

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL DESARROLLO DE ESTRUCTURAS ÓSEAS, MUSCULARES Y DENTALES EN NIÑOS DE 6 Y 7 AÑOS

BENEFITS OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING ON THE DEVELOPMENT OF BONE MUSCLE AND DENTAL STRUCTURES IN 6 AND 7 YEAR-OLD CHILDREN

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva se recomienda durante los 6 primeros meses de vida del niño según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como mantenimiento hasta los dos años o más. El acto de succión del seno materno es importante ya que permite un estímulo neuromuscular. Objetivo: Determinar los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva en el desarrollo de estructuras óseas, musculares y dentales en niños de 6 y 7 años. Metodología: descriptiva, cualitativa correlacional y radiológica. A través del trazado cefalométrico de Jarabak, se pudo evaluar el crecimiento y desarrollo activo que está teniendo el paciente. Resultados: se pudo determinar que el 53% de los pacientes con lactancia materna exclusiva corresponde a clase I de Angle, y el 87 % de los pacientes con lactancia artificial exclusiva corresponde a clase II y 7% clase III. En tipos de perfiles en relación con ambos grupos se determinó una diferencia nula ya que presentaron el 93% perfil convexo y 7% perfil recto, no hubo hallazgo de perfil cóncavo. En tendencia de mordida, pacientes amamantados exclusivamente dentro de la norma correspondió 53%, mordida abierta 7% y mordida profunda 40%; lactancia artificial dentro de la norma correspondió 67%, mordida abierta 13% y mordida profunda 20%. Conclusión la lactancia materna exclusiva tiene influencia positiva e innumerables beneficios en el crecimiento y desarrollo de las estructuras del aparato estomatognático, a nivel óseo la lactancia materna mostro mayores beneficios que la lactancia artificial sin embargo, a nivel muscular y dentario, ambas no mostraron mayores diferencias.

Palabras clave: Lactancia materna, lactancia artificial, crecimiento, análisis cefalométrico

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is recommended during the first 6 months of a child's life according to the World Health Organization (WHO), as therapy up to two years or more. The act of been breastfeed is important as it allows neuromuscular stimulation. The objective o this study: to determine the benefits of exclusive breastfeeding on the development of bone, muscle and dental structures in children aged between 6 and 7. The methodological desing corresponds to a: descriptive, qualitative radiological, and correlation type. Through Jarabak's cephalometric analysis, it was possible to evaluate the growth and active development that the patient is having. Results: it could be determined that 53% of patients with exclusive breastfeeding presented Angle class I, and 87% of patients with artificial lactation presented class II and 7% to class III. In the types of profiles in both study groups, a 93% convex profile and a 7% straight profile were determined, there was no finding of concave profile. In terms of bite tendency, patients who were exclusively breastfed were 53% within the norm, open bite 7% and deep bite 40%; artificial lactation within the norm corresponded to 67%, open bite 13% and deep bite 20%. In conclusion, exclusive breastfeeding has a positive influence and countless benefits on the growth and development of the structures of the stomatognathic system. At the bone level, breast-feeding showed greater benefits than artificial lactation; however, at the muscle and dental level, both showed no major differences.

INVESTIGACION ORIGINAL

Dayana Garcés Nieto¹
Cinthia Cárdenas Chanatasig¹
Dr. William Ubilla Mazzini²
Od. Carlos Vergara Velez³

¹ Egresada Carrera de Odontología. Universidad de Guayaquil.

² Especialista en Ortodoncia. Docente Universidad de Guayaquil

³ Odontólogo General. Universidad de Guayaquil

Correspondencia:

daya_nita@live.com

Recibido: 29-05-2020

Aceptado: 16-06-2020

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Revista Científica:

"Especialidades Odontológicas UG"

ISSN:

2600-576X

Frecuencia: Semestral

Keywords: breastfeeding, artificial lactation, growth, cephalometric analysis.

INTRODUCCION

La lactancia materna es un procedimiento mediante el cual la madre transmite a través de la leche materna, todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante; Además de otros múltiples beneficios vitales relacionado con sus estructuras óseas como los maxilares, la inmunización, salud digestiva, aumento de flujo salival, respiratoria, limitación de malos hábitos, ausencia de alergias, seguridad psicológica, afecto emocional y social, estableciendo y fortaleciendo necesidades como la proximidad y la confianza que favorece la autoestima del niño y la relación entre madre e hijo.

Se ha relacionado el acto del amamantamiento con diferentes áreas de la salud como la medicina, pediatría, obstetricia, entre otras, pero muy pocas veces con el ámbito odontológico; Debido a esto, es muy escasa la información que existe al respecto, y muy grande la falta de desconocimiento de su íntima relación, y su influencia en el adecuado desarrollo de las estructuras craneofaciales.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas; una de ellas es la falta de conocimiento sobre el amamantamiento de lactancia materna al momento de alimentar al niño, debido que ayuda a tener un buen desarrollo y crecimiento de las estructuras del sistema estomatognático, también se puede destacar la prevención de las alteraciones de lenguaje, estimulación del desarrollo del ATM y disminución de maloclusiones dentales.

Con el biberón el niño no ejerce mucha energía al momento de realizar el acto de succión; interrumpiendo la acción de la lengua y sus labios al momento del cierre, reduciendo el trabajo muscular y estructuras bucales; provocando alteraciones a nivel del paladar, deficiencia en el desarrollo de los cóndilos, respiración bucal, vestibuloversión de los incisivos y presencia de mordida abierta; también presenta diferentes causas patológicas o enfermedades gastrointestinales y respiratorias que se producen por la mala higiene y cuidado del biberón.

La investigación de esta problemática se realizó por el alto índice de alteraciones dentomaxilofaciales en niños que acudieron a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, dentro de los cuales se observó malos hábitos relacionados con la niñez como el uso de chupón, biberón, succión digital, entre otras.

En la actualidad se ha evidenciado un alto índice de alteraciones a nivel craneofacial y dental en niños que acudieron a las distintas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, dentro de los cuales, se le puede dar atribución a la parte genética, malos hábitos relacionados con la niñez como el uso de chupón, biberón, succión digital, entre otras.

Varias investigaciones revelan que la ausencia y presencia de la lactancia materna es un factor crucial en el desarrollo craneo facial del bebe, no solo por la acción de la succión del pecho al momento del amamantamiento, sino también por las propiedades presentes en la composición de la leche materna, que debido a que es un factor presente desde su nacimiento.

Debido a la escasa información presente en nuestro país sobre dicho tema, es de vital importancia plantearse la interrogante acerca de cómo influye la lactancia materna en la presencia o ausencia de alteraciones a nivel óseo, muscular o dental del lactante y poder demostrar mediante datos recolectados en la investigación de manera clara el porcentaje que existe entre lactantes exclusivos y lactantes artificiales.

Mediante el presente trabajo de investigación se busca exponer la importancia de la lactancia materna desde el punto de vista odontológico a través de la recopilación de la información bibliográfica referente al tema, y el análisis comparativo mediante un estudio cefalométricos de 15 pacientes que recibieron lactancia materna exclusiva, y 15 pacientes con lactancia artificial exclusiva.

Este estudio que ayudará a obtener resultados relevantes sobre los cambios significativos y la influencia de la lactancia materna directa en el adecuado desarrollo de las diferentes estructuras craneofaciales a nivel óseo, muscular y dental en dichos pacientes.

Se recomienda impartir todo conocimiento relacionado a lactancia materna exclusiva y sus beneficios en el desarrollo a nivel de las estructuras dentomaxilofaciales a la madre en periodo pre y post parto. Además de marcar un antecedente para fomentar la investigación relacionada con este tema en el país.

ANTECEDENTES

En el transcurso de los años se viene debatiendo mucho acerca de cuál es la forma más adecuada de alimentar a un recién nacido, y no cabe duda de que muchos concuerdan con que la lactancia materna es el medio ideal que aporta todo lo necesario para una adecuada alimentación y desarrollo integral del lactante. Sin embargo, el gran mercado está plagado de publicidad, la cual alega que puede reemplazar y sustituir una lactancia exclusiva por una artificial brindando los mismos aportes nutricionales y ventajas añadidas que pueden favorecer a la madre en muchos aspectos de su vida diaria.

Autores como Ricardo Sevilla Paz Soldán afirma que "La leche materna y el acto de mamar en la relación madre- niño, al parecer son partes importantes de un código secreto que debe continuarse descifrando para perennizar la especie humana sana." Lo cual denota parte de la importancia de dar al niño lactancia exclusivamente materna, ya que a pesar de que no lo entendemos por completo, la naturaleza provee todo lo

necesario para la supervivencia y adecuado desarrollo del lactante.¹

Otros autores comenzaron a cuestionar mucho más allá, observando que una lactancia artificial puede traer consecuencias notorias en los lactantes; una de ellas era el uso del biberón casi al instante de nacer, lo cual era considerado algo antinatural, ya que la boca del bebe está adaptada para el proceso del amamantamiento, y la interrupción de este podría alterar el curso natural dejando secuelas.

María Cristina Arango en su artículo cita a dos autores los cuales aportan datos concretos en contra del uso de biberones en recién nacidos. Jones² nos comentaba que en un pequeño estudio realizado en el Reino Unido demostró que aquellos bebes alimentados con un vaso durante la ausencia de la madre tenían muchas más probabilidades de continuar con la lactancia materna en comparación con aquellos que usaban biberón. Por otro lado, Meier³ indica que la práctica de enseñar la toma de biberón a un recién nacido antes que la lactancia es inapropiado, ya que estos han mostrado signos de sufrimiento.⁴

Además, Marianella Herrera H realiza la importancia de la lactancia materna exclusiva, demostrando que existen diferencias en el desarrollo cognoscitivo del lactante en relación con su alimentación, ya que las fórmulas derivadas de soya y leche de vaca suplementadas con PUFA no demostraron cambios significativos a los 3,6,9,y 12 meses, mientras que los que recibieron lactancia materna exclusiva demostraron una mejoría leve en las escalas de neurodesarrollo.⁵

Al ser considerada la cavidad bucal como el principal medio por el cual se produce el amamantamiento, autores como Katherine Paredes Núñez describen los principales beneficios de la lactancia materna sobre el sistema estomatognático en el desarrollo de la boca del bebe los cuales son: brindar estabilidad psicológica y reducción de malos hábitos, incremento del flujo salival y su pH, evitar variaciones del lenguaje por estimulación muscular, mejor desarrollo de estructuras óseas como los maxilares, entre otras.⁶

M.A. Henríquez aporta con información muy relevante, la cual demuestra la influencia de ciertos procesos realizados al momento de amamantar a beneficio del adecuado desarrollo de las estructuras craneofaciales. Dentro de los cuales podemos mencionar al denominado primer avance fisiológico de la oclusión gracias al movimiento del maxilar inferior a su posición correcta previniendo así el retrognatismo.⁷

Además, da a conocer ciertas influencias negativas relacionadas a la lactancia artificial, como la de crear un reflejo de náuseas al contacto con el pezón, provocar una mayor apertura bucal, poco estímulo muscular, y óseo modificando el adecuado desarrollo de las estructuras craneofaciales incluyendo el ATM, y favoreciendo a la aparición de maloclusiones y hábitos nocivos para el lactante.⁸

El ejercicio muscular al amamantar de los músculos faciales y masticadores disminuye el resalte, apiñamiento, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta, distoclusión,

etc. La influencia de la lengua en la correcta altura y ancho del paladar, evita problemas presentados por la interposición de objetos, y ayuda a una mayor excitación muscular en general desarrollando las estructuras de forma armoniosa.⁹

Elizabeth Merino Morras en su artículo describe las investigaciones de autores que compararon los beneficios de la lactancia materna con la artificial.

Como Blanco y Col los cuales demostraron que en una población de preescolares amamantados existía un alto porcentaje de niños con perfil recto, y que al prolongar el proceso de lactancia materna por más de 6 meses, se reducía considerablemente la presencia de niños con perfiles convexos. Además, se encontraron con la presencia de paladar profundo en la mayoría de los casos de niños que lactaron hasta menos de los 6 meses.¹⁰

Por otra parte, Martín y Mohr afirman que la presencia de paladar profundo se debe también a la presencia de respiración bucal y posición anormal de la lengua; Guerra y Mujica hallaron deglución atípica en niños que nunca amamantaron o que fueron amamantados menos de 6 meses, además de mordida abierta, y vestibuloversión de dientes anterosuperiores.

Donato y Cols. Comprobó en su estudio a 225 niños que un niño que no recibió lactancia por más de 3 días de nacido tiene 2.46 veces más de riesgo de tener relación esquelética clase II.¹¹

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo ya que se basa en la prevalencia de estructuras en niños con lactancia exclusiva y niños con lactancia artificial. No experimental ya que no existe manipulación de variables ni grupo de control experimental y solo se va a establecer la prevalencia de niños con lactancia exclusiva y niños con lactancia artificial. Documental: Porque se ha revisado fuentes bibliográficas, libros y artículos de los últimos 5 años acerca de la lactancia exclusiva y lactancia artificial relacionado con el desarrollo de las estructuras óseas, dentarias musculares del infante. Descriptiva: Porque se van a describir hallazgos sobre el desarrollo de estructuras óseas, musculares y dentales en niños con lactancia exclusiva y lactancia artificial. De campo: Porque se realiza el levantamiento de información en la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Y Transversal: Ya que se levanta información durante el ciclo 2019-2020.

La población del presente trabajo está constituida por 60 niños de 6 y 7 años de la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, la muestra tomada fue de 30 niños, de los cuales 15 tuvieron lactancia materna exclusiva y 15 tuvieron lactancia artificial exclusiva.

Criterio de inclusión.

- Pacientes con lactancia materna exclusiva.
- Pacientes con lactancia artificial exclusiva.

Criterio de exclusión

- Niños menores de 6 años.
- Niños mayores de 8 años.
- Niños con lactancia mixta.

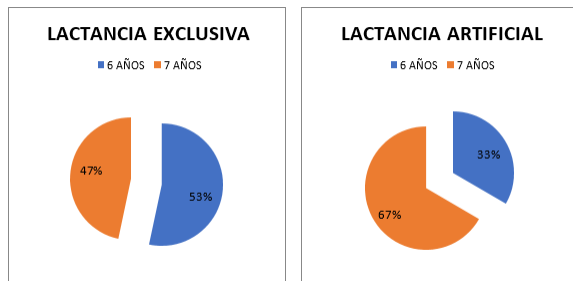
RESULTADOS

Resultados obtenidos de una muestra de 30 niños variados en edades de 6 y 7 años, con lactancia materna exclusiva y lactancia artificial exclusiva.

TABLA 1: EDAD

EDAD	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
6 AÑOS	8	5
7 AÑOS	7	10
TOTAL	15	15

Ilustración 0-1: EDAD

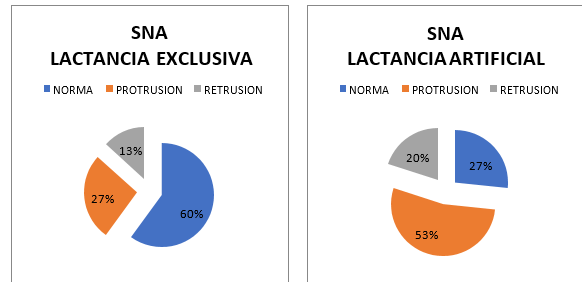


El conjunto de muestra, indica que 53% niños de 6 años tuvieron lactancia materna exclusiva y 33% fueron con lactancia artificial; 47% niños de 7 años tuvieron lactancia exclusiva y 67% fueron lactancia artificial.

Tabla 2: RELACION DEL MAXILAR SUPERIOR CON LA BASE DEL CRANEO

SNA	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
NORMA	9	4
PROTRUSION	4	8
RETRUSION	2	3
TOTAL	15	15

Ilustración 0-2: SNA

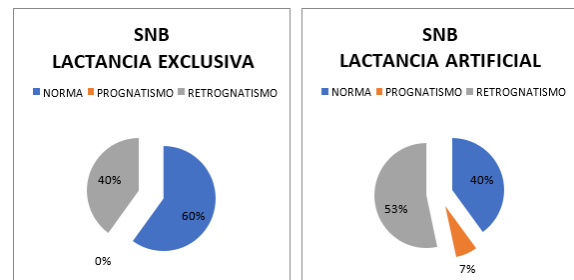


Resultados conjuntos de la muestra, indica que la relación del maxilar superior con la base del cráneo; mostro mejor resultado en norma referente a la lactancia exclusiva con el resultado de 60% y menor en lactancia artificial con un 27%; en protrusión disminuyo el porcentaje en lactancia exclusiva con un 27% y aumento en lactancia artificial con 53%; en retrusión disminuyo con lactancia exclusiva en 13% y aumento en lactancia artificial con 20%.

Tabla 3: RELACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR CON LA BASE DEL CRÁNEO

SNB	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
NORMA	9	6
PROGNATISMO	0	1
RETROGNATISMO	6	8
TOTAL	15	15

Ilustración 0-3: SNB

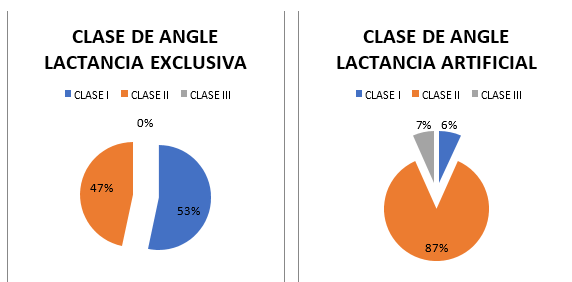


Muestra de la relación del maxilar inferior con la base del cráneo; mostro mejor resultado en norma referente a la lactancia exclusiva con el resultado de 60% y menor en lactancia artificial con 40%; en prognatismo una posición adelantada de la mandíbula se obtuvo un resultado de 0% y en lactancia artificial 7%; en retrognatismo una posición disminuida de la mandíbula disminuyo con lactancia exclusiva en 40% y aumento en lactancia artificial con 53%.

Tabla 4: CLASE DE ANGLE

CLASE DE ANGLE	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
CLASE I	8	1
CLASE II	7	13
CLASE III	0	1
TOTAL	15	15

Ilustración 0-4: CLASE DE ANGLE

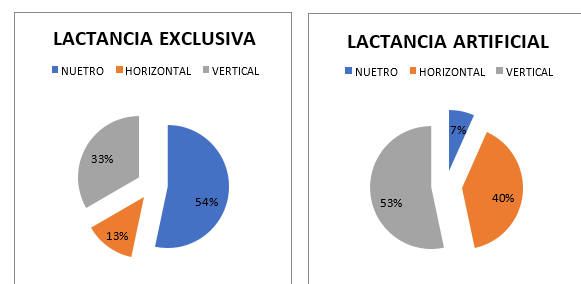


En lo que respecta a clase de Angle, indica que el mejor resultado compete a clase I con un porcentaje del 53% en lactancia exclusiva y menor en lactancia artificial con 6%; en clase II disminuyó el porcentaje en lactancia exclusiva con 47% y aumento en lactancia artificial con 87%; en clase III no se obtuvo porcentaje en lactancia exclusiva y en lactancia artificial se obtuvo 7%.

Tabla 5: TIPO DE CRECIMIENTO

TIPO DE CRECIMIENTO	DE LACTANCIA EXCLUSIVA	DE LACTANCIA ARTIFICIAL
NEUTRO	8	1
HORIZONTAL	2	6
VERTICAL	5	8
TOTAL	15	15

Ilustración 0-5: TIPO DE CRECIMIENTO

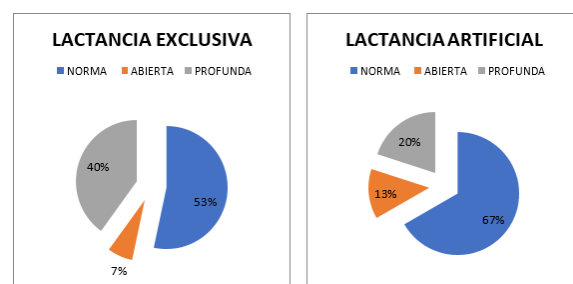


Resultados de tipo de crecimiento óseo, se obtuvo un resultado neutro mejor en lactancia exclusiva con el resultado de 54% y menor en lactancia artificial con 7%; en el crecimiento horizontal que indica un crecimiento de abajo hacia arriba se obtuvo mejor resultado en lactancia exclusiva con 13% y aumento en lactancia artificial con 40%; en el crecimiento vertical que es hacia abajo y atrás disminuyó con lactancia exclusiva en 33% y aumento en lactancia artificial con 53%.

Tabla 6: TENDENCIA DE MORDIDA

TENDENCIA DE MORDIDA	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
NORMA	8	10
ABIERTA	1	2
PROFUNDA	6	3
TOTAL	15	15

Ilustración 0-6: TENDENCIA DE MORDIDA

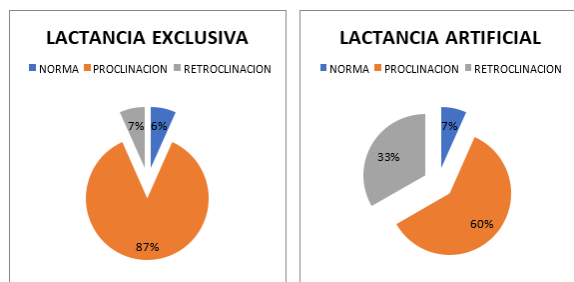


En tendencia de mordida, mostré menor resultado en norma referente a la lactancia exclusiva con el resultado de 53% y mayor en lactancia artificial con 67%; en mordida abierta ausencia de contacto de los dientes superiores e inferiores disminuyó el porcentaje en lactancia exclusiva con 7% y aumento en lactancia artificial con 13%; en mordida profunda discrepancia de las piezas dentaria aumento en lactancia exclusiva con 40% y disminuyó en lactancia artificial con 20%.

Tabla 7: INCLINACION DEL INCISIVO SUPERIOR

INCLINACION DEL INCISIVO SUPERIOR	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
NORMA	1	1
PROCLINACION	13	9
RETROCLINACION	1	5
TOTAL	15	15

Ilustración 0-7: INCLINACION DEL INCISIVO SUPERIOR

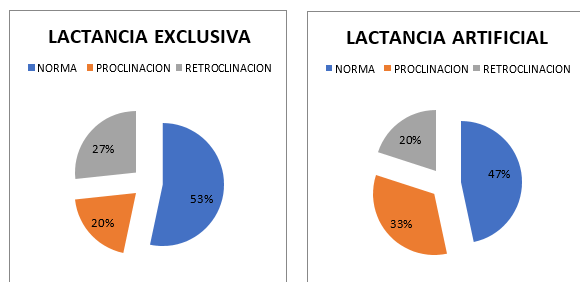


Resultados de inclinación del incisivo superior, mostro un resultado en norma menor en la lactancia exclusiva con 6% y con lactancia artificial con 7%; en proclinación una vestibuloversión coronal del incisivo superior se obtuvo un porcentaje de 87% en lactancia exclusiva y en lactancia artificial con 60%; en retroclinación una linguoversión coronal del incisivo superior disminuyo con lactancia exclusiva en 7% y aumento en lactancia artificial con 33%

Tabla 8: INCLINACION DEL INCISIVO INFERIOR

INCLINACION DEL INCISIVO INFERIOR	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
NORMA	8	7
PROCLINACION	3	5
RETROCLINACION	4	3
TOTAL	15	15

Ilustración 0-8: INCLINACION DEL INCISIVO INFERIOR

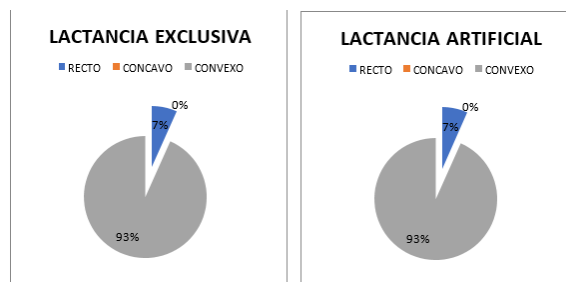


Resultados de inclinación del incisivo inferior, mostro mayor resultado en norma con la lactancia exclusiva en 53% y con lactancia artificial 47%; en proclinación una vestibuloversión coronal del incisivo inferior se obtuvo un porcentaje de 20% en lactancia exclusiva y en lactancia artificial con 33%; en retroclinación una linguoversión coronal del incisivo inferior aumento en lactancia exclusiva en 27% y disminuyo en lactancia artificial con 20%.

Tabla 9: TIPO DE PERFIL

TIPO DE PERFIL	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL
RECTO	1	1
CONCAVO	0	0
CONVEXO	14	14
TOTAL	15	15

Ilustración 0-9: TIPO DE PERFIL



Resultados de tipos de perfiles, mostro un resultado de perfil recto igualitario de 7% con la lactancia exclusiva y con lactancia artificial; en perfil cóncavo se obtuvo resultado de 0% en lactancia exclusiva y en lactancia artificial; en perfil convexo se obtuvo un resultado igualitario de 93% en lactancia exclusiva y lactancia artificial; recordando que esto puede variar con el pasar de los años ya que el infante aún sigue en su proceso de desarrollo.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como propósito determinar, establecer y analizar como incide el desarrollo de estructuras óseas, dentarias y musculares en niños que obtuvieron lactancia materna exclusiva y lactancia artificial.

Varios autores consideran que la lactancia materna tiene mejor influencia en el desarrollo de las estructuras dento buco maxilofaciales desde el nacimiento al momento de realizar el acto de succión a diferencia de la lactancia artificial que puede llegar a sufrir malas oclusiones.¹²

Un estudio publicado en junio de 2015 en Pediatrics concluyó que los bebés amamantados exclusivamente durante seis meses son un 72% menos propenso a sufrir de maloclusión, mordida abierta, mordida cruzada y sobremordida que los bebés que lactan menos de seis meses, o no lo hacen.¹³

De tal manera otros indican que puede variar dependiendo el hábito que tenga el infante; ya sea succión digital, deglución atípica o respiración bucal.

De los resultados obtenidos en este trabajo de investigación; se pudo concluir que en la relación del maxilar superior con la base del cráneo, se obtuvo un alto índice a beneficio de la

lactancia exclusiva con un 60% en norma, en protrusión un 27% y en retrusión un 13%; a diferencia de la lactancia artificial con un 27% en norma; en protrusión con 53%; en retrusión con un 20%.

En la relación del maxilar inferior con la base del cráneo, se obtuvo un alto índice a beneficio de la lactancia exclusiva con un 60% en norma, en prognatismo un 0% y en retrognatismo un 40%; a diferencia de la lactancia artificial con un 40% en norma; en prognatismo con 7%; en retrognatismo con un 53%.

Y a través de estos resultados se pudo concluir con el tipo de clase de Angle que está desarrollando el niño ya que con acto de amamantamiento ayuda al maxilar inferior avanzar de su posición lejana con respecto al superior a una posición o punto de origen y también ejercita a los músculos faciales y masticadores que nos ayuda con el desarrollo de la misma; mejores resultados de clase I con la lactancia exclusiva 53%, clase II 47% y no hubo hallazgo de clase III, a diferencia de la lactancia artificial en clase I con un 6%, clase II con un 87% y en clase III un 7%.

En el hallazgo de Donato y Cols. Comprobó en su estudio a 225 niños; que el infante que no recibió lactancia por más de 3 días de nacido tiene 2.46 veces más de riesgo de tener relación esquelética clase II, y en el hallazgo de Legovic, M. & Col (1991) en su investigación realizada en niños croatas determino que no existían diferencias entre la prevalencia de Maloclusión Clase II de Angle en niños amamantados y no amamantados.¹⁴

De los datos concluidos se puede observar también la tendencia de mordida que puede llegar a tener a futuro el niño, en ella se pudo deducir que el desarrollo con lactancia exclusiva en norma con un 53%, tendencia a mordida abierta un 7% y en tendencia a mordida profunda un 40% y en lactancia artificial en norma se obtuvo un 67%, tendencia a mordida abierta un 13% y en tendencia a mordida profunda con un 20% donde se notó mejor resultado en la lactancia artificial que en la lactancia exclusiva.

En el hallazgo de Cristiane, L & Cols. (2006) en un estudio realizado sobre 249 niños brasileros no hallaron una relación estadística entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la prevalencia de distoclusión.¹⁵

Por otra parte, Martin y Mohr afirma que la presencia de paladar profundo se debe también a la presencia de respiración bucal y posición anormal de la lengua; Guerra y Mujica hallaron deglución atípica en niños que nunca amamantaron o que fueron amamantados menos de 6 meses, además de mordida abierta, y vestibuloverción de dientes anterosuperiores.¹⁶

Al comparar los resultados del estudio que realizó Blanco y Col en Venezuela, los cuales demostraron que existía un alto porcentaje de niños con perfil recto (56,8%), con aquellos que no recibieron lactancia materna (38,46%). y que, al prolongar el proceso de lactancia materna por más de 6 meses, se reducía considerablemente la presencia de niños con perfiles

convexos (14,82%) y los que recibieron lactancia artificial (61,54%), y niños con lactancia menor a 6 meses (43,90%).

En datos obtenidos en esta investigación sobre los perfiles faciales de pacientes amamantados exclusivamente y alimentados con lactancia artificial exclusiva, se pudo determinar una diferencia nula ya que el 93% de ambos grupos representa un perfil convexo, y el 7% de los infantes son perfiles rectos, y en ningún grupo hubo hallazgo de perfil cóncavo.

Con respecto a la posición del labio superior, en este estudio se encontró que el 54% de los pacientes estuvieron en norma, proquelia 33% y retroquelia 13% en lactancia exclusiva; en lactancia artificial en norma un 80%, proquelia 13% y retroquelia 7%; favoreciendo en norma a la lactancia artificial, y en proquelia una posición adelantada del labio superior y retroquelia posición disminuida del labio superior se obtuvo un porcentaje mayor en lactancia exclusiva y menor en lactancia artificial.

En la posición del labio inferior, se demostró que el 80% de los pacientes con lactancia exclusiva estuvieron en norma, proquelia 20% y retroquelia 0% en lactancia exclusiva; en lactancia artificial en norma un 67%, proquelia 33% y retroquelia 0%; mostrando un resultado en norma mayor en la lactancia exclusiva; proquelia una posición adelantada del labio inferior se obtuvo un porcentaje menor en lactancia exclusiva y mayor en lactancia artificial; retroquelia posición disminuida del labio inferior no se obtuvo diferencia ya que no se obtuvo ningún resultado.

CONCLUSIONES

Revisada la literatura, podemos concluir que la lactancia materna exclusiva además de los innumerables beneficios que tiene sobre el binomio madre-hijo, supone un importante estímulo en el crecimiento y desarrollo de todas las estructuras que conforman el aparato estomatognático.

Sin duda alguna la lactancia materna exclusiva tiene una influencia positiva sobre el crecimiento y desarrollo de las estructuras óseas del aparato estomatognático, se pudo determinar durante este estudio que los primeros meses del lactante son fundamentales para el desarrollo de las estructuras ya mencionadas, pero también cabe recalcar que no existieron diferencias significativas en cuanto a estructuras musculares y dentales de ambos grupos de estudio, no se puede descartar que los factores genéticos, y ambientales influyen de gran manera en el desarrollo de dichos órganos.

El estudio del trazado y la radiografía cefalométrica, permitieron determinar el crecimiento óseo, dentario, y muscular en pacientes amamantados exclusivamente y pacientes alimentados con lactancia artificial exclusiva.

Se pudo determinar que el 53% de los pacientes amamantados exclusivamente corresponde a clase I de Angle, y el 47% corresponde a clase II, no hubo hallazgos de pacientes clase III en este grupo, mientras que el grupo de

pacientes alimentados con lactancia artificial exclusiva, el 6% corresponde a clase I de Angle, 87% clase II y el 6% a clase III.

Se analizó la relación del maxilar superior con la base del cráneo en ambos grupos, de los pacientes alimentados con lactancia artificial exclusiva se obtuvo, un 53% correspondiente a protrusión, 27% retrusión y solo el 20% de la población se encontraban en norma, mientras que, en los pacientes alimentados con lactancia materna exclusiva, el 60% se encontraba en norma el 27% correspondió a protrusión y el 13% a retrusión.

También se analizó la relación del maxilar inferior con la base del cráneo, del grupo de pacientes alimentados con lactancia artificial se obtuvo que el 40% se encontraba en norma, el 53% presento retrognatismo y el 7% prognatismo, por parte de los niños amamantados exclusivamente el 60% se encontraban en norma, 40% con retrognatismo, no hubo hallazgo de prognatismo.

La tendencia de mordida que presentan los niños con lactancia artificial exclusiva representó un 67% dentro de la norma, 20% con tendencia a mordida profunda y el 13% con tendencia a mordida abierta, a diferencia de los niños amamantados exclusivamente cuya población dentro de la norma correspondió al 53%, 40% a mordida profunda, y 7% a mordida abierta.

Y en cuanto a la posición dentaria (proclinación y retroclinación de incisivos superior e inferior) se obtuvieron diferencias poco significativas, en incisivo superior dentro de norma en lactancia artificial represento un 7%, proclinación 60% y retroclinación 33%, mientras que del grupo opuesto se obtuvo, un 6% dentro de la norma, 87% de proclinación y un 7% de retroclinación.

Por su parte en incisivo inferior de lactancia artificial exclusiva se obtuvo un 47% en norma, 33% de proclinación y un 20% de retroclinación, mientras que en el grupo de niños con lactancia materna exclusiva un 53% represento la norma, 20% proclinación y 27% retroclinación.

En cuanto al tipo de crecimiento en pacientes con alimentación artificial exclusiva, se observó que el 7% era neutro, el 40% presenta un crecimiento horizontal y el 53% crecimiento vertical y el grupo opuesto por su parte representó el 54% neutro, 33% vertical y 13% horizontal.

Al relacionar los perfiles faciales de pacientes amamantados exclusivamente y alimentados con lactancia artificial exclusiva, se pudo determinar una diferencia nula ya que el 93% de ambos grupos representa un perfil convexo, y el 7% del restante de los grupos estudiados representan un perfil recto, en ningún grupo hubo presencia de perfil cóncavo.

RECOMENDACIONES

Es importante que en la consulta odontológica con una madre en periodo pre y post parto, se imparta todo conocimiento

relacionado a lactancia materna exclusiva y sus beneficios en el desarrollo de estructuras dento buco faciales.

Indiscutiblemente la lactancia materna exclusiva debe ser promovida desde el momento en el que niño nace, hasta mínimo los primeros 6 meses de vida, puesto que los beneficios que esta conlleva son innumerables no solo a nivel bucal, si no a nivel social, económico y emocional.

La lactancia materna exclusiva a libre demanda es un factor determinante, puesto que estas estructuras están en constante desarrollo y estimulo mientras él bebe lacte las veces que sean necesarias.

En una posición donde la madre labora, o se encuentra ausente por determinadas circunstancias, se recomienda al cuidador no usar chupones o biberones que interfieran en el proceso de la lactancia materna exclusiva, si no que brinde la leche en goteros, jeringas o cucharas pediátricas.

Es importante que se acuda con el odontopediatra y sea este quien evalúe si se necesita o no el uso de mordedores, y en caso de necesitarse sea este quien decida qué tipo es el adecuado para la boca del bebe.

A pesar de la poca información existente de este tema en nuestro país se logró obtener datos que concuerdan mucho con la literatura, acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo bucodental de los niños, sin embargo se recomienda que se profundice mucho más en el tema, con una muestra de estudio mucho mayor y con un tiempo más prologando para que los dataos que se obtengan sea mucho más precisos y se demuestre de manera más concluyente la veracidad de los beneficios obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina, A. C., Crespo, O., & Da Silva, L. (2010). Factores de riesgo asociados a Maloclusión en pacientes pediátricos. *Acta Odontologica Venezolana*.
2. Aguilar Moreno, N. A. (2013). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 364-371.
3. Alemán, P., González, D., & Concepción, R. (2015). Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. *Scielo*.
4. Arango, M. C. (2004). INFLUENCIA DEL USO DE CHUPOS Y BIBIRONES EN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA. *Revista estomatologica* vol 12, 4.
5. Arestegui, D. R. (2014). Lactancia materna exclusiva ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
6. Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* vol.88 no.1 Santiago, 8.

7. Calero, A. R. (2011). Obtenido de http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZC_ALERO.pdf
8. Castillo Belen, J. R., Rams Veranes, A., Castillo Belen, A., Rizo Rodriguez, R., & Cádiz Lahens, C. A. (2009). Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN, 13.
9. Cueto, A., Skog, F., Muñoz, M., Espinoza, S., Muñoz, D., & Martinez, D. (2017). Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares y Necesidad de Tratamiento en Adolescentes. Int. J. Odontostomat. vol.11 no.3 Temuco, 333-338.
10. Dalmau Serra, J., Ferrer Lorente, B., & Vitoria, I. (2015). Lactancia Artificial. Pediatr Integral, 251-259.
11. Díaz-Gómez, N. M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I., & De Alba, C. (2016).
12. MOTIVACIONES Y BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA. Rev Esp Salud Pública, 1-18.
13. Folgado, A. C. (2017). Lactancia materna y lactancia artificial: ventajas y desventajas. guía infantil.
14. García García, V. J., Ustrell Torrent, J. M., & Sentís, V. I. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 27 - Núm. 2 - 2011, 75-84.
15. Guillén Borda, C., Benavente Lipa, L., Gonzáles, J., & Chein Villacampa, S. A. (2004). BENEFICIOS
16. DE LA LECHE Y LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR IMPORTANTE DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y su RELACIÓN CON EL ÓRGANO DE LA BOCA. Odontología Sanmarquina Vol.8 N°I, 46.
17. Jiménez-García, G., Rendón-Macías, M. E., & Ferreira-Jaimea, T. F. (2014). Alimentación con fórmula de inicio a libre demanda contra capacidad gástrica durante el periodo de transición. Boletín médico del hospital infantil de México, 211-217.
18. Lozano, M. J. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales. Asociación Española de Pediatría, 279-286.
19. M.A.Henriquez, C.Palma, & D.Ahumada. (2010). Lactancia materna y salud oral. Odontología pediátrica vol. 18, 143.
20. Marianella Herrera, h., Machado, L., & Villalobos, D. (2013). NUTICIÓN EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO Y EN NIÑOS DE 1 A 6 MESES. ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, 123.
21. Merino Morras, E. (2003). LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS ANOMALÍAS DENTOFACIALES. Acta Odontológica Venezolana.
22. OMS. (s.f.). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
23. Padilla, M., Tello, L., & Jesus, H. (2010). Enfoque temprano de las maloclusiones transversales, diagnóstico y tratamiento. Revista Estomatológica.
24. Palma, C. (s.f.). Lactancia Materna. Obtenido de <http://www.odontologiaparabebes.com/lactancia.html>
25. Paredes Nunez, K., & Vargas Machuca, M. (2008). LACTANCIA EN EL INFANTE: MATERNA, ARTIFICIAL Y SUS IMPLICANCIAS ODONTOLÓGICAS. Odontología pediátrica vol.7, 31.
26. Paz Soldan, R. S., Zalles Cueto, L., & Cruz Gallardo, W. S. (2011). Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol, 10.
27. Peiro, A. C. (2006). Ortodoncia interceptiva: Necesidad de diagnóstico y tratamiento temprano en las mordidas cruzadas transversales. Scielo.
28. Podadera, Z., Díaz, A., Flores, L., & Ramírez, M. (2013). Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. Scielo.
29. Slingh, G. (s.f.). Ortodoncia diagnóstico y tratamiento. Amolca.
30. Ugalde Morales, F. J. (2007). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Mediagraphic Vol. LXIV, No. 3, 97-109.
31. V. Díaz, P., Araya-Díaz, P., & M., H. (2015). Desplazamiento de los Puntos de Referencia Craneales Utilizados en los Análisis Cefalométrico de Jarabak y Ricketts, Durante el Crecimiento Activo. 229 Int. J. Morphol., 229-236.
32. Vieira, D. (2020). Maloclusiones verticales. Clínicas Propdentales.