

# Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría

Giovanna Pilonieta Ortiz, OD\*  
Ethman Ariel Torres Murillo, OD\*

## Resumen

La lactancia materna representa el mejor alimento para el niño en sus primeros meses de vida, como alimento único, y ofrece tales ventajas insuperables que ningún otro puede superar. Todo equipo interdisciplinario en el trato de estos pacientes debe conocer y estimular a la madre a alimentar ella misma a su hijo. Cualquier odontopediatra, conocedor de las ventajas fisiológicas y de salud oral, protegidas por esta alimentación, promueve su uso y lo recomienda como lo más adecuado para mantener la boca del niño saludable. [Pilonieta G, Torres E. *Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría*. MedUNAB 2003; 6(17):89-92].

**Palabras clave:** Lactancia materna, alimentación artificial, caries de la lactancia.

## Introducción

Un enfoque convencional soportado por la investigación científica evoca la lactancia materna como el mejor método de alimentación infantil. Las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas y de salud oral y general han sido reportadas por años.<sup>1</sup>

El vínculo y contacto inicial del bebé con el mundo exterior es a través de la madre, la cual por medio de la lactancia le proporciona ese mecanismo de supervivencia e interacción al niño, estableciendo una relación afectiva madre-hijo que suministra una mayor estabilidad emocional que conllevará al establecimiento de conductas apropiadas e impedirá la adquisición de hábitos nocivos que alteren el desarrollo maxilar.

Es labor de todos los integrantes del equipo de salud promover la utilización de este medio de alimentación ya que estimula el desarrollo del sistema estomatognático y el complejo craneofacial del niño permitiendo un adecuado balance funcional y estético. La presente revisión muestra las ventajas e implicaciones de la lactancia

materna en el desarrollo oral así como las posibles complicaciones dadas por la lactancia artificial.

## Fisiología de la lactancia materna

Durante el amamantamiento existen dos fases: el momento de aprehensión del pezón y la salida de la leche. Para recibir el pezón, el bebé desciende la mandíbula activando los músculos elevadores. Los labios se aplican en forma de "C" en la unión cóncava del pezón, adosándose a él, creando un vacío.<sup>2</sup>

La lengua se torna acanalada, se ubica entre el rodete inferior y el pezón, comprimiéndolo de su base en la zona anterior de la boca, elevando la mandíbula y la lengua. La musculatura del mentón permanece pasiva.

La compresión avanza en sentido anteroposterior mediante una retracción de la lengua y la mandíbula, ubicando el pezón en la parte posterior del paladar duro. En ese momento se crea una presión en la orofaringe y una contracción simultánea de los músculos buccinadores produciéndose el reflejo de succión. Una vez el selle permanece intacto, el bebe avanza el maxilar inferior frente al superior y contrae el músculo orbicular de los labios sobre el tejido areolar activando los conductos lactíferos permitiendo la salida de la leche contra el paladar duro y la parte posterior de la lengua.<sup>3,4</sup>

Las fuerzas musculares de contención intra y extraorales son equilibradas. Interviniendo los músculos pterigoideos, maseteros, temporales, digástrico, genihioideo y milohioideo, que van a estabilizar la mandíbula durante los movimientos de descenso, protrusión, elevación y retrusión necesarios en el acto de amamantamiento.<sup>5</sup>

En el recién nacido, la mandíbula se encuentra retraída con respecto al maxilar superior observándose un espacio, el cual es ocupado por la lengua. Esta posición distal es debido a un mayor crecimiento intrauterino del tercio medio y superior de la cara con respecto al inferior, al igual que a nivel de la articulación temporomandibular (ATM) se encuentra una cavidad glenoidea achatada y plana en la cual sólo después de instalarse

\* Profesor Asociado, Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.

**Correspondencia:** Dra. Pilonieta, Universidad Santo Tomás, Facultad de Odontología, Campus Floridablanca, Km 6 vía Piedecuesta, Bucaramanga, Colombia. E-mail: giovannapilo@hotmail.com

Artículo recibido: marzo 2 de 2003; aceptado: julio 11 de 2003.

el proceso masticatorio se produce el desarrollo de la eminencia articular. El condilo y la fosa glenoidea no están diferenciados. Los primeros receptores neurales que se ponen en marcha están ubicados en las partes deslizantes de la articulación y generan una respuesta que sería la corrección de la distalización y la modelación del ángulo mandibular. De la misma manera, la mandíbula al nacer tiene una forma de arco; el ángulo mandibular así como las inserciones de los músculos maseteros y pterigoideos internos van diferenciándose y normalizándose con la función (succión-masticación). Inicialmente, los músculos mandibulares adoptan una disposición horizontal para facilitar el vaivén antero-posterior necesario para el proceso de succión nutritiva del neonato. Con el desarrollo, el ángulo se moldea y se verticalizan los músculos preparándose para la masticación.

La posición mandibular al nacer es aproximadamente 1 cm atrás del maxilar; sin embargo, con el amamantamiento avanza 1 a 1.5 mm en los primeros días. A los 4 meses avanza 4.6 mm y a los 6 – 8 meses llega a una posición correcta disminuyendo la posibilidad de mal posición y el establecimiento de la guía anterior.

Dado que el mayor incremento de crecimiento craneofacial ocurre durante los primeros cuatro años de vida, es importante la estimulación funcional y muscular del componente articular y mandibular, músculos masticatorios, infra y suprahioides para lograr un crecimiento armonioso a nivel facial. Es por esto la importancia de la lactancia materna ya que ésta contribuye al desarrollo de la musculatura oral, el avance mandibular y una adecuada configuración de los arcos acompañada de una alimentación complementaria, siendo una dieta blanda a los 6 meses y dura a partir de los 12 meses, con el fin de iniciar un proceso masticatorio que permitirá el adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial.

## Ventajas de la lactancia materna

- Interviene en la maduración del tejido digestivo.
- Proporciona estabilidad psicológica disminuyendo la presencia de hábitos nocivos.
- Nutricionales: contiene los nutrientes necesarios (aminoácidos, hierro, calcio, vitaminas) en la calidad y cantidad necesarias para estimular el crecimiento y desarrollo del niño. Previene la desnutrición y obesidad ya que contiene lipasas, enzimas que ayudan a digerir las grasas.
- Aumenta el flujo y pH salival.
- Es fuente de vitamina A, inmunoglobulinas (IgA) y elementos inmunitarios que previenen problemas visuales, alérgicos infecciosos y virales.
- Evita la otitis media.
- Previene alteraciones de lenguaje por estimulación muscular durante la succión y la deglución.

- Provee un mayor desarrollo de los maxilares y del sistema estomatognático 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.
- Y, por ultimo, 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 función dentofacial del niño.<sup>5, 6</sup>

## Lactancia artificial

En el proceso de alimentación con biberón, el chupo, al ser más largo y grueso, desplaza la lengua al piso de boca, mantiene la mandíbula en posición distal e impide realizar los movimientos de avance y retroceso mandibulares afectando el contacto fisiológico y el adecuado desarrollo craneofacial. Es un acto pasivo durante el cual hay un paso de la leche de manera directa, no produciéndose el reflejo de amamantamiento, interfiriendo en el balance de la musculatura intra y extra oral.

Dentro de los principales efectos de la lactancia artificial tenemos:

- Crea un reflejo nauseoso por el contacto con la úvula y el paladar blando.
- Los reflejos de succión y deglución son inadecuados.
- Apertura bucal exagerada.
- Disminución del trabajo muscular y de la estimulación para la maduración y desarrollo craneofacial (atrofia muscular).
- Disminuye la excitación neural necesaria para el desarrollo de la ATM.
- Pereza masticatoria.
- Estimula la aparición de hábitos nocivos y maloclusiones.<sup>7</sup>

## Lactancia materna y caries dental

La caries dental obedece a un proceso de destrucción localizada de los tejidos dentarios por acción de ácidos metabolizados por las bacterias, produciendo una desmineralización superficial.<sup>8</sup> Es el principal motivo de consulta en odontología, inclusive en niños de uno a tres años de edad.

Se promueve el término de “caries del lactante” o “caries del biberón” a una condición especial que se da en niños de edades tempranas que toman teteros azucarados o continúan con lactancia materna. Clínicamente presenta un patrón característico:<sup>9</sup>

- Varios dientes están involucrados.
- El desarrollo de la lesión es rápido.

- Las lesiones se inician en superficies lisas.
- Los dientes se van afectando según la cronología, secuencia de erupción y posición de la lengua al succionar.

En la fase inicial afecta los incisivos centrales y laterales superiores, se da en todas sus superficies con inicio en el tercio gingival ya que allí existe una mayor retención de placa bacteriana y ácido láctico. En los tejidos blandos se observa inflamación papilar, sangrado al cepillado y edema. En la fase intermedia ataca molares superiores e inferiores con posible daño pulpar. La fase final se da por destrucción coronal de incisivos inferiores con incremento de patología pulpar y periodontal.<sup>10</sup> Las consecuencias de la caries del lactante no sólo son de tipo económico, tanto para los padres como para el estado, sino que ésta representa un riesgo para el estado de salud general (bajo peso, retardo en el desarrollo, celulitis orofacial), dolor y sufrimiento para el niño. A nivel odontológico, por la edad de los pacientes, los tratamientos se hacen difíciles y muchas veces el tratamiento incluye la pérdida de dientes, lo que ocasiona problemas estéticos, dificultad al lenguaje y presencia de malos hábitos, acompañados de alteraciones en el crecimiento de los maxilares.<sup>11</sup>

El diálogo con los padres revela un factor común: han acostado al niño por la tarde o noche junto con un biberón con una bebida a base de leche o azúcar. Cuando el niño se duerme la leche o el líquido dulce se deposita junto a los dientes anteriores superiores. Debido a su contenido en hidratos de carbono, el líquido es un medio de cultivo excelente para los microorganismos acidogénicos. El flujo de saliva disminuye durante el sueño y en consecuencia también la eliminación del líquido de la cavidad oral,<sup>9, 10</sup> de modo tal que se inicia un proceso de desmineralización del esmalte que trae como consecuencia una caries activa que destruye el diente.



**Figura 1.** Paciente con caries de la lactancia severa.

En este proceso de caries, varios factores son determinantes en relación con su severidad: tiempo de exposición, duración del hábito, microorganismos presentes, tiempo de erupción dental, y estructura y mecanismo de defensa del diente y dentro de los que un consumo de biberón por mucho tiempo es considerado como factor que contribuye al desarrollo de caries en niños de edades tempranas. Bajo unas condiciones normales de dieta, la leche no se considera un agente cariogénico, pero ante una exposición repetida y prolongada como por lactancia o biberón sí disminuye el pH de la placa bacteriana.<sup>12</sup>

## Recomendaciones para manejo y prevención

- Todos los integrantes de equipos interdisciplinarios que atienden madres embarazadas deben fomentar y promover la lactancia materna dando a conocer sus ventajas y beneficios.
- La caries de la lactancia es considerada un problema de educación, por lo que todos los integrantes del equipo de salud que atienden niños deben estar capacitados e informados en dar orientación a los padres y su familia.
- Los padres deben comenzar a cepillar los dientes del niño en el momento que erupcionen, así como interrumpir la lactancia cuando pueda beber, lo cual ocurre más o menos a los 12 meses.
- El profesional capacitado para la atención integral de estos niños es el odontólogo pediatra, por lo que se debe buscar su orientación y a él remitirlos.
- Se debe realizar en estos pacientes toda la parte preventiva, control de placa, profilaxis y aplicaciones de flúor según cada caso individual.
- Se debe dar indicaciones a la madre en una dieta fibrosa y balanceada, sin excesivos azúcares que permitan una mejor higiene oral y un mejor desarrollo de los maxilares.

## Summary

**Implications of mother lactation upon odontopediatrics.** As a sole nutrient, mother lactation means for her child the best nutrition he could possibly obtain in his early childhood. This offers a unique advantage that no other nutrient could possibly provide. Every medical team in charge of these little patients must know these facts and should encourage the mother to nurse her child. This is also true for oral hygiene, since this type of nutrition will protect the oral cavity in a healthy way. Any odontopediatrician must know this fact and should promote this type of nutrition.

**Key words:** maternal lactation, artificial feeding, caries during nursing

## Referencias

1. Newman J. Breast milk: issues and controversies. *Contemp Pediatr* 1999; 8:6-11.
2. Salud oral y lactancia materna. En: [http://www.encolombia.com/lactancia\\_sexualidad30a.html](http://www.encolombia.com/lactancia_sexualidad30a.html)
3. Palmer B. Influence of breast feeding on the development of the oral cavity. *J Human Laction* 1998; 14:93-8.
4. Garliner D. *Miofunctional therapy in dental practice*. Boston, Barkel Dental Book, 2 ed, 1974: 85.
5. Ortega G. El amamantamiento. En: [www.pediatria.org/avpg/9962/99623/blanco.html](http://www.pediatria.org/avpg/9962/99623/blanco.html)
6. Legovic M, Ostric L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. *J Of Dent Child* 1991; 58:253-5.
7. Picard PJ. Bottle feeding as preventive orthodontics. *J Calif State Dent Assoc* 1959; 35:90-5.
8. Thylstrup A, Fejerflow N. *Textbook of clinical cariology*. Copenhagen, s.e., 2 ed, 1994:208-18.
9. Watt RG. A national survey of infants feeding in Asian: findings relevant to oral health. *Br Dental J* 2000; 188:16-20.
10. Mattos RO, Zelante F. Association between caries prevalence and clinical, microbiological dietary. *Caries Res* 1998; 32: 319-23.
11. Weerheijm KL, Eeuwwe HC. Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *Caries Res* 1998; 32:46-50.
12. Verkamop JS. Nursing bottle caries: the importance of a developmental perspective. *J Dent Child* 1995; 62:381-8.