

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
CAMAGUEY

**Título: Influencia de la
lactancia materna en el
micrognatismo
transversal de los arcos
dentarios.**

Autor: Dra. Alina del Monte Nonell

Tutor: Dra. Rosa Elena Jiménez Polanco

*Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado
en Ortodoncia*

*Las Tunas
2000*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en el período comprendido de julio de 1998 a abril del 2000 utilizando una muestra de 156 niños de 5 años de edad con los objetivos de determinar la relación existente entre el período de lactancia materna y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares así como la presencia de hábitos nocivos orales en niños amamantados por un período menor de seis meses.

Encontramos como resultados una prevalencia del micrognatismo transversal de un 37,1%, ubicándose el 74,1% en ambos maxilares. De los 58 niños afectados, 50 no poseían diastemas fisiológicos de crecimiento y el 22,4% de estos presentaron bóveda palatina profunda. Además los 58 infantes con micrognatismo transversal recibieron lactancia materna por un período menor de seis meses. Se presentaron 104 hábitos nocivos orales descrito en cuatro categorías, resultando el más frecuente el uso prolongado del biberón.

INTRODUCCION

Amamantar a un hijo es una de las experiencias más fundamentalmente gratas en la vida de una mujer, porque su leche constituye el mejor alimento y la mejor bebida durante los primeros 4-6 meses en la vida del niño. Dicho reto constituye una auténtica revolución en la supervivencia infantil (1), (2).

Los componentes de la leche humana desempeñan un doble papel, es decir, el clásicamente reconocido que contiene la mayor cantidad de nutrientes, o sea que proporciona cofactores enzimáticos o sustrato para energía, o bien componentes estructurales y el papel funcional complejo según el cual los componentes complementan la capacidad de desarrollo de los niños que están madurando (3).

Los niños nacen con bajas reservas de vitamina A. La leche materna aporta exactamente las cantidades adecuadas de ella siendo de especial importancia entre otros aspectos para el crecimiento de los tejidos. La lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de vida, y su extensión siempre que sea posible hasta los seis meses, acompañada de la introducción gradual de alimentos apropiados, es imprescindible para el desarrollo y mantenimiento de la salud del niño (4).

La acción de succionar el pezón estimula el crecimiento de los maxilares en sentido anteroposterior y transversal vinculado a la actividad muscular requerida para este acto durante los primeros seis meses de la vida del niño, por lo que el abandono de la lactancia materna antes de este tiempo así como la aparición de hábitos nocivos orales constituyen un aspecto de gran importancia a tener en cuenta en nuestro trabajo diario.

La relación existente entre la falta de amamantamiento o un período corto de esta práctica y la presencia de maloclusiones dentales o la introducción de hábitos de succión y deglución está descrito en la literatura odontológica (5), (6), (7), (8).

Los estímulos paratípicos después del nacimiento juegan un papel importante en el desarrollo de los maxilares. La respiración es el primer estímulo permanente en el individuo y el segundo es el amamantamiento. Durante este acto el complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con su mandíbula y lengua predominan sobre los otros huesos y músculos de la cara y el cuello y constituyen estímulos primarios para el buen desarrollo de los maxilares (5), (6), (7).

La rehabilitación neuroclusal observa tres hechos fundamentales durante la realización del amamantamiento: 1) El bebé respira por la nariz sin soltar el pezón, lo que le sirve para mantener el circuito de respiración nasal fisiológicamente durante el amamantamiento y fuera de éste; 2) Está obligado a morder, a avanzar y a retruir la mandíbula, por lo que todo el sistema muscular principalmente masetero, temporales y pterigoideos, van adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesarios para ser utilizados a la llegada de la primera dentición a fin de poder realizar la primera abrasión fisiológica (3). El movimiento protrusivo y retrusivo estimula al mismo tiempo las partes posteriores de los meniscos articulares y superiores de la ATM. Se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular (13).

La bóveda está constituida por la cara inferior de la apófisis palatina de los maxilares superiores y la cara inferior de la lámina horizontal de los huesos palatinos, constituyendo la pared superior de la cavidad bucal (10).

El paladar puede estar arqueado formando una bóveda alta y estrecha como consecuencia de movimientos anormales o débiles de la lengua y la hipoplasia muy manifiesta de la musculatura bucal que puede producir anomalías en la formación de la boca (3).

Las maloclusiones ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades de mayor prevalencia en la cavidad bucal, son endémicas y muy esparcidas por el mundo. Varios estudios han determinado que aproximadamente el 50% de los niños tienen algún tipo de maloclusión que requiere tratamiento ortodóncico (11).

En las edades tempranas de la vida, pre-escolar y escolar, donde predomina o es casi exclusiva la dentición temporal, es el micrognatismo transversal una de las causas morfológicas fundamentales de las maloclusiones. Esta se describe como una entidad caracterizada por un insuficiente desarrollo en la anchura de los maxilares (12).

En nuestra provincia se encontró una prevalencia de micrognatismo transversal superior de un 32,9% (13), considerándose alta en nuestro medio, por lo que los estudios encaminados a determinar las causas de esta alteración en nuestros niños son de gran importancia desde el punto de vista preventivo.

El primer objeto a quien el niño dirige su exigencia sexual es la madre, y lo hace en principio apuntalando a una necesidad: la de alimentarse. La teta y su abandono constituyen el primer trauma psíquico: el destete (14).

Desde el punto de vista psicológico, las relaciones establecidas entre la madre y el hijo durante los primeros días y semanas de la vida establecen un patrón que puede ser valioso para el desarrollo posterior del niño. La amamantación natural le proporciona al niño satisfacciones emocionales que son de gran importancia (15).

El desarrollo transversal y sagital de la base apical es posible sólo, en tanto y en cuanto, quede un potencial de crecimiento natural; por lo que el momento óptimo para el tratamiento es el período de dentición mixta (16) de ahí la importancia de diagnosticar precozmente las anomalías a edades tempranas del desarrollo donde el mismo proceso de crecimiento ayudará junto con la aparatología ortodóncica empleada a corregir las maloclusiones.

En este momento se encuentra vigente en nuestro país una Línea Investigativa Nacional sobre "Crecimiento y Desarrollo" por lo que llevar a cabo este estudio contribuirá de manera sustancial a enriquecerla.

En 1979, en la reunión mixta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, el valor de la lactancia materna se definió concretamente como: "La lactancia materna es parte integral del proceso reproductivo, la forma natural e ideal de alimentar al bebé y la base biológica y emocional única para el desarrollo del niño" (17).

Consideramos de primordial importancia el diagnóstico precoz del micrognatismo transversal en edades tempranas del desarrollo del niño y su relación con la lactancia materna por ser ésta una de las actividades de los infantes en la cual el rol principal lo juegan los padres y en cuyas manos está por tanto su prevención constituyendo uno de los aspectos significativos dentro de la promoción de la salud en general.

En la bibliografía consultada encontramos un solo trabajo sobre este tema que se presenta con alto índice de prevalencia, razón por la cual nos hemos motivado a realizar la presente investigación para determinar la influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios en niños pre-escolares del municipio Tunas en el período comprendido de julio de 1998 a abril del 2000.

OBJETIVOS

General:

1-Determinar la relación existente entre el período de lactancia materna y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares en niños de pre-escolar del municipio Tunas en la etapa de 1998 al 2000.

Específicos:

1-Determinar la prevalencia del micrognatismo transversal en niños de 5 años de edad de seis escuelas primarias del municipio Tunas.

2-Identificar la presencia del micrognatismo transversal asociado a la ausencia de diastemas fisiológicos de crecimiento.

3-Identificar la relación existente entre el tiempo de lactancia materna, el micrognatismo transversal de los arcos dentarios y la bóveda palatina profunda.

4-Determinar la presencia de hábitos nocivos orales en los niños amamantados por un período menor de seis meses.

METODO

En el período comprendido de julio de 1998 a abril del 2000 se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal utilizando una muestra de 156 niños pertenecientes a seis escuelas primarias del área urbana del municipio Tunas de las cuales tres presentaban régimen seminterno y las restantes régimen externo (una sola sesión) previamente seleccionadas por la mayor cantidad de niños pre-escolares.

Se utilizó el muestreo estadístico estratificado para muestrear las escuelas mediante el empleo de tabla de números aleatorios. La forma de obtener la muestra fue a partir de asignarle un número aleatorio a cada escuela de la zona urbana y se determinó el número de escolares por escuela. El número de escolares a muestrear fue del 2 % de la población total, con lo cual la muestra resulta representativa para un total de 156 niños.

El universo estuvo constituido por todos los niños del grado pre-escolar del área urbana del municipio Tunas.

Previa coordinación con la Dirección Municipal de Educación y la autorización por los directores y maestros de estas escuelas, se realizó la valoración de los niños en las primeras horas de la mañana quedando incluidos en el estudio todos los escolares de 5 años de edad de dichas escuelas y que presentaban los segundos molares temporales para medir el ancho transversal de los arcos dentarios; así mismo se excluyeron aquellos niños que presentaban mayor o menor edad a la escogida y los que por una causa u otra perdieron uno o los dos segundos molares temporales.

Se contó además con la presencia de los padres para llenar los datos de la encuesta concernientes al interrogatorio.

Los niños fueron examinados en su propia aula, utilizando la luz natural como medio de iluminación.

Para determinar el micrognatismo transversal de los maxilares escogimos las dos reglas de Bogue (11):

- La primera se refiere a la distancia mínima que debe separar las superficies linguales de los segundos molares temporales, que es de 30 mm. Si el ancho del maxilar superior es menor de 30 mm se puede diagnosticar el micrognatismo transversal, una falta de desarrollo en la anchura del maxilar superior, y si la oclusión vestibulo-lingual de los dientes superiores posteriores con los respectivos inferiores es normal, el micrognatismo será también del maxilar inferior. Si los molares superiores ocluyen en linguoclusión en relación con los inferiores, el micrognatismo estará únicamente localizado en el maxilar superior.*

Se midió el ancho transversal del maxilar superior utilizando un compás de espesor marca DENTAURUM 028 353 que permitió además determinar la profundidad de la bóveda palatina determinada por la altura máxima desde el plano de oclusión, situado en la línea media a la altura de los primeros molares.

- *La segunda dice que en el niño de 5 años de edad deben presentarse diastemas normales de crecimiento entre los incisivos; la ausencia de estos diastemas puede indicar la presencia de dientes grandes a lo que se le denomina macrodoncia, lo que no es frecuente en la dentición temporal, o un micrognatismo transversal que ha obligado a los dientes a colocarse en contacto unos con otros desapareciendo los diastemas y por tanto esta regla complementa la primera.*

Se determinó la presencia de los diastemas mediante la observación a través del examen físico de la cavidad bucal del niño.

Se utilizó como fuente de recolección y verificación de los datos una encuesta diseñada para este fin (ver Anexo 1) que contó de dos partes:

- Una en la que se recogió el Nro de orden, nombre y apellidos del niño, escuela, presencia o no del micrognatismo transversal, lugar de ubicación de éste, presencia o no de diastemas fisiológicos de crecimiento, si tiene o no bóveda palatina profunda y presencia de hábitos bucales deformantes como la deglución atípica y la respiración bucal.

- Y otra que recoge los datos aportados por el interrogatorio a la madre o al familiar que está a cargo del niño en la cual se constató el tiempo de lactancia materna y la presencia de hábitos nocivos orales como la succión digital y el uso prolongado del biberón.

Se estudió como variables dependientes la presencia del micrognatismo transversal de los arcos dentarios y de diastemas fisiológicos de crecimiento y el tiempo de lactancia materna, y como variables independientes la profundidad de la bóveda palatina y la presencia de hábitos bucales deformantes.

Estos datos fueron procesados en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el programa Microsoft Access para la confección y utilización de la base de datos. La medida resumen utilizada fue el porcentaje considerando que ésta responde a las exigencias del estudio.

Para determinar significación con confiabilidad del 95% los datos fueron procesados estadísticamente por el método χ^2 , asumiendo como significativos todos los valores de $p \leq 0.05$.

Los resultados fueron presentados en tablas para facilitar su interpretación.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Al analizar la prevalencia del micrognatismo transversal que se muestra en el cuadro #1 se obtuvo que de un total de 156 niños examinados, 58 presentaron esta anomalía para un 37,2%, llamando poderosamente la atención que el 23,7% de los niños afectados se encontraban en escuelas seminternas y provenían de Círculos Infantiles desde muy pequeña edad, cuyas madres están vinculadas al régimen laboral y que se supone recibieron lactancia materna por un período corto de tiempo.

La Dra. Adriana Pantaleón Betacourt, al estudiar las causas de la falta de espacios para la alineación de caninos y premolares en las arcadas dentarias, obtuvo dentro de sus resultados que la causa que más se presentó fue el micrognatismo en 42 de los 78 casos estudiados para un 66,6% constituyendo un dato significativo (18).

Al comparar los resultados obtenidos con el estudio realizado por el Dr. Guillermo Mayoral en la ciudad de Barcelona en 1990 (12) en una población de 266 niños reportó un 31,2%; siendo los resultados encontrados por nosotros relativamente mayores atribuibles a factores ambientales como puede ser el tiempo de lactancia materna recibida por los niños.

El Dr. Armando Santino Cepero en su estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad realizado en Ciego de Avila encontró que el 64,2% de los niños examinados presentaron micrognatismo transversal (19).

Posteriormente en estudios realizados en Las Tunas por la Dra. Mirna Garrido Betancourt se encontró que de 234 niños examinados el 32,9% de la muestra estudiada presentó micrognatismo transversal de los arcos dentarios constituyendo un problema de salud en pre-escolares del municipio Tunas (13).

En los estudios más recientes del Dr. Bernardo Ochoa Fernández se presentó un 34% de niños escolares de primaria con micrognatismo transversal de 393 infantes muestreados (20).

En cuanto a la ubicación del micrognatismo transversal en los 58 niños afectados (cuadro # 2) se constató que el mayor porcentaje (74,1) se diagnosticó en ambos maxilares demostrándose que las alteraciones en el tiempo de lactancia materna afectan, en la mayoría de los casos, el crecimiento y desarrollo de ambos maxilares como se ha descrito en la literatura consultada (5), (6), (7); mientras que un 25,9% presentó esta anomalía sólo en el maxilar superior observándose acompañada de mordida cruzada posterior uni o bilateral.

En este sentido, Kopra et al (21) observaron la presencia de un alto porcentaje de mordidas cruzadas posteriores en pacientes entubados en el momento del nacimiento, contribuyendo este hallazgo a confirmar el concepto de la influencia de factores exógenos en el desarrollo de los maxilares (22), (23), (24), (25).

Con respecto a la relación del micrognatismo transversal y la ausencia de diastemas fisiológicos de crecimiento que se presenta en el cuadro # 3, gráfico # 3 se observa que del total de examinados, 58 presentaron estrechamiento transversal del maxilar; y

de éstos, 50 pacientes no poseían diastemas fisiológicos, resultando un valor relevante y que permite una manifestación temprana de la discrepancia hueso-diente negativa en los infantes portadores de esta alteración.

En estudio realizado en Ciudad de la Habana por la Dra. Nery Vergara, Ana Blanco y otros (26), encontraron que más de la mitad de los niños no presentaron estos diastemas. Resultados similares fueron obtenidos por Mayoral en España quien reportó un 73,3% (12).

En el cuadro # 4 se aprecia la relación existente entre la bóveda palatina profunda que se presentó en 35 pacientes con micrognatismo transversal para un 22,4% del total de examinados; y en aquellos en los que la relación transversal del maxilar fue normal no se encontró ningún caso con profundidad en la bóveda palatina.

Comparando estos resultados con el estudio realizado por la Dra. María Elena Guerra en Venezuela (13) en el que utilizó una muestra de 43 pacientes, 34 presentaron paladar profundo encontrándose micrognatismo transversal de los arcos dentarios en 31 de ellos representando el 73% de su muestra.

Otros autores han demostrado la relación entre el paladar profundo con asimetría y un alto porcentaje de mordidas cruzadas posteriores en pacientes prematuros entubados que no recibieron lactancia materna destacando la importancia de los factores relacionados con el medio ambiente en edades tempranas como factores influyentes en el buen desarrollo de los maxilares (27).

En cuanto a la relación entre el tiempo de lactancia materna y el micrognatismo transversal de los arcos dentarios (cuadro # 5) se aprecia que de 156 niños encuestados, 80 recibieron lactancia materna por un período menor de 6 meses; y de ellos 58 presentaron insuficiente desarrollo transversal correspondiendo a la totalidad de los niños afectados por esta anomalía de volumen de los maxilares; dato de relevante importancia para nuestro estudio.

Este resultado coincide con el obtenido en un estudio realizado en Venezuela sobre “La influencia del amamantamiento en el crecimiento de los maxilares en el cual se demostró que existe relación entre el período de amamantamiento menor de seis meses y la falta de crecimiento de los maxilares con resultados altamente significativos (13).

Estos datos concuerdan con la bibliografía consultada en relación con el estímulo del amamantamiento y el desarrollo transversal y anteroposterior de los maxilares (5), (6), (7), (8).

Referente a los hábitos bucales deformantes en niños con una lactancia materna menor de seis meses (cuadro # 6) se constató que se presentaron 104 hábitos para un 66,4%, por encontrarse niños con más de un hábito, resultando relevante que el mayor número de infantes con hábitos se presentaron en escuelas seminternas, hijos de madres trabajadoras y que provienen de Círculos Infantiles representando el 45,4% de la muestra estudiada. Referente a este aspecto, el Dr. Rafael Pérez Escarrielli en su estudio “Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe” obtuvo como resultado una relación inversa entre el grado de escolaridad de la madre y la duración

de la lactancia materna comprobando que las mujeres cuyo grado de escolaridad formal era bajo o nulo, amamantaron a sus hijos durante más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados (28).

La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos bucales incorrectos que provocan serias maloclusiones afectando la estética y función bucofacial (29).

En estudio realizado en la Isla de la Juventud sobre la importancia de la lactancia materna se concluyó que existía una alta relación entre el tiempo de lactancia materna y la inestabilidad psicológica, y estos a su vez, tenían una alta prevalencia de hábitos bucales deformantes (30).

Según estudio realizado por el Dr. Jarquín, se encontró que los niños que no eran amamantados, son más propensos a desarrollar hábitos de succión digital con un 25,2% (31).

Starr citado por Moyers piensa que los hábitos de chupeteo están íntimamente relacionados con el acto de amamantamiento. Los recién nacidos reciben una alta satisfacción al chupar durante el amamantamiento, el chupeteo sin relación con el proceso de alimentación es un desarrollo natural, puesto que en el niño una de las primeras actividades musculares coordinadas es la relación mano-boca alrededor de los 2 ó 3 meses (32), (33).

El hábito más frecuente resultó ser el uso prolongado del biberón manifestándose en el 32,6% de los niños encuestados; seguido por la respiración bucal y la deglución atípica con el 9,6% y 7,7% respectivamente.

Según Ruff los hábitos orales están influenciados por las circunstancias inherentes a la vida moderna contemporánea. Antaño el niño subsistía succionando del seno materno, hoy esta función es sustituida por tetetas (32).

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibiera poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo se acepta que la inseguridad del niño producida por la falta de amor y ternura materna, juega un papel importante en muchos casos (32), (38), siendo corroborado este planteamiento en nuestro estudio con el mayor porcentaje del hábito más frecuente encontrado.

CONCLUSIONES

- 1- *El micrognatismo transversal de los maxilares constituye un problema de salud en estomatología cuya prevalencia puede considerarse alta en los niños de 5 años de edad de las seis escuelas primarias analizadas del municipio Tunas.*

- 2- *Existe una relación directamente proporcional entre la lactancia materna por un período menor de seis meses y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares.*

- 3- *La ausencia de diastemas fisiológicos de crecimiento está altamente relacionada con el micrognatismo transversal así como la presencia de bóveda palatina profunda.*

- 4- *Existe alto riesgo de contraer hábitos bucales deformantes en niños amamantados por un período menor de seis meses.*

- 5- *De los hábitos estudiados, el uso prolongado del biberón resultó ser el más frecuente en los niños amamantados por un período menor de seis meses.*

RECOMENDACIONES

- 1. Incorporar al examen del servicio básico estomatológico general a través del Plan Incremental el diagnóstico del micrognatismo transversal y la observación de los espacios fisiológicos de crecimiento.*
- 2. Realizar programas de prevención de maloclusiones dentro de las actividades de Educación para la Salud a las embarazadas destacando la importancia de la lactancia materna vinculada al crecimiento y desarrollo de los maxilares.*
- 3. Por la escasa bibliografía encontrada a nivel internacional y nula a nivel nacional y por la importancia que se le confiere desde el punto de vista preventivo a este tema se recomienda continuar el estudio tomando además otras variables en la investigación como la relación con peso, talla y con el micrognatismo anteroposterior de los maxilares.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- OMS. *Lactancia Materna: Servicios de Salud de la madre y el niño.* Suiza, 1981.
- 2- Lonnerdal B. *Biochemistry and physiological function of human milk proteins.* *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 1299-317.
- 3- *Amamantamiento.* *Clin. Perinatol.* 1987;1:11,111-119.
- 4- Moreira Díaz E., Ma C García García. *Lactancia materna y vitamina A.* *Rev Cubana Alimentación y Nutrición* 1997;11 (2):102-104.
- 5- Planas P. *Rehabilitación neurooclusal.* 2nd ed—Barcelona: Salvat editores, 1987: 91-101.
- 6- Stefanelli A. *Amamantamiento: Guías de estudio.* Hosp. Militar Carlos Arévalo. Caracas, 1987.
- 7- Carrera de Hohn B. *Ortopedia Funcional de los Maxilares.* Colegio de Odontólogos Metropolitanos. 1988.
- 8- Halep K. *Electromiographic faciale, linguale et pharyngo chez l'enfant: une methode d'etude des troubles de succion-deglutition et de leur physiopatologie.*

9-Guerra Ma E. *Influencia del amamantamiento en el crecimiento de los maxilares..Anales Venezolanos de Nutrición 1995;8:21-25.*

10-Borroto A.O. *Profundidad de la bóveda palatina y su relación con el arco en oclusión.-La Habana, 1960.TTR.*

11-Graver T M. *Ortodoncia: Principios y Práctica/T M Graver.-Buenos Aires:Ed. Mundi, 1965: 128*

12-Mayoral Herrero G. *El micrognatismo transversal en dentición temporal y mixta temprana. Rev Cubana de Ortodoncia 1990; 5(2): 129-136.*

13-Garrido M *Prevalencia del Micrognatismo9 Transversal Superior en niños de Pre-Escolar. Hosp Ernesto Guevara.—Las Tunas, 1997. TTR.*

14-*Revista Cubana de Ortodoncia 1997;12(1):64.*

15-Martínez C. *Desarrollo psicológico del niño. En: Pediatría 1-La Habana.*

16-Graver T M, B Neumann. *Aparatología Ortodóncica Removible.—La Habana: Editorial Científico –Técnica, 1984:481-485.*

17-García M, Hermelo M. *Alimentación y Nutrición. En: Pediatría/Ernesto de la Torre Montejo. et al.—La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996;T.2:52.*

18-Pantaleón A. *Causas de la falta de espacios para la alineación de caninos y premolares en las arcadas dentarias.*—Las Tunas, 1988. TTR.

19-Santero Cepero A. *Estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad. Ciego de Avila. Rev Cubana de Ortodoncia. 1995;10(2):122-127.*

20-Ochoa Fernández B. *Integración del tratamiento para el hábito de Succión Digital en escolares de primaria. Hosp Ernesto Guevara.*—Las Tunas, 1998. TTR.

21-Kopra D, E Davis. *Prevalence of oral defects among neonatalogy-intubate 3 to 5 and 7 to 10 years-old children. Pediatr Dent 1991;13:349-355.*

22-Wingate T. *Factores Ambientales y Hereditarios determinantes en el desarrollo facial. Revista Internacional de Ortodoncia. 1932;18:799.*

23-Garattini G., Corzzole P, Grasso G. *Eziopatogenesi e Trattamento precoce delle malocclusione correlate al perdurare della deglutizione atipica. Mondo Ortod 1991;16:149-56.*

24-Simoes W. *Ortopedia Funcional de los Maxilares vista a través de la Rehabilitación Neuroclusal. 1988:1*

25-Bezerra M. *Rehabilitando a degluticao. 1989:1.*

- 26-Vergara Domínguez N, Blanco AM, Pérez E. *Aplicación de un método de Ortodoncia Preventiva en escuelas primarias del municipio Habana Vieja. Resultados Preliminares. Rev Cubana Ortod* 1994;9(1-2),3:37-41.
- 27-Baltimore G. *Etiología de las maloclusiones. – Ciudad Habana, 1938:10-12.*
- 28-Pérez R. *Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Bol OPS* 1993;115(3):189.
- 29-Ortega Valdés G. *Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana e Ortodoncia. 1997;13(1): 53 54.*
- 30-Ruff R. *Manifestaciones orales de los malos hábitos del niño. Rev Adm.*1976; 24:343-54.
- 31-Jarquín H E. *Formas de alimentación y sus repercusiones en el aparato estomatognático 1989. TTR.*
- 32-Wildmalm S E. *Oral parafunctions and temporomandibula disorder risk factors in children. Michigan USA, 1995;13(4):242-46.*
- 33-Moyers R *El Manual de Ortodoncia –3.ed.—Buenos Aires: Editorial Mundi, 1976:117,474-476.*

34-Finns S B. *Odontología Pediátrica.* – Ciudad Habana. Edit Científico-Técnica,
1977:326-28.

CUADRO # 1

Prevalencia del Micrognatismo Transversal en seis escuelas primarias del municipio Tunas.

Período: Enero – Junio. 1999.

Fuente: Datos de la investigación.

<i>Grupo de Alumnos</i>	<i>Con Microgn. Transv.</i>		<i>Sin Microgn. Transv.</i>		<i>Total</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Externos</i>	21	13,5	42	26,9	63	40,3
<i>Seminternos</i>	37	23,7	56	35,8	93	59,6
<i>Total</i>	58	37,8	98	62,8	156	100

CUADRO # 2

Ubicación del Micrognatismo Transversal en los 58 niños afectados.

Período: Enero – Junio. 1999.

Fuente: Datos de la investigación.

<i>Lugar</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Por ciento</i>
<i>Maxilar</i>	<i>15</i>	<i>25,9</i>
<i>Mandíbula</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Ambos</i>	<i>43</i>	<i>74,1</i>
<i>Total</i>	<i>58</i>	<i>100</i>

CUADRO # 3

Relación del Micrognatismo Transversal con la ausencia de diastemas fisiológicos de crecimiento del total de alumnos examinados.

Período: Enero – Junio. 1999.

Fuente: Datos de la investigación.

	<i>Micrognatismo Transversal</i>		<i>Diastemas Fisiológicos</i>			
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Presentes</i>	<i>%</i>	<i>Ausentes</i>	<i>%</i>
<i>Si</i>	58	37,2	8	5,1	50	32
<i>No</i>	98	62,8	98	62,8	0	0
<i>Total</i>	156	100	106	67,9	50	32

CUADRO # 5

Relación entre el tiempo de lactancia materna y el micrognatismo transversal de los arcos dentarios en la muestra estudiada.

Período: Enero – Junio. 1999.

Fuente: Datos de la investigación.

<i>Tiempo de Lactancia Materna</i>	<i>Con Micrognat.</i>		<i>Sin Micrognat.</i>		<i>Total</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Menos de 6 meses</i>	58	37,2	22	14,1	80	5,3
<i>Más de 6 meses</i>	-	-	76	48,7	76	48,7
<i>No lactancia materna</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	58	37,2	98	62,8	156	100

$\chi^2 = 43,2$

2 g.l

$p = 0,05$

CUADRO # 6

Relación entre el tiempo de lactancia materna por un período menor de 6 meses y la presencia de hábitos bucales deformantes de la muestra estudiada.

Período: Enero – Junio. 1999.

Fuente: Datos de la investigación.

<i>Tipo de Hábito</i>	<i>Escuela externa.</i>		<i>Escuela seminternas</i>		<i>Total</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Succión digital</i>	6	3,8	9	5,7	15	9,6
<i>Deglución atípica</i>	7	4,5	12	7,7	19	12,1
<i>Respiración bucal</i>	4	2,5	15	9,6	19	12,1
<i>Uso prolongado del Biberón</i>	16	10,2	35	22,4	51	32,6
<i>Total</i>	33	21	71	45,4	104	66,4

ANEXO 1

ENCUESTA DE SALUD BUCAL

Nro. de orden: _____

Nombre y apellidos: _____

Escuela: _____

I) Presencia de micrognatismo transversal:

a) Si: _____ b) No: _____

II) Lugar:

a) Maxilar: _____ b) Mandíbula: _____ c) Ambos: _____

III) Presencia de diastemas fisiológicos de crecimiento:

a) Si: _____ b) No: _____

IV) Bóveda palatina profunda:

a) Si: _____ b) No: _____

V) Presencia de hábitos de:

a) Succión digital: _____

b) Deglución atípica: _____

c) Respiración bucal: _____

c) Uso prolongado del biberón: _____

VI) Tiempo de lactancia materna:

a) Menos de seis meses:_____

b) Más de seis meses:_____

c) No lactancia materna:_____