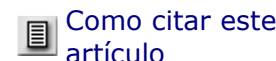




Acta Odontológica Venezolana
ISSN 0001-6365 *versión impresa*

Acta odontol. venez v.41 n.2 Caracas mayo 2003



" LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS ANOMALÍAS DENTOFACIALES. REVISIÓN DE LA LITERATURA."

Elizabeth Merino Morras¹

¹Odontólogo. U.C.V. Dirección Electrónica: kmerino@telcel.net.ve
elymerinomorras@hotmail.com

RESUMEN

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.

Las maloclusiones según al Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública.¹

Es por esto, que la siguiente revisión bibliográfica tiene por objetivo, plantear los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo de las diferentes estructuras que conforman el aparato bucal, y específicamente su efecto sobre las alteraciones dentofaciales.

Palabras claves: Lactancia materna, succión, alteraciones dentofaciales, amamantamiento, aparato bucal.

SUMMARY

It is clear that the breast-feeding carries with a multitud of advantages for both the mother and the infant; wether the immunologic, nutritious, and psicologic point of view. However, the breast-feeding effects over the stomatognathic sistem are poorly difused.

According to the World Health Organization, the malocclusions are in the third place as oral health problems. Most of the buccal disease, specially the malocclusions aren't a danger health problem, but according to the prevalence and incidence, are consideredated as a public health problem.

The purpose of the following overview is to present the most recent studies of the breast-feeding effects over the development of the different stomatic sistem components, specially as a preventive cause on the dentofacial abnormalities.

Recibido para arbitraje:20/06/2002

Aceptado para publicación: 30/07/2002

INTRODUCCIÓN

DECLARACIÓN SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. OMS - UNICEF. 1979

" La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño"

"Este hecho, junto a otros importantes efectos en la prevención de las infecciones, en la salud y el bienestar de la madre, en el espaciamiento de los embarazos, en la salud de la familia, en la economía de la familia, el país y en la producción de alimentos, hace de la lactancia natural un elemento clave de autosuficiencia, de la atención primaria de la salud y de los actuales criterios de desarrollo".

" Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento".²

El período más críticos y de mayor vulnerabilidad en el ser humano son los primeros meses de vida, donde la madre entrega a su hijo el alimento más importante e irremplazable durante los primeros 4 a 6 meses, la leche materna, y sigue siendo, durante mucho tiempo, una importante fuente de proteínas y de otros nutrientes, aún de después de iniciarse la introducción de otros alimentos complementarios. Dicho acto constituye una auténtica revolución en la supervivencia infantil. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud O.M.S. podrían salvarse en el mundo, más de 1 millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 4 meses de vida. Además, se establece una interacción afectiva entre el binomio madre - hijo, imposible de lograr con algún otro método de alimentación artificial.^{3,4}

La succión es uno de los reflejos organizados con que nacen los mamíferos. La especie humana la desarrolla y ejercita antes del nacimiento, siendo este el mecanismo previsto para prolongar la relación con la madre durante la gestación y manteniendo la finalidad más importante como es la consecución del alimento.⁵ Diversos autores plantean que a las 16 semanas el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos chupan el dedo en el útero, por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia, y las crestas alveolares unos reflejos, los cuales son: el de búsqueda, succión y deglución, los cuales hacen posible el amamantamiento.⁴ Sin embargo otros autores consultados^{6,7} afirman que la succión como reflejo se inicia a la vigésima novena semana de vida intrauterina y es un modelo de conducta compleja que satisface un deseo, da una sensación de bienestar, además de ser considerado uno de los patrones de comportamiento complejo más temprano en el recién nacido.

FUNCIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

1.- EVACUACIÓN DE LA LECHE

La leche de los alvéolos no fluye en forma espontánea a los conductos. El niño sólo puede extraerla cuando se encuentra en los conductos mayores y senos lactíferos, por el reflejo eyectolácteo, el cual es un reflejo neuroendocrino para evacuar la glándula mamaria. Se inicia en receptores sensitivos del 4º 5º y 6º par torácico que se encuentran en el pezón y la areola, los cuales son estimulados con el toque de los labios del niño y la introducción del pezón en la boca del neonato^{2,8} Esta información es recibida por las neuronas hipotálamicas productoras de oxitocina, donde ésta se libera en sangre, alcanzando a las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios, provocando su contracción y vaciamiento. Se estima que el tiempo de lactancia promedio entre el inicio de la succión y la eyección láctea, es de aproximadamente 58 a 60 segundos, con variantes individuales. El reflejo eyectolácteo puede llegar a ser un reflejo condicionado que se desencadena con el llanto o incluso con la sola presencia del niño.²

[fig1](#)

ANATOMÍA DE LA MAMA

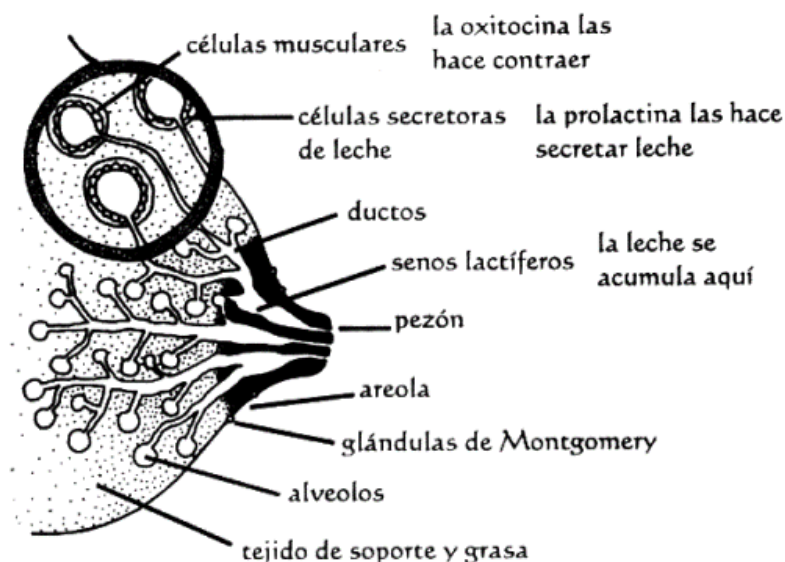


Fig. 1. Fuente: CONALAMA¹⁷

2.- AMAMANTAMIENTO

La respiración es el primer estímulo paratípico permanente en el individuo desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento constituye el segundo estímulo. El niño cuando nace presenta unas exigencias metabólicas que va a suplir bien sea con la alimentación artificial, o natural a través del amamantamiento.⁹ El amamantamiento consiste en la obtención de la leche directamente de la glándula mamaria, por parte del lactante.² Guerra.⁸ por su parte, establece que "el amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente. Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos; por medio del cual el niño se alimenta."⁸

Para que el acto de amamantamiento se pueda llevar a cabo, el reflejo eyectolácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos y desde allí es removida por la succión del lactante.² El reflejo de succión o búsqueda constituye una respuesta innata, estereotipada, ante un estímulo en la región oral, de forma que cuando algo contacta con las mejillas o labios, los bebés dirigen sus movimientos al estímulo e intentan

introducirlo en la boca. Cuando el lactante madura, desaparece este reflejo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias. La succión prenatal o intrauterina y la succión nutricional son fisiológicas. La primera aparece como un mecanismo de entrenamiento para la succión nutricional del neonato. La segunda aseguraría una de las funciones vitales del individuo: la nutrición, mediante la succión - deglución de la lactancia.⁶

Es importante señalar que solo el amamantamiento es el que va a repartir los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lenguas, mejillas, músculos, A.T.M. tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático, además el acto de amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento antero - posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pterigoideos, y diferenciación de las articulaciones temporo mandibulares.⁸

La succión requiere la completa introducción del pezón y areola dentro de la boca del lactante, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando, produciendo el sellado completo para crear el vacío.^{5,2} Para ello utiliza el reflejo de búsqueda desencadenado por el estímulo del labio inferior del niño, que produce la apertura de su boca y coloca la lengua aplanada en su piso. Con areola y pezón ya introducidos en la boca, la lengua desplazada hacia adelante sobrepasando la encía, comprime con ella la areola contra el paladar duro con movimientos ondulantes, (1 o más por segundo según el flujo de leche obtenida) y la exprime extrayendo y deglutiendo la leche. Recién introducidos areola y pezón, se desencadena una alta frecuencia de estos movimientos, como estímulo fisiológico para eyección de leche.²

En el lactante los labios, maxilares, encías, la lengua, los cojinetes grasos de las mejillas, el paladar duro y blando y la epiglotis, constituyen una estructura anatomo-funcional adaptada para el amamantamiento.² En efecto, los labios presentan unas vellosidades muy vascularizadas, que se erectan durante el acto de amamantamiento y contribuyen al cierre hermético para que se produzca la succión de la leche. El paladar es plano y está limitado por los burletes palatinos laterales, permitiendo el encajonado del pezón y la areola en la cavidad bucal, colaborando con el cierre hermético. En las mejillas encontramos la bolsa adiposa de Bichat, el cual es un conglomerado de grasa ubicado entre el buccinador y el masetero, que sirve de amortiguador muscular durante el acto de amamantamiento. La lengua se origina en el endodermo faríngeo, mesodermo branquial, y miotomas occipitales. Ya a los cincuenta días de gestación las papilas gustativas están formadas. Mientras que la A.T.M. se caracteriza por tener forma aplanada, no hay cóndilo bien formado, no hay menisco interarticular y lo sustituye abundante tejido conjuntivo que sirve de almohadilla para amortiguar los movimientos de avance y retroceso producidos durante el amamantamiento.⁸

3.-ACTIVIDAD MUSCULAR

Guerra y Mujica⁹ en su investigación "Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares", establecen que el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para ejecutar correctamente unas funciones más complejas (masticación).

La posición clásica de mamar o deglutir del recién nacido, descrita por Bosma,³ muestra la cabeza extendida, la lengua alargada y adosada al piso de la boca, los maxilares separados y los labios acomodados alrededor del pezón. Durante la deglución la contracción rítmica de la lengua y los músculos de la cara ayudan a la estabilización del maxilar inferior.³ En efecto, la forma de la mandíbula, la dirección en que se disponen los músculos implicados (en el niño

lactante la actividad es casi exclusiva del orbicular y músculos mentonianos) y otras circunstancias como la ausencia de dientes, favorecen los movimientos mandibulares hacia adelante y hacia atrás, lo que significa que en este acto el niño no solo succiona como comúnmente se cree, sino que ordeña en el sentido más literal el pecho de su madre con movimientos de la mandíbula de avance y retroceso, y este ejercicio continuo prepara sus músculos masticatorios, y todo su sistema, que va adquiriendo el tono y desarrollo necesarios para cuando aparezcan los primeros dientes.^{10,11}

Al nacer el bebé se encuentra con la mandíbula en posición posterior o distal en relación con el maxilar superior, y 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.^{6,9} En efecto, otros autores, plantean que el amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y mandíbula.⁴

Donato y Cols³ plantean que 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 requiere un esfuerzo del niño, que hace que todas las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan con armonía. Debe abrir su boca más ampliamente, mover la mandíbula hacia atrás y adelante, y apretar con sus encías para extraer la leche. En efecto, se ha encontrado que el músculo digástrico en bebés es dos veces más fuerte que en adultos con el fin de llevar a cabo esta labor.^{3,12} Otros autores como Martín y Mohr⁷ establecen que el ejercicio muscular que realiza el bebé es casi tan importante para su crecimiento como la alimentación en sí.

Durante la succión, el infante comprime el pezón, elevando la mandíbula y la lengua. Los labios y las mejillas se contraen, quedando la leche en el dorso de la lengua, así como también hay un desplazamiento de la mandíbula hacia delante y atrás, produciendo una presión que empuja la leche al istmo de las fauces, luego la lengua se eleva contrayendo sus músculos extrínsecos y el milohioideo hasta llevarlos a la bucofaringe. Los músculos palatofaríngeos y palatoglosos que componen los pilares de las fauces se contraen e impiden el retorno de la leche a la cavidad oral. El paladar blando se eleva por acción de los músculos del velo del paladar, cerrando la comunicación nasofaríngea y comienza una serie de contracciones musculares que desplazan la leche al esófago.¹³

Como estos músculos (principalmente el orbicular de los labios, mentonianos, y digástricos) son ejercitados extremadamente al succionar, su constante esfuerzo provee una importante influencia sobre el crecimiento fisiológico de la mandíbula.^{3,11} Ortega.¹⁴ asegura que el aumento de los movimientos mandibulares durante la lactancia, con la función incrementada de los músculos, evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre el maxilar superior y la mandíbula¹⁴. Por su parte también Guerra y Mujica.⁹ plantean que durante el amamantamiento se logran realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso de la mandíbula, no ocurriendo así con la alimentación por medio del biberón, ya que al ser deficiente los músculos pterigoideos externos que son los propulsores mandibulares, actúan muy poco, manteniendo a la mandíbula en una posición distal.⁹ Otros autores consultados ^{4,14} plantean que con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50% de cada uno de los indicadores de maloclusión dentaria (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etc.) que afectan la estética y función dentofacial del niño.

En Venezuela, estudios realizados por Blanco y Cols.¹⁵ en una población de preescolares arrojó datos significativos. Se encontró un alto porcentaje de niños amamantados con perfil recto (56,8%) , en contraste con aquellos que no recibieron lactancia materna (38,46%). Ocurrió además que al incrementarse los meses de lactancia materna, se produce un aumento considerable en el porcentaje de niños con perfil recto, 38,47%, en niños con lactancia artificial, 47,56% en niños con duración de la lactancia entre 1 y 6 meses, en contraste con 85,19% en niños con más de 6 meses de lactancia natural. En oposición a lo anterior, al aumentarse los meses de lactancia, se produce una disminución importante en el porcentaje de niños con perfil convexo 61,54% en niños que no recibieron lactancia natural, 43,90% en niños con lactancia menor a 6 meses y 14,82% en niños amamantados por un período mayor a 6 meses.¹⁵ Otro hallazgo encontrado en más de la mitad de la población estudiada se observó paladar profundo (52,46%) el cual estaba asociado significativamente con un período de amamantamiento menor a seis meses. Se sabe que si el bebé es alimentado por biberón, la lengua por efecto de la chupa se ubica más baja dentro del espacio oral funcional, 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 cuando se alimenta con biberón que las que se ejercen con el acto de amamantamiento.⁹ Martín y Mohr⁷ aseguran que el paladar se presenta alto y con paredes laterales en forma de techo a dos aguas, que si bien es frecuente que se origine por el uso prolongado del chupete, no es la única causa. En general , se suman otras causas que agravan el problema: la respiración bucal y una posición anormal de la lengua que presiona permanentemente el paladar.⁷ Cabe señalar frente a esto que Guerra y Mujica⁹ encontraron deglución atípica por interposición labial o lingual en aquellos niños que fueron amamantados por un período menor de seis meses. La misma se considera como una persistencia de la deglución infantil, por falta o ausencia del amamantamiento.⁹ Los niños que hasta edades avanzadas utilizan biberón, generalmente son respiradores bucales, y presentan vestibuloversión de dientes anterosuperiores, mordidas abiertas anteriores, y resequedad en la mucosa entre otros.⁵ También encontraron, un porcentaje muy alto (31,97%) de mordida abierta anterior en la población estudiada. Cabe señalar que la mordida abierta es ocasionada por varios factores; uno de ellos es la interposición de la lengua por persistencia de la deglución infantil o por el hábito nocivo de succión de dedo u otro objeto. El cuerpo interpuesto entre ambas arcadas, rompe el equilibrio dentario y bucal normal, generando presiones contrarias a las fisiológicas que anulan el mecanismo normal y natural, y cuya continuidad trae como efecto la deformación..⁹

Junto con la actividad muscular, una fuerte presión producida por el niño alrededor del pezón, arrastra la leche fuera del pecho. Lo anterior produce un beneficio adicional ayudando a abrir y drenar la faringe y las trompas de Eustaquio, reduciéndose en el niño el riesgo de infecciones del oído y respiratorias, así como también disminuye el riesgo de enfermedades alérgicas, las cuales generalmente provocan respiración bucal.^{2,3,14,16} Es importante señalar que la lactancia materna refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico, ya que 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.¹⁰ La respiración nasal es fundamental para el correcto desarrollo craneofacial, ya que el paso de aire por las fosas nasales es un estímulo para el desarrollo espacial de dichas fosas, las cuales están íntimamente relacionadas con el desarrollo del maxilar superior. A esto podemos añadir que las defensas que pasan al niño a través de la leche materna lo protegen, entre otras cosas, contra frecuentes resfriados que suelen acompañarse de secreción mucosa que obstruye las fosas nasales dificultando la respiración por esta vía.¹⁰

¿ LACTANCIA NATURAL VERSUS ARTIFICIAL?

Mayoral ¹¹ plantea que se ha prestado mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales. La lactancia artificial va íntimamente unida a la deglución anormal por persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los bordes alveolares), pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores)¹¹.

A pesar que los biberones han mejorado mucho, los recién nacidos no hacen el mismo esfuerzo que cuando se amamantan del pecho materno, en la alimentación con biberón el niño deglute, por eso el crecimiento es menor, los maxilares quedan pequeños y los dientes entre otros problemas no caben en las arcadas.¹² Cuando el bebé es alimentado en forma artificial (mamadera) no puede realizar los movimientos fisiológicos mandibulares de mesialización ya que debe controlar la cantidad de leche que ingiere, evitar ahogos y poder tragar, lo cual no sucede si es amamantado. La falta de un movimiento muscular correcto, disminuye la estimulación del crecimiento y de la forma de la boca y condiciona la aparición de futuros problemas de oclusión.^{7,4}

Los niños amamantados con biberones, al hacer poco esfuerzo les cuesta más dormirse tras la ingesta, y además muchos recurren a hábitos viciosos o inadecuados como la succión de los dedos, chupete y el labio entre otros para así satisfacer su instinto de succión, el cual se vio frustrado por una alimentación que no ha sido satisfactoria.^{4,11,12} De hecho, autores como Planells y Cols.⁶ consideran la lactancia artificial como un factor etiológico principal en el desarrollo de hábitos.⁶ Está claro que cuando se hace la lactancia mixta, el niño por lo general suele aborrecer el pecho materno, ya que implica mucho más esfuerzo.¹²

EFFECTOS DE LA LACTANCIA MATERNA SOBRE EL MAXILAR INFERIOR

Donato y Cols.³ realizaron un estudio llevado a cabo en Costa Rica, donde se evaluaron 225 niños, con la finalidad de determinar los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo normal del maxilar inferior. Se obtuvo como resultado de la investigación, entre otros hallazgos, que un niño promedio que no recibió leche de su madre por más de 3 días después del parto, tiene 2,46 veces más riesgo de tener una relación esquelética clase II que otro que sí recibió.³ Por otra parte, se encontró que los niños de Zinbabwe cuyas madres les dan el pecho tan a menudo como los bebés quieren, no suelen tener hábitos viciosos como el de chupeteo del dedo.⁶ Sin embargo, autores como Meyers, Johnson y Morris ⁶ consideran que el modo de alimentación temprana tiene poco efecto en la prevalencia de hábitos de succión.

MÁS RAZONES PARA FOMENTAR EL AMAMANTAMIENTO

1. Favorece la relación afectiva profunda entre madre e hijo.¹⁶
2. Disminuye la incidencia de muerte súbita en el lactante.¹⁶
3. Reduce la morbilidad y la mortalidad infantil.⁴
4. Tiene la temperatura adecuada, está siempre a disposición del bebé y no contiene microbios.^{4,16}
5. Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovárico.⁴
6. Ayuda a prevenir la diarrea.⁴
7. Disminuye la frecuencia de abandono del recién nacido.¹⁶

CONCLUSIONES

Luego de la revisión de la literatura, se puede concluir que la lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, supone un estímulo muy importante en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido:

1. Madurando adecuadamente las funciones del aparato bucal
2. Produciendo los estímulos de desarrollo necesarios para el crecimiento maxilo-mandibular
3. Previene la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución.

RECOMENDACIONES

La lactancia natural 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Godoy D, Haller W, Casamayou M. Prevención de las disgnacias desde el nacimiento. Obtenible en: [http:// www.odon.edu.uy](http://www.odon.edu.uy) Consulta: 1 Mayo 2002.
2. Issler J, Cassella A, Gómez V, Maidana D. Lactancia Materna. 2000. Obtenible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.html Consulta: 1 Mayo 2002.
3. Donato C, Ramírez J, Bremes W. Lactancia Natural y su relación con el desarrollo del maxilar inferior. Obtenible en: < [http:// www.colegiodentistas.co.cr/index.html](http://www.colegiodentistas.co.cr/index.html) > Consulta: 2 Mayo 2002.
4. López Y, Arias M, Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales.1999 Obtenible en: <[http:// www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.html) > Consulta: 2 Mayo 2002.
5. Salud Oral y Lactancia Materna. Obtenible en: <[http:// www.encolombia.com/lactancia_anexo5.htm](http://www.encolombia.com/lactancia_anexo5.htm) > Consulta: 2 Mayo 2002.
6. Planells P, Martín S, Echainz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos. Obtenible en: <[http:// www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.htm](http://www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.htm) > Consulta: 7 Mayo 2002.
7. Martín A, Mohr L. Los hábitos y las maloclusiones. Obtenible en: <[http:// www.cemic.edu.ar/publ/LOS_HABITOS.htm](http://www.cemic.edu.ar/publ/LOS_HABITOS.htm) > Consulta: 7 Mayo 2002.
8. Guerra María E.: Amamantamiento. Venezuela Odontológica. (1993); (58): 23-29
9. Guerra María E., Mujica, C.: Influencia del amamantamiento en el desarrollo de losmaxilares. Acta Odont Venez. (1999); 37(2): 6-10.
10. Galvez M. Lactancia materna: Más argumentos a favor. Obtenible en <[http:// www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.htm](http://www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.htm) > Consulta: 7 Mayo 2002.
11. Mayoral J, Mayoral G: Ortodoncia. Barcelona, Labor. (1969)
12. Etiología de las maloclusiones. Obtenible en: <[http:// www.odontocat.com/ortodoncia1.htm](http://www.odontocat.com/ortodoncia1.htm) > Consulta: 3 Mayo 2002.

13. Guerra María E.: Deglución. *Odont al Día*. (1990);⁷: 26-35
 14. Ortega G. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. 1997. Obtenible en: <[http:// www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ordsu198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ordsu198.htm) > Consulta: 7 Mayo 2002.
 15. Blanco L, Guerra María E., Mujica C.: Relación entre el amamantamiento, el tipo de perfil, oclusión y hábitos viciosos en preescolares. *Archiv Venezol de Puer y Ped*. (1999); 62 (3): 138-43
 16. Ortiz L. Cincuenta buenas razones para amamantar. Obtenible en: <[http:// www.fmed.uba.ar/ibfan/enred/bol_12/index.htm](http://www.fmed.uba.ar/ibfan/enred/bol_12/index.htm) > Consulta: 30 Mayo 2002.
 17. Comisión nacional de Lactancia Materna CONALAMA: Curso de Capacitación Consejería en Lactancia Materna, Manual del participante. Caracas. 1998.
-

© **2009 Acta Odontológica Venezolana**

**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología,
Acta Odontológica Venezolana,
Los Chaguaramos
Código Postal 47136-1041-A
Caracas, Venezuela
www.actaodontologica.com**



fundacta@actaodontologica.com