



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina  
Especialidad En Odontopediatría

**PRESENCIA DE MALOCCLUSIONES EN PACIENTES ALIMENTADOS CON  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, MIXTA Y OTRO TIPO DE  
ALIMENTACIÓN**

Opción de titulación

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de  
Especialidad en Odontopediatría

**Presenta:**

C.D. Verónica Aldaz Medina

**Dirigido por:**

C.D.E.O Ana Liz Yáñez Gutiérrez

C.D.E.O. Ana Liz Yáñez Gutiérrez  
Presidente

C.D.E.O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera  
Secretario

C.D.E.O.M.O. Iriam Verónica Becerril García  
Vocal

C.D.E.O. Héctor Mancilla Herrera  
Suplente

C.D.E.O.O. Juan Barrera Rico  
Suplente

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de  
Larrea  
Directora de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Marzo 2018

## RESUMEN

Una de las principales enfermedades orales, poco estudiadas durante la infancia son las maloclusiones. Se sabe además que existen factores que favorecen a la instalación de esta patología. Se asocian con la presencia de caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución, masticación y un corto periodo de lactancia materna. Se ha evidenciado como las más prevalentes: la mordida cruzada posterior y la mordida abierta. **Objetivo.** Determinar si existe relación entre las maloclusiones en dentición decidua y el tipo de alimentación recibida durante los primeros seis meses de vida. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de tipo experimental, longitudinal, y prospectivo. Seleccionando a pacientes de 3 a 5 años de edad. El tamaño de la muestra fue de 100 pacientes, se observó si presentaban algún tipo de maloclusión y se realizó una encuesta a los padres para determinar el tipo de alimentación durante los primeros 6 meses de vida. **Resultados.** La alimentación mixta fue la más frecuente entre el tipo de alimentaciones con un 44%, seguida de la lactancia exclusiva con un 42% y luego la ausente con un 14%. De los pacientes alimentados con lactancia exclusiva el 16.6% presentaron algún tipo de maloclusión, siendo la mordida cruzada anterior la más frecuente con un 57.1% En la alimentación mixta, presentaron maloclusiones un 18.1% de los pacientes, en donde de igual manera la mordida cruzada posterior se presentó con mayor frecuencia en un 75%. Por otra parte el grupo en el que la lactancia materna estuvo ausente el 85.7% de los pacientes presentaron maloclusiones, dándonos un valor significativo al comparar nuestros 3 grupos. **Conclusiones.** Aunque sabemos que el tipo de alimentación no es el único factor que puede provocar una maloclusión, podemos concluir que tiene un papel importante 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.

(**Palabras clave:** maloclusión, lactancia materna, dentición primaria)

## SUMMARY

One of the main oral diseases, little studied during childhood are malocclusions. It is also known that there are factors that favor the installation of this pathology. They are associated with the presence of dental caries, nasal respiratory failure, harmful sucking habits, swallowing, mastication and a short period of breastfeeding. It has been shown as the most prevalent: the posterior crossbite and the open bite.

**Objective.** To determine if there is a relationship between malocclusions in deciduous dentition and the type of feeding received during the first six months of life. **Material and methods.** An experimental, longitudinal, and prospective study was carried out. Selecting patients from 3 to 5 years old. The sample size was 100 patients, it was observed if they presented some type of malocclusion and a survey was conducted to the parents to determine the type of feeding during the first 6 months of life. **Results.** Mixed feeding was the most frequent among the type of feeds with 44%, followed by exclusive breastfeeding with 42% and then absent with 14%. Of the patients fed with exclusive breastfeeding, 16.6% presented some type of malocclusion, with the anterior crossbite being the most frequent with 57.1%. In mixed feeding, malocclusions presented 18.1% of the patients, whereby the crossbite was the same. It occurred more frequently in 75%. On the other hand, the group in which breastfeeding was absent, 85.7% of patients presented malocclusions, giving us a significant value when comparing our 3 groups. **Conclusions.** Although we know that the type of food is not the only factor that can cause a malocclusion, we can conclude that it has an important role specifically in the growth, development and maturation of the facial mass and consequently its insufficiency is related as one of the etiological agents of certain malocclusions.

(**Keywords:** malocclusion, breastfeeding, primary dentition)

## **DEDICATORIA**

La presente tesis se la dedico a mi familia ya que gracias a su apoyo pude concluir el posgrado de odontopediatría.

A mis padres, hermanos, amigos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mi esposo y mi hija por estar a mi lado, esperarme pacientemente todos los días y recibirme con la mejor de las sonrisas.

A mis profesores por ayudarme en mi formación y guiarme para realizarme profesionalmente.

A todo el resto de mis compañeros, amigos de que alguna u otra manera me han llenado de sabiduría para finalizar mi tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco principalmente a la Universidad Autónoma de Querétaro, que me hayan permitido realizar mi preparación para la obtención del título como Especialista en el área de Odontopediatría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo financiero otorgado para la elaboración de este proyecto de investigación.

Agradezco a mi asesora de tesis C.D.E.O. Ana Liz Yáñez Gutiérrez por el apoyo brindado para la realización de este trabajo de investigación, así como a mis compañeras de la especialidad por proporcionarme los medios para poder realizar la investigación de campo y a mi asesor metodológico y el Dr. Rubén Domínguez por su empeño y dedicación para que este trabajo se culminara en tiempo y forma.

A mis maestros les doy las gracias por compartir sus conocimientos y sacar de mi lo mejor, tanto en lo escolar como en el área clínica, a aquellos que corrigieron mis errores y notaron mis habilidades, simplemente queda dar las gracias porque me llevo de ustedes solo lo mejor.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PAGINA.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1. Revisión de la literatura	7
2. Planteamiento del problema	22
<b>2. OBJETIVOS</b>	
1. Objetivo General	18
2. Objetivos Específicos	18
<b>3. METODOLOGÍA</b>	
1. Sujeto experimental	23
2. Métodos	24
3. Análisis Estadístico	28
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
1. Resultados	28
2. Discusión	31
3. Conclusiones	34
<b>5. REFERENCIAS</b>	36
<b>6. APENDICE</b>	40

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de Género.....	28
Tabla 2. Frecuencia de Género por edad.....	29
Tabla 3. Frecuencia de maloclusión, según el tipo de alimentación.....	30
Tabla 4. Frecuencia de maloclusiones según el tipo de alimentación en ambos géneros.....	30
Tabla 5. Frecuencia entre el tipo de maloclusión y el género.....	31

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Revisión de la literatura

En marzo 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U.N.I.C.E.F) presentaron la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño", destacando a la lactancia materna como fundamental para la supervivencia infantil (Mendoza et al. 2018).

El abandono de la lactancia natural es a nivel mundial y la OMS determinó que, la tasa de abandono es del 3% de las madres que amamantan de manera inicial y se incrementa al 11% a los 6 meses de vida del niño (Mendoza et al. 2018).

A escala mundial, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, se incrementa el abandono de la lactancia materna exclusiva, la cual es sustituida por la artificial o la mixta (Caballero et al., 2013).

Las principales causas de abandono de la lactancia materna por Broche et al., (2010) son: que el niño se quedó con hambre, que la madre no tiene suficiente leche en los senos, que el niño llora mucho, que no aumenta de peso, que no quiere el pecho, que daña la estética de la madre y enfermedades en los senos.

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. Por otra parte, estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se asocia con la presencia de mal oclusiones dentales (Mendoza et al. 2018).

Según la OMS, los tres problemas bucales más comunes actualmente en el mundo son las caries, la enfermedad periodontal y las maloclusiones (Rosa et al., 2012).

## ***Amamantamiento***

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 activando y creando el crecimiento y desarrollo de la mandíbula, los músculos pterigoideos, y diferenciación de las articulaciones temporomandibulares (Rodríguez y Martínez, 2011).

El neonato 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. Es el primer avance fisiológico de la oclusión. 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 en los niños.

Según López et al., (1999) la boca del recién nacido esta adaptada para la función primordial del amamantamiento: los labios presentan prominencias y crestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de Robin Magitot, también se encuentra una posición distal del maxilar inferior.

Además posee tres reflejos que hacen posible el amamantamiento y es la búsqueda, la succión y la deglución. A la 16va semana de vida intrauterina el feto presenta el reflejo de succión.

El amamantamiento se realiza en dos fases:

Primero hay presión del pezón y areola, haciendo un cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende, creando vacío en la parte anterior, y permanece cerrada la parte posterior por el paladar blando y la parte posterior de la lengua (Rodríguez y Martínez, 2011).

En la segunda fase avanza el maxilar inferior hasta colocar su borde alveolar frente al superior, para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un afrontamiento anteroposterior, al salir la leche la lengua realiza movimientos

peristálticos hasta llevarla a la parte posterior de la lengua y es deglutida (Rodríguez y Martínez, 2011).

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 (Rodríguez y Martínez, 2011).

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (Rosa et al., 2012).

A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros (Rosa et al., 2012).

La OMS sugiere "mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida" (Rosa et al., 2012).

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

## **Técnicas de amamantamiento**

Debe considerarse que la producción de leche de ambos pechos no es la misma, existen diferencias que pueden llegar hasta el 25% entre uno y otro.

Entre los mecanismos que influyen de manera decisiva en la secreción de leche se encuentran el frecuente y enérgico estímulo que sobre el pezón ejercen las succiones del niño y el completo y frecuente vaciamiento de la mama. De modo opuesto, es bien conocida la influencia negativa que ejercen el estrés, el cansancio físico, las preocupaciones, o la ansiedad. El amamantamiento es suficiente para asegurar un crecimiento óptimo durante los primeros seis meses de vida. A partir de este período, la leche de la madre comienza a ser insuficiente para las necesidades del niño (González, 2004).

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres debemos confiar en nuestra capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición (González, 2004).

### *Posición del niño con la madre acostada*

Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre (González, 2004).

### *Posición tradicional o de cuna*

La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre (Aguayo et al., 2004).

### *Posición de cuna cruzada*

Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho (Aguayo et al., 2004).

### *Posición de canasto, o de rugby*

Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca (González, 2004).

### *Posición sentado*

En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta (González, 2004).

### *Posición sentada*

La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El bebé mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para

acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé) (González, 2004).

Sea cual sea la posición a adoptar la cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello.

Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición. La boca del bebé tiene que estar muy abierta, pecho muy adentro de la boca, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se sitúe entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí (Aguayo et al., 2004).

Al nacer, el niño tiene un perfil totalmente convexo por una retroposición mandibular fisiológica que se corrige al realizar los movimientos durante el amamantamiento. Ellos ayudan a reestructurar la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. El niño que se alimenta por medio del seno materno utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento que aquel que toma del biberón. De hecho, el succionar el pezón, por sus características anatómicas, requiere del niño un esfuerzo que garantiza que todas las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan en armonía (Morales y Stabile, 2014).

Por ello, el amamantamiento es el primer tratamiento natural de ortopedia funcional que estimula el crecimiento normal del maxilar y la mandíbula, con la acción normal de labios y lengua, lo cual difiere del uso del biberón que está envuelto en la etiología de las maloclusiones (Morales y Stabile, 2014).

Aunque hay estudios de la OMS que expresan que la lactancia materna exclusiva (LME) se ha incrementado entre 1990 y 2004 en países en desarrollo de 34 a 41 %, el abandono del amamantamiento es un problema con importantes implicaciones personales, sociales, sanitarias y económicas, que se manifiesta con diferente intensidad y características, según el contexto socioeconómico de cada región o país (Gorrita et al, 2015).

Broche et al., (2010) explica que en épocas remotas, la lactancia natural era un requisito indispensable para la supervivencia de un niño. En estudios realizados en América Latina y el Caribe, solo el 35 y el 60 % respectivamente de los niños, siguen siendo amamantados hasta los 6 meses de edad.

También menciona que según cálculos realizados por la Unicef, en la actualidad en los países económicamente en desventaja, mueren aproximadamente 1 500 000 lactantes al año por falta de una adecuada lactancia materna, por haber recibido alimentación con productos sustitutos de la leche materna. Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro. En general las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas.

Se plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace basado en la necesidad de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este bebé, a lo largo de su vida, irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o se pondrá objetos extraños en la boca, se morderá las uñas, el pelo, el brazo y el labio. En fin, practicará muchos de estos hábitos incorrectos que son causa de maloclusión en etapas posteriores (Vergara et al. 2014).

La función de la lactancia materna es relevante y el momento en que se practique es un período vital de crecimiento no igualado durante el resto de la vida. Solo esta permite obtener un resultado óptimo, pues aunque se han ideado biberones especiales, que a diferencia de los convencionales, imitan en lo posible el pezón ningún biberón es capaz de replicar las características de succión del seno materno (Vergara et al. 2014).

El uso del biberón induce patrones de baja actividad muscular que interfieren en el desarrollo normal de los rebordes alveolares y de la región anterior palatina, lo que puede llegar a ocasionar una mordida cruzada posterior (Morales y Stabile, 2014).

Los niños amamantados con biberones realizan poco esfuerzo y demoran más en dormirse, por lo cual muchos recurren a hábitos viciosos o inadecuados para satisfacer su instinto de succión, de manera que la lactancia artificial es considerada un factor causal en el desarrollo de dichos hábitos (Vergara et al. 2014).

Por lo que 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 (López et al., 1999).

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 es importante ver en qué grado, el tipo de lactancia y los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria (Vergara et al. 2014).

## **Funciones orales fisiológicas**

### *Succión*

Es una de las primeras actividades fisiológicas del ser humano ya que corresponde a una necesidad básica del organismo como es la alimentación. Esta función se mantiene hasta la aparición de los dientes, período en el que comienza la masticación, y es a partir de este momento cuando, de continuar con la succión infantil, se producirá la maloclusión (García. 2006).

### *Deglución*

En el lactante, y hasta la aparición de la dentición, la deglución se realizará con la lengua sobre el rodete gingival inferior; el pezón o la tetina del biberón quedarán comprimidos entre la lengua, la encía y el labio superior, y se iniciarán movimientos mandibulares en sentido anteroposterior mandibular y peristálticos de la lengua.

Con la aparición de la dentición, la oclusión dentaria fijará la mandíbula durante la deglución, los labios permanecerán cerrados y los dientes en contacto (García. 2006).

### *Respiración*

La respiración normal es la nasal, en la que el aire entra por la nariz sin necesidad de realizar esfuerzo alguno. En el momento de la inspiración, se produce simultáneamente el cierre de la cavidad oral, creando una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, la lengua se eleva y se ejerce una fuerza positiva para el desarrollo del maxilar superior (García. 2006).

De manera ideal, se impone brindar a las madres asesoramiento dietético inmediatamente después del nacimiento del niño, ya que es mejor establecer buenos hábitos que modificar los malos. Los movimientos de la lengua y la actividad incrementada del conjunto de músculos suprahiodeos, desempeñan una importante función en los períodos de succión durante el amamantamiento, puesto que sientan las bases para un mejor crecimiento y desarrollo de los maxilares (Mendoza et al. 2018).

### **Características normales del arco temporal**

Los dientes temporales, al erupcionar se ubican en un espacio virtual relacionado a músculos y sus funciones. Estas últimas ejercen influencia directa sobre las piezas e indirectamente en los tejidos de soporte; así, debido a la adaptabilidad de éstos durante la primera infancia, los arcos terminan por lo general bien alineados, de forma regular y, en general, con menos alteraciones que las observadas en la fórmula permanente.

Las características normales de la dentición decidua son la forma de arco aproximadamente semicircular, presencia de espacios primates, leve sobremordida horizontal y vertical, plano terminal recto, relación canina Clase I, los dientes

anteriores forman entre si un ángulo de casi 180°, presencia o no de diastemas (tipo I o tipo II), no existe la Curva de Spee, ni la curva de Wilson (Pipa et al. 2011).

La presencia de apiñamiento y malposiciones dentarias es rara en dentición temporal y representa un mal pronóstico para el desarrollo futuro de la dentición permanente. Son pocas las maloclusiones que se producen en la dentición temporal y está claro que ciertas alteraciones sobre dicha dentición influyen en la dentición permanente. En algunos casos estas alteraciones permitirán predecir las necesidades de un tratamiento inmediato posterior al inicio de la dentición mixta futura (Pipa et al. 2011).

### **Beneficios de la leche materna y su relación con el sistema estomatognático**

Existen ventajas de la lactancia materna sobre el sistema estomatognático que contribuyen a un adecuado desarrollo de la boca del bebé como son:

- Proporciona estabilidad psicológica disminuyendo la presencia de hábitos nocivos.
- - Aumenta el flujo y Ph salival.
- Previene alteraciones del lenguaje por estimulación muscular durante la succión y la deglución.
- Provee un mayor desarrollo de los maxilares permitiendo el avance mandibular, estimulando los meniscos articulares y contribuyendo al desarrollo de la ATM, al igual que logra una adecuada posición y función lingual facilitando el equilibrio craneofacial.
- Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye en un 50% cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (apiñamiento, mordidas cruzadas, abiertas, distoclusión) que afectan la estética y la función dentofacial del niño ( Jiménez et al., 2011).

## **Maloclusiones**

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. También implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones de protrusión, en lateralidad o céntrica. Según Angle, sería las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto (Pipa et al. 2011) .

Una oclusión normal se refiere a la correcta relación existente entre el maxilar superior y la mandíbula, que está directamente relacionada con el crecimiento armónico de ambos maxilares y sus estructuras. Cuando se presenta un trastorno en el proceso de crecimiento y desarrollo craneofacial y del sistema estomatognático, se está en presencia de una maloclusión (Morales y Stabile, 2014).

La maloclusión es una desviación de crecimiento y desarrollo, principalmente de los músculos y los huesos de la mandíbula durante la infancia y la adolescencia, y puede estar relacionado con los hábitos nocivos de la primera infancia. Existen controversias sobre las causas de la maloclusión en la dentición primaria y si estas predicen la maloclusión en la dentición permanente (Saliba et al, 2014).

Una de las principales enfermedades orales, poco estudiadas durante la infancia son las maloclusiones. Se sabe además que existen factores que favorecen a la instalación de esta patología, como son los malos hábitos orales, que pueden ocasionar desequilibrio en la musculatura estomatognática facial (Alvarez et al., 2011).

Las anomalías dentomaxilofaciales pueden ser dentales, maxilares o faciales; es un término que involucra la cara del paciente. Varían según el grado de severidad, la

edad, el sexo, el crecimiento y desarrollo, las condiciones psicosociales, afectivas y el medio ambiente ( Jiménez et al., 2011).

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, en cambio, 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 (Rodríguez y Martínez, 2011).

Las maloclusiones en la mayoría de los casos son visibles a temprana edad y aunque muchos reciben terapias interceptivas, el problema principal aún no está resuelto de manera global.

La lactancia se ve como un factor determinante para el desarrollo craneofacial adecuado, ya que promueve el ejercicio intenso de los músculos orofaciales, estimulando favorablemente las funciones de respiración, deglución, masticación y fonación. Sin embargo, el reemplazo de la lactancia materna con la alimentación con biberón se menciona en la literatura como un factor con consecuencias para la salud de los niños (Saliba et al, 2014).

La primera consulta de ortodoncia debe realizarse tan pronto como el niño complete su arco caducifolio. Niños en el 30 ° y 36 ° meses de edad pueden proporcionar evidencia de desequilibrio oclusal, lo que facilita la planificación preventiva antes con el fin de evitar el avance de una condición adversa oclusal (Saliba et al, 2014).

El niño al mamar respira por la nariz al contar con una perfecta coordinación que le permite respirar, succionar y deglutir rítmicamente sin necesidad de soltar el pezón, disminuyendo así la frecuencia de respiración bucal en los niños; contribuye a la disminución de la frecuencia y gravedad de estados alérgicos y respiratorios debido a sus ventajas inmunológicas, pues la leche materna contiene, complemento C3, C4, elementos celulares, componentes del sistema inmune como

inmunoglobulina A, confiándole capacidad antibacteriana y propiedades antivirales, al presentar múltiples factores tales como anticuerpos, interferón, entre otros (Jiménez et al., 2011).

Al inicio, cuando la función es alterada, el desvío es imperceptible, sólo se evidencia algún tiempo más tarde, por ejemplo el amamantamiento insatisfactorio, el uso continuo del chupón, la succión digital, la insuficiencia masticatoria, la respiración bucal, como factores de deformación, asimismo cuando se ofrece el chupón para calmar al bebé o se permite que este reciba amamantamiento materno hasta los 2 ó 3 años ó uso del biberón hasta más allá de los 3 ó 4 años y que con diferentes razones los padres contribuyen a que los hábitos se instalen conllevando a desvíos de forma y función (Alvarez et al., 2011).

Las alteraciones en el desarrollo de la oclusión están influenciadas por factores hereditarios, congénitos, constitucionales y ambientales. También se asocian con la presencia de caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución, masticación y un corto periodo de lactancia materna. Estas son responsables de algunas formas de maloclusión en la infancia, de las cuales se ha evidenciado como las más prevalentes: la mordida cruzada posterior y la mordida abierta. Estas se ven influenciadas por periodos cortos de lactancia materna (Rosa et al., 2012).

El uso del biberón induce patrones de baja actividad muscular que interfieren en el desarrollo normal de los rebordes alveolares y de la región anterior palatina, lo que puede llegar a ocasionar una mordida cruzada posterior. Por el contrario, las mordidas abiertas están asociadas con el hábito de succión (Rosa et al., 2012).

#### *Mordida abierta anterior*

La mordida abierta anterior se puede definir como la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas (Alcaráz et al.,2012).

La falta de desarrollo dentario alveolar vertical produce una “mordida abierta anterior”, en la que, en máxima intercuspidación molar, los incisivos superiores e inferiores permanecen separados en el plano vertical, dificultando la normal masticación, deglución y fonación (García. 2006).

Este tipo de maloclusiones es muy frecuente en edades tempranas y durante el proceso de recambio dentario, la deglución atípica o infantil por la interposición lingual que presenta provoca esta maloclusión, al igual que algunos hábitos, como el de succión, ya sea de un objeto, principalmente biberón.

#### *Mordida cruzada*

Existe una mordida cruzada en uno o varios dientes de la arcada superior cuando sus cúspides o sus bordes incisales (en caso de los incisivos) ocluyen por dentro, es decir, por palatino, de las cúspides o bordes incisales de los dientes de la arcada inferior. Puede afectar a uno o varios dientes. Si la mordida cruzada se localiza en el área incisiva, se denomina “mordida cruzada anterior”; si aparece en los sectores laterales, hablamos de “mordida cruzada posterior (García. 2006).

#### *Mordida cruzada anterior*

Es uno de los problemas ortodónticos más comunes en pacientes en crecimiento. Se caracteriza porque uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo sobre la cara lingual de los anteroinferiores. Puede deberse a una retrusión del maxilar superior, a una protrusión de la mandíbula o una combinación de ambas; pero cuando afecta a uno o varios dientes de forma aislada, la causa suele ser meramente dentaria. Una mordida cruzada anterior puede aparecer como un factor

predisponente en el desarrollo de una maloclusión clase III (Rodríguez y Casada. 2007).

Estas maloclusiones deben ser tratadas con la finalidad de eliminar los obstáculos para el desarrollo facial y de la oclusión y para mantener o restaurar la función normal. Efectivamente, hay notables cambios en la trayectoria mandibular que podrían ser agentes negativos para el desarrollo, de esa manera el tratamiento temprano de esta maloclusión puede evitar el bruxismo en el sector frontal, lo cual puede producir desgastes importantes en el esmalte de los incisivos involucrados, en la búsqueda mediante adelantamiento mandibular de mayor contacto en máxima intercuspidad (Rodríguez y Casada. 2007).

#### *Mordida cruzada posterior*

Son alteraciones de oclusión sobre el plano transversal. Este tipo de mordida presenta las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyendo sobre las fosas de los molares y premolares inferiores, encontrando de esa manera que los dientes inferiores desborden lateralmente a los superiores al ocluir (Rodríguez y Casada. 2007).

Este tipo de maloclusión en la dentición temporal es de relativa frecuencia. La etiología no está del todo clara, encontrándose como causas posibles los hábitos de succión, posiciones inadecuadas al dormir, o más frecuentemente interferencias oclusales (Rodríguez y Casada. 2007).

Viggiano et al. (2004) realizó un estudio retrospectivo en Italia en 1130 niños, donde observaron el efecto del tipo de alimentación y hábitos de succión no nutritivos en la oclusión en dentición decidua, los niños con los hábitos de succión no nutritiva y siendo alimentados con biberón tenían más que el doble de riesgo de presentar mordida cruzada posterior. La alimentación de pecho mostró un papel protector en el desarrollo de la mordida cruzada posterior en la dentición temporal.

Es significativo destacar el aporte de Raymond (2003), quien acota que 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.

En el 2014 se realizó un estudio observacional de tipo transversal. La población de estudio consistió en 207 historias clínicas (anamnesis y examen clínico) de niños de 3 a 16 años de edad que acudieron al posgrado de Odontopediatría de la Universidad Santa María en Caracas, Venezuela, entre 2012 y 2013. De las historias se obtuvieron los siguientes datos: edad del paciente, si recibió o no lactancia y el tiempo, así como la presencia actual de hábitos orales parafuncionales como onicofagia, succión digital y bruxismo, y las maloclusiones como mordida abierta, mordida profunda y cruzada posterior unilateral. La presencia de maloclusiones se observó en el 41% de la muestra. Entre ellas, la mordida abierta anterior representaba el 19 %; la mordida profunda, el 14,9 %; la mordida cruzada posterior, el 2,6 %, y otras maloclusiones, el 8,2 %. Sin embargo, estos resultados no muestran relación significativa entre la lactancia materna y la aparición de maloclusiones (Morales y Stabile, 2014).

## 1.2 Planteamiento del problema

Hoy en día es indiscutible los beneficios que aporta la lactancia materna tanto para la madre como para el hijo, bien sea desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico entre otros. A diferencia de esto, es poco conocido los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo del aparato bucal, y su relación con las posibles alteraciones dentofaciales.

De acuerdo a los estudios realizados no se sabe exactamente si existe una relación entre los diferentes tipos de alimentación presentada en los primeros 6 meses de

vida y la presencia de algún tipo de maloclusión en los pacientes con primera dentición.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo general

Determinar si existe relación entre las maloclusiones en dentición decidua y el tipo de alimentación recibida durante los primeros seis meses de vida.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar a los menores que recibieron lactancia materna exclusivamente
- Identificar a los menores que recibieron alimentación mixta
- Identificar a los menores que recibieron otro tipo de alimentación
- Clasificar a los menores según el periodo de tiempo que presentaron dicha alimentación.
- Examinar el tipo de oclusión que presenta e identificar la presencia o ausencia de maloclusión.

## **3. METODOLOGIA**

### 3.1 Sujeto experimental

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. Se obtuvo una muestra de 100 pacientes.

La población a estudiar fueron pacientes de 3 a 5 años de edad que acudieron a la clínica del posgrado de odontopediatría de la FMUAQ en el periodo enero a junio 2017.

Se realizó una encuesta, la cual fue realizada a los padres o tutores de los 100 pacientes, para determinar el tipo de alimentación recibida los 6 primeros meses de vida.

Se incluyeron niños y niñas de 3 a 5 años de edad que tuvieran dentición decidua completa.

Se eliminaron aquellos en que por alguna causa no puedan resolver adecuadamente el cuestionario y en los que el tutor no quiera concluir con el cuestionario.

### 3.2 Métodos

Previo a autorización del Comité de Investigación de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

El estudio comenzó realizando la historia clínica al paciente, si este se encontraba entre los 3 y los 5 años, se procedía a realizar la aplicación de un cuestionario a los padres.



Dicho cuestionario se basaba en si el preescolar recibió lactancia materna exclusiva, si recibió alimentación mixta (combinación de leche materna con otros alimentos o fórmulas lácteas artificiales) o si hubo ausencia de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, así mismo se dio a conocer el consentimiento informado al padre o tutor, dándole a conocer el motivo y los propósitos de nuestro estudio. Se garantizó la confidencialidad del uso de los resultados para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.



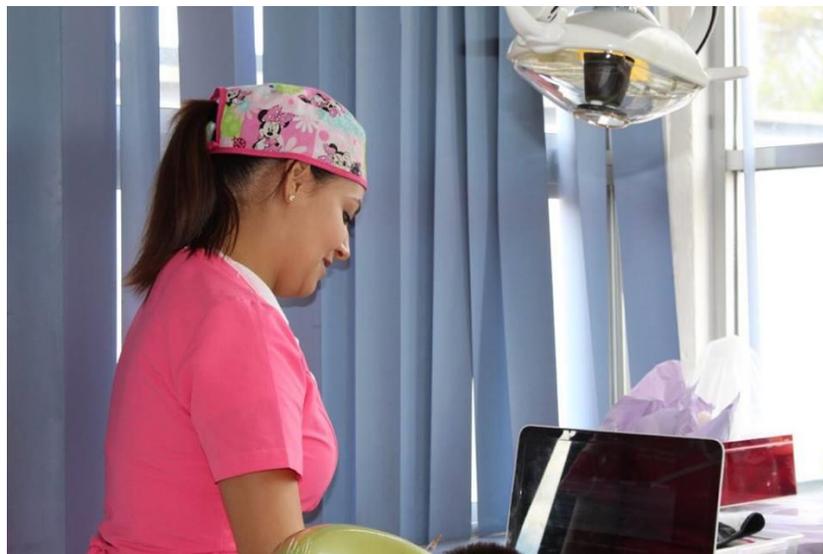
La lactancia materna se clasificó como exclusiva cuando el menor solo fue alimentado con seno materno, mixta cuando recibió algún otro alimento durante los 6 primeros meses de vida y ausente cuando solo recibió alimentación artificial.

Posteriormente se realizó el examen clínico intraoral y extraoral, se llevó a cabo con en un sillón dental y con luz artificial; El diagnóstico de los diferentes tipos de maloclusión fue realizado por examen oral directo utilizando medios de control de infección como guantes de exploración e instrumental de exploración clínica.



La mordida abierta fue determinada por la relación desde el límite incisal del incisivo superior hasta la zona vestibular de los incisivos inferiores paralelos al plano oclusal. La mordida abierta anterior fue registrada en aquellos casos de pérdida de contacto entre los dientes superiores e inferiores. La mordida cruzada tanto anterior como posterior fueron registrados en casos de relación inversa de uno o más dientes en ambas hemiarquadas.

Los datos obtenidos fueron vaciados en la hoja de recolección de datos la cual fue realizada en Microsoft Excel.



Se elaboró una tabla general, determinando el número de paciente, su edad, el tipo de alimentación, presencia y tipo de maloclusión

No. Paciente	Edad	Sexo	Lactancia materna exclusiva	Alimentación mixta	Otro tipo de alimentación	Maloclusión	Mordida cruzada anterior	Mordida abierta	Mordida cruzada
1	5 años 6 meses	M	Si	No	No	Si	No	Si	No
2	4 años 3 meses	F	Si	No	No	No	No	No	No
3	5 años	F	Si	No	No	No	No	No	No
4	5 años 2 meses	M	No	Si	No	No	No	No	No
5	4 años 1 mes	F	Si	No	No	No	No	No	No
6	4 años 8 meses	M	No	Si	No	No	No	No	No
7	5 años 2 meses	M	Si	No	No	No	No	No	No
8	4 años 2 meses	F	Si	No	No	No	No	No	No
9	5 años	M	Si	No	No	No	No	No	No
10	5 años 1 mes	F	No	Si	No	No	No	No	No
11	5 años 3 meses	M	No	No	Si	Si	Si	No	No
12	6 años	F	Si	No	No	No	No	No	No
13	4 años 9 meses	F	No	Si	No	No	No	No	No
14	3 años 1 mes	M	No	No	Si	Si	Si	No	No
15	3 años 9 meses	M	No	No	Si	No	No	No	No
16	4 años 4 meses	F	Si	No	No	No	No	No	No
17	4 años	F	No	Si	No	No	No	No	No
18	4 años 11 meses	F	Si	No	No	No	No	No	No
19	4 años 1 mes	M	Si	No	No	No	No	No	No
20	5 años 6 meses	F	Si	No	No	No	Si	No	No
21	5 años	M	Si	No	No	No	No	No	No
22	4 años 2 meses	F	Si	No	No	No	No	No	No
23	4 años 2 meses	F	No	Si	No	No	No	No	No
24	4 años 9 meses	F	No	Si	No	No	Si	No	No
25	5 años 6 meses	M	No	Si	No	No	No	No	No
26	4 años 6 meses	F	No	No	Si	No	No	No	No



Se analizó con estadística descriptiva e inferencial. La primera por medio de medidas y tendencia central (promedios), dispersión (desviación estándar) y frecuencia. Y la estadística inferencial con la prueba X2, con un nivel de confianza del 95%.

### 3.3 Análisis estadístico

Los datos están expresados en frecuencia y porcentaje.

Se realizó la prueba de X2 para identificar la diferencia en la distribución de los grupos.

Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables cuantitativas se aplicó la prueba t de student y para las cualitativas la prueba exacta de Fisher. La significancia estadística fue establecida en  $p < 0.05$  utilizando el paquete estadístico GraphPath Prism.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 RESULTADOS

De un total de 100 pacientes, se obtuvo una frecuencia predominante del género femenino (55%), tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** *Frecuencia de Género*

Género	Porcentaje (%)
Femenino	55%
Masculino	45%

En la tabla 2 se observa la frecuencia de género por edad, en donde tanto el género masculino como el femenino, la edad más frecuente fue de 4 años, con un 37.7% y un 56.3% respectivamente y la edad menos frecuente fue de 3 años en ambos grupos.

**Tabla 2. Frecuencia de Género por edad**

	Masculino (n=45)	Femenino (n=55)	Valor P
	Frecuencia (%)		
3 años	7 (15.5%)	6 (10.9%)	
4 años	17 (37.7%)	31 (56.3)	0.1023
5 años	21 (46.6%)	18 (32.7%)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

En la tabla 3 observamos que la alimentación mixta fue la más frecuente entre el tipo de alimentaciones con un 44%, seguida de la lactancia exclusiva con un 42% y luego la ausente con un 14%.

De los pacientes alimentados con lactancia exclusiva el 16.6% presentaron algún tipo de maloclusión, siendo la mordida cruzada anterior la más frecuente con un 57.1%

En la alimentación mixta, presentaron maloclusiones un 18.1% de los pacientes, en donde de igual manera la mordida cruzada se presentó con mayor frecuencia en un 75%.

Por otra parte el grupo en el que la lactancia materna estuvo ausente el 85.7% de los pacientes presentaron maloclusiones, dándonos un valor significativo al comparar nuestros 3 grupos.

**Tabla 3.** Frecuencia de maloclusión, según el tipo de alimentación

	Lactancia Exclusiva (n=42)	Alimentación Mixta (n=44)	Ausente (n=14)	Valor P
Frecuencia (%)				
Maloclusión	7 (16.6%)	8 (18.1%)	12 (85.7%)	<0.0001
Mordida Abierta	3 (42.8%)	0	5 (41.6%)	
Mordida cruzada Posterior	0	2 (25%)	3 (25%)	<0.0001
Mordida cruzada Anterior	4 (57.1%)	6 (75%)	4 (33.3%)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

En la tabla 4 se relacionó la frecuencia de las maloclusiones según el tipo de alimentación comparando ambos géneros, respecto al grupo de lactancia exclusiva el 71.4% fueron mujeres y el 28.5% hombre, en los dos grupos restantes se presentaron en igualdad tanto hombres como mujeres con un 50%. En este caso no existió diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 4** Frecuencia de maloclusiones según el tipo de alimentación en ambos géneros

	Lactancia exclusiva (n=7)	Alimentación mixta (n=8)	Ausente (n=12)	Valor P
Frecuencia (%)				
Femenino	5 (71.4%)	4 (50%)	6 (50%)	0.6175
Masculino	2 (28.5%)	4 (50%)	6 (50%)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

Respecto a la relación entre la frecuencia del tipo de maloclusión y el género, tampoco existieron diferencias significativas como se muestra en la tabla 5. En el grupo de pacientes con mordida abierta se presentaron con un 50% ambos grupos, en el de mordida cruzada posterior el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, por último en el grupo de mordida cruzada anterior el 57.1 fueron hombres y el 42.8% mujeres.

**Tabla 5** Frecuencia entre el tipo de maloclusión y el género

	Mordida abierta (n=8)	Mordida cruzada posterior (n=5)	Mordida cruzada anterior (n=14)	Valor P
	Frecuencia (%)			
Mujeres	4 (50%)	1 (20%)	6 (42.8%)	0.5485
Hombres	4 (50%)	4 (80%)	8 (57.1%)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

## 4.2 DISCUSIÓN

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 (Rodríguez y Martínez, 2011)

La OMS sugiere "mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida". (Rosa et al., 2012)

En el presente trabajo de investigación se valoraron 100 pacientes de entre 3 y 5 años, en donde se observó que solo el 42% de ellos recibieron lactancia materna

exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida, el 44% recibieron alimentación mixta y el 12% únicamente biberón. A diferencia del estudio realizado en el 2011, en donde el mayor por ciento de los examinados lactó lo que representó una experiencia positiva ( Jiménez et al., 2011).

Una de las principales enfermedades orales, poco estudiadas durante la infancia son las maloclusiones. Las anomalías dentomaxilofaciales pueden ser dentales, maxilares o faciales; es un término que involucra la cara del paciente. Varían según el grado de severidad, la edad, el sexo, el crecimiento y desarrollo, las condiciones psicosociales, afectivas y el medio ambiente ( Jiménez et al., 2011).

También se asocian con la presencia de caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución, masticación y un corto periodo de lactancia materna. Estas son responsables de algunas formas de maloclusión en la infancia, de las cuales se ha evidenciado como las más prevalentes: la mordida cruzada posterior y la mordida abierta (Rosa et al., 2012).

Por lo tanto nuestros resultados coinciden con los estudios mencionados anteriormente, ya que el mayor número de maloclusiones se presentó en aquellos pacientes en los que hubo ausencia de lactancia materna con el 85.7%, seguido de aquellos que recibieron alimentación mixta con un 18.1%, y por último los pacientes con lactancia materna exclusiva solo un 16.6%, tomando en cuenta que la alimentación no es el único factor que influye en esta patología.

En el estudio realizado por Pipa et al en el 2011, se presentó con mayor frecuencia las maloclusiones en el género femenino, sin embargo, en nuestro estudio no se observaron valores significativos en cuanto a la presencia de maloclusiones en el género, nuestro valor de P fue de 0.6175.

En cuanto a la prevalencia de las maloclusiones difiere con el estudio mencionado, ya que la mordida cruzada anterior fue la que se presentó con mayor frecuencia, con un 48.4%, seguida de la mordida cruzada posterior con un 29.6% y por último la mordida abierta con un 22.2%.

Blanco en Venezuela mostró un alto porcentaje de niños amamantados sin anomalías, el 56,8%, en contraste con aquellos que no lactaron, el 38,46% y presentaron anomalías. Ocurrió que en el 61,54% de los niños que no recibieron lactancia natural se presentó el resalte anterior aumentado, coincidiendo con este estudio. Otro hallazgo en más de la mitad de esa población fue el micrognatismo transversal, el 52,46%, valores inferiores a los encontrados en esta investigación. Es conocido que si el bebé es alimentado por biberón, la lengua se ubica más baja impidiendo su roce fisiológico con el paladar y las presiones laterales necesarias para compensar la presión negativa propia de la succión son menos fuertes y diferentes que las que se ejercen con el acto de amamantamiento. El bebé alimentado en forma artificial no puede realizar los movimientos fisiológicos mandibulares de mesialización; la falta de un movimiento muscular eficaz disminuye la estimulación de un correcto crecimiento y de la forma de la boca y condiciona la aparición anomalías dentomaxilofaciales ( Jiménez et al., 2011).

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, en cambio, 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 (Rodríguez y Martínez, 2011). Sin embargo nuestros resultados no concuerdan con este estudio, ya que solo el 27% de los pacientes presentaron algún tipo de maloclusión, aunque no deja de ser un número importante en la población.

El uso del biberón induce patrones de baja actividad muscular que interfieren en el desarrollo normal de los rebordes alveolares y de la región anterior palatina, lo que puede llegar a ocasionar una mordida cruzada posterior (Rosa et al., 2012). En el presente estudio se observó que la mordida abierta fue la maloclusión más común en este tipo de alimentación con un 41.6%, seguido de la mordida cruzada anterior con un 33.3% y por último la mordida cruzada posterior con un 25%.

Los valores obtenidos en nuestra investigación no presentaron significación estadística en cuanto al género.

Este estudio podrá servir de base para realizar estudios más específicos, en cuanto al tipo de análisis de oclusión, tiempo y tipo de lactancia y así determinar mejor en que etapa se producen las maloclusiones en edades tempranas.

### **4.3 CONCLUSIONES**

En las últimas décadas, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, se ha incrementado el abandono de la lactancia materna exclusiva que es sustituida por la artificial o la mixta. Por lo que es necesario concientizar a las mujeres desde el embarazo para que se brinde una lactancia materna completa y exclusiva en la medida de lo posible, evitando el desarrollo de hábitos bucales perniciosos, los cuáles podrían tener una repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan alteraciones en el orden biológico, psíquico, social y económico.

Aunque sabemos que el tipo de alimentación no es el único factor que puede provocar una maloclusión, podemos concluir que tiene un papel importante 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.

La lactancia materna exclusiva representa una medida preventiva en el desarrollo de futuras anomalías dentofaciales; siendo el odontólogo un promotor de esfuerzo continuo para promover la educación de la salud dental en los nuestros niños, por medio de la madre.

Es importante como odontólogo/ odontopediatra, tener la disposición y capacidad de detectar y tratar estas alteraciones desde edades tempranas.

La prevención y la atención temprana de estas alteraciones van a depender del buen pronóstico de nuestros pacientes, ya que teniendo dicho conocimiento se podrá hacer un mejor plan de tratamiento cubriendo las necesidades específicas de cada uno.

## 5. REFERENCIAS

- Aguayo, M, J. Arena, A, J. Díaz, G, M. Gómez, P, A. Hernández, A, M. Landa, R,L. Lozano de Torre, M, J. 2004. Guía de lactancia materna. Lactancia materna: Guía para profesionales.
- Alcaráz C, C. Bordón, S, J. Ríos, D.2012. Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 39; N° 2.
- Álvarez, P, M. Quiroz, G, K. Chamilco, G, A. Vásquez, T, C. Luza, Y, L. Huanca, S, J. Delgado, L, R. 2011. Estudio piloto: influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. *Odontol. Sanmarquina*, 14(2): 13-16.
- Caballero, O, V. Caballero O, I. Ruíz, G, M. Caballero O, A, and Muchuli, C, Y. 2013. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *Medisan*, 17(3): 455.
- García, C, M. 2006. Diagnóstico de maloclusiones en atención primaria. *Pediatría Atención primaria..* Vol. VIII, núm. 30. pp. 103-125.
- González, C. 2004. Manual práctico de lactancia materna. ACPAM
- Gorrita, R,R. Terrazas, A. Brito, D. Ravelo, R, Y. 2015. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana Pediatr* vol.87 no.3

- Hidalgo, F, M. 2015. Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua en niños de un centro poblado de Huancavelica. Lima-Perú.
- Jiménez, A, A. Torres, G, M. and Lores, T, E. 2011. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías Dentomaxilofaciales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
- Mendoza, A. Asbún, P. Crespo, A,A. Gonzales, S. Patiño, R. 2008. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (1): 3 – 7.
- Mendoza, C, A. Tovar, M,E. Robles, Q, I. 2018. Lactancia materna. Su influjo en las malas oclusiones en niños escolares. Dom. Cien. Vol. 4, núm. 1, enero, 2018, pp. 322-331.
- Mesquita, L,G. Cahuana, C,A. Espasa, S,D and Enriquez J. 2015. Explorando la asociación entre los hábitos de alimentación, los hábitos de succión no nutritivos y las maloclusiones en la dentición decidua.
- Morales, M, C. and Stabile, R, M. 2014. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. Univ Odontol. 33 (71): 19-28.
- Pipa, V, A. Cuerpo, G,P. López-Arranz, M,E. González, G, M. Pipa, M, I. Acevedo, P,A. 2011. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en estomatología. Vol. 27-Núm 3.

- Raymond, J, L. 2003. La lactancia y la buena mordida. Revista Nuevo comienzo, Vol. 15 Numero 1.
- Reyes, R, D. Etcheverry, D, E. Antón, S, J. and Muñoz, Q, G. 2014. Asociación de maloclusiones I, II Y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México. Resvita Tamé, 2 (6):175-17.
- Rodríguez, G, A. and Martínez, B, I. 2011. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Revista Médica Electrónica; 33(1)
- Rodríguez, Y, E. Casada, R, A. 2007. 1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos. 1° Edición. Amolca.
- Rondón, R, G. Zambrano, G, A. and Guerra, M, E. 2012. Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. Revista de odontopediatría Latinoamericana, 9-14.
- Rosa, N, M. Gioconda, S, E. and Atalah, E. 2012. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr, 83 (2): 161-169.
- Saliba, M. Suzely, A. Ispier, G. Artenio, J. Chaves, L. 2014. Estudio Longitudinal de los hábitos que conducen al desarrollo de la maloclusión de la infancia.
- Vergara, T, R. Barrueco, L, B. Díaz del Mazo, L. Pérez, A, E. Sánchez O, T. 2014. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. Medisan. Vol. 18. No 18. Santiago de Cuba.

- Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. 2004. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 89 (2): 1121-1123.

## 6. APÉNDICE

### Cuestionario a las padres

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Edad (meses cumplidos): \_\_\_\_\_

1.- ¿El niño (a) recibió lactancia materna?

Si No

2.- ¿Por cuánto tiempo el niño recibió lactancia materna?

- Completa (6 meses o más)
- Incompleta (ausente o menos de 6 meses)

3.- ¿El niño (a) recibió alimentación mixta (lactancia materna y fórmula)?

Si No

4.- ¿Por cuánto tiempo?

5.- ¿El niño (a) recibió algún otro tipo de alimentación (Ausencia completa del seno materno)?

Si No

### Cuestionario contestado por el dentista

¿Presenta alguna maloclusión?

Si No

Mordida abierta \_\_\_\_\_

Mordida cruzada anterior \_\_\_\_\_

Mordida cruzada posterior \_\_\_\_\_