



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS MAXILARES”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

DIEGO FLAVIO ROMERO ESTRADA

TUTORA:

MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

Cd. Mx.

2020



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.

Agradecimientos

Principalmente quiero agradecer a mis padres y hermano quien me apoyaron en todo momento de mi formación académica, enseñándome los valores por los cuales he llegado a donde estoy.

A mi madre, una mujer fuerte y alegre que no conoce el cansancio, que se preocupa y nos cuida como solo una madre sabe hacerlo.

A mi padre, un hombre serio quien siempre supo guiarme mostrándome mis errores y enalteciendo mis virtudes, quien jamás me negó lo que necesitaba a pesar de los obstáculos.

A mis abuelos quienes son una luz en mi camino, que no necesitan otra cosa que existir, para que yo me sienta agradecido por tenerlos.

A mi tía Rosario una mujer fuerte, quien fue un sostén para mí, con quien crecí y supo apoyarme a su manera.

A mis mejores amigos, Luis, Gress, Cynthia, Michel, Cristian, Memo, Selene, Joseph y Eckhart que los considero como familia gracias por estar ahí y hacer cada momento único y divertido.

A mi querida facultad, quien me dio todo y es la base de mi conocimiento, a mis maestros y principalmente a mi tutora Leonor Ochoa García quien me ayudo en todo momento para realizar mi tesina, estaré agradecido siempre.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formar parte de ella, mi segunda casa, a quien le debo todo y me ha regalado momentos inolvidables y amigos para toda la vida. Gracias.

“Por mi raza hablara el espíritu”

Orgullosamente UNAM

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PROPÓSITO	7
ANTECEDENTES	8
MARCO TEÓRICO	10
1.- Leche materna.	10
1.1.- Lactancia materna.	10
1.2-Fisiología.	11
1.3-Tipos de lactancia.	14
1.4-Tiempo de lactancia materna.	15
2.-Crecimiento y desarrollo de los maxilares.	16
2.1.- Proceso del crecimiento maxilar.	16
2.2.- Proceso del crecimiento mandibular.	18
3.-Influencia de la lactancia materna en el crecimiento maxilar y mandibular.....	20
4.-Alteraciones maxilares.	24
4.1-Micrognacia.....	26
4.2-Anomalias dentomaxilofaciales.....	27
5.-Oclusión y su alteración.....	29
5.1-Alteración en la arcada dental temporal y permanente.....	30

6.-Habitos perniciosos bucales.....	31
6.1-Respiración bucal.....	33
6.2-Succión digital.....	36
6.3-Uso de biberón y uso de chupón.....	38
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

Introducción:

La lactancia materna sobre todo en los primeros seis meses de vida es de vital importancia, hoy en día es indispensable para un desarrollo favorable y correcto crecimiento del aparato estomatognático. Varios estudios nos han mostrado que la falta de lactancia materna o un corto período de esta se asocia con la presencia de maloclusiones dentales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la leche materna es el mejor de los alimentos para las niñas y los niños, la cual no tiene sustituto, en tanto, es una fuente ideal de nutrientes que previene la anemia y la desnutrición. La OMS nos recomienda la lactancia materna exclusiva a todos los bebés hasta los seis meses de vida, y luego mantenerla hasta los dos años o más, asociada a una alimentación complementaria, segura y apropiada.

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo de herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie, cabe mencionar que la respiración es el primer estímulo presente en el individuo y el segundo es el amamantamiento, este segundo ayuda a la correcta realización del primero, evitando anomalías dentofaciales provocadas por una respiración errónea(bucal).

La leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido es por eso que se le debe dar la importancia que merece, además de todos los beneficios que aporta contra el costo que es relativamente bajo.

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 bebé para succionar y deglutir la leche, así una serie de músculos masticatorios inician su maduración y posicionamiento correcto.

Así de importante es la lactancia materna pues no sólo hay que valorarla desde un punto de vista nutricional y de filiación materno-infantil, sino también desde el punto de vista preventivo y de promoción de la salud, ya que una correcta lactancia materna nos evitara la presencia de alteraciones maxilares, maloclusiones dentarias, o la introducción de hábitos bucales deformantes.

Propósito:

Brindar al cirujano dentista, información sobre la importancia de la lactancia materna y su relación con el desarrollo correcto de los maxilares, lo que permitirá hacer una mejor promoción de la salud en madres primerizas para la salud de sus lactantes.

Antecedentes:

El amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, además estudios estomatológicos realizados indican que la falta de lactancia materna o un corto período de esta se asocia con la presencia de maloclusiones dentales.¹

La leche materna aporta las cantidades adecuadas de vitamina A, la cual es importante para el crecimiento de los diferentes tejidos, proteínas, elementos para el desarrollo neurológico del lactante. La lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses y su extensión hasta los seis meses, acompañada por la introducción gradual de alimentos adecuados es indispensable para la salud del niño.¹

Los estímulos paratípicos después del nacimiento juegan un papel importante en el desarrollo de los maxilares. La respiración es el primer estímulo presente en el individuo y el segundo es el amamantamiento. Durante este acto el complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con su mandíbula y lengua predomina sobre otros huesos y músculos de la cara y el cuello y constituyen estímulos primarios para el buen desarrollo de los maxilares.¹

Sosa nos dice que la lactancia materna no sólo hay que valorarla desde un punto de vista nutricional y de filiación materno-infantil, sino también desde el punto de vista preventivo y de promoción de la salud. Todos conocemos los beneficios de la leche materna en los primeros momentos de nuestra vida, beneficios nutricionales con aporte de vitaminas y aminoácidos esenciales, beneficios de defensa, con aporte de inmunoglobulinas y anticuerpos; beneficios afectivos en la relación materno filial.²

El acto del amamantamiento es importante ya que el bebé desarrolla la respiración nasal mientras succiona del seno materno la leche. Durante la succión es necesario morder, avanzar y retruir la mandíbula, por lo que se estimula neuromuscularmente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizado a la llegada de la primera dentición.

El movimiento protrusivo y retrusivo excita las estructuras de la articulación temporomandibular y se obtiene como respuesta simultánea al crecimiento y remodelado de los maxilares.²

La aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan desde edades muy tempranas y producen alteraciones en los primeros años de vida, donde predomina o es casi exclusiva la dentición temporal. El micrognatismo transversal es una de esas manifestaciones y es considerado una de las causas morfológicas fundamentales de las maloclusiones dentarias; es una entidad caracterizada por un insuficiente desarrollo en sentido transversal (anchura) de los maxilares.³

Los factores genéticos conjuntamente con los ambientales (hábitos alimentarios y los de succión), condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentarias a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático.³

La lactancia materna constituye un factor de relevante importancia para su posterior desarrollo. La evidencia científica actual demuestra sus beneficios sobre cualquier otra forma de alimentación al recién nacido. La forma en la que él bebe succiona la leche es diferente de acuerdo si el bebé es amamantado o toma biberón y, por tanto, los movimientos musculares también lo serán, y ello conducirá a repercusiones fisiológicas en el desarrollo del tercio inferior del rostro.³

Marco teórico:

1. Leche materna

“La leche es un producto secretado por las glándulas mamarias, fluido viscoso constituido por una fase líquida de partículas en suspensión, que forman una emulsión natural, por su elevado valor nutritivo es el único alimento que puede satisfacer las necesidades nutricionales y metabólicas del recién nacido”.⁴

1.1 Lactancia materna

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y la prevención de numerosas enfermedades. 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 la oclusión dentaria.⁵

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la leche materna es el mejor de los alimentos para las niñas y los niños, la cual no tiene sustituto, en tanto es una fuente ideal de nutrientes que previene la anemia y la desnutrición. Recomienda la lactancia materna exclusiva a todos los bebés hasta los seis meses de vida, y luego mantenerla hasta los dos años o más, asociada a una alimentación complementaria, segura y apropiada.

La leche materna es tan antigua como la humanidad. Fuguet afirma que durante la historia humana ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes y aquellos que se han visto privados de ella han estado condenados a la muerte. Menciona que lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo de herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.⁵

La leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido.⁵

Algunos beneficios son su digestibilidad y que resulta más económica, además de la posibilidad de ayudar a desarrollar el cuerpo y la inteligencia de los niños; contiene aminoácidos que se necesitan para el normal desarrollo del cerebro; los protege contra las infecciones y enfermedades y contiene las cantidades necesarias de vitaminas (fósforo, hierro, proteínas, grasas y azúcares). La leche de la madre es la mayor protección para el niño contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, los cólicos y las alergias, entre otras.

La leche materna debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes que lo amenazan durante el primer año de vida, por los anticuerpos que contiene y otros componentes inmunológicos, que confirman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos.⁵

1.2 Fisiología de la lactancia.

El recién nacido adapta una posición en la que sujeta el seno con sus labios y rodetes utilizando la lengua para jalar el pezón hacia adentro de la boca produciendo un sellado al vacío, con el cual el bebé puede regular la entrada

de leche. Cuando el bebé ya sujeto adecuadamente el seno de su madre, estimula a la areola mediante compresión peribucal y movimientos protusivos del maxilar inferior, enviando así por conexiones nerviosas, un mensaje al cerebro de la madre para que la hipófisis (glándula pituitaria) secrete dos hormonas: prolactina y oxitocina. A través del torrente sanguíneo, la prolactina se dirige a las células interiores de la glándula mamaria y les da la “orden” de fabricar leche, la oxitocina se encarga luego de provocar la contracción de las células mioepiteliales que cubren a las células secretoras de leche, vaciando el contenido de los alveolos hacia los senos galactóforos. De este punto en adelante todo depende, del esfuerzo físico del bebé para sacar la leche del seno es un ritmo sincronizado de estimulación-producción.⁵ (Fig.1.)⁶

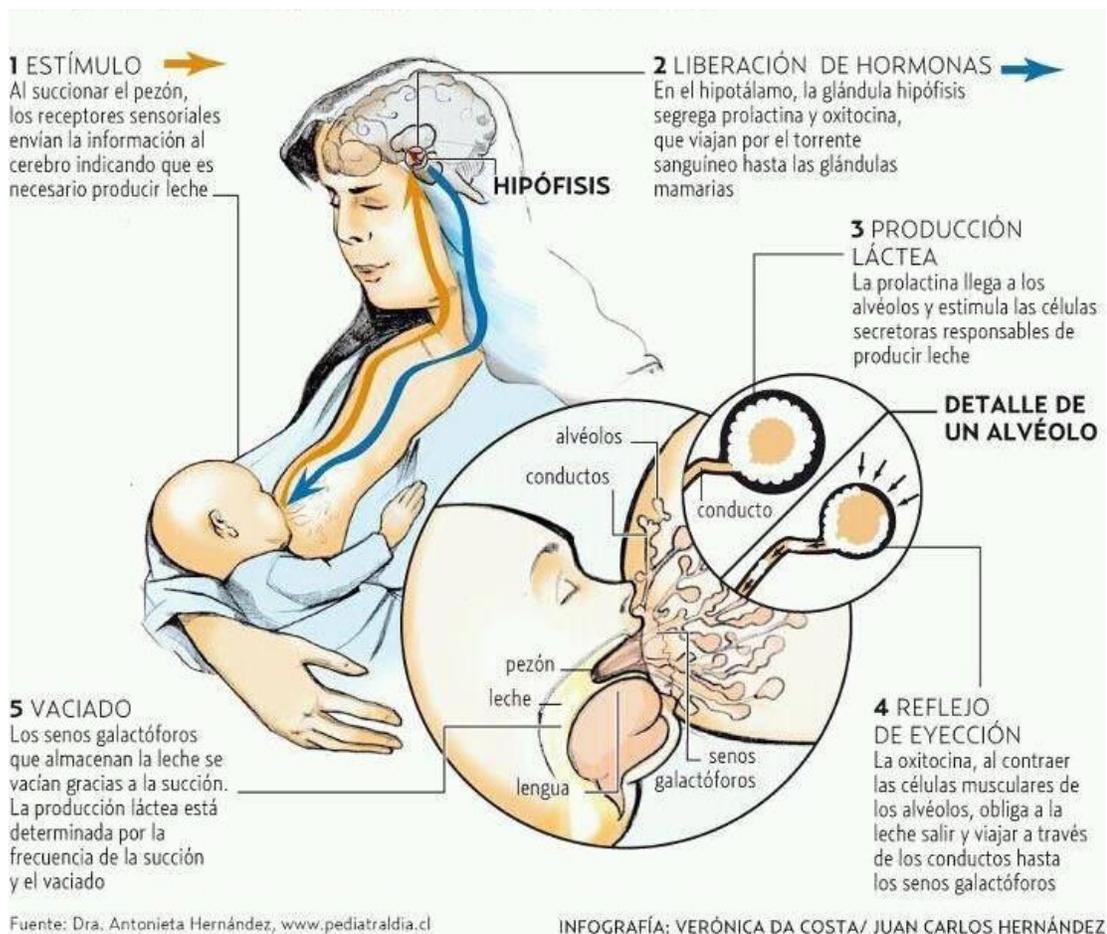


Fig.1. Estimulación-Producción.⁶

Es importante el amamantamiento ya que el bebé desarrolla la respiración nasal mientras succiona del seno materno la leche. Durante la succión es necesario morder, avanzar y retruir la mandíbula, por lo que se estimula neuromuscularmente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizados a la llegada de la primera dentición. El movimiento protrusivo y retrusivo excita al mismo tiempo, las partes posteriores de los meniscos y partes superiores de la articulación temporomandibular, y se obtiene como respuesta el crecimiento postero-anterior de las ramas mandibulares y simultáneamente, la remodelación del ángulo mandibular. La “alimentación civilizada”, con sus biberones y papillas, satisface las necesidades nutritivas del niño, pero no produce la excitación neuroparatípica del aparato masticatorio; esta es necesaria para obtener el desarrollo previsto genéticamente. Igualmente ayuda a evitar muchas anomalías dentomaxilares producidas por causas que actúan desde edades tempranas y producen alteraciones en los primeros años de vida. La oclusión se establece como resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales, sin embargo, las limitaciones están dadas también por las variaciones individuales de cada sujeto, entre las cuales están las características propias de la dentición temporal.⁵

El enérgico trabajo muscular necesario para realizar la extracción de la leche va a tener un impacto directo o indirecto sobre el crecimiento de los huesos donde estos músculos son insertados. Habrá una maduración neurofuncional adecuada de la cual dependerá el crecimiento anteroposterior y transversal de los maxilares y, por ende, el buen desarrollo de todo el macizo facial.

Al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar va conformando la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. Como mantiene la boca ocupada con el seno materno el bebé se ve obligado a respirar por la nariz, disminuyendo así la

frecuencia de respiración bucal algo muy distinto cuando se le alimenta con papillas.⁷

1.3 Tipos de lactancia

Según Gorrita et al.⁸ nos dice que existen varios tipos de lactancia:

1. Lactancia materna exclusiva: basada en leche procedente de la madre. La lactancia materna exclusiva es la forma de nutrición natural del lactante; sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son reconocidas, ideales para el crecimiento, desarrollo y maduración en los primeros 4 a 6 meses de vida.
2. Lactancia artificial: la procedencia de la leche es animal o formulas las cuales no son bien vistas comparándolas con la LME.
3. Lactancia mixta: el hijo es alimentado simultáneamente por ambos tipos de leche refiriéndonos a leche materna y a lactancia artificial.
4. Lactancia materna complementada: si además de la lactancia materna recibe alimentos sólidos o líquidos no lácteos.
5. Lactancia mixta complementada: si es un lactante amamantado, que además recibe alguna leche artificial y alimentos sólidos o líquidos.
6. Lactancia artificial complementada: si el lactante recibe leche artificial y alimentos sólidos o líquidos.⁸

1.4 Tiempo de lactancia materna

Ofrecer leche materna como único alimento al niño hasta los 6 meses, y de forma complementada al menos hasta los 2 años de vida, es reconocido como el medio ideal para lograr de forma armónica el crecimiento y desarrollo del niño, y reducir la morbilidad y mortalidad infantil.⁸

Según la OMS se lograría una reducción de más de 1,5 millones de defunciones durante los primeros 5 años, si este objetivo se lograra. Se reconoce en unos y otros casos, la repercusión de las fallas en la lactancia en cuanto a morbilidad, mortalidad infantil y costos económicos.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentaron hace algunos años la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño", destacando a la lactancia materna como fundamental para la supervivencia infantil. Es indudable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria. Por otra parte, estudios realizados en la última década tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se asocia a las anomalías dentomaxilofaciales.⁹

2. Crecimiento y desarrollo de los maxilares.

2.1 Proceso del crecimiento maxilar

El maxilar se desarrolla por completo tras el nacimiento por osificación intramembranosa. Dado que no se produce sustitución de cartílago, el crecimiento se produce de dos formas:

- 1) Por aposición de hueso en las suturas que conectan el maxilar con el cráneo y su base.
- 2) Por remodelación superficial.

Sin embargo en contraste con la bóveda craneal, los cambios superficiales que se observan en el maxilar son bastante llamativas y tan importantes como se producen en las suturas. Además el maxilar es empujado hacia delante por el crecimiento de la base del cráneo detrás de él.¹⁰

El patrón de crecimiento de la cara implica un crecimiento hacia afuera desde abajo del cráneo lo que significa que el maxilar debe recorrer en su crecimiento una distancia considerable hacia abajo y hacia afuera en relación con el cráneo y su base. Esto se lleva a cabo de dos maneras:

- 1) Por un empuje posterior creado por el crecimiento de la base del cráneo.
- 2) Por el crecimiento en las suturas. Por el hecho de que el maxilar esté unido al extremo final anterior de la base del cráneo, el alargamiento de la base del cráneo lo empuja hacia delante.¹⁰ (Fig.2.)¹¹

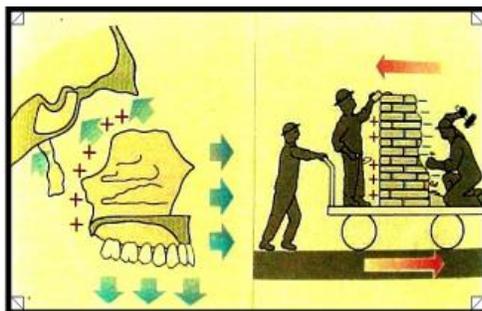


Fig. 2. Crecimiento maxilar.¹¹

Hasta la edad de 6 años el desplazamiento producido por el crecimiento de la base del cráneo es una parte importante del crecimiento hacia delante del maxilar. El fracaso del alargamiento normal de la base del cráneo, como ocurre en la acondroplasia y otros síndromes congénitos, crea una característica deficiencia hemifacial. Aproximadamente a las 7 años, el crecimiento de la base del cráneo se para, y el crecimiento de las suturas es el único mecanismo que lleva el maxilar hacia delante.¹⁰

Las suturas que fijan posterosuperiormente al maxilar están situadas de forma idónea para permitir su recolocación hacia abajo y hacia delante. Al más anterior del condrocráneo, pero la osificación endocondral no contribuye directamente a la formación del hueso maxilar. El cartílago cigomático malar, un cartílago accesorio que se forma a partir del proceso malar en desarrollo, desaparece y es remplazado completamente por hueso mucho antes del nacimiento, a diferencia del cartílago condilar, que persiste. Cualquiera que sea la zona en que se forme hueso intramembranoso, no es posible producir crecimiento intersticial en seno de la masa mineralizada, y el hueso debe formarse enteramente por aposición del hueso neo formado a las superficies libres. Se puede modificar su forma por eliminación (reabsorción) de hueso en una zona y adición (aposición) de hueso en otra. Este equilibrio entre aposición y reabsorción, conformación de hueso nuevo en algunos puntos y eliminación de hueso viejo en otros, es un componente fundamental del proceso de crecimiento. La formación de hueso nuevo a partir de un predecesor cartilaginoso o formación ósea directa en el seno del mesénquima se denomina habitual modelación; los cambios en la forma de ese hueso neoformado como consecuencia de la reabsorción y la sustitución denominan remodelación.¹⁰

2.2 Proceso del crecimiento mandibular

A diferencia de lo que sucede en el maxilar, en el crecimiento de la mandíbula son importantes la actividad endocondral y la periostica, y el desplazamiento creado por el crecimiento de la base del cráneo que mueve la ATM. Aunque este cartílago no es como el de las placas epifisarias o las sincondrosis, también se producen en los procesos de hiperplasia, hipertrofia y situación endocondral. Las restantes zonas de la mandíbula se forman y crecen por aposición superficial directa y remodelación.¹⁰

El patrón general de crecimiento de la mandíbula se puede representar de dos formas. Dependiendo de la estructura de referencia, ambas son correctas, si se toma como referencia al cráneo, el mentón se desplaza hacia abajo y hacia delante. Se examinan los datos obtenidos en los experimentos de tinción vital, se observa que los principales puntos de crecimiento de la mandíbula son la superficie posterior de la rama mandibular y las apófisis condilar y coronoides. Se producen muy pocos cambios en la parte anterior de la mandíbula. (Fig.3.)¹²

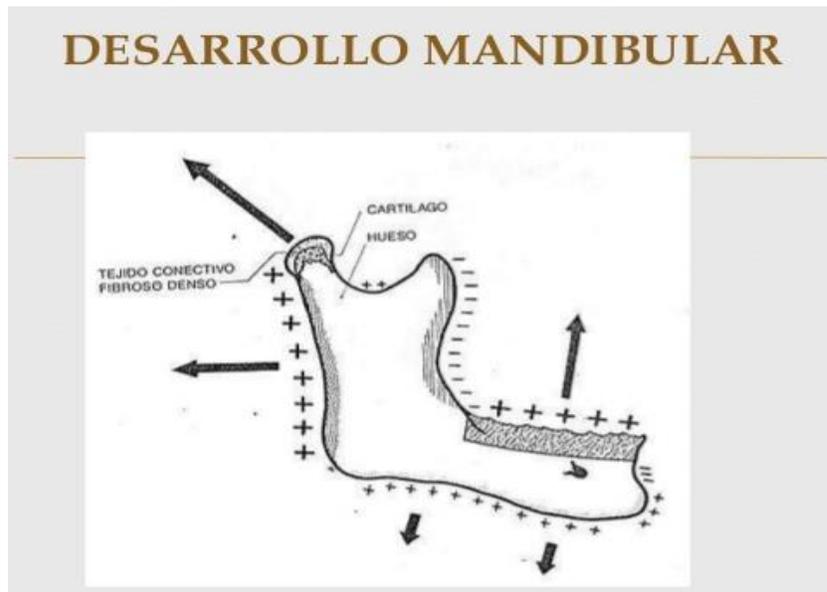


Fig. 3. Crecimiento mandibular.¹²

El mentón es una zona de crecimiento casi inactiva, se desplaza en sentido anteroinferior, ya que el crecimiento se produce realmente en el cóndilo y a lo largo de la superficie posterior de la rama mandibular. El cuerpo de la mandíbula se alarga por aposición periostica de hueso solo en su superficie posterior mientras que en la rama mandibular crece en altura por reposición endocondral en el cóndilo y por remodelación superficial. Conceptualmente podemos considerar que la mandíbula se desplaza hacia abajo y hacia delante, al tiempo que aumenta de tamaño al crecer hacia atrás y hacia arriba. El desplazamiento se produce fundamentalmente al moverse el hueso en sentido anteroinferior acompañado por los tejidos blandos que lo envuelven.

En ningún otro sitio podemos encontrar un mejor ejemplo de reabsorción remodeladora que del movimiento posterior de la rama de la mandíbula. La mandíbula va alargándose por aposición de hueso neo formado en la superficie posterior de la rama. Al mismo tiempo, se van eliminando grandes cantidades de hueso de la superficie anterior de la misma.¹⁰

En esencia el cuerpo de la mandíbula se alarga, al alargarse la rama mandibular del mentón, lo que se produce por eliminación ósea de la superficie anterior de la rama y aposición ósea en la superficie posterior. En un primer análisis, cabría esperar la existencia de un centro de crecimiento en algún punto por debajo de los dientes, de forma que el mentón pudiese crecer hacia delante alejándose de la rama mandibular. Pero esto no es posible, ya que no hay cartílago ni puede producirse crecimiento intersticial. En su lugar, se produce la remodelación de la rama mandibular. Lo que en un momento dado era la superficie posterior, se convierte más adelante en la zona central y puede convertirse finalmente en la superficie anterior, al continuar el proceso de remodelación.¹⁰

3.-Influencia de la lactancia materna en el crecimiento maxilar y mandibular.

¿Qué factores son los que controlan el crecimiento óseo?

El primero y más evidente es el control genético. Alcanzamos el tamaño óseo que necesitamos condicionado por nuestra carga genética. Esto es totalmente cierto pero es necesario considerar que salvo en los grandes síndromes (de muy baja frecuencia por cada recién nacido), estamos genéticamente condicionados a la normalidad, con un tamaño adecuado entre los dos maxilares. Decir que el aumento de las patologías de Clase II de Angle entre la población es debido a la genética, es menospreciar la capacidad de respuesta de la naturaleza. La mayoría estamos condicionados genéticamente a una Clase I Angle, por lo que deben existir otros factores controladores del crecimiento.¹³

Para que una maloclusión se presente se requiere de tres factores primarios y uno añadido:

- El agente causal.
- El huésped susceptible.
- Ambiente propicio.
- Factor añadido: tiempo.

Sobre el huésped susceptible, es algo contra lo que no podemos actuar. Ya hemos comentado la baja incidencia de este factor en las maloclusiones pero, cuando se presenta, aunque se pongan todos los medios, podremos mejorar su situación pero no cambiarla.¹³

Los otros tres factores son sobre los que la lactancia sí puede y debe actuar. Entendemos por el ambiente propicio aquellos estímulos favorables al desarrollo. Varios autores proclaman la importancia de los estímulos

ambientales como factor fundamental para que la genética se exprese en toda su potencia.

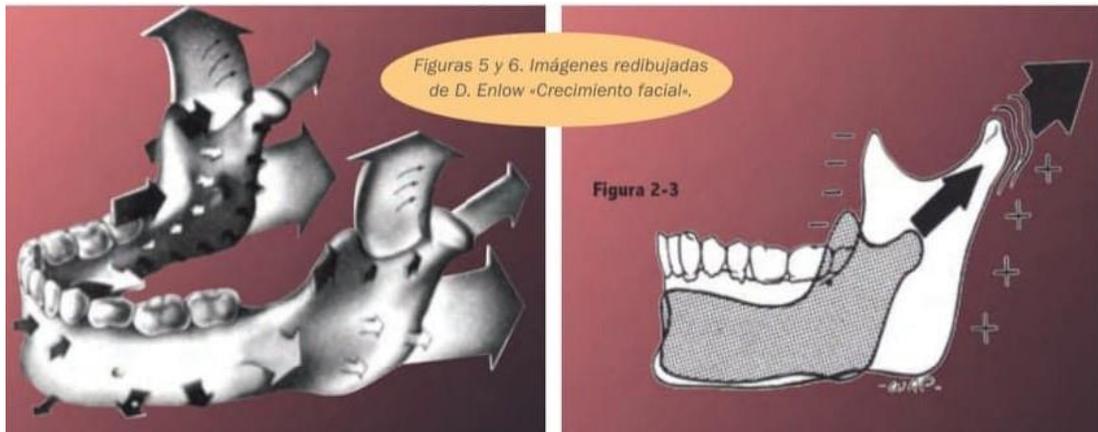


Fig.4. Campos de crecimiento.¹³

Enlow define la rama posterior de la mandíbula y el cóndilo como los campos primarios de desarrollo (fig.4.).¹³ El estímulo de desarrollo principal en estos campos es el desplazamiento anterior. Desplazamiento tanto primario, por la influencia del desarrollo de los huesos adyacentes, como secundario, debido a la tracción en esta dirección por los músculos y tejidos blandos. Es el avance mandibular lo que actuaría como principal estímulo de crecimiento. A la lactancia materna podríamos considerarla el primer avance fisiológico de la misma .El bebé, al iniciar el acto de mamar, introduce el pezón y parte de la areola (o toda ella) en el interior de la boca, entre el dorso de la lengua y contra el paladar duro, haciendo un cierre hermético con los labios y descendiendo levemente el paladar blando y la mandíbula (1er movimiento del amamantamiento). (Fig.5.)¹³

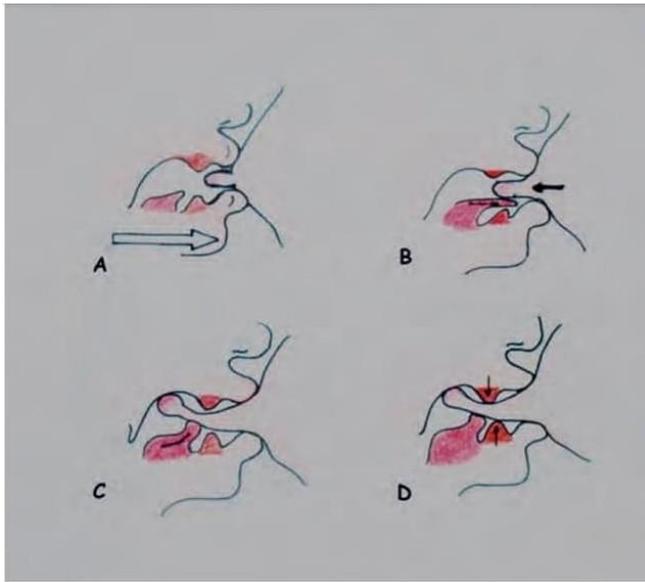


Fig.5. Proceso del amamantamiento.¹³

En un segundo movimiento de lactancia, el bebé comienza a hacer movimientos anteroposteriores con la mandíbula oponiendo el reborde alveolar inferior contra el superior de manera que “exprime” el pezón, obteniendo así la salida del flujo de leche. La lengua en esta fase adopta una serie de movimientos peristálticos. Todos estos movimientos anteroposteriores, así como la posición y forma de la lengua, van a hacer que ya, desde los primeros momentos de vida del bebé, se comiencen a estimular músculos, huesos, cartílagos y estructuras orales para un correcto desarrollo de las mismas.¹³

Los estímulos paratípicos después del nacimiento juegan un importante papel en el desarrollo de los maxilares. La respiración es el primer estímulo presente en el individuo y el segundo es el amamantamiento. Durante este acto el complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con su mandíbula y lengua predomina sobre otros huesos y músculos de la cara y el cuello y constituyen estímulos primarios para el buen desarrollo de los maxilares.¹⁴

La rehabilitación neurooclusal observa tres hechos fundamentales durante la realización del amantamiento, el bebé respira por la nariz sin soltar el pezón, lo que sirve para mantener la respiración nasal fisiológica durante el amantamiento y fuera de este, también está obligado a morder, avanzar, y retruir la mandíbula por lo que todo el sistema muscular va adquiriendo el desarrollo y tono necesario para ser utilizados a la llegada de la primera dentición a fin de poder realizar la primera abrasión fisiológica. El movimiento protrusivo y retrusivo estimula las partes posteriores de los meniscos articulares y superior de la ATM .Se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular. ¹⁴

La lactancia materna permite el ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático: una serie de músculos masticatorios inician su maduración y posicionamiento (entre ellos, el músculo temporal, pterigoideo lateral y milohioideo). Además, la lengua estimula el paladar, evitando alguna alteración que pueda ser ejercida por los músculos buccinadores y el músculo orbicular de los labios orienta tanto el crecimiento como el desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático. ¹⁵

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 bebé para succionar y deglutir la leche, lo que contribuye notablemente al posicionamiento adecuado de la mandíbula, en el crecimiento transversal de los maxilares, lo que proporciona el medio adecuado para un desarrollo apropiado de la oclusión dental. ¹⁴

La lactancia materna también implica una serie de movimientos mandibulares. En conjunto con el movimiento mandibular acontece el desarrollo óseo, de tal forma que, la retrognatia mandibular fisiológica que los bebés presentan al

nacer se corregirá de forma natural hasta la época de la erupción de los dientes temporales, para que su oclusión sea adecuada. Por lo tanto, la lactancia materna se torna en sí misma un estímulo para todas las estructuras orales, como labios, lengua, mejillas, huesos y músculos faciales que participan en el proceso.¹⁵

Lo anteriormente expuesto, hace suponer que la lactancia materna es importante para fortalecer el desarrollo de las demás funciones del sistema estomatognático: masticación, deglución, respiración y fono articulación. Concluyendo que la alimentación al seno materno favorece el crecimiento y desarrollo de los maxilares en el aparato masticatorio, evita la adquisición de hábitos deformantes bucales, mejora la oclusión dental en etapas posteriores del desarrollo infantil, previene las anomalías dentomaxilofaciales y contribuye a la prevención de las caries dentales.¹⁵

4. Alteraciones maxilares

La lactancia materna constituye un factor de relevante importancia para su posterior desarrollo. La evidencia científica actual demuestra sus beneficios sobre cualquier otra forma de alimentación al recién nacido. El crecimiento maxilar es bien diferente de acuerdo si el bebé es amamantado o toma biberón y, por tanto, los movimientos musculares también lo serán, y ello conducirá a repercusiones fisiológicas en el desarrollo del tercio inferior del rostro.¹⁰

La relación existente entre la falta de amamantamiento o un período corto de esta práctica detonara en la presencia de alteraciones maxilares, maloclusiones dentarias, o la introducción de hábitos bucales deformantes.

Desde el punto de vista psicológico, la lactancia favorece el vínculo afectivo

madre-hijo, proporcionándole al bebé satisfacciones emocionales, pudiendo ser esto valioso para disminuir hábitos bucales incorrectos.¹⁰

Se ha determinado que aproximadamente el 50 % de los niños tienen algún tipo de maloclusión dentaria que requiere tratamiento ortodóncico. Esta entidad no pone en riesgo la vida del paciente, pero sí es considerado un problema de salud pública por su prevalencia e incidencia, y con lo cual el personal correspondiente debe sentirse comprometido para fomentar su prevención.

La aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan desde edades muy tempranas y producen alteraciones en los primeros años de vida, donde predomina el lactante o la dentición temporal.

El micrognatismo transversal es una de esas manifestaciones y es considerado una de las causas morfológicas fundamentales de las maloclusiones dentarias; es una entidad caracterizada por un insuficiente desarrollo en sentido transversal (anchura) de los maxilares.

Los factores genéticos conjuntamente con los ambientales (hábitos alimentarios y los de succión), condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentarias a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático.¹⁰

4.1 Micrognacia

La micrognacia representa una disminución uni o bilateral de la mandíbula, ocasionada por deficiencia de crecimiento de los cóndilos, no obstante permitiendo una relativa apertura bucal.⁹

El micrognatismo transversal constituye un problema de salud en estomatología cuya prevalencia es alta en los niños de cinco años de edad estudiados. Existe una relación directamente proporcional entre la lactancia materna por un período menor de seis meses o la ausencia de ésta y el insuficiente desarrollo de los maxilares.⁹ (Fig. 6.)¹⁶

El acto del amamantamiento es importante ya que el bebé desarrolla la respiración nasal mientras succiona la leche del seno materno. Durante la succión es necesario morder, avanzar y retruir la mandíbula, por lo que se estimula neuromuscularmente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para que haya buen desarrollo y crecimiento de la mandíbula previniendo la micrognasia.²

Las anomalías dentomaxilofaciales son de etiología multifactorial. El conocer el comportamiento típico de la anomalía sirve para predecir su pronóstico y evitar su presencia, atacando la formación de la triada epidemiológica, una vez eliminado uno de los factores, la anomalía dentomaxilofacial, no se presentaría.²



Fig. 6. Lactante con micrognacia.¹⁶

4.2 Anomalías Dentomaxilofaciales

Si al lactante no se le amamanta por el tiempo considerablemente correcto el niño presentara en un futuro anomalías dentomaxilofaciales los cuales pueden ser, vestibuloversión, mordida cruzada posterior, micrognacia, apiñamiento entre otros.¹⁷

Según un estudio hecho por Jiménez¹⁷ los resultados fueron que en los niños con lactancia incompleta las anomalías que más incidieron fueron la vestibuloversión y el resalte anterior aumentado y el labio superior hipotónico.

El labio inferior hipertónico, el apiñamiento, el sobrepase aumentado, la adaquia y el micrognatismo transversal, presentaron valores inferiores, aunque con significación estadística.

Anomalías dentomaxilofaciales	Lactancia completa (hasta 6 meses) n = 205		Lactancia incompleta (< 6 meses) n = 69		Total n = 274		p-valor
	#	%	#	%	#	%	
Vestibuloversión	66	32,2	69	100	135	49,3	0.000
Resalte anterior aumentado	44	21,5	69	100	113	41,2	0.000
Labio superior hipotónico	20	9,8	58	84	78	28,5	0.000
Labio inferior hipertónico	30	1,5	43	62,3	73	26,6	0.000
Micrognatismo Transversal	17	8,3	48	11,6	65	23,7	0.000
Apiñamiento	14	6,8	44	63,8	58	21,2	0.000
Adaquia	6	2,9	23	33,3	29	10,6	0.000
Sobrepase aumentado	11	5,4	18	26	29	10,6	0.000
Mordida cruzada posterior	5	2,4	8	11,6	13	4,7	0.01

Tabla.1.Pacientes con anomalías dentomaxilofaciales que realizaron Lactancia materna exclusiva completa o incompleta. ¹⁷

La leche materna es el alimento perfecto durante los primeros 6 meses de vida en forma exclusiva y contribuye a evitar las anomalías dentomaxilofaciales que se desarrollan en edades tempranas como las ya mencionadas.¹⁷

5.- Oclusión y su alteración

La oclusión se establece como resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales, sin embargo, las limitaciones están dadas también por las variaciones individuales de cada sujeto, entre las cuales están las características propias de la dentición temporal.¹⁸

Si la alimentación durante los primeros meses de vida no es satisfactoria, el niño desarrollará hábitos sustitutos como chuparse el dedo, morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, objetos y dichos hábitos favorecen el desarrollo de maloclusiones.¹⁹

Los niños que han sido amamantados durante más de 6 meses han desarrollado planos terminales rectos lo que favorece una oclusión ideal en edades maduras. Además los niños que han sido alimentados a seno materno por periodos que va de los primeros cuatro meses al año de edad tienden en menor probabilidad de desarrollar hábitos de succión no nutritivos en comparación con los niños que no fueron alimentados a seno materno.¹⁹

Una de las causas ambientales de maloclusión más importante lo constituyen los hábitos deformantes que alteran la función y equilibrio normal de los dientes y maxilares. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, entre ellos están: la succión digital, el empuje lingual, el chupete o biberón y la respiración bucal en muchos casos se presentara mordida abierta.¹⁸

5.1 Alteración en la arcada dental temporal y permanente

El desarrollo de la oclusión dentaria es un proceso largo y complejo que inicia en la vida embrionaria y se alarga durante toda la vida, ya que no permanece estable y va cambiando por factores generales y locales que actúan sobre ella.

La oclusión en la dentición decidua, juega un papel importante por determinar el espacio y la oclusión en la dentición permanente. La dentición decidua es la primera dentición del ser humano, consta de 20 dientes que inician su erupción a los seis meses de edad con los incisivos centrales inferiores y termina aproximadamente entre 2.5 y 3 años de edad con la erupción de los segundos molares superiores.¹⁹

Entre los dos y seis años de edad se presenta el primer periodo de reposo; en el cual los arcos dentarios poseen únicamente dientes deciduos, arcos ovoides y presentan menos alteraciones y variaciones que los arcos permanentes. En este momento la dentición temporal alcanza su madurez oclusal y la relación diente-hueso también se encuentra definida y parece no cambiar desde los tres a los seis años.¹⁹

Según un estudio realizado por Alejandra Requena nos explica que la lactancia materna favorece una oclusión ideal en la dentición temporal ya que durante el amamantamiento se producen estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos, ATM que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático.

Y el desarrollo de la musculatura con el amamantamiento implica el control y dirección del crecimiento facial, control de la dimensión vertical, equilibrio y forma de las arcadas. Además de que favorece el avance mandibular, el primer avance fisiológico.

Los movimientos de avance mandibular que realiza el niño cuando hace los movimientos de succión y deglución ejercita los músculos masticadores y faciales, disminuyendo en un 50% los indicadores de maloclusión dentaria.¹⁹

Ventajas de la lactancia Materna para la oclusión dentaria:

-Aparece una adecuada posición y función lingual facilitando el equilibrio dentario.

-La función muscular favorece el mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y alineación de los dientes.

-El movimiento mandibular durante la lactancia, evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose una mejor relación entre mandíbula y maxila.

En los últimos años diversas investigaciones indican que la lactancia materna ayuda a evitar muchas anomalías dentomaxilares que se producen en edades tempranas y se manifiestan en los primeros años de vida.¹⁹

6. Hábitos perniciosos bucales

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 en 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. 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.

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

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

Diversos autores plantean que la falta de función altera la forma, y la relacionan a la alta prevalencia de desequilibrio muscular y a la adquisición de hábitos viciosos en niños que no recibieron alimentación materna o lo hicieron por un período corto.

La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano es cuando ocurre la formación de diferentes estructuras a gran velocidad. El odontólogo y principalmente el odontopediatra tienen la responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pacientes para que estos presenten un desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y así, permitir que el niño adquiera y desenvuelva funciones básicas y primordiales como la masticación, la deglución y fonación.

Cuando el hábito permanece por tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejillas y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución. Se considera hábitos parafuncionales la succión no nutritiva, la respiración bucal, la deglución atípica y/o adaptada el bruxismo y la onicofagia.²⁰

6.1 Respiración bucal

La respiración normal requiere el libre paso de aire por los conductos nasal y nasofaríngeo. Esta función asociada a la masticación y deglución y a la correcta acción muscular de los labios y la lengua, estimulan el desarrollo y el crecimiento facial, pues los huesos responden al funcionamiento adecuado de los músculos y de los tejidos blandos (teoría de Moss).²¹

Cabe destacar la importancia que tiene la lactancia sobre la respiración y directamente relacionada con el desarrollo del maxilar superior. Un bebé que mama, refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico ya que puede succionar, deglutir y respirar (por la nariz) con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca. En el recién nacido (al igual que los primates) la situación de la laringe es muy alta lo que le permite la respiración y deglución simultánea. (Fig.7)¹³

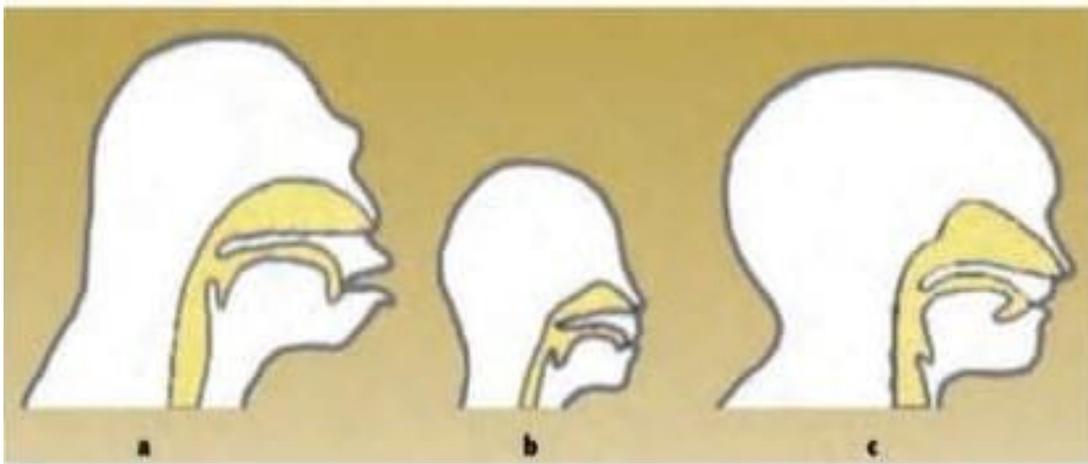


Fig.7. Diferencia primate, recién nacido y adulto.

Con el desarrollo esta situación de la laringe desciende con lo que se pierde esta capacidad pero se adquiere una caja de resonancia que permite el lenguaje.¹³

La lactancia, previene la respiración bucal ya desde pequeños, y el hecho de respirar por la nariz hace que las fosas nasales tengan un correcto desarrollo, las cuales están íntimamente ligadas con los huesos propios del maxilar. 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, no esté comprimido y no se desarrollen maloclusiones por este motivo.¹³

La respiración bucal causa irritación de la mucosa bucal y faríngea y la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre es insuficiente. Los senos maxilares muestran escaso crecimiento. A largo plazo se alteran el macizo nasomaxilar, los labios se separan, la mandíbula desciende y la lengua que normalmente debe estar sobre el paladar, también desciende acompañando a la mandíbula y pierde contacto con el maxilar. Es importante señalar que el crecimiento natural y la expansión del maxilar se relacionan con la fuerza que la lengua ejerce al mantenerse en contacto con el paladar. Por lo tanto, si la lengua no hace el contacto debido, a causa de la depresión mandibular, tanto el paladar como los dientes superiores quedan privados del soporte muscular y de la presión lateral de la lengua. Esto a su vez produce un desequilibrio entre las fuerzas musculares internas (lengua) y externas (faciales); el músculo buccinador ejerce una presión lateral en el arco maxilar que ya no puede ser contrarrestado por la fuerza muscular de la lengua, lo cual conduce al colapso del maxilar que a su vez origina un paladar estrecho y profundo, así como maloclusión o como la mordida cruzada posterior.²¹

Con la respiración nasal normal, el aire entra a los senos maxilares, permite su expansión y estimula el crecimiento del tercio medio de la cara. En cambio, con la respiración bucal el aire no llega a los senos maxilares, o lo hace en forma insuficiente, lo que impide su expansión y el estímulo del crecimiento; esto conduce a una depresión del tercio medio de la cara conocida como microrrinodisplasia.

Cuando la boca se mantiene abierta constantemente, los músculos responsables de abatir la mandíbula ejercen una fuerza muscular hacia atrás con cada inspiración y causan una rotación posteroinferior de la mandíbula, lo cual incrementa la altura facial; es por esto que los niños que respiran por la boca, frecuentemente tienen una cara larga o elongada. La rotación posteroinferior de la mandíbula, conduce a la separación de los dientes superiores e inferiores y así los molares dejan de estar en contacto y sobreerupcionen y den lugar a otra forma de maloclusión: la mordida abierta anterior.²¹

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo no sólo facial sino general, cuando la respiración tiende a realizarse a través de la cavidad bucal se producen una serie de efectos secundarios que van desde la recepción de un aire cargado de impurezas, frío, seco, deficientemente preparado hasta los efectos más complejos capaces de producir afectaciones sobre los maxilares, músculos y el individuo de forma general.²¹

6.2 Succión digital

La succión digital es un mal hábito que desarrollan algunos niños que succionan su dedo pulgar, haciendo que la parte digital de dedo contacte con el paladar y con el tiempo deforme el paladar, dando lugar a una mala mordida, dientes separados y paladar profundo.

Diversos autores consideran que el desarrollo de este hábito se acredita principalmente a una lactancia materna incompleta o a la falta total de esta, por lo tanto el niño no tiene que realizar mucho esfuerzo físico, hecho que impide su cansancio y que no agote todo su instinto natural de succión, sus consecuencias son una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula (desplazamiento hacia posterior), provocada por la presión que ejerce la mano y el brazo.

La succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica y permite al bebé alimentarse de su madre. Se trata de una respuesta innata ante un estímulo en la región oral. El reflejo de succión es normal hasta los tres años de edad, ya que cuando aparecen los primeros dientes temporales o de leche, significa que la masticación entra en acción y desaparece esta necesidad de succión.²³

Las consecuencias en la cavidad oral de este hábito vienen dadas por la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, la hiperactividad de los músculos buccinadores que comprimen el paladar, la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.²²

Efectos bucales del hábito de succión digital:

- Las arcadas dentarias se estrechan, con más intensidad en el sector anterior.
- La estabilidad del hueso alveolar está perjudicada.
- Los dientes anteriores superiores se vestibularizan, es decir, adquieren una posición inclinada hacia adelante.
- Presencia de diastemas, es decir, espacios entre los dientes.
- Mordida abierta anterior provocada por la colocación del dedo pulgar entre las dos arcadas.
- Paladar más estrecho y hundido, provocado por la presión del dedo sobre los dientes.
- Durante la deglución la lengua se coloca hacia delante para poder sellar el espacio anterior, hábito conocido como deglución atípica.
- Los incisivos inferiores están lingualizados (inclinados hacia el interior).
- Incompetencia labial, es decir, no hay contacto entre el labio superior e inferior.
- Problemas de lenguaje.
- Deformación de los dedos.
- Mayor riesgo de alteraciones gastrointestinales, de infecciones.²²

6.3 Uso de biberón y uso de chupón.

En los casos en que el amamantamiento no es posible, la solución más indicada es la utilización de fórmulas alimenticias infantiles, llamadas leches modificadas. La alimentación del lactante por lactancia artificial debe ser realizada solo a criterio médico. En la mayoría de las veces es realizada con el uso del biberón.

Algunos cuidados deben ser seguidos al amamantar al niño utilizando el biberón, el ritual de amamantamiento usando el biberón debe ser lo más parecido posible con la lactancia materna, es importante cultivar una relación de intimidad con el niño, dándole atención y cariño.

El lactante debe recibir el biberón estando semi-inclinado y nunca acostado, esa posición evitara la entrada de leche en el conducto auditivo y el riesgo de asfixia.

Se recomienda que el uso de biberón sea solo en el periodo en el cual el niño se alimenta exclusivamente de leche. A partir del momento en que es iniciada la alimentación de transición, que ocurre alrededor del 6º mes de vida, los alimentos deben ser ofrecidos en una cuchara y los líquidos en un vaso así evitaremos los efectos a largo plazo de utilizar biberones.²⁰

Succión no nutritiva: Podemos dar una nueva clasificación a la succión en nutritiva y no-nutritiva. La succión nutritiva como el propio nombre lo dice, es aquellas realizada para la alimentación y nutrición, sea por la lactancia materna o artificial. La succión no nutritiva es aquella realizada con el chupón o chupete, dedo o labio. Para evitar la instalación de hábitos de succión no nutritiva, una serie de medidas puede ser adoptadas: siempre que sea posible, estimular el amamantamiento hasta los primeros 6 meses de vida, si fuera necesario proceder a la lactancia mixta o artificial, utilizar tetinas de biberones anatómicos (ortodónticas) con orificios pequeños; utilizar el chupete de manera disciplinada y racional, es decir, cuando los bebés estén irritados o somnolientos después de

amamantar y cuando el niño sienta necesidad de succión, al iniciar el destete, ofrecer los líquidos en vaso y los alimentos en cuchara; no utilizar el biberón como medio de inducir el sueño del niño o de calmarlo; nunca deje el chupete colgado en el cuello del niño.²²

Recordando al chupete anatómico (ortodóntico) es preferirlo indicarlo a los demás chupetes pues, delante de algunos parámetros estudiados, los niños que utilizan este tipo de chupón presentaron menos alteraciones en los arcos dentarios y estructuras miofuncionales orales que aquellos que succionaban el chupete convencional.

El chupete anatómico es aquél que se asemeja al pezón materno. Su forma es un poco especial ya que su tetina tiene una parte plana para adaptarse al paladar del bebé de una forma natural cuando lo succiona.²²

Los datos mostraron que los hábitos de succión no nutritiva y la alimentación con biberón en los primeros meses de vida son el principal factor de riesgo para el desarrollo de maloclusiones como mordida profunda en dentición decidua y Clase II de Angle en dentición mixta.²³

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.²³

La diferencia entre la alimentación a biberón y el amamantamiento ha sido bien estudiada, sabemos que si el bebé es alimentado con biberón, la lengua por efecto de la chupa se ubica más baja dentro del espacio oral funcional, esto impide su roce fisiológico con el paladar duro y las presiones laterales necesarias

para compensar la presión negativa propia de la succión son menos fuertes y diferentes cuando se alimenta a biberón que las que se ejercen con el acto del amamantamiento, por lo tanto no hay respuestas de desarrollo adecuadas. Un estudio preliminar y exploratorio realizado en una población venezolana de niños de 3 a 6 años arrojó asociación significativa entre el paladar profundo y un período de amamantamiento menor a seis meses (Guerra, 1993). En otro estudio realizado por Kopra y Davis, 1991 observaron la presencia de paladar profundo y asimétrico así como un alto porcentaje de mordidas cruzadas posteriores en pacientes que fueron entubados desde el momento del nacimiento. Este estudio reportó asociación estadísticamente significativa entre el período de amamantamiento y el paladar profundo. Este hallazgo contribuye a confirmar el concepto de la influencia de factores exógenos en el desarrollo de los maxilares (Haulp 1969, Waisbord 1979, Guardo1981).²⁴

Conclusiones

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y la prevención de numerosas enfermedades.

Un tiempo de lactancia materna apropiado (mayor de 6 meses) se asocia a relaciones molares primarias en plano terminal recto y escalón mesial suave y canina en clase I, así como a un perfil recto, a una profundidad palatina adecuada y a normoclusión.

Quedo demostrado la relación de la respiración bucal y la importancia del amamantamiento en ella, siendo el primer y segundo estímulo presentes en él bebe ya que un bebé que mama, refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico, ya que puede succionar, deglutir y respirar (por la nariz) con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca, previniendo la respiración bucal y la aparición hábitos bucales, los cuales generarían un crecimiento erróneo en el maxilar y del paladar, provocando maloclusiones y anomalías dentomaxilofaciales.

La acción de mamar en lactancia materna estimula favorablemente la acción muscular a través del trabajo mecánico que ejerce el bebé para succionar y deglutir la leche, lo que contribuye notablemente al posicionamiento adecuado de la mandíbula, en el crecimiento transversal de los maxilares, lo que proporciona el medio adecuado para un desarrollo apropiado de la oclusión dental, también implica una serie de movimientos mandibulares; en conjunto con el movimiento mandibular acontece el desarrollo óseo.

Nos ha quedado claro que lactancia materna constituye el primer y más importante mecanismo natural de ortopedia funcional de los maxilares.

Referencias bibliográficas:

1. Espinosa R, Matos H. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 2]; 20(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/201>
2. Sosa N, Reyes O, Pérez N, Mato A. Diámetro transversal del maxilar y hábitos bucales perjudiciales en lactancia materna. Revista Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 11]; 21(2): 107-115. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200015
3. Rodríguez A, Martínez I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Feb [citado 2020 Ene 12]; 33(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100007&lng=es.
4. Piloneta G. Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría. Med UNAB 2003; 6(17): 89-92.
5. Fuguet J, Betancourt A, Ochoa L, González M, Crespo A, Viera D. The influence of maternal breast-feeding in preventing deforming buccal habits. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Oct [citado 2020 Feb 05]; 36(5): 561-571. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004&lng=es.
6. Da costa V, Hernández J. El ciclo de la oferta y demanda (internet). 2012 (citado el 8 de marzo del 2020). Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.pinterest.co.kr%2Fpin%2F178173728992890254%2F&psig=AOvVaw3tnNMWhbk4kecSinm>

G8CTC&ust=1585962360411000&source=images&cd=vfe&ved=0CAkQjhxq
FwoTCLjDiq2Iy-gCFQAAAAAdAAAAABAO

7. Moimaz SA, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2008 Sep;26(3):102-6.

8. Gorrita R, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y. Some aspects related to exclusive breastfeeding in the first six months of life. Rev. Cubana Pediatría [Internet]. 2015 Sep. [Citado 2019 Dic 12]; 87(3): 285-297. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300004&lng=es.

9. Fonseca R, Vítores H. Lactancia materna en el desarrollo de los maxilares. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 2020 Mar 12]; 20(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/202>

10. Canut, J.A. Ortodoncia Clínica. Barcelona, España: Ed. Masson-Salvat Odontología; 2000.

11. Otaño R. Crecimiento maxilar (internet). 2009 (citado el 8 de abril del 2020). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/crec-y-des-preg.pdf>

12. Otaño R. Desarrollo mandibular [internet].2014 [citado 7 de abril 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/LwilchesV/crecimiento-postnatal-del-complejo-crneo-facial>

13. Elisa R, Alejandro P. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones. Gaceta dental Ciencia (internet). 2011 enero (citado 2020 marzo 03) 132-140 Disponible en: https://www.gacetadental.com/wcontent/uploads/OLD/pdf/221_CIENCIA_Lactancia_materna.pdf

14. Merino E. LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS ANOMALÍAS DENTOFACIALES. Vol. 41 N° 2 / 2003 Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/2/lactancia_materna_anomalias_dentofaciales.asp
15. Paz M. Lactancia materna y su contribución al adecuado desarrollo del sistema estomatognático y sus funciones , Revista Científica Signos Fónicos (internet) Noviembre 2015 (citado 2020 abril 15): pag,19,20 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319703613_LACTANCIA_MATERNA_Y_SU_CONTRIBUCION_AL_ADECUADO_DESARROLLO_DEL_SISTEMA_ESTOMATOGNATICO_Y_SUS_FUNCIONES
16. Desconocido. Micrognasia [Internet]. 2013 [citado el 5 de marzo del 2020]. Disponible: http://en.atlaseclamc.org/face/63micrognathia_and_retrognathia-K07.0 - K07.1#.Xmn-wcPsbIU.
17. Jiménez A, Torres M, Lores E. "Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico "Rafael Valdés." (Revista internet) 2011."Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Junio 2012. (Citado 2020 Feb 05) Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-20/>
18. Navarro J, Duharte A. La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. Medisan. 2003 Abr-Jun [citado 3 Dic 2020];7(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm
19. Requena A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal [Posgrado]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.
20. Martínez M, Conde H, Trenzado N. Lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Rev. Médica Electrón [Internet]. 2008 [citado

25 Feb 2020]; 30(1). Disponible:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/474/html>

21. Díaz J, Mirna M, Fariñas C, Pellitero B, Álvarez E. La respiración bucal y su efecto sobre la morfología dentomaxilofacial. Departamento de Ortodoncia. Clínica Estomatológica Docente.

22. Guedes A, Bonecker M, Martins C, Fundamentos de la Odontología Odontopediatría , Sao Paulo Brasil, Gen, 2011.

23. Mendoza A, Asbún P, Crespo A. Andrea, Gonzales Susana, Patiño Rosa. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev. Bol. Pediátrica. [Internet]. 2008 Ene [citado 2020 Mayo 18]; 47(1): 3-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000100002&lng=es.

24. Guerra M, Mujica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta odontológica venezolana [internet] 1999 [4 de mayo 2020] vol. 3 no.2. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/influencia_amamantamiento_desarrollo_maxilares.asp