



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN
RELACIÓN A LA SALUD BUCAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LAURA ANGELICA ROSSANO NIEVES

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, D.F.

2012



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 mis padres por su apoyo en todo momento, amor, paciencia y sobre todo por darme la vida, sin ustedes no sería lo que soy como persona. Gracias por todo, este logró es para ustedes. Los amo.

A Humberto por tu apoyo y amor incondicional, por todas las aventuras que me haces vivir día a día, por hacer de mí una mejor persona, por compartir tu vida conmigo y demostrarme que podemos afrontar lo que sea juntos porque nos tenemos el uno al otro. Te amo infinitamente.

A mi familia por confiar en mí, apoyarme incondicionalmente y ser mis pacientes durante la carrera. Los adoro.

A Mike y Ary porque aunque no somos hermanos de sangre y somos totalmente diferentes hemos estado juntos en cada momento ya sea bueno o malo. Los amo hermanitos, gracias por ser únicos y los mejores seres humanos.

A mis amigos: Karina, Claudia, Hazzel, Mariana, Pamela, Liliana, Fabiola, Ana, Sandra, Raúl, Julio, Andrés, Emerson, Roberto, Carlos, y demás amigos del CCH, gracias por aceptarme como soy, por ser parte de mi vida, y dejar una huella impresionante en ella, gracias a ello puedo presumir que tengo a los mejores amigos del mundo. Los quiero mucho.

Con todo cariño, admiración y respeto al Dr. Juan A. Samano, por ser un excelente profesor y ser humano, gracias por el apoyo, la confianza y ser parte de mi formación académica permitiéndome seguir aprendiendo de usted.

A mi tutora la C.D. María Elena Nieto y mi asesora Dra. Brenda Osorio por la ayuda para la realización de mi tesina. Muchas Gracias.

A Dios y a mi ángel que me acompañan en cada paso que doy en este largo trayecto de mi vida.



ÍNDICE

Introducción	4
1. Objetivo	6
2. Conceptos	6
3. Antecedentes	8
4. Crecimiento y desarrollo maxilofacial	11
4.1. Tipos de crecimiento óseo.	12
4.2. Mecanismos de crecimiento maxilofacial	12
4.3. Formas craneales	18
4.4. La lengua y su relación en el crecimiento maxilofacial	19
5. Lactancia materna y sus beneficios	22
5.1. Relación de la lactancia materna con el crecimiento Orofacial	24
5.2. La lactancia materna y su relación con hábitos bucales incorrectos.	25
6. Lactancia artificial	27
7. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva	31
8. Importancia de la lactancia materna en el aspecto Psicológico	33
8.1. Alimentación con biberón y sus problemas Psicológicos	36
9. Conclusiones	37
10. Referencias bibliográficas	39



Introducción

La lactancia materna es considerada como el método más deseable y antiguo de alimentación, ya que complementa aspectos fisiológicos, físicos y psicológicos en el bebé.

En la rama odontológica, será de vital importancia inculcar este método de alimentación, ya que se ha encontrado que la falta de la lactancia materna o períodos cortos de alimentación, se relaciona con la adquisición de hábitos nocivos de succión y deglución.

La succión en la lactancia materna constituye para el bebé la relación más importante con el mundo exterior después de su nacimiento, recibiendo la sensación de bienestar, seguridad y cariño al contacto físico con su madre, evitando que requiera de complementos para satisfacer su necesidad de succión.

Las funciones que se realizan en el acto de amamantar influirán en un correcto desarrollo maxilofacial y de oclusión dentaria, por la estimulación que comprende al sistema estomatognático. Evitará la respiración bucal, estableciendo una relación entre las estructuras, dando tonicidad y posturas correctas de la lengua, para tener un sellado labial correcto.

La lactancia materna será uno de los principales aspectos fundamentales para la promoción de la salud bucal y la prevención de diversas maloclusiones en un futuro, además de que el vínculo afectivo entre la madre y el hijo es insustituible por algún otro método de alimentación.



En el presente trabajo se incluyen los beneficios de la lactancia materna y su relación con el crecimiento y desarrollo maxilofacial, alternativas para evitar el uso del biberón y sus motivos por el cual se recurre a él, así como la importancia psicológica en el acto de amamantación. Todo esto para que el cirujano dentista comprenda la importancia de fomentar esta forma de alimentación natural.



1. Objetivo

Describir los beneficios de la lactancia materna exclusiva relacionada con el crecimiento maxilofacial, su importancia y su relación psicológica con la salud bucal del bebé.

2. Conceptos

Lactancia materna exclusiva. Cuando el lactante sólo recibe leche humana directamente de su madre o extraída, y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.¹

Lactancia predominante. Se refiere a que el niño además de recibir lactancia materna, también recibe agua pura o bebidas (agua endulzada, infusiones, té, entre otros), jugos de frutas, excluyendo otros líquidos basados en alimentos.¹

Lactancia artificial. El niño recibe lactancia de otro origen que no sea humano.¹

Sistema Estomatognático. Es la unidad morfo funcional, que integra y coordina estructuras óseas, musculares, nerviosas, dentales y glandulares, organizándose alrededor de las articulaciones cráneo-témpero-mandibulares, dentoalveolares y dento-dentales (oclusión), con el objetivo de llevar a cabo las funciones iniciales de la digestión, como es, la masticación, la salivación, la degustación, la degradación inicial de los hidratos de carbono y la deglución.²



Salud. La Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. La salud es un recurso para la vida.³

La salud permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente activa. Posee prerequisites o condicionantes relacionados a factores sociales, económicos y culturales, entorno físico y estilos de vida.³

Salud bucal. Estado completo de bienestar con ausencia de enfermedades relacionadas a la boca

Hábitos bucales nocivos. Es la repetición de conductas o semejantes, que pueden tener consecuencias negativas a quienes lo realizan.⁴

Maloclusión. Es una alteración en la posición armónica de los dientes y de los huesos maxilares.⁴

3. Antecedentes

El término histórico de la lactancia materna en seres humanos socialmente integrados en comunidades, se rescata gracias al Código de Hammurabi (1800 a.C.); en donde se hicieron los principales descubrimientos de las bondades de la leche materna las cuales se han divulgado en el mundo.⁵

Desde el Código de Hammurabi se reglamentaba el oficio de las nodrizas profesionales, que amamantaban a los hijos de las mujeres acaudaladas en donde no se permitía que lactaran dos niños a la vez sin el conocimiento de los padres; también documentaba que la lactancia se debía proporcionar dos años y por un máximo de cuatro.⁵



NODRIZA

Figura 1.⁶



A partir de la década de los 80, la UNICEF y la OMS han desarrollado múltiples programas con el objetivo de rescatar la lactancia materna en todo el mundo, por sus innumerables beneficios para la salud del lactante, la disminución de la morbilidad y mortalidad en el primer año de vida.⁷

En 1989 nace en México el Programa Nacional de Lactancia Materna, donde se definen las acciones de fomentar y reimplantar la práctica de la lactancia, con el objetivo general de contribuir a mejorar la atención del grupo materno-infantil en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.⁸

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, aprobaron la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño”, que invita a los gobiernos, los sistemas de salud y demás sectores de la sociedad, a promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuarla con otros alimentos hasta los dos años, otorgando a las mujeres el apoyo que necesitan en el ámbito familiar, social y laboral.³

En el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) se ha enfatizado en las ventajas e impacto que tiene la lactancia materna en la morbi-mortalidad infantil, destacando las ventajas del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que opera en la mayoría de las unidades médicas de la dependencia.⁸

Al igual que el ISSSTE, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia), han implementado programas de fomento y apoyo a la Lactancia Materna, con el objetivo de reducir la mortalidad del recién nacido y de las repercusiones positivas en el desarrollo del infante.⁹



La práctica de la lactancia materna en México experimentó una gradual reducción durante los años setenta; sin embargo, desde mediados de los años noventa se advierte una recuperación que continúa hasta la década actual.⁹

Porcentaje de niños que nunca recibió leche materna y duración de la lactancia en meses, 1972-1976, 1982-1987, 1994-1997 y 2000-2003				
	1972-1976	1982-1987	1994-1997	2000-2003
Porcentaje que nunca recibió leche materna	16.8	14.9	9.6	7.5
Duración de la lactancia				
Primer cuartil	6.0	4.0	4.4	6.1
Mediana	12.4	12.1	9.8	12.1
Tercer cuartil	18.3	18.5	18.2	18.4

Nota: el primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil corresponden al número de meses a los cuales los niños recibieron leche materna.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.

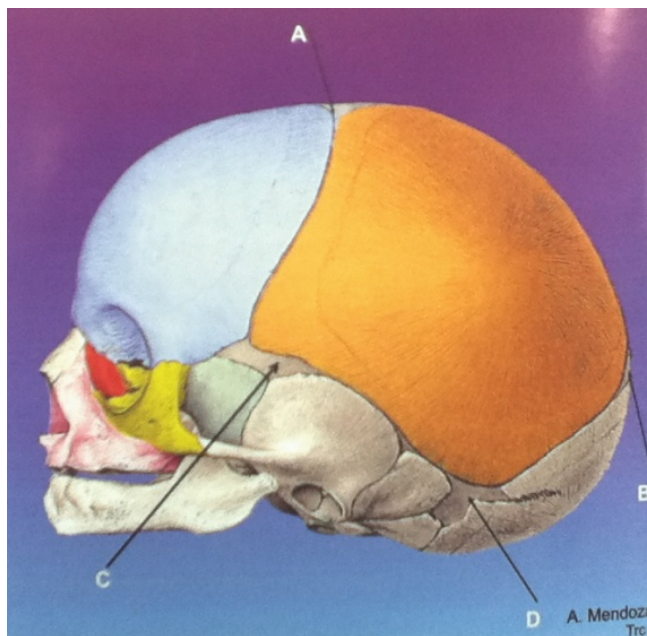
Figura. 2⁹

4. Crecimiento y desarrollo maxilofacial

El cráneo del neonato representa un cuarto de longitud corporal comparado con el del adulto, como consecuencia del crecimiento diferencial de las estructuras óseas corporales respecto a las cráneo-faciales.¹⁰

El crecimiento óseo de cráneo y cara, no aumentan su tamaño por la simple expansión directa y simétrica de todas sus superficies y contornos, sino que el crecimiento tendrá relación con los tejidos blandos.¹⁰

El cráneo neonatal está dividido en diferentes unidades óseas para después unirse mediante suturas formando una estructura. Los huesos endocondrales y los intramembranosos, se encuentran separados por áreas cartilagosas llamadas fontanelas.¹⁰



- A) FONTANELA SUPERIOR
- B) FONTANELA POSTERIOR
- C) FONTANELA ESFENOIDAL
- D) FONTANELA MASTOIDEA

Figura. 3¹⁰



4.1. Tipos de crecimiento óseo

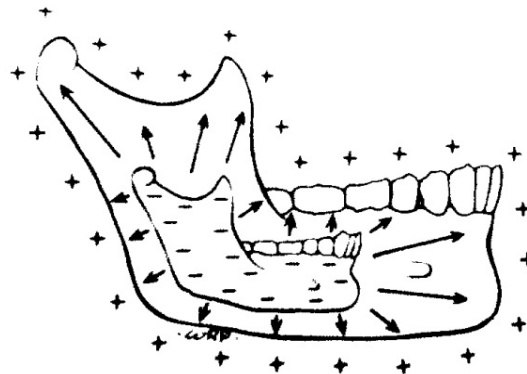
Existen 4 tipos de crecimiento óseo durante el desarrollo craneofacial:

- 1) Crecimiento endocondral o cartilaginoso proveniente del tejido mesenquimatoso primario transformándose en cartílago.¹⁰
- 2) Crecimiento intramembranoso, surgiendo del tejido conjuntivo indiferenciado y formando una matriz orgánica que se mineralizara y los osteoblastos se transforman en osteocitos.¹⁰
- 3) Crecimiento aposicional, el hueso no crecerá por actividad expansiva o intersticial a diferencia que con cartílago existiendo un mecanismo de aposición y reabsorción en la superficie interna y externa del hueso.¹⁰
- 4) Crecimiento sutural, mediante osificación de la membrana perióstica y del tejido conectivo de la sutura.¹⁰

4.2. Mecanismos de crecimiento maxilofacial

Los huesos faciales y craneales tienen dos movimientos de crecimiento básicos:

- 1) Corrimiento cortical: Proceso que genera el movimiento directo de crecimiento por la **aposición** de hueso nuevo en un lado de la cortical y **reabsorción** de la opuesta. (remodelación)
- 2) Desplazamiento: Movimiento en masa de un hueso respecto al otro.¹¹



Huesos con morfología compleja, en el que el aumento de tamaño es mediante un proceso semejante de crecimiento.

Figura. 4 ¹¹

La actividad de crecimiento reside en los tejidos blandos del periostio y endostio y no en la parte dura del hueso haciendo que este no controle ni gobierne su desarrollo, creciendo en dirección de menor resistencia. ¹¹

En la mayoría de los huesos de la cara y cráneo el tejido óseo cortical, la mitad es de origen endóstico con una superficie de aposición así como de reabsorción y la otra mitad perióstica con el mismo tipo de superficies que las endósticas; implicando dos funciones de crecimiento: incremento y remodelado (bioquímico en el depósito y remoción de iones calcio en la sangre, reconstrucción de trabéculas reticuladas, regeneración y reconstrucción de hueso después de un traumatismo o patología y de crecimiento) simultáneamente. ¹¹



El sombreado oscuro representa las superficies de resorción, el claro las de depósito.

Figura. 5¹¹

El hueso a medida que crece, se remodela llamándose proceso de reubicación.¹¹

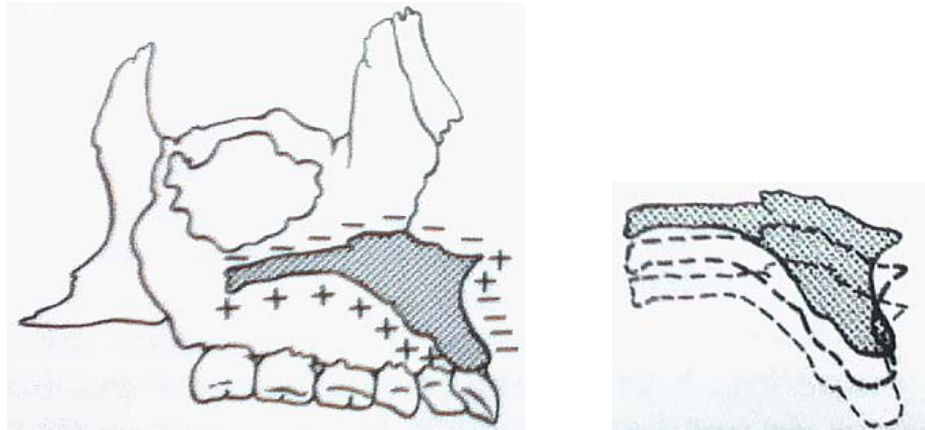
En el proceso de reubicación los que se mueven primero son los tejidos blandos que controlaran los movimientos de reubicación de las partes óseas relacionadas con cada tejido blando debajo de ellas. Los genes dentro del crecimiento y las células se encontraran dentro de los tejidos blandos.¹¹

De esta manera, el crecimiento del complejo craneofacial sufrirá influencia directa de los músculos de la lengua, labios, carrillos, faringe, entre otros.¹²

Existen variaciones en la forma y tamaño de la cara, tanto morfológicas, normales y anormales que ocurren dentro del proceso de crecimiento.¹¹

En la cara de un niño el maxilar y el piso de las fosas nasales están muy cerca del reborde orbitario inferior, posteriormente la arcada superior y el paladar se moverán hacia abajo. El paladar duro y la maxila se empiezan a

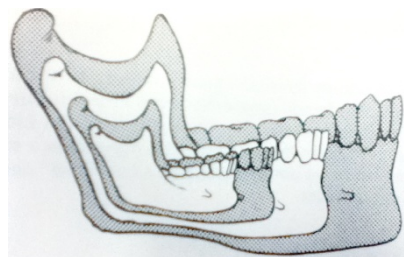
reubicar a niveles más bajos, al término de este proceso la dimensión vertical de las fosas nasales aumentara considerablemente, y el área nasal del adulto se encontrara donde, en el niño estaba ubicado la maxila. ¹¹



Dirección inferior de remodelación por el paladar duro y el arco superior óseo

Figura. 6 ¹¹

Debido a la morfología compleja de la mandíbula y la maxila deberán tener un modo diferencial de incrementó, en las cuales algunas de sus partes y zonas crecerán más rápido y se desarrollaran más que otras. ¹¹



El hueso no aumenta de tamaño mediante expansión directa y simétrica

Figura. 7 ¹¹

La maxila está formada por dos hemimaxilares unidos a través de la sutura palatina media, desplazándose hacia abajo y hacia delante por las suturas fronto-maxilar, cigomático maxilar, cigomático temporal y pterigo-palatina.¹⁰

La forma en “V” permitirán un aumento de anchura y altura de los procesos alveolares, al moverse hacia abajo y hacia fuera a la vez que sus extremos distales se separan, dando lugar al espacio de erupción de los molares.¹⁰



Movimientos de crecimiento del maxilar superior

Figura. 8¹⁰

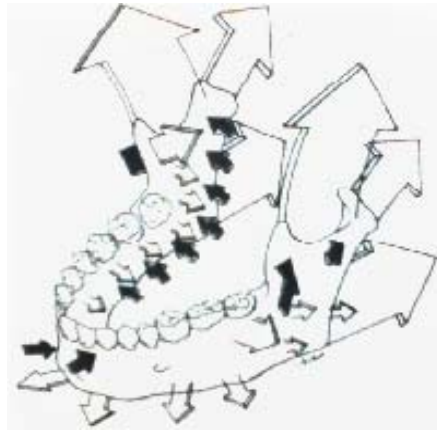


Crecimiento en forma de “V” del maxilar

Figura. 9¹⁰

La mandíbula crecerá en forma diferenciada por neoformación y reabsorción en dirección predominante posterior y superior. A medida que esto ocurre, la mandíbula se moverá hacia delante y abajo en la misma proporción con que crece arriba y atrás. Algunos cambios funcionales estarán relacionados con los tejidos blandos en el individuo durante su desarrollo.¹¹

En la proporción de altura anterior y posterior encontraremos el desarrollo de caras largas o cortas.¹⁰



Cualquier hueso crece de manera diferencial, aumentando más en algunas direcciones que en otras.

Figura. 10 ¹¹

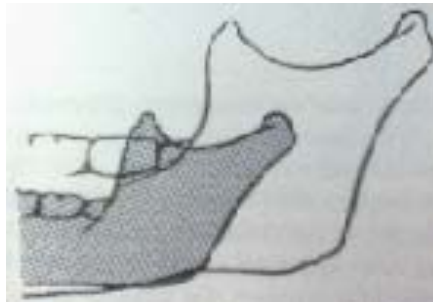


Toda la mandíbula se desplaza hacia delante y hacia abajo, en la misma medida que crece hacia arriba y atrás

Figura. 11 ¹¹

El tejido óseo que alojará a los dientes en períodos posteriores no será el mismo hueso que los rodea, la forma de los arcos dentarios y la determinación de la oclusión normal dependerá del equilibrio entre los factores esqueléticos y musculares circundantes. ^{11.12}

En la etapa de 0-3 años de edad, deberá de existir este equilibrio de no ser así los patrones faciales y funcionales anormales merecerán atención especial. ¹²



Rama de la mandíbula reubicada en sentido posterior, el cuerpo se alarga mediante remodelación a partir de lo que en alguna fase correspondió a la rama durante algún periodo anterior de crecimiento.

Figura. 12¹²

4.3. Formas craneales

Los principales componentes en el desarrollo facial son el cerebro, la base del cráneo, el espacio aéreo (pieza fundamental para el desarrollo de la cara) y el conjunto formado por huesos y músculos de la boca, determinando así los diferentes tipos de forma craneal como¹²:

Dolicocefálico. Ovalada, horizontalmente larga y bastante angosta.¹¹



Figura. 13¹¹

Braquiocefálico. La base de cráneo más larga y más corta en sentido antero-posterior. ¹¹

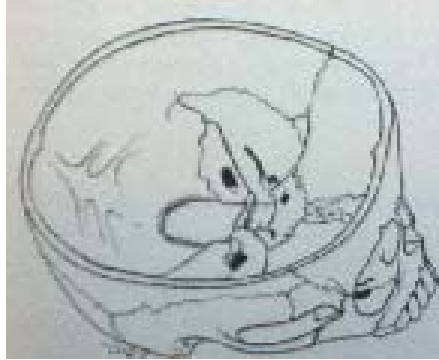


Figura. 14 ¹¹

Mesocefálico. Esta entre el dolicocefálico y el braquicéfálico. ¹¹

El índice cefálico se mide entre el largo y en ancho del cráneo: El dolicocefálico medirá hasta 75, el mesocéfalo de 75 a 80 y el braquicéfalo más de 80. ¹¹

4.4. La lengua y su relación en el crecimiento maxilofacial

La influencia que ejerce la lengua sobre las estructuras contiguas puede ser observada cerca de la cuarta semana de vida intrauterina ocurriendo la diferenciación de la lengua en íntima relación con la mandíbula influyendo en el desarrollo del maxilar. ¹²

En la octava semana, la lengua guiará las láminas palatinas para fusionarse en la línea media delimitando la boca y la nariz. Tomando la lengua una

posición entre las eminencias alveolares y tocando la superficie mucosa del labio inferior aún después del nacimiento. ¹²

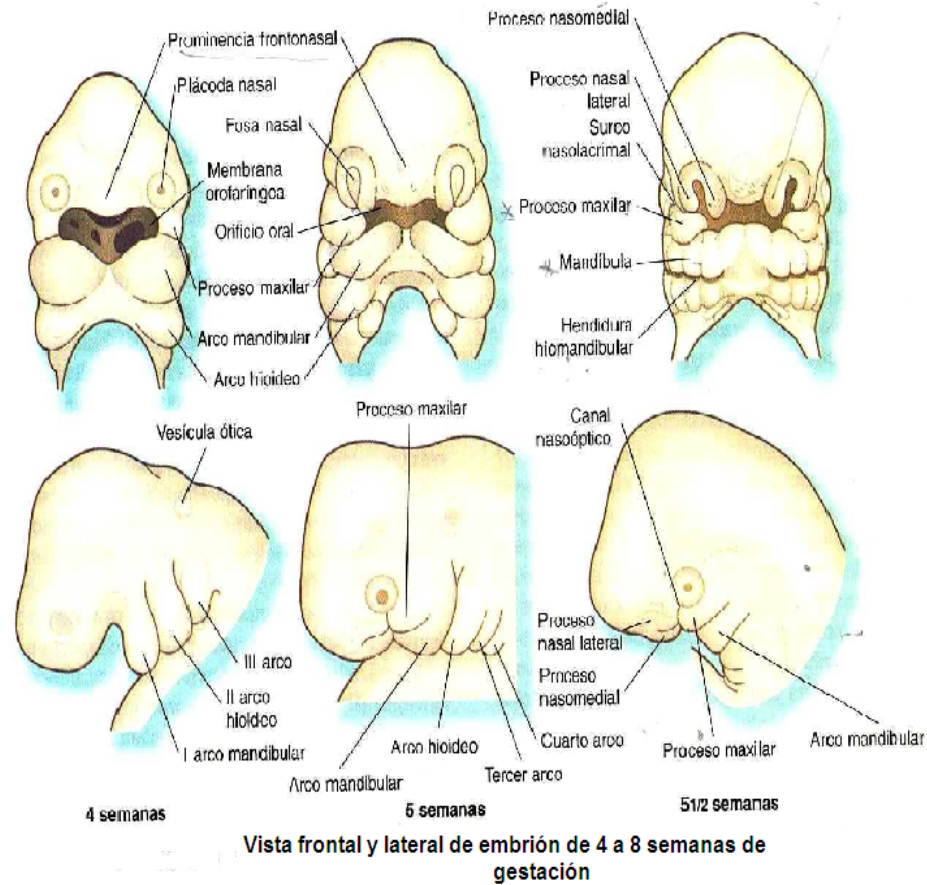


Figura.15 ¹³

En el aumento de la cavidad oral y de la faringe por la madurez del sistema estomatognático se observará una posición más posterior de la lengua en la cavidad bucal en el transcurso del crecimiento. ¹²



El crecimiento es un compuesto de muchos factores de cambios agregados en muchas regiones de la cabeza, cuya suma produce la expansión hacia “abajo y adelante”, teniendo en cuenta que la relación entre la lengua y la respiración influirán en la conformación y manutención de las estructuras faciales.^{11, 12}

5. La lactancia materna y sus beneficios

La relación primaria del recién nacido en el medio ambiente, ocurre a través de la boca, faringe y laringe, en donde se encuentran gran cantidad de receptores, que estimulan, regulando la respiración y el amamantamiento y determinando la posición de la cabeza y cuello, cuando se realizan estas funciones ¹²

En el amamantamiento se llevan a cabo mecanismos fisiológicos que el recién nacido realiza, empezando con los labios, los cuales detectan el pezón contrayéndolo firmemente, haciendo un sellado hermético. El reborde alveolar corresponde a los incisivos superiores el cual se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno. ¹²

La lengua se posiciona abajo para funcionar como válvula controladora, mientras que la mandíbula realiza movimientos antero-posteriores, sincronizándose con la deglución y la respiración. ¹²

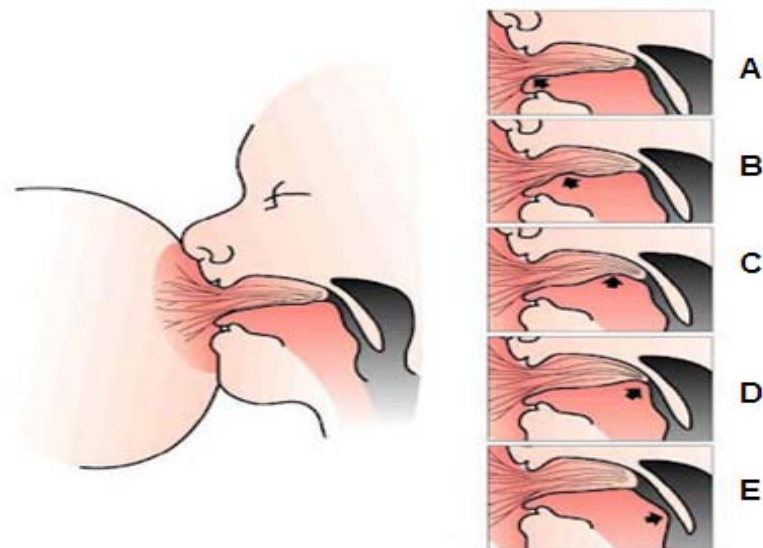


Figura. 16 ¹⁴

A. Abertura de la boca para un buen sellado bucal. Cierre labial con compresión de los senos lactíferos. **B.** Posición anterior de la lengua **C. y D.** Onda de compresión recorriendo la lengua para presionar los senos lactíferos **E.** Deglución

Estos movimientos extraen la leche del seno hacia la boca, por la presión intrabucal, la leche que sale es empujada hasta la garganta con movimientos peristálticos de la lengua desde su parte más anterior hasta la parte posterior, cuando la leche cae en la garganta del bebé se deglute. La mandíbula baja de nuevo y todo el proceso vuelve a comenzar. En ningún momento el pecho entra en contacto con la encía, gracias al grosor de la lengua. ¹²

A través del acto de amamantamiento, la mandíbula se posiciona más anteriormente, mientras que los músculos masticatorios como el temporal (retrusión), pterigoideo lateral (protusión) y milioideo (deglución) madurarán y se repositionaran; la lengua estimula al paladar evitando que la acción de los músculos buccinadores sea anormal, el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático. ¹²

Los recién nacidos presentan retrognatismo de la mandíbula en relación a la maxila. El amamantamiento aparte de estimular el crecimiento mandibular en sentido antero-posterior, refuerza aspectos neurofisiológicos como la respiración, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, repercutiendo favorablemente en el desarrollo del maxilar. ¹²

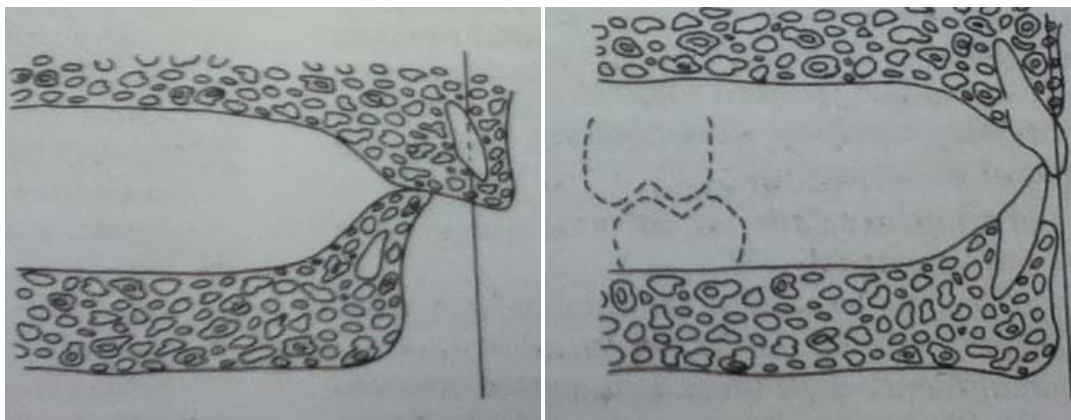


Figura. 17 ¹²

Retrognatismo en el recién nacido



Respecto a la posición del bebé en el amamantamiento ésta debe de ser intermedia entre vertical y horizontal, ya que el niño estira el cuello hacia delante y simultáneamente avanza la mandíbula para agarrar el pezón facilitando la succión-deglución-respiración, la nariz del lactante debe de estar a la altura del pezón. Ésta posición hace también que el niño succione más y tenga menos frecuencia de hambre. El tiempo de alimentación varía en cada bebé ya que depende también de la edad, lo ideal es ofrecer el pecho a libre demanda.^{12, 15}

Cuando el bebé mama, refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico ya que succiona, deglute y respira por la nariz con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca, la situación de la laringe es muy alta, lo que le permite la respiración y deglución simultánea. Al respirar por la nariz, hacemos que el suelo de las fosas nasales se expanda y, a su vez, el maxilar tenga un correcto desarrollo transversal, y no se comprima.³²

5.1. Relación de la lactancia materna con el crecimiento orofacial

El amamantamiento favorece el movimiento muscular que el bebé debe realizar con la mandíbula y la lengua, influyendo en el crecimiento sobre los huesos y músculos craneofaciales, y contribuyendo al buen desarrollo de los maxilares, esto se debe a que habrá un avance mandibular hacia mesial con respecto al maxilar superior, nombrándose primer avance fisiológico de la oclusión, obteniéndose una mejor relación entre los huesos maxilares.¹⁵



Los músculos que se ejercitan en la lactancia serán el pterigoideo externo e interno, masetero, temporal, digástrico, y milohioideo, la lengua influye en la forma del paladar haciéndolo más redondo y plano.¹⁵

La maduración de la musculatura y de la articulación temporomandibular, dará una mayor estabilidad a la mandíbula, relacionada funcionalmente con la lengua y los labios influyendo en el crecimiento vertical del reborde alveolar.

5.2. La lactancia materna y su relación con hábitos bucales incorrectos

En Santiago de Cuba, en el año 2003, la Dra. Josefina Navarro llevó a cabo un estudio descriptivo en 78 madres de familia con el propósito de determinar el tiempo de lactancia materna, la prevalencia de hábitos bucales incorrectos de succión digital y de chupón, así como la relación entre ellos. La autora destaca que en muchos casos por tratar de incorporarse lo antes posible a sus actividades, las madres apenas lactan de 3 a 5 meses; observándose que los hábitos bucales están estrechamente relacionados con el tiempo de lactancia por hambre o insatisfacción de succión ya que es un vínculo entre la madre e hijo.¹⁶

Siguiendo con la importancia en la relación de la lactancia materna y hábitos de succión con maloclusión dental, señaló el Dr. Alfredo Mendoza en el año 2010, que la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida representa un factor preventivo para el desarrollo de las maloclusiones ya que contribuye al desarrollo normal del complejo craneofacial, llegó a esta conclusión una vez realizado un estudio caso-control retrospectivo en el Hospital del Niño la paz, Bolivia, en una población de 500 niños de ambos



sexos en edades de 3 a 7 años, el análisis de la lactancia materna sobre el desarrollo de las diferentes estructuras que conforman al aparato estomatognático,¹⁷

Describiendo el análisis de la importancia de la lactancia materna para la prevención de las anomalías dentomaxilofaciales la Dra. Yilian López de la Facultad de Odontología en la Habana, Cuba en 1999; comenta que durante el acto de amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y la movilización de las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influirá en el crecimiento de su desarrollo; evitando la adquisición de hábitos bucales basados en la succión frustrada por una alimentación no satisfactoria, creando sustitutos que influirán en la oclusión dental en etapas posteriores del desarrollo infantil.¹⁸

6. Lactancia artificial

Cuando el uso del biberón sustituye al seno materno, las consecuencias de la lactancia artificial serán: la falta de estímulos antero-posteriores de la mandíbula, desarmonía en los aspectos neurofisiológicos y menos esfuerzo muscular para extraer el alimento, generando anulación de la excitación de la articulación temporomandibular y musculatura masticatoria, induciendo a los músculos buccinadores y linguales, siendo más propensos a la respiración bucal.¹²

El sellado de los labios no será con tanta fuerza adoptando forma de “o” y no habrá un vacío bucal. Al estar la mandíbula en posición más retrasada, la orofaringe está cerrada y no puede respirar por la nariz, por lo que pasa a respirar por la boca soltando para ello la tetina del biberón¹⁵



No hay un sellado bucal hermético

Figura.18¹⁹

La lengua se mueve hacia adelante contra la encía, para regular el flujo excesivo de la leche, hay una menor excitación en la musculatura bucal y no favorecerá al crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando la mandíbula en posición distal, debido a que el flujo de la leche en el biberón no requiere de los movimientos de protusión y retrusión de la mandíbula, careciendo de una estimulación de la musculatura y tonicidad de los ligamentos de la cápsula articular de la articulación temporomandibular. ¹⁵



No hay movimientos de protusión y retrusión mandibular.

Figura 19 ²⁰

El trabajo muscular lo hacen los músculos buccinadores, generando arcadas estrechas y por consecuencia falta de espacio para dientes y lengua. ¹⁵

Alguno de los cuidados que se deben tener si se alimenta por biberón es que la mamila debe de ser anatómica, de caucho o de silicona, y el orificio debe de estar orientado hacia arriba, debe ser pequeño para que no permita el goteo pasivo de la leche. ¹²

La posición debe ser semi-sentado, evitando el flujo hacia la tuba auditiva. Esta posición evitara el mal posicionamiento de la lengua al deglutir y la retención de la leche en la boca.²¹

Algunas alternativas para evitar el uso del biberón, es el uso de vasos pequeños, así el bebé será estimulado al colocar la lengua dentro del vaso, tratando de alcanzar la leche y desarrollará el reflejo de sorber la leche.¹²



Figura 20²²



Figura 21²³

El uso de mamilas ortodóncicas propician la elevación de la lengua, mejorando la deglución sin deformar las arcadas, sin olvidar el orificio pequeño y colocado hacia arriba para evitar que el líquido corra hacia la parte posterior de la lengua. Si el bebé no satisface completamente el acto de succión, puede desarrollar hábitos de compensación como el dedo o el chupón.²¹



Chupones ortodóncicos

Figura 22 ²⁴

La parte más elevada de la mamila evitará que los labios sobrepasen, haciendo que el ejercicio de la musculatura sea mayor en la parte anterior de la mandíbula y no como las mamilas convencionales que permiten que los labios lleguen hasta la rosca, lo cual puede generar deformaciones óseas con el tiempo. ²¹

La lactancia artificial sólo debe ser adoptada cuando hay causas que imposibiliten el amamantamiento, y el acto debe seguir siendo placentero para la madre y para el bebé manteniendo siempre el contacto físico, y una situación de plena armonía entre ambos. ¹²



7. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva

Los factores que favorecen o son causa de fracaso en la práctica de la lactancia materna exclusiva nos lo muestra la Dra. Mónica Auchter en un estudio descriptivo y transversal, examinando los factores que favorecen y/o interfieren en la lactancia materna exclusiva en una población de madres con hijos de 6 a 12 meses de edad en la ciudad de Corrientes Argentina, llevándose a cabo en un período de Junio a Agosto del 2004 y aplicando 170 encuestas, en donde se identificó que la edad de la madre influyó en el éxito y/o fracaso, el contacto temprano entre la madre hijo repercutió en el estímulo y su mantenimiento; por otro lado las cesáreas fueron un factor en el retraso de amamantamiento y la causa principal en el abandono de la lactancia materna exclusiva fue el regreso a sus actividades laborales.²⁵

Todas estas causas pueden ser prevenidas mediante acciones coordinadas entre el equipo de salud, la madre y la familia; aplicando una información correcta para un mayor tiempo de lactancia exclusiva y así favorecer el crecimiento y desarrollo del niño.²⁵

Reconociendo la importancia de la lactancia materna exclusiva se llevó un programa dirigido por la Dra. María Irene Santos en el Hospital Amigo del Niño, en México en el año 2011, con el objetivo de describir las prácticas de la lactancia materna, reclutando al azar 125 madres con recién nacidos sanos en un período de puerperio; en donde se evaluaron a los 60,120 y 180 días.²⁶

Obteniendo como resultados que la lactancia materna exclusiva estuvo presente en solo 45%, 32% y 12% a los 2, 4 y 6 meses respectivamente; aunado a ésto la práctica de la lactancia exclusiva ha mejorado en los últimos 15 años aunque es todavía escasa, y el abandono se debe a la falta de información de las madres puerperias.²⁶



Examinando las causas sociales que influyen en la deserción de la lactancia materna, la trabajadora social María Guadalupe Hernández realizó un estudio observacional en el Hospital General “La Quebrada”, México en el 2002. Aplicando en una población de 83 puérperas y padres del cunero patológico un cuestionario de 37 reactivos y corroborando de 8 a 45 días posteriores la lactancia materna, y datos obtenidos. Concluyó que la escasa o nula información sobre el tema fue el factor más relevante en el abandono de la lactancia materna, teniendo así un necesitado apoyo de la sociedad hacia una madre lactante.²⁷



8. Importancia de la lactancia materna en el aspecto psicológico

Desde el nacimiento hasta el 8° mes de vida, el interés del bebé se centra exclusivamente en la madre, debido a los 9 meses que vivió dentro de su útero, en donde se habituó al ritmo de su corazón y desde el nacimiento puede reconocerlo, entre muchos otros ritmos. ¹²

Los latidos del corazón el bebé los oirá de la madre cada vez que sea amamantado, lo que le proporcionará gran sensación de seguridad. El privarlo de este acto puede repercutir física y emocionalmente, debido a que está asociado al trauma de la separación brusca al momento del nacimiento, sintiéndose aliviado al contacto temporal con la madre, desarrollando sus sentimientos de bienestar, seguridad y afecto. ¹²

Estudios sugieren que cambios tales como el destete repentino, a la edad de tres meses significa un cambio en la experiencia que el bebé tiene de su madre, ocasionándole posteriormente problemas conductuales y emocionales en su vida. ²⁸

Gran cantidad de estudios muestran, que cuanto mayor sea el interés de la madre hacia su bebé en el nacimiento, será mejor la calidad de su cuidado durante el resto de su niñez. ²⁸

Las primeras horas después del parto, constituirán un período crítico entre la madre y el niño. Por lo tanto, se debe realizar un esfuerzo para aprovechar este momento y no interferir en las relaciones básicas entre ellos, todo lo contrario debe de fomentarse, teniendo al niño cerca de la madre. ²⁸

El hecho de amamantar, habrá un aumento directo del contacto corporal entre madre e hijo. Investigaciones realizadas con monos muestra que el contacto es más importante para el bebé que el propio alimento, para entablar una relación con la madre. Proporcionándole la confianza en sí mismo que más tarde necesitará para enfrentarse a la ansiedad, pues la piel

es el órgano sensorial primario del bebé y la experiencia táctil es esencial para su desarrollo. ^{12, 28}



Figura 23 ²⁹

En la lactancia materna, el contacto visual aumenta, ya que los ojos del bebé tienen un foco de descanso del mismo tamaño que el de un adulto, unos 200 mm. Correspondiendo aproximadamente a la distancia promedio que hay entre los ojos del bebé y el rostro de la madre cuando ella está amamantándolo, haciendo que el contacto visual será más directo. ²⁸



Figura 24 ³⁰



Habrá más caricias. Las madres que amamantan suelen pasar acariciando y tocando a sus bebés por más tiempo, la mayoría tiende a usar su mano libre para manipular el pecho, con el fin de ayudar a que la leche fluya, y estimular la boca del bebé. Además, la mano que lo abraza también lo acaricia. ²⁸

En cuanto a la boca, de acuerdo a Freud, es un centro de placer para el niño durante la fase oral, siendo el órgano más importante del cuerpo, pues a través de la boca, el bebé establece su relación con la madre. ^{15,31}

La boca es un órgano muy sensible, que capta las mayores sensaciones de placer o desagrado. Así como en el útero, el bebé recibirá directamente las sensaciones de su madre percibiendo las condiciones emocionales de ésta cuando esta amamantando. ^{12, 21}

La comunicación oral será mayor y tiende hacer más afectuosa en el acto de amamantar ya que la madre pasa más tiempo hablándole a su bebé. ²⁸

Es importante que al momento del nacimiento la primera muestra de gratificación del mundo exterior sea la amamantación ya que estos sentimientos permanecerán activos e influyentes durante toda su vida emocional e intelectual futura, y se fortalecerá el lazo afectivo entre la madre y el hijo. ^{12, 21}



8.1. Alimentación con biberón y sus problemas psicológicos

Las madres que amamantan a sus hijos, establecen más rápido una rutina de alimentación adaptándose entre sí. En comparación con las que alimentan con biberón tienden a quitárselo y dar por terminado el momento de comer, teniendo como resultado que el bebé quedé insatisfecho.²⁸

Los argumentos del uso del biberón se concentran en el estilo de vida de la madre y sentimientos sobre la lactancia. La inhibición de la lactancia materna exclusiva, hará que el bebé se ponga más inquieto y retarde su desarrollo. No obstante los primeros días después del nacimiento influirá fuertemente en el éxito de la lactancia materna.²⁸



9. Conclusiones

Se debe de dar más importancia en educar a la población sobre los beneficios de la lactancia materna, ya que es un pilar fundamental en el desarrollo maxilofacial adecuado y oclusión normal en etapas posteriores al desarrollo infantil.

Las ventajas en comparación con el uso del biberón son múltiples, principalmente en evitar hábitos de succión y deglución nocivos

La lactancia materna debe de ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida, requiriendo un trabajo largo y sostenido tanto con las madres como con el personal de salud, teniendo su participación mayoritaria el cirujano dentista para evitar problemas de maloclusiones en un futuro.

La lactancia materna debe de ser dada a libre demanda, ya que el niño complementara sus necesidades de succión, aspectos psicológicos y nutricionales evitando adquirir hábitos incorrectos de succión, deglución y respiración.

Se deben de implementar programas y legislaciones a madres trabajadoras, para que puedan incrementar el tiempo de lactancia materna dentro de sus horarios de trabajo y así evitar la deserción de la misma, por falta de apoyo.

La lactancia materna exitosa, se dará por una buena información, evitando el uso del biberón y ofreciendo alternativas si está fuera imposible de proporcionar.

La lactancia artificial no aporta ningún estímulo de desarrollo anteroposterior en la mandíbula induciendo también la respiración oral, debido a un mal sellado bucal.



No olvidemos que el principal factor y más evidente en el desarrollo óseo es el control genético, pero la lactancia actúa en el estímulo favorable para el desarrollo maxilofacial.

Nosotros como promotores de la salud, debemos de enfocarnos más a la prevención ya que son medios de muy bajos costos que pueden traer muchos beneficios en un futuro a toda la población.



10. Fuentes bibliográficas

1. Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(2):83-90.
2. Gómez M.E. Campos A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3ª ed. Ed. Panamericana: 2009.Pp.138.
3. Organización Mundial de la Salud. Hallado en <http://www.who.int/es/>.
4. Hassi, J. Evaluación y control de malos hábitos bucales. Enfoque Multidisciplinario. Revista Sociedad Chilena de Oodntopediatria. Vol 12:8-9. 2001.
5. Trejo L., Camacho R., Herrera Javier González A. Significado Semántico de Lactancia Materna y Lactancia Artificial en Mujeres y Hombres. Rev. Mex. Pediatr. 2011; 78(1); 10-15.
6. <http://lilcancun.tk/wp-content/uploads/2012/01/wetnurse460x276.jpg>
7. Díaz-Argüelles V. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. Rev Cub Pediatr. 2005; 77(1):63-8.
8. www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/99/boletin70.html (B.070-99, México, D.F., a 6 de junio de 1999 ISSSTE)
9. Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia, Informe 2007-2009 Gobierno Federal. Un México Apropiado para la Infancia y la Adolescencia, Programa de Acción 2002-2010
www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/migracion/sitios%20de%200interes/CNIA2007_2009.pdf
10. Boj J.R. Odontopediatria. La evolución del niño al adulto joven. 1º edición. Madrid. Editorial Ripano.2011.Pp 870 (46-55)



11. Donald H.E. Manual sobre Crecimiento Facial. Buenos Aires, Argentina. Edit. INTER-médica.1982. Pp.427.
12. SALETE M. Odontopediatría en la primera infancia. Editorial Livraria Santos Editora. 2009.
13. www.uaz.edu.mx/histo/MorfoEmbrio/Carlson/cap13/13_05.jpg
14. https://lh4.googleusercontent.com/laxHI_bsm4/TXZGQn072BI/AAAAA AAAAOE/tAqvVSmvROQ/M+woolridge.jpg
15. Hénriquez M.A., PALMA C., AHUMADA D. LACTANCIA MATERNA Y SALUD ORAL.REVISIÓN DE LA LITERATURA. ODONTOL. PEDIÁTR (MADRID) Vol.18. No. 2 pp. 140-152, 2010
16. Navarro J. y Duharte A. La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. [artículo en línea] MEDISAN 2003; 7(2):17-21.
17. Mendoza A, Asbún P., Crespo A., et al. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Uruguay 2010; 81(3):195-199.
18. Hernández M.G., García A. Deserción de la lactancia materna. Revista del Hospital General "La Quebrada". Vol. I No.1 2002.28-31.
19. www.geschichteinchronologie.ch/med/merk/merkblatt-zahnfehlstellungen-d/baby-mit-milchflasche.jpg
20. <http://www.blogdealimentacioninfantil.com/wpcontent/uploads/2010/12/beb%C3%A9-biber%C3%B3n-2.jpg>
21. SALETE M., SCHMITT R.M., KIM S.Y. Salud Bucal del Bebe al adolescente. Editorial. Livraria Santos Editora. 2009 p 16.
22. http://safe-img03.olx.com.mx/ui/6/86/13/f_102638313-8e9a7b65.jpeg
23. http://safe-img03.olx.com.mx/ui/9/55/33/1288198880_132535233_5-Vaso-entrenador-para-Bebe-Compra-Venta-1288198880.jpg
24. <http://csimg.mercamania.es/srv/ES/290373956240/T/340x340/C/FFFF FF/url/tetina-ortodoncia-lattice-.jpg>



25. Gonzalez I.A., Huespe M.S., Auchter M.C. Lactancia Materna Exclusiva Factores de Éxito y/o Fracaso. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. No177, 2008. Argentina.
26. Santos M.I., Vásquez E.M., Troyo R., Méndez E. Prácticas de la Lactancia Materna en los Primeros Seis Meses en un Hospital con 15 años de Práctica del Programa Hospital Amigo. MEDIGRAPHIC VOL. 13 Núm. I- 2011. 7-12.
27. López Y., Arias M.M., Del Valle Oskana. Lactancia Materna en la Prevención de Anomalías Dentomaxilofaciales. Rev. Cubana Ortod. 1999; 14 (1):32-8.
28. Macy C., Falkner F., Herrera L. Embarazo y nacimiento: problemas y placeres. Edit. Fondo de Cultura Económica, 1980. Pp 128 (104-110)
29. <http://www.guiainfantil.com/pictures/572-4-los-monos-cuidan-de-sus-crias.jpg>
30. http://3.bp.blogspot.com/_BU1fHy98vKA/S7P0rFZBmHI/AAAAAAAAAYQ/Vrfizl72Ss0/s400/baby+nursing+naked+mom.jpg
31. Andrade M, editor. Odontología en bebés: Protocolos clínicos, preventivos y restauradores. Sao Paulo: Livraria Santos; 2005. p. 1-13.
32. Proffit, W. Ortodoncia contemporánea.: 4ª ed. Barcelona; Elsevier, Mosby, 2008.