

Repercusión estomatológica del amamantamiento

Stomatological impact of breastfeeding.

Eduardo de la Teja Ángeles,¹ Luis Américo Durán Gutiérrez,¹ Zazil Olivares Sandoval²

Resumen

La práctica de la lactancia al pecho materno es necesaria para el correcto crecimiento y desarrollo de las estructuras bucales y maxilofaciales de los bebés; algunas patologías bucales afectan el amamantamiento (frenillo lingual y labial cortos), fisura labio alveolo palatina, dientes natales y neonatales, épulis congénito.

PALABRAS CLAVE: estomatología, lactancia materna, desarrollo maxilofacial.

Abstract

Breastfeeding is necessary for the correct growth and development of mouth and maxillofacial structures of the newborn; certain oral diseases have impact on the breastfeeding (short lingual and lip frenulum), fissure lip alveolus palate, natal and neonatal teeth, congenital epulis.

KEYWORDS: stomatology, breastfeeding, maxillofacial development.

¹ Estomatólogo pediatra adscrito al Servicio de Estomatología.

² Nutrióloga adscrita a la Unidad de Genética de la Nutrición. Instituto Nacional de Pediatría, CDMX. México.

Correspondencia

Eduardo de la Teja Ángeles
misangeles3@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: de la Teja Ángeles E, Durán Gutiérrez LA, Olivares Sandoval Z. Repercusión estomatológica del amamantamiento. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 3): S47-S51.

La boca desempeña un papel trascendental en la lactancia materna, ya que es la principal vía a través de la cual el bebé se alimenta y obtiene la leche materna. La relación entre la boca y la lactancia materna es fundamental para asegurar una alimentación exitosa y beneficiosa para el bebé y la madre. Es indiscutible el beneficio de la leche materna y la alimentación al pecho materno.

Al nacimiento la cavidad bucal del niño debe estar preparada para poder alimentarse al pecho materno, es decir, que sus reflejos natos y las estructuras bucales anatómicas (óseas y membrana mucosa) estén íntegras para poder llevar a cabo las funciones coordinadas de este proceso de alimentación correctamente.

La alimentación al pecho materno corresponde a la primera acción coordinada del recién nacido, donde se conjuntan los reflejos de succión, deglución y respiración. Comprender cómo funcionan las estructuras orales y los movimientos musculares que se realizan durante la lactancia concierne a la biomecánica de la alimentación al pecho materno. Cabe mencionar que, en el proceso de amamantamiento, intervienen todas las estructuras anatómicas del aparato estomatognático, que es una unidad funcional conformada por: componentes esqueléticos (maxilar y mandíbula), arcos dentarios, tejidos blandos (glándulas salivales, arterias, venas y nervios), y la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios. (articulación temporomandibular, labios, carrillos, paladar duro y blando, maxilar, mandíbula, lengua, encías).^{1, 2}

Este trabajo tiene como objetivo explicar la normalidad de la biomecánica de la alimentación al pecho materno y las alteraciones anatomopatológicas de la cavidad bucal que puedan interferir en el proceso de amamantamiento.

Biomecánica de la alimentación al pecho materno

Los reflejos natos (búsqueda y protrusión lingual) inician este proceso, el recién nacido abre la boca, everta los labios que conjuntamente con el frenillo labial realiza el “agarre” del pecho materno limitando, posicionando y dirigiendo el movimiento del labio. Los labios evertidos se adosan fuertemente a la areola. La lengua se coloca debajo del pezón y lo rodea por completo para hacer un cierre hermético, contactando con el paladar. La lengua no sobrepasa el reborde alveolar, es decir, no sale de la cavidad bucal. La mandíbula baja produciendo presión negativa dentro de la cavidad bucal.

La boca no se colapsa gracias a la presencia de la bola de Bichat de ambas mejillas. Esta presión negativa (succión) obtiene una primera cantidad de leche. En este momento la lengua forma un canal o surco (donde se deposita la leche), la mandíbula se eleva junto con la lengua presionando al pezón contra el paladar y obtiene por presión otra cantidad de leche; la lengua realiza un movimiento antero posterior similar al peristaltismo, obtiene otra cantidad de leche.

En este momento, con la presión ejercida por la lengua y la mandíbula, el pezón se estira (protractilidad) y contacta la unión del paladar duro y el paladar blando, estimulándolo para tensar y elevar al paladar blando, cerrando el espacio de la orofaringe (y así evitar que la leche suba a la nariz) para poder iniciar la deglución, que pasa de una etapa oral (con la cantidad de leche o posteriormente con el bolo alimenticio) a una etapa faríngea y posteriormente a una etapa esofágica. Ya que ha deglutido, respira, debido a que la succión y la deglución son mecanismos herméticos que requieren que los labios y la lengua no permitan fugas ni entradas de aire, por lo tanto, la deglución se realiza con la boca

cerrada, es decir, la mandíbula y el maxilar se encuentran en contacto. Ya que ha deglutido vuelve a comenzar el ciclo sin desprenderse, reiniciando con el descenso de la mandíbula.

Para que la deglución se realice con la boca cerrada, al nacimiento, la anatomía del maxilar presenta una depresión ligera en el reborde alveolar en la zona anterior que abarca el espacio que corresponde a los centrales, laterales y caninos, permitiendo que el pezón permanezca en boca durante la deglución, lo que no ocurre con los chupones que no sean ortodónticos ya que se produce entrada de aire o salida de saliva o leche de la cavidad bucal.

Entendiendo cómo se desarrolla la biomecánica de la alimentación al pecho materno, podría deducirse entonces que la revisión estomatológica inicial del recién nacido corresponde a la detección oportuna de la patología bucal que interfiera o impida la alimentación al pecho materno y conviene hacerla precisamente al momento del nacimiento, es decir, la primera revisión estomatológica debe formar parte de la revisión médica integral del recién nacido.^{3, 4}

Repercusión estomatológica del amamantamiento

Toda la musculatura de la cara y del aparato estomatognático se estimulan durante el proceso de alimentación, además se establece un balance que propicia el crecimiento y el desarrollo del maxilar y la mandíbula, favoreciendo la armonía facial.

De acuerdo con los mecanismos biológicos y el tipo de alimentación, la función motora oral tiene efecto directo en el correcto desarrollo de las estructuras craneofaciales en los niños.⁵

Todos los movimientos fisiológicos que se realizan durante el amamantamiento, con la mandíbula, la lengua, y el paladar blando re-

percuten favorablemente en el crecimiento y desarrollo, porque se estimula el crecimiento de la mandíbula hacia arriba y hacia atrás y se proyecta hacia abajo y adelante.⁶

Los movimientos mandibulares hacia arriba y hacia abajo que se realizan durante la succión y deglución permiten que la mandíbula se coloque de una retroposición fisiológica al nacimiento, a una orto-posición es decir que puedan hacer el mayor contacto entre el maxilar y la mandíbula. Esta retroposición se observa como si la mandíbula fuera más pequeña que el maxilar y al momento del nacimiento no hay dientes en el maxilar ni en la mandíbula, por lo que no se puede establecer un referente de oclusión.⁷

La alimentación al pecho materno produce un balance entre las estructuras del aparato estomatognático, le permite desempeñar sus funciones correctamente y además favorece el crecimiento armónico y evita la maloclusión.

Alteraciones bucales que interfieren con la alimentación al pecho materno

Existen ciertas anomalías dentro de la cavidad bucal que pueden interferir y dificultar la lactancia materna, como son la anquiloglosia, los dientes natales, la úlcera de Riga-Fede, frenillo labial corto, afta de Bednar.⁸

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso y/o muscular, recubiertos por mucosa bucal, que se dirigen desde el reborde alveolar a la mucosa labial, mejillas o lengua.⁹ Los frenillos mantienen el labio fijo a la mucosa de los carrillos, la lengua y los labios a la mucosa alveolar, a la encía y al periostio subyacente.

El frenillo labial corto. Este frenillo se ubica en la porción interna y media del labio superior. El frenillo labial une el labio superior a la papila constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento, afirmando más

el labio superior. Cuando este frenillo es corto impide la eversión completa del labio y por lo tanto el agarre o adosamiento de la boca del bebé a la areola del pecho materno, entonces interfiere con los movimientos de succión y deglución.¹⁰ Y puede observarse salida de leche por las comisuras labiales por la falta del sellado hermético.¹¹

El frenillo lingual se encuentra ubicado en la parte ventral media de la lengua, unido al piso de la boca e impide que se eleve la lengua. Si el frenillo lingual es corto se dificulta la alimentación del bebé al pecho materno; el bebé se cansa ya que la lengua no puede colocarse en la posición correcta y se hace necesaria la intervención quirúrgica. Con el frenillo lingual corto, la lengua se coloca debajo del pezón, pero no alcanza a rodearlo por completo para hacer el cierre hermético, además de que no contacta con el paladar. Al descender la mandíbula se produciría la presión negativa dentro de la cavidad bucal, obteniendo una primera cantidad de leche. La lengua no puede formar un canal o surco (donde se deposita la leche), la mandíbula se eleva, pero la lengua no puede hacer suficiente presión sobre el paladar lo que dificultaría la deglución. El bebé se cansaría muy fácilmente y no podría alimentarse.

Esta afección, puede traer consecuencias, no se debe recurrir a la frenilectomía en todos los casos; el frenillo corto puede alterar la alimentación del niño, afectar posteriormente la posición de los dientes, el habla y la respiración.¹² Las madres de niños con frenillo lingual corto manifiestan dolor durante el amamantamiento, disminución del tiempo de lactancia (abandono) y una deficiente alimentación del bebé.

Dientes natales y neonatales. Los dientes que están presentes al nacimiento o aparecen en los primeros 28 días de vida se les denominan dientes natales y neonatales respectivamente. Por lo general estos dientes son más pequeños, móviles, debido a la falta de formación radicular,

y además presentan anomalías en el esmalte (áspero). Su sola presencia dificulta la alimentación al pecho materno.^{13,14}

La úlcera o afta de Riga-Fede es una ulceración benigna de la mucosa de la superficie ventral anterior de la lengua. Es provocada por movimientos de la lengua sobre los incisivos anteriores mandibulares (por lo general se asocian con los dientes natales o neonatales) que resultan en lesiones traumáticas repetitivas. Esta ulceración de la lengua, produce dolor y por consecuencia alimentación deficiente, heridas en el pecho materno y abandono de la lactancia materna. Durante el amamantamiento, la lengua se coloca debajo del pezón y encima del reborde alveolar, que aloja a los dientes natales o neonatales, el borde incisal de éstos es rugoso o áspero y la fricción produce solución de continuidad de la cara ventral de la lengua. Obviamente es una lesión dolorosa que impide la alimentación al pecho materno. Cuando el niño contrae la lengua para no contactar con los dientes, posiciona la lengua detrás de ellos, produciendo herida en el pezón, con la misma fricción de los dientes.^{8,15}

Las aftas de Bednar o úlcera pterigoidea, son pequeñas úlceras que se presentan en la unión del paladar duro con el paladar blando en el borde del paladar de los recién nacidos. Aunque del mecanismo que produce las úlceras de Bednar aún se desconoce, se atribuyen al efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupón no ortodóncicos durante la lactancia. También se relaciona con el pecho agrietado de la madre debido a la mala colocación del bebé y el pecho materno, probablemente a la posición horizontal del lactante mientras se alimenta.^{16,17}

CONCLUSIONES

Es fundamental que los recién nacidos y lactantes reciban un cuidado y apoyo especializados durante la lactancia. Los profesionales de la salud deben trabajar conjuntamente para brindar

estrategias y técnicas adecuadas que superen estas dificultades y garanticen que el bebé reciba el máximo beneficio de la lactancia materna, incluso si enfrentan a niños prematuros.

La lactancia materna desempeña un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo saludable de la boca y las estructuras orales en los bebés. La forma en que un bebé se alimenta durante sus primeros meses de vida puede tener un impacto duradero en su salud bucal.

REFERENCIAS

1. Cuccia, A., & Caradonna, C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. *Clinics* (Sao Paulo, Brazil), 2009; 64(1):61-66.
2. Barreto, JF. Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*. 1999; 30(4):173-80.
3. Rendón MME, Serrano MGJ. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. *Bol Med Hosp Infant. Mex.* 2011;68(4):319-27.
4. Woolridge M. The Biomechanics of Breastfeeding: Bridging the Gap between Engineering-Based Studies and Clinical Practice. Nestle Nutrition Institute workshop series. 2019, 90, 13-32.
5. Rodríguez LYN. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Universitas Odontologica*. 2016;35(74):11.
6. Fonseca ERM, Vótores MHC. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares. *Multimed*. 2016;20(3):570-83.
7. Peres, KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moy-nihan P, & Rugg-Gunn A. Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. *JDent Res* 2018, 97(3):251-8.
8. Angulo EMA, de la Teja DE, Durán A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediatr Mex*. 2013;34(4):196-204.
9. Gay-Escoda C, Berini Aytés L. Frenillos bucales. *Tratado de Cirugía Bucal*. TOMO I, 2005 reimp. 2011, Cap. 17 p. 557-64.
10. de la Teja AE; López FR, Durán A; Cano BA, Téllez RJ. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediatr Méx* 2011, 32(6):355-6
11. Ventiades FJ, Tattum BK. Patología oral del recién nacido. *Rev Bol Ped*. [Internet]. 2006 abr [citado 2023 ago15]; 45(2):112-115. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752006000200009&lng=es
12. de la Teja AE. López FR, Durán GLA, et al. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediatr Mex*. 2011;32(6):355-6.
13. De la Teja AE, Durán GLA, Zurita BYE. Dientes natales y neonatales. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(6):351-2.
14. Primo LG, Alves AC, Pomarico I, & Gleiser R. Interruption of breast feeding caused by the presence of neonatal teeth. *Braz Dent J* 1995, 6(2):137-42.
15. Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: A systematic review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(4):323-31.
16. Tricarico, A., et al. (2012). ¿Nipple trauma in infants? Bednar aphtae. *American journal of otolaryngology*, 2012. 33(6):756-7.
17. Molina HD, Moreno SA, Fariña JMªV, Miralbés-Terraza S. Afta de Bednar. La importancia de la sospecha diagnóstica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23(92):401-404.