



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES CON LA
LACTANCIA MATERNA Y LOS HÁBITOS NO
NUTRITIVOS.

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 KARLA BECERRA GAMIÑO

TUTORA: Esp. DANIELA CARMONA RUIZ

Cd. Mx.

2019



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.



Agradezco a Dios por la vida, bendiciones y oportunidades que me ha brindado, ya que me ha permitido ser la persona que hasta el día de hoy soy, por el amor, sabiduría, vocación, paciencia, ánimo y valor que me da día a día.

A mis padres que sin su amor y apoyo no hubiera podido concluir esta etapa de mi vida, por cada desvelada, consejo, palabras de ánimo y momento importante que estuvieron conmigo apoyándome y sosteniéndome en cada paso que he dado, espero que después de 23 años puedan ver su fruto y que estén orgullosos de mí. A mi Papá Mel, Mamá Rosita y Mami que han estado a mi lado en cada decisión y me brindan su amor y consejos en todo momento.

Agradezco a mi familia ya que ellos son un pilar en mi vida; mi tíos, primos y amigos que siempre me apoyaron con sus consejos, cariño y siendo mis pacientes.

Estoy agradecida con mis profesores por brindarme su conocimiento y motivación, a mi hermosa Universidad que me albergo en sus entrañas durante 8 años y espero siga estando en ella para poderle brindar un poco de lo que me ha dado, agradeciendo cada persona que conocí, amigos y enseñanzas que he aprendido en este tiempo de vida.

Siendo mi propósito en esta vida ser una mujer de bien y poder brindar a mis padres, familia, amigos, universidad y personas que conozco y conoceré mi apoyo, conocimiento y amor que ellos me han brindado; siendo así que gracias a estos años y vivencias que he tenido, seguir aprendiendo y conociendo nuevas cosas, lugares y personas.



ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	6
CAPÍTULO I LACTANCIA.....	7
1.1 Definición.....	7
1.2 Lactancia en la población.....	8
1.3 Importancia de la lactancia.....	9
1.4 Problemas en el amamantamiento.....	13
1.5 Crecimiento facial.....	16
1.5.1 Musculatura en el crecimiento.....	21
1.5.2 Ciclo alimentario.....	24
CAPÍTULO II HÁBITOS NO NUTRITIVOS.....	25
2.1 Definición de hábito.....	25
2.2 Tipos de hábitos.....	26
2.3 Frecuencia, duración e intensidad.....	36
2.4 Adición a objetos no nutritivos.....	36



CAPÍTULO III RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES CON LA LACTANCIA MATERNA Y LOS HÁBITOS NO NUTRITIVOS.....	37
3.1 Prevalencia.....	37
3.2 Relación de hábitos y maloclusiones.	38
3.3 Relación de la lactancia y maloclusiones.....	41
3.4 Consideraciones para el desarrollo de una maloclusión.	47
CONCLUSIONES.	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	51



INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo se explica la relación de las maloclusiones con la lactancia materna, que es una práctica natural y el primer instinto del ser humano, siendo esta la primera instancia de comunicación y cercanía con la madre. De igual manera hay que tener conocimiento de los causantes de los hábitos no nutritivos y sus consecuencias ya que éstos después de estar presentes en el infante de una forma incontrolada y constante, deforman y modifica la morfología orofacial dando como resultado una maloclusión.

Teniendo que analizar de una manera crítica y constructiva la etiología de uno de los problemas bucodentales más comunes, las maloclusiones para de esta manera poder prevenirlas y así poder evitar o disminuir el tiempo de un tratamiento ortodóncico interceptivo o correctivo.

En este trabajo se plasman definiciones, motivos y consecuencias de una lactancia materna ineficiente, de corta o larga duración, y los hábitos no nutritivos que dependiendo de su frecuencia, fuerza y forma propician maloclusiones, la importancia de conocer estos riesgos y la información sobre este tema es importante para poder evitar o disminuir a toda costa estas modificaciones indeseables en el sistema estomatognático.



OBJETIVO.

Identificar la relación que existe entre las maloclusiones y la lactancia materna y los hábitos no nutritivos, para conocer los cambios morfológicos de las estructuras óseas y musculares que pueden generarse a partir de esta relación, para así poder prevenir una desarmonía en el complejo cráneo facial.



CAPÍTULO I LACTANCIA.

1.1 Definición.

La Organización Mundial de la Salud señala que la lactancia materna es una práctica natural y constituye la forma idónea de aportar a los niños pequeños todos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado y saludable. Posee efectos indiscutibles para la salud de la madre como del hijo desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico.¹

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y de la prevención de numerosas enfermedades. No sólo en los países de tercer mundo, sino también en los de mayor nivel de desarrollo socioeconómico, se ha comprobado que la leche humana tiene un gran valor en la prevención de enfermedades especialmente durante la niñez.²

Siendo este proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, dando como resultado el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación.³ El amamantamiento consiste en la obtención de la leche directamente de la glándula mamaria.⁴

Amamantar es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente, que reparte estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos y articulaciones temporomandibulares.⁵ Fig. 1



Figura 1. Lactancia materna⁶

La lactancia materna es el alimento ideal para el niño durante los primeros meses de vida, aporta beneficios inmunológicos, nutritivos y psicológicos, son muy poco conocidos los beneficios en el sistema estomatognático.⁴

1.2 Lactancia en la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna.⁷



Diversos autores plantean que a las 16 semanas el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos se chupan el dedo en el útero, por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia y las crestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de Robin Magitot.

Las causas que han producido la disminución de la lactancia materna son: conceptos erróneos que concluyen que la lactancia materna es una función biológica en regresión en la especie humana, y de que la lactancia artificial es más cómoda y se obtienen mejores resultados.⁵

1.3 Importancia de la lactancia.

La lactancia materna es un tema de conocimiento general por los indiscutibles beneficios que aporta la misma para la madre como para el niño, desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico entre otros; en nuestro medio son poco conocidos los efectos que tiene ésta sobre el desarrollo del aparato estomatológico y las estructuras que lo conforman.²

En el neonato, la ausencia de la lactancia materna trae como resultado que no se produzca el primer avance fisiológico de la oclusión. El instinto de mamar, al verse frustrado, favorece que se instalen hábitos nocivos y, por lo tanto, el desarrollo de anomalías.⁵

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF siguen en su lucha por promover la lactancia materna. Para ello, acaban de lanzar una nueva guía. Cuenta con recomendaciones especialmente destinadas a proteger la lactancia desde las primeras horas de vida del bebé.



Según un reciente estudio de UNICEF, los beneficios del contacto piel con piel son múltiples tanto para la madre como para el bebé:

- Calma y relaja a la madre y al recién nacido.
- Regula la frecuencia cardíaca del bebé y el ritmo respiratorio, ayudándolo a acostumbrarse al exterior.
- Estimula la digestión y el interés por la lactancia.
- Regula la temperatura del bebé.
- Protege al recién nacido de infecciones.
- Estimula la segregación de hormonas para favorecer la lactancia materna.⁸

La lactancia materna, constituye la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo adecuado. Además de proveer beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico, la lactancia materna, estimula el desarrollo y maduración de las funciones del aparato bucal y contribuye en la prevención de anomalías dento- buco- máxilo - faciales.⁹ Fig. 2



Figura 2. Posición de la mandíbula en proceso de crecimiento. ¹⁰

Según Rondón el amamantamiento en la adecuada posición y función de la lengua y la actividad muscular permite un apropiado desarrollo de los maxilares que facilita la erupción y alineación dental, contribuye a prevenir retrognatismos mandibulares, provee de buenas relaciones intermaxilares, disminuye los indicadores de maloclusión (apiñamiento, mordida cruzada anterior y/o posterior, mordida abierta, distoclusión y rotaciones dentarias). De igual forma afirma que la lactancia materna provee de estabilidad psicológica al niño lo que contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos parafuncionales.⁹

Es importante señalar que solo el amamantamiento es el que va a repartir los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos, Articulación temporomandibular (A.T.M) que son importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático, además el acto de amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento

antero-posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los músculos.⁴

El amamantamiento favorece el movimiento muscular que él bebe 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, nombrándose primer avance fisiológico de la oclusión, obteniéndose una mejor relación entre los huesos maxilares. ¹² Fig. 3

La musculatura y la articulación temporomandibular, dará una mayor estabilidad a la mandibular, relacionada funcionalmente con la lengua y los labios influyendo en el crecimiento vertical del reborde alveolar. Con ello la ejercitación de los músculos masticatorios y faciales al lactar, disminuye al 50% los indicadores de maloclusiones.

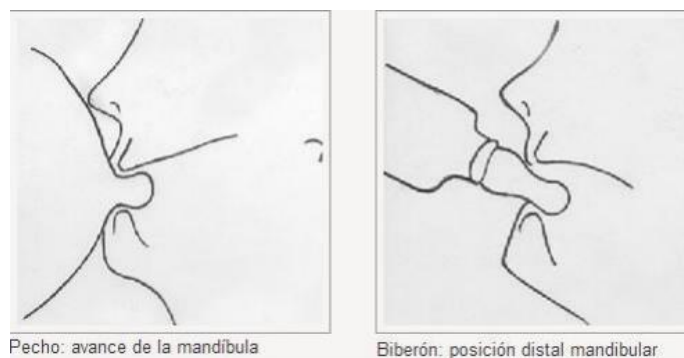


Figura 3. Posición de la mandíbula en la lactancia materna y posición de la mandíbula con lactancia artificial. ¹¹

En la salud bucodental el amamantamiento favorece en él; Crecimiento del tercio medio de la cara, el bebe como respirador nasal al lactar estimula con la respiración las terminaciones nerviosas de la mucosa nasal fomentando el crecimiento del tercio medio y la proyección



postero-anterior mandibular, disminuyendo a los 6 mm fisiológicos de retrognatismos mandibular. ¹²

1.4 Problemas en el amamantamiento.

A pesar de tratarse de un acto natural, la lactancia no siempre es fácil. Encontrar la postura correcta, los problemas de retención de leche, grietas en los pezones o la regurgitación mamaria, pueden desanimar a cualquier mamá. Especialmente si ésta es primeriza.⁸

Los signos que indican una succión adecuada son: la mandíbula se mueve rítmicamente acompañada de las sienes y las orejas, la boca se encuentra bien abierta, nariz, mejillas y mentón tocan el pecho, realiza pausas de succión-deglución ocasionales, deglución audible y satisfacción después de la toma. Si las mejillas se succionan hacia dentro, el niño no estará lactando adecuadamente.

Las principales alteraciones mamarias son grietas en el pezón, congestión mamaria y mastitis. La incidencia de estas patologías puede variar entre el 34% y el 96% y hasta un tercio de las madres que experimentan este tipo de complicaciones abandona la lactancia materna. ¹³

- Dolor y grietas en el pezón.

El dolor en los pezones es frecuente que se produzca al inicio de la lactancia materna y normalmente se debe a la presión negativa producida en los conductos galactóforos que todavía no están llenos de leche. Normalmente al

instaurarse definitivamente la lactancia el dolor suele desaparecer y si perdura se asocia con un mal acoplamiento del niño al lactar.² Fig. 4

Las grietas en el pezón suelen aparecer en los primeros días de iniciada la lactancia, cuando la posición al pecho y el acoplamiento boca-pezón no es el correcto. Estas constituyen uno de los principales motivos de abandono de la lactancia. El mal agarre del recién nacido origina las grietas al agredir el pezón con sus encías o al comprimirlo con la lengua contra el paladar duro.²



Figura 4. Problemas en el amamantamiento.¹⁴

- Congestión mamaria

La congestión mamaria se define como la inflamación y distensión de las mamas; suele aparecer entre el segundo y el quinto día postparto. Se relaciona con el cambio del calostro a leche más abundante y madura. Con frecuencia suele aparecer tras el transcurso de la lactancia, las madres suelen experimentar un aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario.



El manejo óptimo de la lactancia materna y el apoyo a esta se reconoce como un factor positivo en la reducción de la frecuencia de síntomas de congestión mamaria. La buena posición, el agarre del bebé y la alimentación frecuente se ha relacionado con la incidencia de menor congestión mamaria.¹³

- Mastitis inflamatoria e infecciosa.

La mastitis constituye la inflamación de la mama, que puede estar acompañada o no por infección. Se produce aproximadamente en un 5-33% de las mujeres que amamantan, siendo entre un 3 y 12% bilaterales.

La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con escalofríos. Los gérmenes causales más frecuentes de la mastitis infecciosa son *S. aureus*, *E. Coli*, *Streptococcus sp* y *Haemophilus sp*.

En la mayoría de los casos la mastitis es producida por una mala posición del lactante al pecho, que lesiona el pezón e impide el vaciado adecuado de la mama, lo que origina ingurgitación e inflamación y predispone a la infección.

En un estudio realizado donde se comparó a niños alimentados con limitaciones en el número o duración de las tomas con niños con alimentación a libre demanda, se observó que la lactancia con restricciones produce un aumento en el abandono de la lactancia a las 4-6 semanas posparto, un aumento de grietas en el pezón y de la turgencia mamaria y un aumento en la suplementación de la lactancia con fórmulas.



Se ha demostrado que la clave en la prevención del dolor y las grietas en el pezón es un buen acoplamiento boca-pezón, pero se puede aplicar unas gotas de leche materna para mejorar las lesiones. ¹³

1.5 Crecimiento facial.

El desarrollo y crecimiento craneofacial deriva de una serie de procesos morfogénicos durante la etapa intrauterina y también después del nacimiento, ésta serie de procesos logran un equilibrio funcional y estructural entre el tejido duro y blando de la región cráneo facial. Siendo así, los huesos craneales están en constante crecimiento y cambio ante relaciones y circunstancias externas e internas, por lo que se busca conservar el equilibrio durante la infancia y la edad adulta.

El desarrollo de los huesos del cráneo está relacionado íntimamente con la agregación de tejido óseo nuevo en un lado de la corteza ósea de estas estructuras y mediante la eliminación del mismo tejido óseo dando lugar a un proceso continuo de reposición y resorción de hueso, como consecuencia de este proceso se crea un movimiento directo de crecimiento de cualquier área ósea determinada. El fenómeno general del crecimiento y desarrollo cráneo- facial presenta funciones generales; ubicar, diseñar y construir cada uno de los huesos del cráneo y de todas sus partes de tal modo que puedan llevar a cabo sus múltiples funciones al conformar el macizo craneofacial.¹⁵

Entre las teorías que explican el crecimiento facial se desarrolló el concepto de la matriz funcional, sostenida por Moss, relacionado con los determinantes de crecimiento general del hueso y el cartílago. El concepto de la matriz funcional establece, en síntesis, que cualquier hueso determinado crece respondiendo a las relaciones funcionales



establecidas por la suma de todos los tejidos blandos que operan en concomitancia con ese hueso. Esto significa que el hueso no regula la cantidad y dirección de su propio crecimiento, sino que la matriz funcional de los tejidos blandos es el determinante verdadero que gobierna el proceso de crecimiento esquelético. El rumbo y extensión del crecimiento óseo dependen del crecimiento del tejido blando. Por supuesto, el hueso y cualquier cartílago presente también están involucrados en la operación de la matriz funcional, porque ellos participan al dar una información esencial a los tejidos blandos, permite acelerar o inhibir el volumen de la actividad de crecimiento óseo, que depende del estado de equilibrio funcional y mecánico entre el hueso y su matriz de tejido blando. Los determinantes genéticos del proceso residen por completo en los tejidos blandos y no en la parte dura del hueso. El concepto de la matriz funcional es básico para entender el rol fundamental del hueso en todo el proceso del control del crecimiento y el gran impacto en el campo de la biología facial.

También este concepto entra en juego como el origen de la fuerza mecánica que desarrolla el proceso de desplazamiento. De acuerdo con esta explicación, ahora popular, los huesos faciales crecen bajo un control subordinado a las relaciones con todos los tejidos blandos que lo rodean. A medida que los tejidos crecen, los huesos, pasivamente (esto es, no por sí mismo), son llevados (desplazados) con los tejidos blandos. Por tanto, para el complejo nasomaxilar, la expansión de los músculos faciales, el tejido conectivo subcutáneo y submucoso, el epitelio bucal y nasal que cubre los espacios, los vasos y nervios, etc., todos se combinan para mover en forma

pasiva los huesos faciales junto con ellos, a medida que todos crecen. Así, continuamente, cada hueso se ubica con todas sus partes en posición anatómica correcta para desempeñar sus funciones, puesto



que los factores funcionales son los verdaderos agentes que inducen al hueso a desarrollarse, para llegar a su forma y tamaño definitivos y ocupar el lugar que corresponde.¹⁶

Moss, quien desarrolló la teoría de la matriz funcional, postuló que el esqueleto craneofacial, al igual que las demás estructuras esqueléticas del organismo, se desarrolla y crece en directa respuesta al ambiente epigenético, por lo tanto, para entender los factores que afectan el crecimiento del complejo maxilofacial, es necesario entender tanto los factores ambientales locales como las estructuras esqueléticas resultantes en términos de sus componentes funcionales craneales.

La maduración facial progresiva es un proceso de crecimiento “diferencial” en que algunas partes adquieren su forma definitiva más temprano o más tarde

que otras, en mayor o menor medida en las distintas regiones faciales, en múltiples direcciones divergentes y a ritmos diversos. Es un proceso gradual de maduración que abarca un complejo de órganos y tejidos diferentes, pero interrelacionados en lo funcional.

Esto se vería reflejado en relación con lo planteado por Moss, quien cree que el principal determinante del crecimiento del maxilar y de la mandíbula es el aumento del tamaño de las cavidades nasal y oral, que crecen como respuesta a las necesidades funcionales. Su teoría no aclara en qué forma se transmiten las necesidades funcionales a los tejidos que rodean la boca y nariz, pero predice que los cartílagos del tabique nasal y de los cóndilos mandibulares no son determinantes de importancia en el crecimiento y que la pérdida de dichas estructuras, tendrá muy poco efecto sobre el mismo, siempre que puedan mantener una función adecuada, por lo que desde el punto de vista de esta teoría la ausencia de una función normal tendría efectos variados.¹⁷



Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Por ello, el tipo de lactancia, así como los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria.²

El diagnóstico para el crecimiento mandibular se basó en los siguientes criterios:

- Plano terminal; recto, mesial y distal, considerándose tendencia a clase 1 de Angle escalón mesial y recto.
- Espacios fisiológicos presentes o ausentes.
- Relación canina; de 2 mm a 3 mm se consideró normal.
- Overbite menos de 3 mm se consideró normal.
- Overjet más a 4 mm se consideró normal.⁴

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico necesario para el desarrollo del sistema estomatognático. A través del amamantamiento, la mandíbula se posiciona anteriormente; algunos músculos masticatorios como el temporal (retrusión), el pterigoideo lateral (propulsión) y el milohioideo (deglución) inician su maduración y reposicionamiento; la lengua estimula el paladar, evitando que la acción de los buccinadores sea perturbadora; el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema. Así, hay integración entre la recepción de estímulos correctos y las respuestas adecuadas, que conducen al crecimiento y desarrollo normales de los componentes de dicho sistema.¹²

La respiración es el primer estímulo paratípico permanente en el individuo desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento constituye el segundo estímulo. El niño cuando nace



presenta unas exigencias metabólicas que va a suplir bien sea con la alimentación artificial, o natural a través del amamantamiento.

En el recién nacido, la mandíbula se encuentra retraída con respecto al maxilar observándose un espacio, el cual es ocupado por la lengua. Esta posición distal se debe a un mayor crecimiento intrauterino del tercio medio y superior de la cara con respecto al inferior. La posición mandibular al nacer es aproximadamente 1 cm atrás del maxilar; sin embargo, con el amamantamiento avanza de 1 a 1.5 mm en los primeros días. A los 4 meses avanza 6 mm y a los 6-8 meses llega a una posición correcta, disminuyendo la posibilidad de mal posición y el establecimiento de la guía anterior.⁴

En el recién nacido existe una gran desproporción entre el cráneo cefálico y la cara, desproporción que va unida a una retrusión mandibular y una altura facial reducida. Esta disposición fisiológica es normal ya que existen toda una serie de estímulos que proceden del amamantamiento, la masticación y la respiración, que favorecerán el desarrollo facial y su colocación proporcional y eurrítmica respecto al cráneo cefálico.

Los cambios faciales que se producen durante el desarrollo posnatal vienen caracterizados, básicamente, por el crecimiento de la mandíbula, que en el recién nacido es pequeña y con poco mentón y a lo largo del crecimiento, desciende y se adelanta.

La protrusión y retrusión mandibular que realiza el beb. durante la lactancia, serán el estímulo para que la mandíbula vaya a buscar su posición correcta con relación al maxilar.⁵



1.5.1 Musculatura en el crecimiento.

Según Enlow (1975) la actividad neuromuscular se clasifica en:

- a) Reflejos no condicionados: Que son aquellos presentes al nacimiento y que deben operar en la región orofaríngea del recién nacido para que este sobreviva.
- b) Reflejos condicionados: Que son aquellos que surgen durante el crecimiento y desarrollo normales, como por ejemplo la deglución madura y la masticación, o los reflejos aprendidos, que pueden ser deseables o indeseables, como es el caso de la succión del pulgar.¹²

Los músculos faciales pueden influir de dos maneras en el crecimiento mandibular. En primer lugar, la formación de hueso en la zona de inserción de los músculos depende de la actividad de estos; en segundo lugar, la musculatura es parte importante de la matriz total de tejidos blandos, cuyo crecimiento suele llevar a la mandíbula hacia abajo y hacia adelante.

Se tiene una visión sobre la influencia de la función neuro-muscular sobre el crecimiento del esqueleto craneofacial, se sabe qué factores como el crecimiento de los músculos, migraciones e inserciones de estos, variaciones de las funciones neuromusculares y funciones anormales (respiración bucal, por ejemplo) influyen notablemente en algunos aspectos del crecimiento y de la forma craneofacial.

El progresivo crecimiento facial incrementa también en forma progresiva las anomalías dentomaxilares dando por resultado severas anomalías craneofaciales, es por ello, que la rehabilitación funcional a temprana edad es indispensable para obtener un balance muscular y con ello minimizar los efectos nocivos del desbalance

miofuncional, antes de que la anomalía se manifieste en su totalidad.¹⁷

La energía necesaria para mover la mandíbula y permitir así la masticación, está proporcionada por los músculos responsables de los movimientos de apertura, cierre, protrusión, retrusión, lateralidad y rotación de la mandíbula (fig. 5). Además, los músculos más superficiales (faciales), tendrán una función complementaria de los movimientos funcionales.

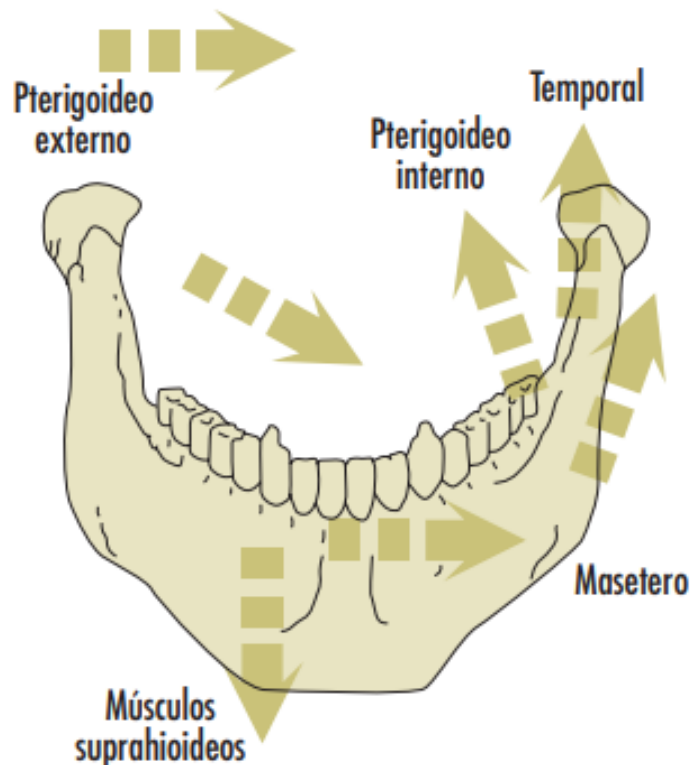


Figura 5. Movimientos de los músculos de la masticación.

Uno de los músculos más importantes, el masetero, se inserta por un lado en el área maxilomalar y por otro en la zona mandibular. Entre los dos puntos de acción queda la zona dentoalveolar a la que imprimirá un efecto de compresión, más o menos marcado (fig. 6). Frente al efecto de compresión, las arcadas se opondrán por su papel amortiguador (la erupción dentaria tiende a aumentar la dimensión vertical de la zona dentoalveolar). El equilibrio resultante determinará

las características de la oclusión y también el patrón de crecimiento del tercio inferior de la cara.

La mandíbula sometida a una fuerza muscular potente presenta un crecimiento más horizontal o braquifacial. En el caso de la mandíbula con patrón muscular débil, el crecimiento será más vertical o dolicofacial.

La función muscular está implicada en el control y la dirección del crecimiento facial, el control de la dimensión vertical posterior de la oclusión, su equilibrio y la forma de la arcada dentaria.

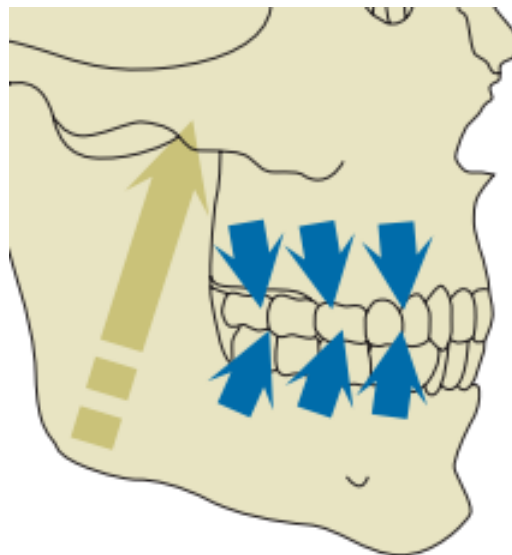


Figura 6. Equilibrio de la oclusión.

También se ha demostrado una mayor actividad muscular con la alimentación materna, lo que irá a favor del mejor desarrollo de la cavidad oral y facial del bebé. A partir de estudios realizados con electromiografía, se ha observado que los niños alimentados con biberón muestran un desarrollo subóptimo de los músculos masticatorios, resultado de una disminución de la habilidad succión-masticación. Sin embargo, el uso de una tetina anatómica mejora la



actividad muscular del masetero, siendo muy similar a la que se consigue durante la lactancia natural.⁵

1.5.2 Ciclo alimentario.

- Fisiología de la succión.

El mecanismo natural de alimentación lleva al niño a introducir el pezón materno entre sus rodetes gingivales, abrazándolo con los labios.

Es importante que los labios del recién nacido abarquen bien la areola, quedando el pezón sobre la lengua, a fin de que la succión se pueda realizar eficazmente.

Empieza entonces un movimiento de propulsión y retrusión mandibular, al mismo tiempo que la lengua realiza los movimientos peristálticos que permiten la deglución; produciéndose con ello la salida de la leche materna.

Cuando la leche fluye a la parte posterior de la cavidad oral, asciende el hioides y con el cierre anterior se produce una presión negativa, que permitirá el paso de la sustancia alimenticia al esófago (fig. 7).

- La succión.

El recién nacido tiene un mecanismo de succión relativamente bien desarrollado que constituye su forma de contacto más importante con el mundo exterior.

La succión es una de las primeras manifestaciones de la actividad fisiológica que se desarrolla en el ser humano, ya que corresponde a una necesidad básica del organismo, como es la alimentación. Él bebé se alimenta por succión, pero en los periodos inter alimentarios también succiona, interponiendo algún objeto entre sus encías, como el chupete, el dedo o la sabana.

La succión se mantiene hasta la aparición de los dientes, momento en el cual empieza la masticación. A partir de esta fase, si el hábito se mantiene, puede aparecer algún tipo de maloclusión, que dependerá del objeto, la forma de colocarlo, el tiempo y la intensidad de la succión, y el patrón morfogenético del niño.

- La deglución.

Es la acción de tragar, en la que se produce el paso del alimento de la boca al estómago.

Para fijar la mandíbula, el neonato debe colocar la lengua entre ambos rodetes, manteniendo así la dimensión vertical, que es también la posición normal intrauterina.

De esta manera, queda un espacio anterior que se cierra con el pezón o el biberón cuando el bebé se alimenta. Se inician entonces los movimientos de la mandíbula en sentido anteroposterior.⁵

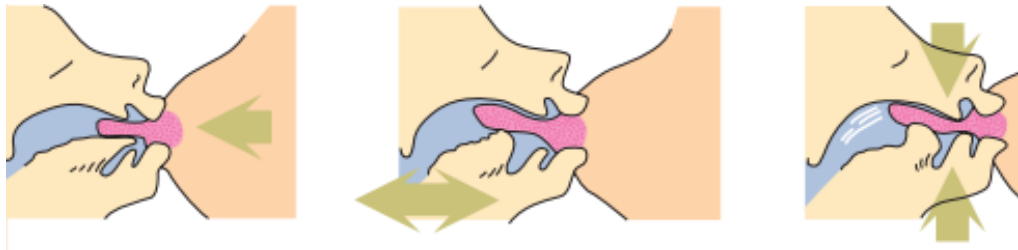


Figura 7. Fisiología de la succión.

CAPÍTULO II HÁBITOS NO NUTRITIVOS.

2.1 Definición de hábito.

Los hábitos son prácticas fijas producidas por la constante repetición de un acto. Con cada repetición, el acto será menos consciente, y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción inconsciente.⁵



Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

2.2 Tipos de hábitos.

Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones.

Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos.

Los malos hábitos orales más frecuentes en la consulta del Ortodoncista son:

- Succión:
 - A-Succión digital
 - B- Succión de chupete
- Deglución atípica.
- Interposición de labio inferior.
- Respiración bucal.

- Hábitos de succión.

Los hábitos de succión en recién nacidos y niños derivan principalmente de necesidades biológicas de los nutrientes. El conocimiento actual del desarrollo de los lactantes sugiere que los hábitos de succión también aparecen y persisten en relación con necesidades psicológicas: este impulso de succión puede ser



satisfecho a través de succión nutritiva, incluyendo la lactancia y la alimentación con biberón, o por medio de succión no nutritiva, como la succión digital o de otros objetos.¹⁷

- Succión no nutritiva.

Los dedos, chupete y otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal.

Se inicia en el útero y persiste hasta los 12 meses de edad, siendo la necesidad de succionar más intensa en los primeros meses de vida.¹⁷

Este tipo de succión está representada por la succión digital y la succión del chupete.⁵

A- Succión digital.

Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar en el útero, y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida o más. Los recién nacidos tienen más sensibilidad táctil en la boca que en los dedos, por lo que llevan objetos a labios y lengua para ser identificados.¹⁷ Fig. 8



Figura 8. Habito de succión digital. ¹⁸

La succión del dedo es un habito muy común que podemos ver casi en un 50% de los niños. Normalmente, se inicia durante el primer año de vida, y por ecografía se puede observar, ocasionalmente, en el periodo intrauterino.

Puede persistir hasta el recambio dentario, aunque la mayoría de los niños interrumpen el habito de forma espontánea hacia los 3 o 4 años. La forma más común es la succión del pulgar, aunque, en algunos casos, pueden succionar dos o más dedos a la vez, generando maloclusiones como

la mordida abierta anterior, la compresión con avance maxilar, y una posición mandibular retraída. ⁵

La malformación maxilofacial que se desarrolla con la succión del pulgar es en la mayoría de los casos más significativa que aquella producida por succión de chupete. La presión del dedo pulgar sobre la premaxila por un lado, además del apoyo de la base de ese dedo sobre la mandíbula, para realizar la succión, sumado al vacío, para realizar la succión, da como resultado la proyección del proceso maxilar hacia adelante y un empuje de la mandíbula hacia

atrás, determinado así una protrusión incisiva superior y una proyección de la arcada inferior hacia atrás, provocando así un menor crecimiento mandibular.¹⁷ Fig. 9

La actividad muscular para realizar la succión, se compone de una obturación de los músculos orbiculares de los labios alrededor del dedo y de los músculos Buccinadores que se contraen, presionando las zonas laterales del maxilar superior, generando un impedimento para el desarrollo transversal del hueso maxilar. Con frecuencia se desarrolla una compresión maxilar dando por resultado, una mordida cruzada uní o bilateral.¹⁷



Figura 9. Maloclusión ocasionada por hábito de succión digital.¹⁹

- Succión del chupete.

Al chupete hay quien lo define como un «consolador del llanto», ya que el niño tiene un fuerte instinto natural de succión, que tiene que satisfacer durante largo tiempo. Por tanto, el uso del chupete es un hecho frecuente en la mayoría de los niños, antes de los 2 años.⁵ Fig.10

La maloclusión consecuente en forma de falta de contacto entre los incisivos suele ser transitoria si el chupete se lleva hasta los 2 o 3 años, pero si el hábito se mantiene durante más tiempo, puede crear una



maloclusión que se caracteriza por la compresión maxilar, paladar ojival y mordida abierta.

La compresión del maxilar y el paladar ojival son debidos, probablemente, al incremento de la actividad muscular de las mejillas combinada con la falta de presión lingual sobre el paladar, y la mordida abierta anterior es consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical del hueso alveolar anterior, por interposición de la lengua. Con el uso de chupetes anatómicos se reducen de forma considerable las maloclusiones, ya que la lengua y la mandíbula pueden adoptar una posición correcta.⁵

Se ha asociado de manera significativa el uso de chupete y la mordida cruzada posterior, especialmente cuando el hábito se prolongó más allá de los 36 meses.

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador.



Figura 10. Representación de un niño con uso de chupete²⁰



Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal mandibular y a una disminución de la distancia transversal maxilar, mostraron que el uso de chupete prolongado, 24 a 36 meses, resulta en un aumento de la prevalencia de la mordida cruzada posterior a la edad de 5 años al comparar con el grupo de hábitos de succión por periodo más corto o sin historia de succión. Así mismo se ha observado en estos pacientes con denticiones primarias la presencia de mordidas abiertas, resalte aumentado y relación canina y molar de Clase II.¹⁷

- Deglución atípica

La deglución es una actividad neuromuscular compleja, consiste en una serie de movimientos coordinados de los músculos de boca, faringe y esófago.

Por lo general la deglución madura, aparece en la segunda a mitad de los primeros años de vida postnatal. La llegada de los incisivos orienta los movimientos más precisos de apertura y cierre de la mandíbula, obliga a que la lengua adopte una posición más retraída e inicia el aprendizaje de la masticación.

La deglución infantil se relaciona con la succión, y la adulta con la masticación. La transición de la deglución infantil hacia la deglución adulta ocurre durante varios meses, según el momento de la maduración neuromuscular importante del desarrollo, pero la mayoría de los niños logra la deglución madura al año y medio de edad.

Esta deglución madura se caracteriza porque los dientes están juntos, la mandíbula queda estabilizada por los músculos elevadores de la mandíbula, la punta de la lengua se apoya contra el paladar, por arriba y atrás de los incisivos, y además son mínimas las contracciones de los labios y músculos faciales.

En las degluciones atípicas existe una ruptura del equilibrio y este hecho puede traer como consecuencia la instauración de una anomalía dentomaxilar, alterando incluso los patrones de crecimiento, además de alteraciones fonológicas.¹⁷

Se caracteriza por la interposición de la lengua en la zona incisal, para lograr el sellado anterior y poder realizar la deglución.⁵ Fig. 11

La consecuencia clínica de la deglución atípica será una maloclusión, caracterizada por la mordida abierta o falta de oclusión anterior.⁵

La interposición lingual se define como la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias en la zona anterior (incisivos) o posterior (molares), observada en reposo o en alguna función como la deglución.¹⁷



Figura 11. Deglución atípica.²¹

Se asocia a anomalías dentomaxilares tales como mordida abierta, protrusión de incisivos superiores e inferiores, además de desgaste de los bordes incisales de los incisivos.



A nivel del desarrollo del macizo craneofacial la actividad anómala de la lengua determina un cambio de la morfología facial. La hiperactividad de los músculos depresores de la lengua posiciona a esta sobre el piso de boca, en vez de estar apoyada sobre el paladar en su estado de reposo. Esta posición de la lengua en el piso de boca estimula el crecimiento mandibular en el sentido anteroposterior y transversal, siendo el responsable muchas veces de la presencia de mordidas cruzadas.

Al estar la lengua en esta posición baja, no se produce la estimulación lingual sobre el desarrollo transversal de maxilar, generando una compresión del maxilar.

Si esto lo sumamos al aumento del tamaño mandibular, es fácil entender la génesis de esta malformación. En la deglución infantil, la lengua se apoya entre los incisivos, en vez de detrás de ellos, lo cual produce a nivel dentoalveolar una mordida abierta anterior, que se retroalimenta con la actividad neuromuscular. Para poder hacer el vacío, el paciente interpone la lengua entre los dientes al deglutir y esto aumenta la mordida abierta anterior.¹⁷

- Interposición de labio inferior.

En los casos de pacientes con interposición (o succión de) labio inferior, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios.¹⁷ Fig. 12

El labio superior es hipotónico, lo que, sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una proyección anterior de los incisivos superiores.

En el labio inferior se produce una contracción intensa de los músculos del labio. Hay ocasiones en que incluso ambos músculos se unen a través de tejido fibroso lo cual dificulta el desplazamiento anterior del proceso dentoalveolar mandibular, generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior.¹⁷



Figura 12. Hábito de succión de labio inferior.²²

Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión dentaria y mandibular.

Es común que estos pacientes con interposición del labio inferior presenten ciertas características faciales comunes como un surco mentolabial marcado, un cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertrófico y un crecimiento mandibular horizontal. A nivel intraoral se observan incisivos superiores protruidos e incisivos inferiores retraídos, y un overjet (resalte incisivo antero posterior) aumentado.¹⁷



- Respiración bucal

Normalmente la respiración debe seguir la vía nasal para llegar a los pulmones, siendo necesario que esta vía esté libre de obstrucciones para cumplir su función en forma óptima.¹⁷ Fig. 13



Figura 13. Respiración bucal.²³

Cuando este patrón de respiración se encuentra alterado se generan una serie de modificaciones en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, como alteraciones en postura de cabeza y cuello, y del hueso hioides, además de alteraciones intraorales como maxilares estrechos, paladar ojival, una posición retrasada de la mandíbula, el labio superior es corto y atónico, incisivos superiores protruidos, boca entreabierta, además de presentar un ángulo goniaco más obtuso, lo que favorece un patrón de crecimiento vertical.¹⁷



2.3 Frecuencia, duración e intensidad.

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo, y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral, así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo, que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos.

Las consecuencias de un hábito dependen, no sólo de la cronología y duración, sino también y en gran medida de su intensidad (la fuerza con que el niño lo realiza) y su frecuencia. Ahora bien, quizá el factor

más importante sea el patrón de crecimiento. Un hábito de succión con idénticas características de intensidad, frecuencia y duración puede tener grandes repercusiones en un niño con un patrón de crecimiento muy vertical o con una tendencia al retrognatismo y carecer de efectos cuando el patrón de crecimiento es más favorable.⁵

2.4 Adición a objetos no nutritivos.

Larsson ha sugerido que, si bien el instinto de succión varía en grado entre los bebés individuales, generalmente es poderoso. Incluso después de que el bebé ingiere cereal o leche materna, el impulso de succión a menudo permanece. El alcance de este "exceso" de necesidad de succión depende de la fuerza del impulso original, de cuánto se ha satisfecho ese impulso original y de cuánto se ha gastado en la ingesta de alimentos. El impulso de succión excedente puede ser frustrado o canalizado. Para el niño, el método más atractivo (y probablemente el más original) para satisfacer este impulso "excedente" es la succión no nutritiva no restringida, en la que el niño participa en la succión de chupones o chupones para obtener satisfacción.² Fig. 14



Figura 14. Adicción a objetos no nutritivos. ²⁴

El chupete no debe ofrecerse al bebé hasta que la lactancia no esté totalmente establecida. El tipo de succión es diferente al del pecho, por lo que puede provocar confusión en el recién nacido. Por otro lado, las consecuencias de usar chupete de forma prolongada pueden ser negativas.⁸

Por lo tanto, se plantea la hipótesis de que cuanto más pequeños son amamantados los niños, menos posibilidades tienen de usar el chupete o de chuparse el pulgar y, por consiguiente, la menor probabilidad de desarrollar maloclusión en la infancia.²

CAPÍTULO III RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES CON LA LACTANCIA MATERNA Y LOS HÁBITOS NO NUTRITIVOS.

3.1 Prevalencia.

La Organización Mundial de la Salud considera a las maloclusiones como un problema de salud pública variable que ocupa el tercer lugar



en términos de prevalencia de alteraciones bucales asociadas con diferentes factores de riesgo como los genéticos y ambientales.

Dentro de los factores de riesgo ambientales se encuentra la presencia de hábitos bucales nocivos, mismos que pueden influir en el desarrollo de una maloclusión dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que crea cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales.

Estudios de prevalencia sobre maloclusiones en niños mencionan que los hábitos bucales nocivos pueden modificar la posición de los dientes y la relación de forma de las arcadas entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

La relevancia e importancia de conocer las características clínicas de los hábitos nocivos asociadas con la formación de algunas maloclusiones que con mayor frecuencia se presentan en la población infantil para así prevenir, interceptar o corregir durante el crecimiento y desarrollo.²⁵

La prevalencia de maloclusiones según el tipo y clasificación de Angle a nivel mundial es informada por diferentes investigadores; sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos no se realizan medidas preventivas ni interceptivas, por lo que los tratamientos ortodónticos, psicológicos y de rehabilitación en adolescentes y adultos tienen un alto porcentaje.²

3.2 Relación de hábitos y maloclusiones.

Los hábitos de succión son normales en los lactantes y niños pequeños, si éstos se prolongan en el tiempo pueden tener

consecuencias en las estructuras orofaciales y en el desarrollo de la oclusión.

La relación entre los hábitos de succión no nutritivos prolongados y las alteraciones oclusales han sido frecuentemente estudiadas desde décadas atrás hasta hoy, tanto a nivel internacional como nacional.

La importancia radica en que desvían el crecimiento y desarrollo craneofacial de su patrón normal de crecimiento y producen deformaciones faciales, y/o dentoesceletales.¹⁷ Fig. 15

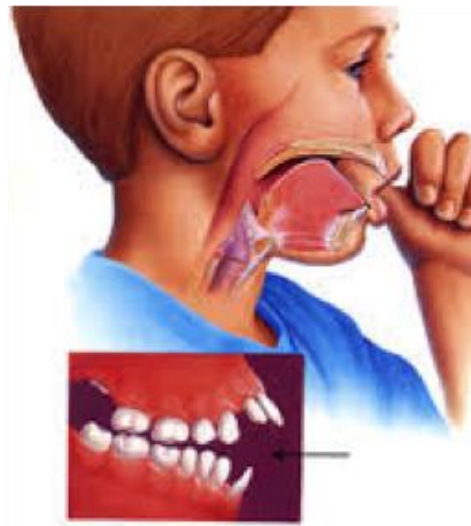


Figura 15. Cambio en el sistema estomatognático como consecuencia de un hábito.²⁶

Cuanto se afecte el crecimiento de las estructuras orofaciales, dependerá de la frecuencia, duración e intensidad y de la dirección de la fuerza aplicada al realizar esta contracción muscular de manera reiterada. Es por esto por lo que en la prevención de las maloclusiones es importante diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente la instalación de un mal hábito oral.¹⁷

El hábito de succión digital puede instaurarse más fácilmente en bebés que no han sido amamantado o que sufrieron un retiro precoz del mismo, esto debido a que la etiología principal de este hábito es la insatisfacción emocional por parte del bebé.¹²

Por muchos años se ha estudiado la etiología de las maloclusiones. Entre los principales factores de riesgo incluyen los hábitos de succión no nutritiva y la alimentación con biberón. Labbok y col. encontraron una prevalencia de 67.9% de hábitos de succión no nutritiva, Viggiano y col. reportaron un 42%. En nuestro estudio un 86% de los casos tienen historia de hábitos de succión no nutritiva.

Uno de los tipos de maloclusión más frecuente es la mordida cruzada posterior (prevalencia de 13%) ya que se ha determinado que los hábitos de succión no nutritiva y la alimentación con biberón constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de anomalía. Sin embargo, los datos soportan un rol etiológico de los hábitos de succión no nutritiva y alimentación con biberón con un índice de mordida profunda en un 58%.² Fig. 16



Figura 16. Mordida abierta anterior y posterior como consecuencia de un hábito.²⁷

Un gran número de estudios indican una mayor incidencia de maloclusión en niños con hábitos de succión no nutritivos persistentes que en aquellos sin antecedentes de hábitos. Por lo tanto, existe una



fuerte evidencia de que la succión del pulgar y el uso del chupete están asociados con una maloclusión dental.²

Los hábitos de succión no nutritivos prolongados se asociaron con cambios en varias mediciones del arco dental, como la disminución de la anchura del arco maxilar, el aumento del overjet y la disminución de la mordida. Las personas con hábitos de succión no nutricionales prolongados tenían más probabilidades de tener mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.²

3.3 Relación de la lactancia y maloclusiones.

El amamantamiento no es un fin en sí, sino un medio para lograr el satisfacer la necesidad de alimentarse para sobrevivir. El alimento, en este caso la leche que ya paso del seno materno hacia el interior de la boca debe dirigirse al estómago por lo que se requiere de un complejo llamado deglución.¹²

Para que haya deglución se requiere de una cierta presión del musculo orbicular de los labios y de la contracción del buccinador, además de la activación de los músculos linguales y la elevación del paladar blando para formar el vacío dentro de la cavidad bucal; la presión del orbicular de los labios debe producirse hacia y contra el seno materno. Cuando la boca está cerrada (en reposo) la lengua llena por completo la cavidad bucal. La presión en la cavidad bucal disminuye si la mandíbula y la lengua tira hacia abajo y atrás (recordemos además que no hay comunicación entre el medio bucal y el externo); durante esto, se forma un espacio en el cual penetra la leche del pecho de la madre.¹² Fig. 17

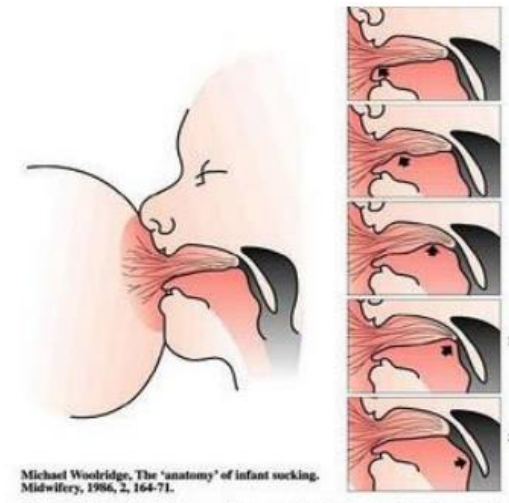


Figura 17. Posición de la lengua ²⁸

Durante la deglución el pasaje nasal se encuentra abierto, pues el recién nacido es en esencia un respirador normal. Esto no ocurre con

el uso del biberón donde él bebe no tiene necesariamente un cierre hermético de los labios, favoreciendo así la respiración bucal.

Cuando él bebe se esfuerza 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, o no se comprima. ¹²

Si él bebe respira por la boca, deja excitar las terminaciones neuronales de las fosas nasales. El aire llega a los pulmones por una vía mecánicamente más corta y fácil. Dando inicio a una atrofia funcional relativa a la capacidad respiratoria y al desarrollo de las fosas nasales y sus anexos. Esto repercute en el desarrollo del maxilar superior. ¹²

Fig. 18

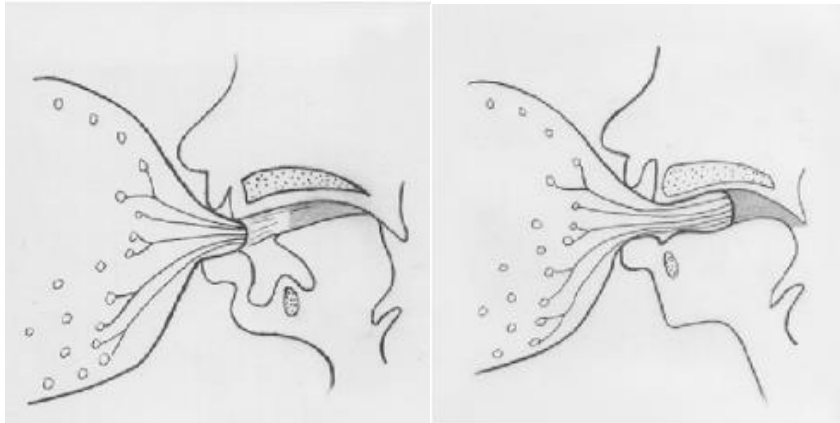


Figura 18. Movimientos de amamantamiento. ²⁹

Al ser llevada la leche hacia la laringe, el paladar blando se deprime para luego contraerse al pasar el líquido; pues debe cerrar el paso hacia la nasofaringe. El dorso de la lengua que ya llevo a la leche hasta este punto, junto con la contracción peristáltica de la musculatura de la faringe, le da el “empujón” final hacia la laringofaringe. ¹²

Cuando la respiración bucal no es tratada, esta va a influenciar las direcciones del crecimiento facial (Can Der Linder, 1990), además de alterar el patrón de funcionamiento de la musculatura bucofacial. Es así como en el respirador bucal los labios se mantienen entreabiertos, hay retracción del labio superior e hipotonía labial superior. La presión resultante del paso del aire por la boca hace que el paladar se vuelva profundo o también llamado paladar ojival o haya una falta de crecimiento transversal del maxilar. Como consecuencia de la atresia maxilar, se puede desarrollar una maloclusión caracterizada por mordida cruzada posterior y alteración de la postura lingual, que, por falta de espacio en el paladar, se posiciona en el piso bucal.

En él bebe, el refuerzo de manutención de la respiración nasal puede ser estimulado a través del amamantamiento natural, en vez del uso del biberón. Según Planas (1988), la lactancia materna, a través de la



succión, además de estimular el crecimiento anteroposterior de la respiración nasal, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, repercutiendo favorablemente natural él bebe no suelta el seno y por lo tanto mantiene la respiración nasal, en sincronía con el acto de succión.¹²

Algunos de los autores consultados afirman que la alimentación por medio de la lactancia materna desde el nacimiento y por un tiempo mayor a 6 meses contribuye notablemente a la prevención de alteraciones dento-buco-maxilofaciales.

Por el contrario, los infantes que son alimentados por medio del biberón, desde el nacimiento o son destetados antes de los 6 meses de vida presentan 13 veces más posibilidades de sufrir maloclusiones sobre todo asociadas a hábitos viciosos de succión y de deglución.¹

Existen resultados que muestran que la lactancia materna exclusiva previene la maloclusión de manera significativa en concordancia con otros estudios.²

Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben biberón.¹²

Cuando la lactancia no puede ser materna, se sustituye el pecho por el biberón con fórmulas de leche adaptadas a la digestión del bebé.

Si se utilizan tetinas tradicionales, redondas y con orificios de salida excesivamente grandes, se alteran los mecanismos de succión del niño y faltan estímulos para el desarrollo de la mandíbula. La leche se obtiene sin esfuerzo y la duración de la mamada se reduce notablemente. Como consecuencia, se producirá una falta de

desarrollo anteroposterior de la mandíbula, ya que la propulsión lengua-mandíbula es más débil. También algunos músculos, como los maseteros y los pterigoideos, estarán menos ejercitados, ya que la simple depresión lingual será suficiente para la obtención de la leche.

Los biberones tradicionales, por tanto, son inadecuadas para él bebé, ya que se acostumbran a una alimentación fácil y se vuelven poco activos en el aspecto dietético. Este tipo de tetinas, requieren solamente 1/60 parte de los movimientos musculares que exige la lactancia natural, lo que produce un debilitamiento de la musculatura.

Los labios no pueden ejercer una presión suficiente y la lengua se sitúa más baja y retrasada, impidiendo la correcta estimulación para el ensanchamiento del paladar y el crecimiento anterior mandibular. Todos estos factores implicaran una maloclusión dento-esquelética.⁵

Fig. 19



Figura 19. Falta de desarrollo mandibular en sentido antero-posterior.³⁰



El niño aprende a «tragar» sin esfuerzo y se pierde la sincronía con la respiración, aumentándose, por tanto, el riesgo al mantenimiento de un hábito de respiración oral.

Al mismo tiempo, un acto patológico de nutrición conlleva, muchas veces, hábitos prolongados de succión del pulgar, labios, biberón o chupete, que dan lugar a malformaciones de los huesos maxilares en función del tiempo y de la intensidad con que se produzcan.⁵

Con el uso del biberón, el lactante no cierra los labios con tanta fuerza, hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal, y no favorecerá el crecimiento y desarrollo mandibular y por lo tanto habrá repercusión en la oclusión dentaria, como resalte, apiñamiento, mordida cruzada, mordida abierta, entre otros.⁴

La lactancia materna posee un papel primordial en el desarrollo adecuado del lactante, específicamente en el crecimiento, desarrollo y maduración del macizo facial y en consecuencia su insuficiencia se relaciona como uno de los agentes etiológicos de determinadas maloclusiones, por lo que un tiempo mayor de 6 meses de lactancia materna contribuye a prevenir las maloclusiones, o al menos disminuir su gravedad.

Numerosos trabajos de investigación Latinoamericanos relacionan un periodo de lactancia materna corto (menor de 6 meses) con tendencia a relación molar en clase II de Angle, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.¹



3.4 Consideraciones para el desarrollo de una maloclusión.

Las anomalías dentomaxilares (ADM) son afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal.

Es frecuente que estos problemas sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico.¹⁷

La gravedad de la maloclusión dependerá de la frecuencia, duración e intensidad del hábito y del patrón morfogenético del niño.⁵

La presencia de malos hábitos orales en pacientes en crecimiento puede llevar a establecer o agravar la presencia de anomalías dentomaxilares, debido a la alteración del equilibrio neuromuscular establecido entre labios, lengua y mejillas. El deficiente trabajo neuromuscular que establecen los malos hábitos ejerce presiones indebidas sobre las estructuras dentoalveolar y maxilares, modificando sus patrones de crecimiento. Por esto, es vital la identificación y eliminación de éstos en los primeros años de vida, de manera que la correcta función y neuro musculatura guíe un crecimiento y desarrollo armónico de las estructuras orofaciales.¹⁷

La alimentación con biberón y los hábitos de succión no nutritiva favorecen al desarrollo de las maloclusiones involucrando diferente participación de complejos musculares craneofaciales que son utilizados cuando el niño ejerce acción de amamantamiento principalmente las fuerzas que ejerce la lengua contra el paladar duro



y blando, causando cambios en el desarrollo armónico de las arcadas dentarias.

Sin embargo, la lactancia materna protege contra la aparición de hábitos de succión no nutritivos durante la primera infancia. Un porcentaje significativamente menor de niños que fueron amamantados tenían hábitos de succión no nutritivos en comparación con aquellos que fueron alimentados con biberón o con lactancia parcial.²

Existen mecanismos teóricos por los cuales la alimentación con biberón podría contribuir al desarrollo de la maloclusión, que incluye un efecto directo para alterar la mecánica de succión en los huesos faciales en crecimiento del bebé y un aumento tendencia hacia patrones anormales de deglución como resultado de la alimentación con biberón.

La alimentación con biberón influye en el desarrollo de una mordida profunda y aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle hábitos de succión no nutritivos.² Fig. 20



Figura 20. Mordida profunda³¹



La lactancia materna en el ámbito odontológico permite un crecimiento y desarrollo adecuado del aparato bucal, estimula favorablemente la acción muscular a través del trabajo mecánico que ejerce el bebe para succionar y deglutir la leche, lo que contribuye notablemente al posicionamiento adecuado de la mandíbula, en el crecimiento transversal de los maxilares.

En los estudios que realizo Rondón demuestran que la alimentación por medio de la lactancia materna desde el nacimiento y por un tiempo mayor a 6 meses contribuye notablemente a la prevención de alteraciones dento-buco-máxilo-faciales. Pacientes con alimentación artificial (por medio del biberón), desde el nacimiento o previa a los 6 meses tienen 13 veces más posibilidades de sufrir maloclusiones sobre todo asociadas a hábitos no nutritivos y nocivos. Sin embargo, Jabbar, N. & cols. (2010) en su investigación concluyen que la alimentación por medio del biberón por sí sola no se considera un factor predisponente a indicadores de maloclusión como aumento del overjet y relación canina de dientes primarios en clase II, aunque si observaron una relación estadística entre alimentación por medio del biberón y la presencia de hábitos de succión no nutritivos como la del chupón y la presencia de estos indicadores.⁹

Es necesario recordar las palabras de Pedro Planas, Padre de la Neuroclusión:

- ¿Por qué la mala oclusión? Por falta de espacio.
- ¿Por qué la falta de espacio? Por falta de función.
- ¿Por qué la falta de función? Por falta de estímulo neurológico.
- ¿Por qué la falta de estímulo neurológico? Por falta de amamantamiento.¹²



CONCLUSIONES.

Es muy importante conocer la relación entre las maloclusiones y la lactancia, ya que desde el amamantamiento se puede empezar a cambiar la morfología oral, así como favorecer la permanencia de algunos hábitos, como se explicó anteriormente la lactancia influye desde la respiración, crecimiento de fosas nasales, estimulación en el crecimiento del hueso y la armonía de las estructuras del macizo facial.

Existe una amplia relación de la lactancia con los hábitos no nutritivos, ya que en la lactancia aparte de satisfacer la necesidad de la alimentación satisface la necesidad de succión, si esta no se lleva de una manera adecuada o por el tiempo adecuado puede llegar a generar hábitos de succión, generando en un futuro el acumulo de varios factores y así llegar a las maloclusiones.

Teniendo en cuenta que es un problema a nivel mundial y que las maloclusiones afectan a todas las personas, el odontólogo de práctica general debe tener la capacidad de poder llevar a cabo un diagnóstico temprano de estos problemas, y un tratamiento adecuado y oportuno para evitar que estos problemas se agraven.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rondón R, Zambrano G, Guerra M. Reporte de caso Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. *Revista odontopediatría Latinoamericana* 2012; 2(2): 9-16.
2. Alfredo Mendoza, Paola Asbún, Andrea Crespo A, Susana Gonzales, Rosa Patiño. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría* 2008; 47(1): 1-7.
3. Unicef.org [página de internet]. Venezuela: Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna, [actualizada 2005 Mar; citado 2019 agosto 4]. Disponible de: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
4. Munayco A, Piedra R, Cortez M. Lactancia materna asociada a crecimiento mandibular en niños de 3 años. *Instituto Especializado Materno Perinatal MG* 2005; II (1): 1-9.
5. J.M. Ustrell, Sánchez M. Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral del lactante. *Matronas Profesión* 2003; 4(14): 19-21.
6. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://www.compostela24horas.com/textodiario/mostrar/1375669/santiago-celebra-x-congreso-espanol-lactancia-materna>
7. who.org [página de internet]. Alimentación del lactante y del niño pequeño, [actualizado febrero 2018; citado 2019 agosto 14]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>



8. Sitly.es [página de internet]. España: cuidado infantil [actualizada 2019 May 24; citado 2019 agosto 5]. Disponible de: <https://www.sitly.es/blog/los-10-pasos-para-una-lactancia-materna-oms-y-unicef-promueven-nuevo-decalogo/>
9. Rondón R, Zambrano G, Guerra M. Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máximo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* 2012.
10. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0737349/Index.html>
11. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0737349/Index.html>
12. Murillo E, Naguhel C, Conora T. Importancia de la lactancia materna en odontopediatría (tesis de licenciatura). México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2015.
13. Fernández M, González F, Carmen T. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global, Revista electrónica trimestral de Enfermería* 2013; 31:443-451.
14. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://www.nestlebabyandme.com.mx/0-a-6-meses/salud/los-5-problemas-mas-comunes-durante-la-lactancia-materna#>
15. Yujra P, Yujra L. Crecimiento y desarrollo craneofacial. *Revista de Actualización Clínica Investiga* 2012; 20: 991-996.
16. Enlow D. Manual sobre Crecimiento Facial. 1ª ed. Inter-médica, 1982.



17. Reni M, Soledad P. Malos Hábitos Orales: Rehabilitación Neuromuscular y Crecimiento Facial. *Rev. Med. Clin. Condes* 2014; 25(2): 380-388.
18. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://albayhernanz.es/detectar-malos-habitos-orales/>
19. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864014700501?token=616BB881A9D074DA51C090585A993DEF69CF99AC694E0454C7ED7D90D1CAC56B7910D7DADF322EE6B633B77B08CC8F0C>
20. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://hijologia.com/la-despedida-del-chupete-chupon/>
21. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864014700501?token=7EDFE77A92C7DC47633A3372C3A44EA417964136C8C789A86533B23BF50863A18485F7DEBF4D39EB24C9FA0069C5C33A>
22. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <http://odontovega.atspace.com/habitudesuccion.html>
23. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <https://clinicaparravazquez.es/blog/respirar-por-la-boca-sindrome-del-respirador-bucal/>
24. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019. <http://soymadre.blogspot.com/2009/05/como-le-quito-el-chupete.html>
25. Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia* 2014; 2(4): 220-227.



26. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019.
<http://urbandental.es/6-situaciones-en-las-que-es-importante-empezar-ortodoncia-temprana/mordida-abierta/>
27. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019.
[file:///C:/Users/14-af116la/Downloads/54211-154291-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/14-af116la/Downloads/54211-154291-1-PB%20(3).pdf)
28. [página de internet]. Consultado en octubre del 2019.
<http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0737349/Index.html>
29. [página de internet]. Consultado en octubre del 2019.
<http://132.248.9.195/ptd2015/octubre/0737349/Index.html>
30. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019.
<https://www.clinicafriedlander.com/cuando-es-el-momento-adecuado-para-tratar-una-clase-ii-mandibula-retruida-informacion-para-el-dentista-general-y-el-paciente/>
31. [página de internet]. Consultado en septiembre del 2019.
https://www.ortodonciafutura.com/encuentre_su_caso/caso-17-mordida-profunda-con-sobremordida-del-100