer durante la erupción de los laterales permanentes. ⁽¹⁾

1.3.4 ESPACIOS DE RECUPERACIÓN

Durante el cambio de dentición, si medimos este espacio veremos que el de los temporales antes del cambio de dentición

es más amplio. Esta diferencia se denomina espacio de recuperación y fueron descritos por Leeway. La relación de las piezas dentarias anteriores temporales con las permanentes es todo lo contrario, es decir en este caso se posee un espacio para el cambio de dentición. (1)

CAPITULO II. ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

El amamantamiento es algo más que un simple procedimiento de alimentación, ya que el estrecho contacto físico favorece la relación de afecto y seguridad entre la madre y el hijo.

Durante el primer año de vida que es un periodo fundamental, la alimentación tiene dos etapas: la primera, cuando el niño se alimenta con leche y la segunda, cuando se alimenta con leche más otros alimentos. (10)

En el análisis químico para ver las características de la leche humana en comparación con las otras especies (vaca, cabra, etc.), el amamantamiento y sus consecuencias, se afirma que durante los tres primeros meses de vida, el alimento más apropiado es la leche materna, ya que ningún alimento lo reemplaza en ventajas. Sin embargo tampoco debe olvidarse que una madre "buena y competente" es ante todo una persona "buena y competente" capaz de dar a su hijo el apoyo adecuado y amoroso que necesita, aún cuando no pueda ofrecerle el pecho por razones fisiopatológicas de la madre. (3)

2.1 VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es el alimento biológico ideal homólogo de la misma especie, estéril, completo y entre algunas otras ventajas están:

2.1.1 NUTRICIÓN

Contiene los elementos necesarios para el lactante, tan es así que inicialmente se ocupa como único alimento. El bebé ingerirá más energía que si se alimentara tomando biberón. Dentro de los principales componentes están:

- Agua 87%, cantidad que el niño necesita para su crecimiento
- Proteínas: contiene caseína y proteína del suero en relación de 20:80, por lo que es rápidamente digerida absorbiéndose su proteína en mas del 90%.
- Grasa: proveedora de calorías y vehículo de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales (linoléico y araquidónico)

- Lactosa: cuando se degrada, se considera una fuente de galactosa esencial para el desarrollo del sistema nervioso central.
- Minerales: se absorben óptimamente y son suficientes para satisfacer el crecimiento en los primeros 4-6 meses de vida. (10)

2.1.2 INMUNOLOGÍA

La leche materna dará protección inmunológica contra infecciones gastrointestinales y respiratorias, son componentes no nutritivos dentro de los cuales están:

- Inmunoglobulina A: confiere inmunidad pasiva a las mucosas contra los patógenos intestinales, también previenen la absorción de antígenos de la dieta, disminuyendo el riesgo de alergias.
- Factor de crecimiento de mucopolisacáridos: para el lactobacillus bífidus que reduce el pH de los contenidos intestinales, inhibiendo el crecimiento de agentes patógenos potenciales.

- Leucocitos (macrófagos) y algunos linfocitos: contienen muchas lisozimas que inhiben el crecimiento bacteriano, especialmente de escherichia coli y de salmonella.
- Lactoperoxidasa: se ha demostrado que inhibe el crecimiento de estreptococos in vitro.
- Componentes complementarios y anticuerpos contra el virus de la poliomielitis. (8)

2.1.3 PSICOLOGÍA

Desde el punto de vista psicológico nos dará un estrecho contacto físico en relación de afecto y seguridad entre la madre y su hijo. La madre comenzará a conocer las necesidades del niño ya que el niño no solo llora por hambre, pueden ser muchos factores como son frío, calor, enfermedades, ingesta de aire, incluso solo por llamar la atención de la madre para que lo tome en brazos. (17)

Como el niño percibe fácilmente los sentimientos de la madre que condicionan el entorno afectivo en el que se desarrolla el amamantamiento es muy probable que las madres tensas, ansiosa, irritables o emocionalmente inestables tengan momentos

difíciles a la hora de alimentar a su hijo, lo que redundará en el estado emocional de este.

2.2 CONTRAINDICACIONES

Desafortunadamente existen casos en donde por distintas razones no se puede llevar a cabo el amamantamiento:

- Enfermedades infecciosas graves, agudas de la madre: tifoidea, neumonía y meningitis.
- Enfermedades cardio-renales: cardiopatías y nefropatías de la madre
- Endocrinopatías severas: diabetes y bocio
- Debilidad, desnutrición y anemias graves de la madre
- Deformación de los pezones, que pueden ser umbilicados, muy pequeños, obturados, etc.
- Grietas: como motivo de contraindicación temporal o parcial.
- Mastítis: las grietas son a menudo fuentes de infecciones glandulares ascendentes, además la retención favorece la

galactoforitis (inflamación de los conductos excretores de la glándula mamaria). (13)

2.3 RELACIÓN DE LA ESTOMATOLOGÍA CON LA ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO.

Muchas maloclusiones tienen origen en comportamientos neuromusculares anormales. (2)

Todos los problemas de nuestro sistema estomatognático, salvo raras excepciones, confirman nuestro modo de pensar, tienen como causa etiológica la atrofia funcional masticatoria, provocada por nuestro régimen alimenticio civilizado.

Para que no se atrofie el sistema estomatognático, el órgano de la masticación debe emplearse a fondo desde el nacimiento. Solo así se produce y mantiene el equilibrio. (12)

Según Claude Bernar: si no hay función no habrá desarrollo del órgano. (12)

2.3.1 DESARROLLO FISIOLÓGICO EN EL PERIODO DE LA LACTANCIA

Entre el cráneo cefálico y el cráneo facial, existe una gran desproporción que va unida a una sintomatología ortodóntica de distoclusión y disminución de la altura de la cara, siendo esto una disposición fisiológica y posteriormente habrá estímulos que procederán de la amamantación, masticación y respiración que llevarán al niño a una adecuada oclusión. ⁽¹²⁾

El punto de arranque o excitación neural del desarrollo del sistema estomatognático, se halla en la parte superior de la articulación temporomandibular, ya que ésta funciona desde el nacimiento en ausencia de los dientes y sin la excitación que estas nos producen.

La primera excitación se produce con el movimiento de la articulación durante el acto fisiológico de la amamantación y es provocada por la tracción que la cabeza del cóndilo, que en su desplazamiento posteroanterior ejerce sobre el menisco articular.

Diversos autores describen que durante el amamantamiento el maxilar se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del pecho materno, la lengua actúa como válvula controladora y consigue un cierre hermético al tiempo que la mandíbula realiza

movimientos protrusivos y retrusivos, con los que exprime el contenido lácteo del pecho hacia su boca, movimiento que a su vez sincroniza con la deglución.

En el acto fisiológico se realizan tres hechos fundamentales:

- Primero: El bebé respira por la nariz sin soltar el pezón, lo que además sirve para reforzar y mantener el circuito de respiración nasal fisiológicamente, durante la amamantación y fuera de ella.
- Segundo: Esta obligado a morder, a avanzar y a retruir la mandíbula por lo que todo el sistema muscular va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesarios para ser utilizados a la llegada de la primera dentición, a fin de poder realizar la abrasión fisiológica.
- Tercero: El movimiento protrusivo y retrusivo, excita al mismo tiempo las partes posteriores de los meniscos superiores de las articulaciones temporomandibulares. Al cumplirse esto se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular es de gran relevancia realizar este acto varias veces al día para el desarrollo de todo el proceso. (12)

2.3.2 SUCCION

La deglución infantil es un reflejo de succión y ambos deben estar desarrollados al nacer es un reflejo automático no aprendido. La acción de tragar del niño se caracteriza por:

1. La ubicación de la lengua entre las encías, que sostienen los maxilares separados hasta que se completa la deglución.
2. Una estabilización de la mandíbula por contracción de los músculos faciales y de la lengua.
3. La deglución infantil, en gran parte es guiada por el intercambio sensorial entre los labios y la lengua. Esta deglución termina por lo general durante el primer años de vida. (2)

2.4. HIGIENE BUCAL EN EL LACTANTE

La eliminación de placa bacteriana debe comenzar antes de la erupción de los primeros dientes temporales. Se recomienda limpieza y masaje de las encías antes de dicha erupción, para ayudar así a que aparezca una flora adecuada, y también una correcta erupción de los dientes. Esta limpieza tan precoz debe ser realizada por uno de los padres. (6)

El proceso consiste en que con una gasa o paño humedecido con agua tibia, que el padre o la madre toman con un dedo realizando un masaje suave en los tejidos gingivales. La posición más sencilla y segura de colocar al niño, es como si se le acunara con un brazo, mientras que con la otra mano se hace el masaje. Este procedimiento debe realizarse una vez por semana. (6)

CAPITULO III. ALIMENTACION ARTIFICIAL (POR BIBERÓN)

La alimentación artificial se da apartir del momento en el que el niño menor de un año no toma leche materna, sino biberones preparados con leche fresca de vaca o alguno de sus derivados industrializados.

Los cambios culturales y sociales han fomentado la alimentación artificial por razones como:

- Trabajo fuera de casa de la madre
- Temor a perder su libertad de acción
- Perdida de firmeza de las mamas
- Aumento de tamaño de las mamas ⁽⁶⁾

3.1 SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Se le denomina así a “ todo alimento comercializado o los presentados como sustituto parcial o total de la leche materna sea o no adecuado para ese fin” A continuación se mencionan los principales.

3.1.1 LECHE DE VACA

Alimento popular, casi equilibrado, contiene los elementos nutritivos más valiosos para cubrir los requerimientos energéticos y de crecimiento del niño, las proteínas aportadas son principalmente: caseína y en baja proporción lactoalbumina 85% y lactoglobulina 15%.

3.1.2. LECHE INDUSTRIALIZADAS

Se elaboran a partir de la leche fresca de vaca que se supone es recolectada de la mejor calidad. Las hay de tres tipos:

- Leche evaporada: es un producto estéril, recomendada para niños mayores de 4 meses Las hay enteras, descremadas y semidescremadas.
- Leche condensada: es leche de vaca integra, que se reduce el agua por calentamiento hasta la mitad aproximadamente de su volumen y se le han agregado 40-45% de azúcar. Es considerada como un jarabe de leche
- Leche seca en polvo: por lo general parten de leche de vaca, ya sea integra o modificada por sustracción, adición o sustitución de algunos de los elementos nutritivos. (13)

3.2 VENTAJAS

No todo nos va a representar negativismo en este tipo de alimentación aunque lo ideal sería la alimentación por seno materno, nos aportará nutrimentos, considerando como tal a:

- Toda sustancia con energía almacenada, capaz de ser utilizada por el organismo como energía metabólica.
- Toda sustancia cuya carencia en la alimentación causa necesariamente enfermedad y en caso de persistir, su carencia determina la muerte ⁽¹⁷⁾

De esto deducimos que los sucedáneos de la leche materna, nos proporcionaran estos nutrimentos necesarios para el crecimiento y desarrollo del infante en lo que se refiere a peso y talla. ⁽¹²⁾

3.3 DESVENTAJAS

Hay serias desventajas en este tipo de alimentación, motivo por el cual se debe promover de manera significativa la alimentación por seno materno. Se menciona a continuación algunas de ellas.

3.3.1 FALTA DE INMUNOPROTECCIÓN

Contrariamente a proporcionar la debida inmunoprotección, nos ofrece la falta de esterilidad de algunos de estos productos como lo es la leche de vaca, que está sujeta como algunos productos biológicos a contaminación cuando no se maneja de manera adecuada, de ahí que en los niños prematuros esta contraindicada de manera absoluta.

Los productos industrializados pierden casi por completo la vitamina C y una buena parte del complejo B, conservando parte de su vitamina D y también puede ser contaminada.

Las leches secas pierden parte de vitaminas hidrosolubles durante la desecación y aunque actualmente se cuida de su buena calidad, algunas de ellas pueden no tener toda la seguridad de pureza bacteriológica estricta.

3.3.2 GENERACIÓN DE HABITOS

Algunos estudios en la actualidad muestran que si al niño no fue alimentado por seno materno, tendrá mayor incidencia de "chuparse" el dedo y otros hábitos orales perniciosos. (19)

Si bien la succión del dedo es por lo general un hábito, puede ser el signo de un problema psicológico profundo. Esto se puede deducir a partir de la falta de contacto más íntimo por parte de la madre hacia el niño. (1)

Otra deducción es que al realizar el amamantamiento, habrá mayor excitación de los músculos orales. (19)

Otro de los principales hábitos adquiridos por el uso del biberón, es que anula la excitación de las articulaciones temporomandibulares, despertando así el hábito de tragar exclusivamente y facilita el inicio de una respiración bucal. (12)

3.3.3 GENERACION DE CARIES

Los alimentos demasiado azucarados como puede ser la leche condensada (por su alto contenido de azúcar), así como bebidas demasiado azucaradas provocan caries. (6)

3.4 EFECTOS ESTOMATOLOGICOS DE LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL (BIBERÓN)

Todo lo que se aparte del amamantamiento, por el hecho de no ser fisiológico, condicionará una lesión (12)

3.4.1 EFECTOS EN EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO

Las consecuencias de la civilización al introducir el uso del clásico biberón son variadas ya que una cantidad enorme de excitaciones paratípicas que pertenecen a la boca, muy especialmente a la articulación temporomandibular en su parte deslizante, quedan abolidas y por consiguiente no proporcionaran las respuestas de desarrollo necesarias, creando atrofas y circuitos neurales de defensa patológicos. (12)

Todo esto es debido a la falta de desarrollo posteroanterior mandibular, ya que el biberón no obliga a la protrusión y retrusión de la mandíbula. El niño aprende únicamente a tragar y pierde la sincronía de la respiración. (12)

3.4.2 HABITOS Y SUS CONSECUENCIAS

Como ya se menciona, el uso del biberón puede generar ciertos hábitos orales perniciosos, cuyas consecuencias son de leves a moderadas: las maloclusiones que tendrán efectos muy significativos en el sistema estomatognático y que en el siguiente capítulo se mencionarán.

3.4.3. CARIES POR BIBERON

La caries dental continúa siendo un problema primordial en la Odontología y debe recibir una atención significativa. Actualmente en los niños se le conoce con diferentes nombres: Caries por biberón, caries de la primera infancia, caries rampante temprana. Se realaciona con el uso inadecuado y prolongado de un biberón y la infección con streptococos mutans. (6)

3.4.3.1 ETIOLOGIA:

Por lo general se estima que la alimentación prolongada o nocturna con un biberón, será la fuente de carbohidratos que alienta la producción elevada de ácidos por los organismos cariogénicos. (15)

La edad en que los niños se infectan es crítica para comprender el padecimiento, algunos estudios indican que niños de tan sólo once meses de edad sufren la infección, y se informa que llegan a presentar lesiones cariosas francas.

Por lo tanto, por ninguna razón se debe callar a los niños inquietos o inducir el sueño con un biberón que contenga leche u

otras bebidas endulzadas, ya sea durante el día, la hora de la siesta o al acostarlo por la noche. (11)

Hay que poner mucho énfasis en considerar necesariamente el contenido del biberón, ya que al proporcionar alimentos altamente azucarados y con la baja salivación que hay durante el sueño y la temperatura bucal, se da el medio más propicio para la fermentación de los azúcares provocando un medio ácido ideal para la proliferación de la caries. (15)

A los padres que insisten en proporcionar biberón a sus hijos hay que evitarles refrescos, jugos procesados o leches altamente endulzadas e instarlos a dar agua natural en los biberones, porque hay una escasa o nula información por parte de los padres, sobre las repercusiones atribuidas al biberón. (15)

3.4.3.2 PACIENTES SUSCEPTIBLES

Es clásico que se presente en niños de dos a tres años, es típico y sigue un patrón definido. Hay lesiones tempranas en los dientes anteriores superiores primarios, en molares de ambos maxilares y caninos inferiores. Los incisivos inferiores no suelen estar afectados gracias a la protección de la lengua. (15)

3.4.3.3 PREVENCIÓN

Básicamente consiste en la orientación a los padres de las repercusiones que tiene el uso de biberón, además del fomento de la higiene, ya que en la mayoría de los casos es totalmente nula. (16)

3.5 VALORACIÓN ENTRE LA ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO Y LA ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN

Para el niño, la alimentación por seno materno es una experiencia insustituible, que va desde el sabor y la temperatura de la leche, hasta la sensación táctil del pezón mismo, la peculiar fragancia de la piel de la madre y el tono muscular del brazo que lo sostiene y del dorso que sustenta a la generosa fuente de alimentos. Hay además un armónico sincronismo del esfuerzo muscular entre el niño que succiona y la madre que respira bajo el seno y se relaja en amorosa entrega y todavía el acompasado y cercano latir del corazón, que reproduce una situación en la que vivió el niño durante los últimos meses de embarazo. Por último, existe la posibilidad de apoyar la mano y acariciar el seno al mismo tiempo que se encara al rostro materno, sonriente y amoroso. (3)

La Organización Mundial de la Salud, insiste en que las condiciones nutritivas e inmunológicas de la leche materna no pueden ser sustituidas por ningún otro producto natural o de síntesis, pero además cabe mencionar que hay lesiones que se producen en el sistema estomatognático por falta de los estímulos paratípicos que proporciona la alimentación por seno materno y que son imprescindibles para el buen desarrollo del sistema, en el periodo más importante de la vida del nuevo ser. (12)

CAPITULO IV. OCLUSIÓN DENTAL EN EL INFANTE

La oclusión dental varía entre individuos según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de erupción, enfermedades orales y forma de las arcadas dentarias, así como por el patrón de crecimiento craneofacial. (14)

4.1 DEFINICION

Es el cierre de la boca a un primer contacto, disminuyendo la dimensión vertical del tercio inferior de la cara, pudiendo coincidir con la máxima intercuspidad y en tal caso esta será una oclusión céntrica funcional. (12)

La oclusión buena o mala es el resultado de una síntesis intrincada y complicada de relaciones genéticas y ambientales, que actúan durante las etapas tempranas del desarrollo de la niñez. (1)

4.2 CLASIFICACIÓN

Para cada una de las denticiones, tanto temporal como permanente se dan diferentes clasificaciones:

4.2.1 DENTICIÓN TEMPORAL: PLANOS TERMINALES

Baume puso énfasis en la importancia de los planos terminales de los segundos molares temporales, ya que son clave para predecir si los molares permanente erupcionan en una oclusión "normal".

No obstante aunque se observe una oclusión satisfactoria en un niño menor de seis años, hay que prestar atención en la erupción de los primeros molares permanentes y al observar con cuidado las posiciones de los molares temporales, permitirá establecer ciertas suposiciones predictivas con respecto a la oclusión futura de los molares de los seis años, puesto que los planos terminales guiarán la erupción del primer molar permanente a su posición en la arcada dentaria.

Existen cuatro tipos de planos terminales:

- Plano terminal vertical: Los segundos molares temporales, inferior y superior se encuentran borde a borde, lo cual permite que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación borde a borde. Después, cuando se produce la exfoliación de los segundos molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores se desplazan más hacia mesial

que los superiores. Esto ha sido descrito por Moyers como el desplazamiento mesial tardío lo que dará hacia una clase I normal, pero también nos puede dar una clase II subdivisión 1.

- Plano terminal mesial: La cúspide mesio vestibular del segundo molar primario recae sobre el surco vestibular del segundo molar primario. Este permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en oclusión de clase I normal.
- Plano terminal distal: El segundo molar temporal superior, la cúspide disto vestibular cae sobre el surco vestibular del segundo molar inferior. Da lugar a que los primeros molares permanentes erupcionen solo en una maloclusión clase II división 1 o 2.
- Plano terminal mesial exagerado: La cúspide mesio vestibular del segundo molar superior está en contacto con la cúspide distal del segundo molar inferior. Permite que los primeros molares permanentes sean guiados sólo a una maloclusión de clase III. (1)

4.2.2. DENTICIÓN PERMANENTE: CLASIFICACIÓN DE ANGLE.

- Clase I: Oclusión ideal o "normal". La cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae sobre el surco vestibular del primer molar inferior.
- Clase II División 1: El primer molar inferior está en posición distal con respecto al primer molar superior. Sobremordida horizontal. La retrusión mandibular se refleja en el perfil del paciente.
- Clase II División 2: El primer molar inferior está en posición distal con respecto al primer molar superior. Sobremordida vertical profunda que se refleja en el perfil del paciente.
- Clase III El primer molar inferior está en posición mesial con respecto al superior. Se observa un prognatismo que se refleja en el perfil del paciente. (1)

4.3 MALOCLUSIONES

Son generalmente atribuidas a crecimientos retardados o acelerados, traumas, hábitos orales, genética y fuerzas de masticación. (5)

4.3.1 DEFINICIÓN

La maloclusión dental, es la consecuencia de diferencias maxilo-mandibulares de crecimiento y de las distorsiones de la posición dental individual dentro de cada arcada, como resultado de los trastornos en las fuerzas ambientales.

4.3.2 MALOCLUSIONES ASOCIADAS A LA ALIMENTACIÓN

Aunque aún no hay muchos estudios acerca de este tema, sólo algunos autores los manejan como tal, pero si nos basamos en todos los efectos que tienen los tipos de alimentación, podremos asociar con mayor facilidad estos tipos de maloclusiones, ya que en la mayoría van involucradas como etiologías la falta de desarrollo de los maxilares o mandíbula, así como los hábitos perniciosos que pueden ser originados por el uso del biberón. Dentro de las maloclusiones mas comunes por estas causas, están las siguientes:

4.3.2.1. MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Puede ser de tipo dental o esquelética

- a) Factores dentales: patrón de erupción defectuosos, longitud insuficiente de los arcos, retención prolongada de los dientes

temporales, restauraciones inadecuadas, traumatismos, hábitos.

b) Factores esqueléticos: se incluyen básicamente el paladar hendido y la falta de crecimiento del maxilar superior. (9)

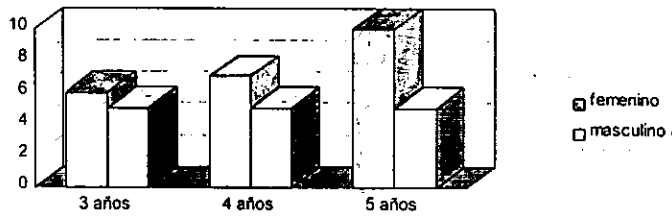
4.3.2.2. MORDIDA ABIERTA

Las piezas dentales posteriores tienen contacto entre sí pero los anteriores no. Sus causas son diversas desde la asociación a la respiración oral hasta los hábitos perniciosos. (18)

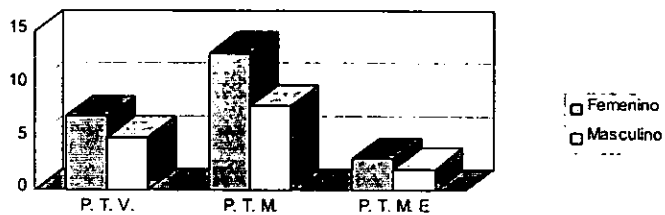
4.3.2.3 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR:

Su causa más común es que los dientes superiores erupcionen demasiado lejos de la posición lingual. Aquí también puede ser un factor predisponente la falta de crecimiento del maxilar, así como los estímulos negativos (hábitos orales perniciosos) para el crecimiento de la mandíbula (4)

Edad y sexo Total muestra: 38 niños



Plano terminal en total muestra: 38 niños

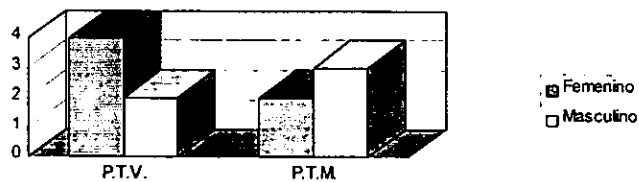


P.T.V. Plano terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E Plano terminal mesial exagerado

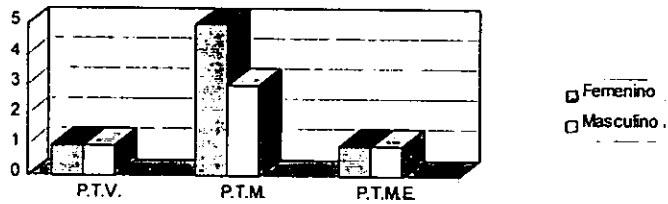
Plano terminal en niños de 3 años. Muestra 11 niños



P.T.V. Plano Terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

Plano terminal en niños de 4 años. Muestra 12 niños

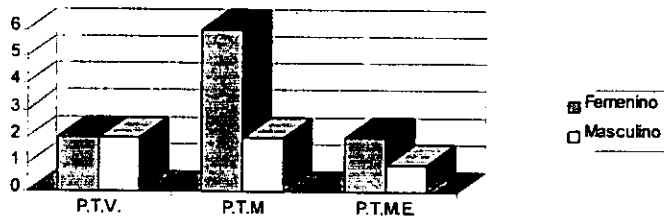


P.T.V. Plano terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado.

Plano terminal en niños de 5 años. Muestra: 15 niños



P.T.V. Plano terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado

Alimentación por seno materno. Total muestra 38 niños.



A.- 0-3 meses

B.- 0-6 meses

C.- 0-9 meses

D.- 0-12 meses

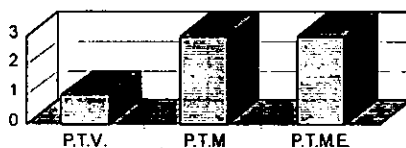
E.- 0-15 meses

F.- 0-18 meses

G.- 0-21 meses

H.- 0-24 meses

Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-3 meses muestra: 7 niños.



Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-6 meses muestra: 7 niños.



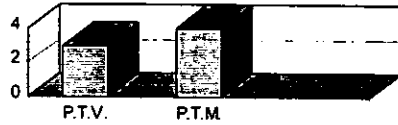
Ambas gráficas

P.T.V. Plano terminal vertical

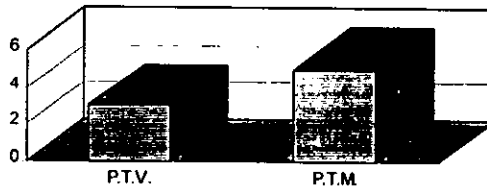
P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado.

Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-9 meses muestra 7 niños



Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-12 meses muestra 8 niños.



Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-15 meses muestra 2 niños



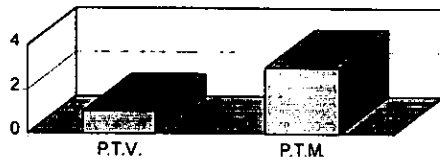
Para las gráficas anteriores:

P.T.V. Plano terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-18 meses.
Muestra 4 niños.



Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-21 meses
muestra 1 niño



Plano terminal en niños alimentados por seno materno de 0-24 meses
muestra 2 niños



Para las gráficas anteriores:

P.T.V. Plano terminal vertical

P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado.

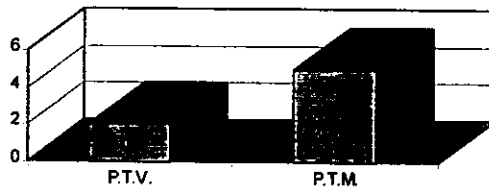
Tiempo durante el cual el niño tomó biberón: Total muestra 38 niños



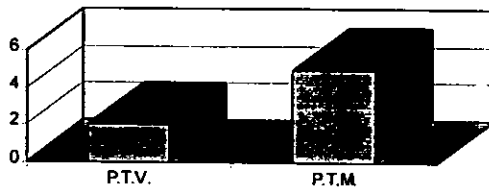
A.- 0-5 meses
 B.- 6-11 meses
 C.- 12-17 meses
 D.- 18-23 meses

E.- 24-29 meses
 F.- 30-35 meses
 G.- 36 a más

Plano terminal, según su tiempo de alimentación con biberón:
 0-5 meses Muestra 7 niños.

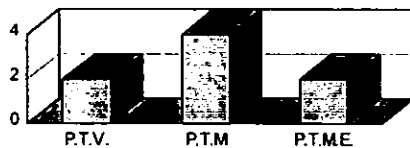


Plano terminal según tiempo de alimentación con biberón:
 6-11 meses. Muestra 7 niños.



Para ambas gráficas:
 P.T.V. Plano terminal vertical
 P.T.M. Plano terminal mesial

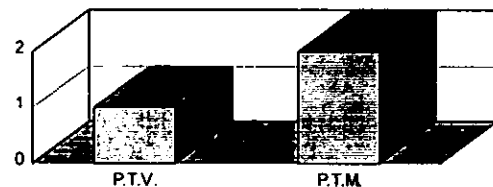
Plano terminal según tiempo de alimentación por biberón
De 12 a 17 meses Muestra 8 niños.



Plano terminal según tiempo de alimentación con biberón.
De 18-23 meses.



Plano terminal según tiempo de alimentación con biberón
De 24-29 meses.



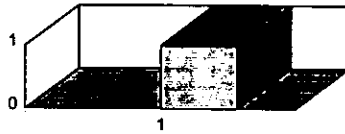
Para las gráficas anteriores:

P.T.V. Plano terminal vertical

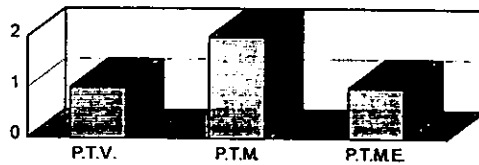
P.T.M. Plano terminal mesial

P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado.

Plano terminal según tiempo de alimentación por biberón.
De 30-35 meses 1 niño Plano terminal mesial



Plano terminal según tiempo de alimentación por biberón
De 3-4 años. muestra: 4 niños



P.T.V. Plano terminal vertical
P.T.M. plano terminal mesial
P.T.M.E. Plano terminal mesial exagerado.

CONCLUSIONES

En la actualidad las maloclusiones son un problema muy frecuente en el país y si esto lo asociamos a la alimentación nos daremos cuenta que por el constante “desarrollo” de nuevos alimentos como son los jugos altamente azucarados listos para colocarle la mamila, o las papillas, nos provocan un retroceso en el desarrollo y crecimiento maxilar y mandibular.

Pero no sólo interviene este factor, hay que agregar el poco fomento que se le da la alimentación por seno materno, aunado a nuestro ritmo de vida acelerado como lo es el trabajo fuera de casa, nos hace cambiar de una adecuada alimentación materna, por la alimentación artificial (biberón)

Por eso es importante que en cuanto se detecte una anomalía de oclusión es necesario establecer el tratamiento adecuado.

En el estudio presentado se observó una prevalencia del plano terminal mesial y se pudo verificar como los niños que tuvieron una alimentación de corto tiempo por seno materno presentaron una maloclusión, así como los niños que tuvieron un uso prolongado del biberón.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARBER, T.K. Odontología Pediátrica, Editorial El manual Moderno 1985
2. ENLOW H. Donald Manual sobre crecimiento facial. Editorial interamericana 1982
3. FENNMA O. R. Química de los alimentos Editorial Acribia 1985
4. GRIMM E. Stephen Treatment of a pseudo class III relationship in the primary dentition: a case history Journal of dentistry for children Nov. Dec. 1991 pp. 484-489
5. KAYUKAWA Hiroshi Malocclusion and masticatory muscle activity a comparison of four types of malocclusion. The Journal of clinical Pediatric Dentistry. Vol. 16 No. 3 1992 pp. 162-177
6. Mc DONALD R.E. Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mosby 1995

7. MOYERS E. Roberto. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana. 1981
8. NELSON E Waldo. Tratado de Pediatría. Ed. Interamericana 1989
9. OJEDA L. Sergio DE LA TEJA A. Eduardo Prevalencia de mordida cruzada en niños mexicanos. Práctica odontológica Vol. 11 No. 10 1990 pp. 11-15
10. PALACIOS T. Jaime. Introducción a la Pediatría. Méndez editores 4a. Edición 1993
11. PINKHAM J.R. B. J. Odontología pediátrica. Editorial interamericana Mc. Graw Hill 1991
12. PLANAS Pedro. Rehabilitación neuro oclusal Editorial Salvat 1987.
13. RAMOS G. Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes. Editorial el manual moderno 1985
14. SAENZ M. Laura P. SANCHEZ P. Leonor. Distribución de la oclusión en adolescentes de la ciudad de México. Revista de la A.D.M. Vol. 11 No. 1 Ene- Feb. 1987 Pp. 45-48

15. TINANOF N. Sullivan D:M: Early childhood caries overview and recent finding. *Pediatric Dentistry* 1997 Vol. 19 pp. 12-16
16. THOMPSON E.M. Invitro and intra oral investigation in to the cariogenica potental of human milk. *Caries Research* 1996 pp. 434-439
17. VALDEZ Verónica, PEREZ Alfredo, LABBOK Miriam
Lactancia para la madre y el niño. Editorial mediterráneo. 1994
18. VENETIKIDOU Antigoni Incidence of malocclusion in asthmatic children. *The Journal of clinical Pediatric Dentistry* Vol. 17 No. 12 1993 pp. 89-93
19. WESTROVER M. Kristine DILORETO K. Mary SHEARER R. Thomas. The relationship of breast feeding to oral development and dental concerns. *Journal of Dentity for children* March-April 1989 pp. 140-143