

Relación entre el período de lactancia materna y el desarrollo del arco dentario superior deciduo

Relationship between breastfeeding and development of deciduous upper dental arch

Ruiz C¹

Ríos K²

Torres G³

Resumen

El propósito de este estudio fue evaluar la relación que existe entre el periodo de lactancia materna y el desarrollo de la arcada dentaria superior. Se relacionaron 58 niños entre 3 y 6 años de edad, de la Clínica del Niño y del Bebe de la UIGV "Pueblo Libre" -Lima. Se midieron en los modelos de estudio el tipo de arco, presencia de espacios primates, profundidad palatina, forma, longitud, perímetro y ancho del arco superior; encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) mediante la prueba de Chi-cuadrado en la distancia intermolar en el arco dentario superior decidua para un periodo de lactancia mixta adecuada. Asimismo, en las restantes características mayor prevalencia sin diferencia estadísticamente significativa. En conclusión, en la siguiente investigación se encontró relación entre el período de lactancia materna y la distancia intermolar en el arco dentario superior decidua.

Palabras clave: lactancia materna, dentición decidua, arco dentario.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the relationship between the period of breastfeeding and the development of the upper dental arch. Fifty-eight children between 3 and 6 years old were evaluated at the Children and Baby Dental Clinic of the UIGV "Pueblo Libre"- Lima. In the study casts were measured the type of arc, the presence of primate spaces, palatal depth, shape, length, perimeter and width of the upper arch, finding statistically significant difference ($p < 0.05$) through chi-square test at intermolar distance in the deciduous upper dental arch for a suitable mixed breastfeeding. Further, the other characteristics show more prevalence with no statistically significant difference. In conclusion, in this research was found a relationship between the period of breastfeeding and the intermolar distance in the deciduous upper dental arch.

Keywords: breast feeding, primary dentition, dental arch.

¹ Docente UIGV

² Magister Estomatología. UPCH Docente Maestría en Estomatología UPCH. Docente postgrado Rehabilitación oral UIGV.

³ Esp. Odontopediatría. UPCH. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. UIGV. Odontopediatra del Instituto Nacional de Salud del Niño. Docente de Odontopediatría UIGV, UNMSM.

Introducción

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda la lactancia materna exclusiva durante 4 a 6 meses, y la inclusión gradual de otros alimentos después de los 4 o mejor 6 meses de vida.^{1,2,3} El ejercicio de la masticación es necesario para el desarrollo de una buena dentición, sin embargo; el inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna.^{3,4}

Asociado a la salud bucal del niño, la alimentación natural, es un hábito estimulante ortopédico del crecimiento normal de los maxilares, con la acción normal de los labios y la lengua, siendo diferentes al biberón, el cual está involucrado en la etiología de la maloclusión. Es así que, la lactancia natural del seno materno, se vuelve el primero y más importante mecanismo natural de ortopedia funcional de los maxilares.⁵

El reborde correspondiente a los incisivos superiores se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno. La lengua, por abajo, funciona como válvula controladora, mientras que la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, sincronizados con la deglución y la respiración.⁶

Como lo determino la OMS; "El crecimiento y desarrollo proporcionan uno de los mejores medios disponibles para medir la salud y el bienestar de las personas". Los maxilares son pequeños para albergar los dientes temporales, y en los seis primeros meses de vida va a producirse un intenso crecimiento tridimensional.⁷ El papel de la sutura palatina media es activa durante el periodo fetal y primeros meses de vida intrauterina. Asimismo, en el Segundo año, los maxilares continúan creciendo tridimensionalmente

para permitir que el conjunto dentario se adapte al volumen óseo y se integre la oclusión a la posición y dinámica mandibular. El cambio de dieta láctea a dieta sólida supone un cambio en la función mandibular que se orienta hacia la trituración masticatoria abandonando la succión nutritiva.^{8,9,10}

O'Ryan en 1982 concluyó que al existir falta de estimulación muscular normal de la lengua y, debido a presiones mayores sobre los arcos de los labios y buccinador; los segmentos bucales del maxilar superior se estrechan dando un maxilar en forma de "V" y una bóveda palatina elevada.¹¹

El amamantamiento es fundamental para el crecimiento pues, cuando la succión se realiza de manera correcta, estimula la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico del rostro.^{1,5} En cuanto a la sustitución del amamantamiento, es decir; alimentación endurecida progresivamente, el cambio pueden advenir problemas articulatorios de masticar, tragar, lengua con tono disminuido, labios entre abiertos y respiración oral viciosa.⁵

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.¹² Durante la deglución en la lactancia, con la leche ya en la boca, la lengua se pone acanalada para impulsar la leche progresivamente, con movimientos peristálticos hacia la faringe, con ayuda principalmente de los músculos de la lengua.^{2,3} Asimismo, la contracción rítmica de la lengua y los músculos de la cara ayudan a la estabilización del maxilar inferior; es así que a falta del movimiento muscular correcto, disminuye la estimu-

lación del crecimiento y de la forma de la boca; y condiciona la aparición de futuros problemas de oclusión.¹

El amamantamiento, cabe mencionar que, es la prevención del síndrome del respirador bucal, pues establece una relación correcta entre las estructuras duras y blandas del aparato estomatognático, permitiendo una respiración adecuada, tonicidad y posturas correctas de la lengua y labios en perfecto cierre: respiración con padrón nasal.⁶

Material y Métodos

El diseño del estudio fue analítico, transversal, descriptivo y comparativo. La muestra estuvo conformada por conveniencia por 58 niños entre 3 y 6 años de edad que acudieron a la Clínica del Niño y del Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega-Pueblo Libre, en los meses de enero y febrero del año 2013.

Asimismo, niños que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: niños de ambos sexos que presentaron dentición decidua completa, nacidos a término (según refirió la madre y/o informante), con peso al nacer (promedio sexo masculino y femenino de: 2.600kg, a 4.000kg) y talla al nacer (sexo masculino y femenino promedio de 48cm a 52 cm). Niños sanos, sin patología obstétrica o enfermedad sistémica, cuyos padres clínicamente no presentaban tendencia a Clase II o III. Niños con integridad coronaria, sin caries interproximal, ni hábitos orales perniciosos, ni alguna anomalía dentaria en forma o número.

La muestra se clasificó en dos períodos:

- Lactancia Materna Exclusiva (L.M.E.): El amamantamiento netamente natural, previo a la ablactancia.

- Lactancia Mixta (L.M.): El amamantamiento mas alimentos complementarios en la dieta, después de inicio de la ablactancia.

El periodo registrado para la L.M.E. y L.M. de los sujetos se clasificó según el periodo adecuado de la lactancia sugerido por la AAP¹³ y OMS¹⁴:

Lactancia Materna Exclusiva:

1. Lactancia Interrumpida: Periodo menor a los cuatro meses.
2. Lactancia Adecuada: Periodo entre los cuatro y seis meses.
3. Lactancia Prolongada: Periodo mayor a los seis meses.

Lactancia Mixta:

1. Lactancia Interrumpida: Periodo menor al año.
2. Lactancia Adecuada: Periodo entre el primer y segundo año de vida.
3. Lactancia Prolongada: Periodo mayor a los dos años.

Se recolectaron los datos personales de cada niño y se realizó el examen odontológico, siendo registrada la información obtenida en fichas personales.

Los valores registrados para la distancia intercanina, distancia intermolar, longitud de arco, perímetro de arco y profundidad palatina permitieron subagrupar la muestra, utilizando el parámetro de "patrón normal" según estándares publicados en el estudio de Williams¹⁵ y Ciusa¹⁶, para clasificar las dimensiones en el arco dentario superior.

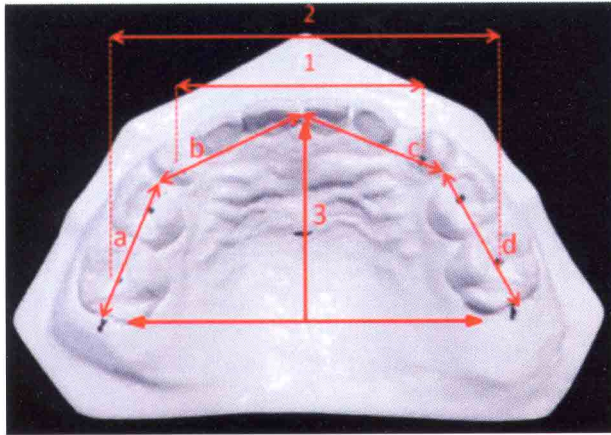


Fig. 1. Determinación del perímetro de arco.

- Distancia intercanina.
- Distancia intermolar.
- Longitud de Arco.

$$A + B + C + D = \text{Perímetro de Arco.}$$

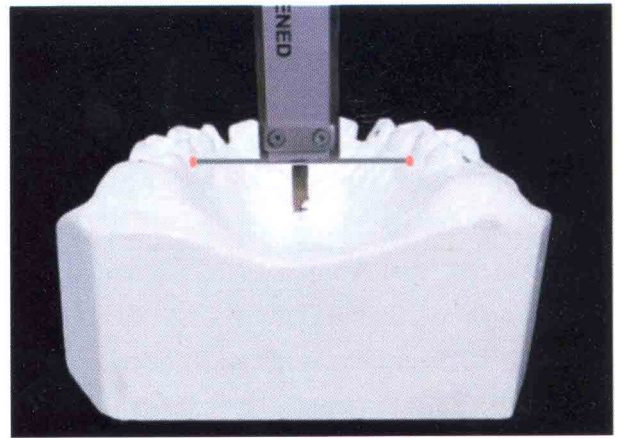


Fig. 2. Determinación de la profundidad palatina.

Las mediciones del arco superior en los modelos fueron realizados con un calibrador digital, regla milimetrada, alambre 0.9 mm y cera roja.

Los datos obtenidos fueron registrados en Excel para Windows versión 2010 y los resultados procesados estadísticamente mediante el programa SPSS 20.0. El nivel de significancia fue del 5% con una confiabilidad del 95%. Las pruebas utilizadas fueron: distribución de frecuencias y la prueba del Chi-cuadrado.

Resultados

De la muestra, para la Lactancia Materna Exclusiva se encontró que un 70,7% de los niños lactaron adecuadamente, un 15,5% se interrumpió y un 13,8% prolongó su lactancia antes de la ablactancia; sin embargo, para la Lactancia Mixta del mismo grupo de niños sólo un 55,2% lactaron adecuadamente, el 29,3% se interrumpió y finalmente el 15,5% se prolongó después de su ablactancia (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del período de la lactancia materna exclusiva y lactancia mixta de niños de 3 a 6 años de la Clínica del Niño y del Bebé de la UIGV.

	Tiempo de Lactancia	N	(%)
Lactancia Materna Exclusiva	Interrumpida	9	(15,5)
	Adecuada	41	(70,7)
	Prolongada	8	(13,8)
Lactancia Mixta	Interrumpida	17	(29,3)
	Adecuada	32	(55,2)
	Prolongada	9	(15,5)

Tabla 2. Características del arco dentario superior según el período de la Lactancia materna exclusiva en niños atendidos en la Clínica del Niño y del Bebé de la UIGV.

Características del Arco Dentario Superior		Lactancia Materna Exclusiva			ρ
		I (%)	A (%)	P (%)	
Tipo de Arco	Tipo I	10,3	55,2	10,3	0,769
	Tipo II	5,2	15,5	3,4	
Espacios Primates	Si presenta	10,3	48,3	10,3	0,920
	No presenta	5,2	22,4	3,4	
Forma de Arco	Triangular	1,7		6,9	0,482
	Ovoide	10,3	56,9	13,8	
	Cuadrangular	3,4	6,9		
Distancia Intercanina	Disminuido	1,7	17,2	1,7	0,591
	Patrón normal	8,6	36,2	5,2	
	Aumentado	5,2	17,2	6,9	
Distancia Intermolar	Disminuido	3,4	19,0	3,4	0,752
	Patrón normal	6,9	41,4	6,9	
	Aumentado	5,2	10,3	3,4	
Longitud de Arco	Disminuido	5,2	44,8	6,9	0,057
	Patrón normal	10,3	25,9	5,2	
	Aumentado			1,7	
Perímetro de Arco	Disminuido	5,2	25,9	3,4	0,467
	Patrón normal	8,6	41,4	6,9	
	Aumentado	1,7	3,4	3,4	
Profundidad Palatina	Profundo	6,9	15,5	3,4	0,641
	Patrón normal	6,9	50,0	8,6	
	Elevado	1,7	5,2	1,7	

Entre las características del arco dentario superior se evaluó tipo de arco, presencia de espacios primates, forma de arco, distancia intercanina e intermolar, longitud y perímetro del arco, y profundidad palatina. Para el tipo de arco se encontró que el 75,9% presenta tipo I de Baume; y un 69% si presenta espacios primates. Asimismo, para la forma de arco se encontró que el 81,0% presenta forma ovoide y sólo un 8,6% triangular. Con respecto a distancias transversales se observó que un 50,0% y un 55,2% presenta un patrón normal en su distancia intercanina e intermolar respectivamente. Además se observó que un 56,9% presentó una longitud de arco disminuida y un 56,9% presentó un perímetro de arco con patrones normales. Finalmente un 65,5% del

total de la muestra presentó patrones normales en su profundidad palatina.

Analizando los resultados según periodo de lactancia materna exclusiva, se encontró que en la L.M.E. Adecuada un 55,2% de niños presentan arco tipo I de Baume, un 48,3% presenta espacios primates, un 56,9% tienen arco ovoide, un 36,2% y 41,4% presenta un patrón normal de distancia intercanina e intermolar, respectivamente. Asimismo un 41,4% y 50,0% presenta un patrón normal del perímetro de arco y su profundidad palatina. Sin embargo, con respecto a la longitud de arco el 44,8% es disminuido. Observándose que no existe asociación estadísticamente significativa entre las características del arco dentario

superior y la lactancia materna exclusiva (Chi-cuadrado; $\rho < 0,05$) (**Tabla 2**).

Al comparar los valores obtenidos en las características del arco según un período de lactancia mixta, se observó que en la L.M. adecuada un 44,8% de arco tipo I según Baume, un 37,9% presentan espacios primates, un 44,8% tienen arco ovoide, una distancia intercanina con un 29,3% y un 20,7% de características normales y valores aumentados, respectivamente. Asimismo se observó un 34,5% y un 37,9% con un perímetro de arco y altura palatina con valores normales, respectivamente. Sin embargo, se observó que en la longitud de arco un 31,0% se obtuvieron valores disminuidos a comparación a los patrones normales. Observándose que no existe asociación estadísticamente significativa entre las caracte-

terísticas del arco dentario antes mencionadas con el tiempo de duración con la lactancia mixta (Chi-cuadrado; $\rho < 0,05$) (**Tabla 3**).

Con respecto a la distancia intermolar en la muestra recolectada se observó que en los niños con un período adecuado de lactancia fue de un 36,2% con valores normales y sólo un 5,2% disminuido. En los niños con lactancia interrumpida se observa que un 15,5% presenta valores disminuidos y sólo un 3,4% lo presenta aumentado. Además en los niños con lactancia prolongada un 8,6% presenta valores normales y sólo un 1,7%, valores normales. Sí existe asociación estadísticamente significativa entre la distancia intermolar y el tiempo de duración de la lactancia mixta (Chi-cuadrado; $\rho < 0,05$) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Características del arco dentario superior según el período de la Lactancia Mixta en niños atendidos en la Clínica del niño y del bebé de la UIGV.

Características del Arco dentario superior		Lactancia Mixta			ρ
		I (%)	A (%)	P (%)	
Tipo de Arco	Tipo I	20,7	44,8	10,3	0,554
	Tipo II	8,6	10,3	5,2	
Espacios Primates	Si presenta	20,7	37,9	10,3	0,978
	No presenta	8,6	17,2	5,2	
Forma de Arco	Triangular	3,4	3,4	1,7	0,793
	Ovoide	22,4	44,8	13,8	
	Cuadrangular	3,4	6,9		
Distancia Intercanina	Disminuido	12,1	5,2	3,4	0,112
	Patrón normal	12,1	29,3	8,6	
	Aumentado	5,2	20,7	3,4	
Distancia Intermolar	Disminuido	15,5	5,2	5,2	0,021
	Patrón normal	10,3	36,2	8,6	
	Aumentado	3,4	13,8	1,7	
Longitud de Arco	Disminuido	17,2	31,0	8,6	0,227
	Patrón normal	12,1	24,1	5,2	
	Aumentado			1,7	
Perímetro de Arco	Disminuido	15,5	13,8	5,2	0,280
	Patrón normal	13,8	34,5	8,6	
	Aumentado	6,9		1,7	
Profundidad Palatina	Profundo	12,1	12,1	1,7	0,494
	Patrón normal	15,5	37,9	12,1	
	Elevado	1,7	5,2	1,7	

Discusión

En el presente estudio transversal, que tuvo como finalidad determinar dicha relación en 58 niños, 24 varones (41,4%) y 34 mujeres (58,6%), de 3 a 6 años con un promedio de edad de 5 años y 1 mes, se obtuvo un 70,7% de niños con L.M.E. adecuada, que coincide con los resultados de ENDES 2011⁴ y Carhuahuanca¹⁷; pero difiere de Santos y Veliz¹⁸, Cairo y Livia¹⁹, y Gonçalves y cols.⁵. Asimismo, un 55,2% con L.M. adecuada, semejante a los resultados de ENDES 2011⁴; a diferencia de Gonçalves y cols.⁵.

Respecto a las características del arco dentario superior se pudo observar una mayor prevalencia de arco Tipo I en un 75,9%; similar a los estudios de Baume²⁰, Cândido y cols.²¹, y Serna y Silva²². Luego de realizar el estudio comparativo entre el tipo de arco y el período de lactancia materna exclusiva; se encontró una mayor prevalencia en niños con lactancia adecuada y prolongada de arco tipo I. Asimismo, al relacionarlo con el período de lactancia mixta, se obtuvo una mayor prevalencia en niños con lactancia adecuada e interrumpida, no encontrándose relación estadísticamente significativa.

Respecto a la presencia de espacios primates se obtuvo que un 69% de la muestra si presenta espacios primates, a diferencia de los estudios de Zari²³, Cândido y cols.²¹, Serna y Silva²², y Williams y cols.¹⁵. Al relacionar la presencia de espacios primates y el período de L.M.E., previa a la ablactancia, se obtuvo una mayor prevalencia en niños con lactancia adecuada y lactancia prolongada. Asimismo, al relacionarlo con el período de lactancia mixta, también se obtuvo mayor prevalencia en niños con lactancia adecuada. En ambas relaciones, no existe asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia y la presencia de espacios primates.

Zari²³ comparó la presencia de espacios primates en niños con lactancia materna y niños con lactancia mixta; en el cual tampoco encontró diferencia significativa, aunque coincide que existe una mayor prevalencia con la presencia de espacios primates en niños con lactancia materna exclusiva. Esto puede estar relacionado debido a diversos factores, en los estudios de Baume²⁰ y McDonald^{10,24,25}, muestra que el espaciamiento de la dentición temporal es debido a un patrón inherente y congénito, antes que una adaptación funcional y/o evolutiva. Sin embargo; Santos y Veliz¹⁸ realizaron un análisis transversal en 55 niños de 5 años, encontrando influencia significativa en un 86,7% de niños con lactancia materna y la presencia de espacios en ambos arcos dentarios.

Respecto a la forma de arco en la muestra se obtuvo una mayor prevalencia de arco ovoide en un 81,0%; el cual coincide con lo obtenido por Serna y Silva²². Sin embargo, en el estudio de Vaillard y Rojas²⁵ se obtuvo un 48,5% con una muestra de 82 juegos de modelos de estudio. Al relacionar la forma de arco y el período de L.M.E. se obtuvo una mayor prevalencia en niños con tiempo de lactancia adecuada y arco ovoide en un 56,9%. Asimismo, al relacionarla con el período de la lactancia mixta, también se observa una mayor prevalencia de arco ovoide en niños con lactancia adecuada en un 44,8%. No se encontró relación estadísticamente significativa en ambos casos, ni evidencia científica confiable para realizar comparaciones.

Respecto a la distancia intercanina, se obtuvo que un 50,0% de la muestra presenta valores promedio según los valores obtenidos en el estudio de Williams¹⁵, debido a la similitud de características de la muestra estudiada (valor promedio: 27,09mm±1,23). No existe en la literatura reportes confiables en el Perú sobre los valores de la distancia intercanina en dentición decidua.

Barrow²⁷ y Van Linden²⁶ reportaron en sus estudios longitudinales, que existe un incremento del ancho intercanino entre los 3 y 5 años de edad. Bishara¹² y Stillman²⁶ afirman esta información, encontrando incluso cambios hasta los 13 años en la maxila. Luego esta dimensión permanece constante. Dinelli y cols²⁸ en su estudio en Araguara-Brasil, evaluaron los cambios en las dimensiones de arco en 235 niños entre los 3 a 6 años; en el cual se reportó un aumento para el arco dentario superior de 1,11mm realizando la medición de cúspide a cúspide intercanina.

A pesar de no existir evidencia científica confiable, se han realizado estudios que pueden considerarse factores que influyen en esta relación. Carabayllo y cols⁸, indica que en el ancho intermolar maxilar se observó incremento significativo entre los 3 y los 5,5 a 8 años de edad. Asimismo, Bishara^{12,29} reportó que los anchos intermolares se incrementan de 7 a 8 mm entre la dentición decidua (5 años) y mixta temprana (8 años).

En la longitud de arco se observó que la mayor prevalencia presenta valores disminuidos en un 56,9% y un 41,4% con valores promedio según el estudio de Williams¹⁵ (27,61mm±1,81). Williams¹⁵ encontró diferencias significativas entre las edades, siendo la mayor longitud a los 3 años de edad y la menor a los 5 años de edad. Empero, según Dinelli²⁸ entre los 3 a 6 años de edad la longitud se mantiene constante. Al relacionarla L.M.E. y la L.M. con la longitud de arco, se obtuvo mayor prevalencia en niños con un tiempo de lactancia adecuada y valores disminuidos. No se obtuvo diferencia estadísticamente significativa.

En el perímetro de arco se observa con mayor prevalencia en un 56,9% del total con valores promedio según estudios de Williams¹⁵

(74,55mm±3,09). Al compararlo con la L.M.E. se obtuvo que los valores promedios predominaron en los tres grupos de lactancia. Incluso, en la lactancia mixta también se obtuvo que el mayor porcentaje de la muestra presentó valores promedio, en los grupos de lactancia adecuada y prolongada; aunque en los niños con lactancia interrumpida se obtuvieron en su mayoría valores disminuidos. No se encontró en la literatura revisada reporte ó evidencia científica de este tipo de relación, sin embargo; en estudios realizados por Williams¹⁵, observo una disminución con la edad a los 3, 4 y 5 años de edad con los siguientes promedios 70,50mm; 68,76m y 67,98 mm; respectivamente. En otros estudios, según Dinelli²⁸ entre los 3 a 6 años de edad el perímetro de arco se mantiene constante.

En la profundidad palatina se observó una mayor prevalencia en un 65,5% con valores promedios según Ciusa y cols.¹⁶ (9,8mm±1,24), debido a la similitud del estudio y a la falta de trabajos de investigación sobre valores promedio en la población peruana. Al relacionar la profundidad y el tiempo de L.M.E., no se encontró asociación estadísticamente significativa en ambas relaciones. Sin embargo; Santo y Veliz¹⁸ realizaron un análisis transversal en 55 niños de 5 años de edad encontrando influencia significativa en un 29,1% de la muestra con lactancia materna y bóveda palatina no profunda. A diferencia de este estudio se comparó según el tipo de lactancia y no el período.

En lo obtenido de este estudio, se realizaron en su mayoría comparaciones con trabajos de investigación internacional en la cual se observan que difieren; debido a diversos factores como el tipo de población, edades, promedios en medición, y los diferentes análisis para evaluar el período adecuado de la lactancia materna exclusiva y la lactancia mixta.

Conclusiones

Se concluye que el período de la lactancia materna, después del inicio de la ablactancia (lactancia mixta), si tiene relación en el desarrollo de la distancia intermolar de la arcada dentaria superior en dentición decidua. Además, se observó que los valores con patrones normales predominaron para un período de lactancia materna exclusiva y lactancia mixta adecuada. Sin

embargo, el período de la lactancia materna no tiene relación con el desarrollo del arco dentario superior.

Agradecimientos

A la Dra. Katty Ríos Villasis y al Dr. Gilmer Torres Ramos, docentes de la UIGV, por haberme brindado su colaboración en la realización de esta investigación.

Bibliografía

1. Merino, E. Lactancia Materna y su relación con las anomalías dentofaciales. *Acta Odontológica Venezolana*. 2003; 41(2).
2. Benitez L, Quirós O, Maza P, D Jurisic A, Alcedo C, Fuenmayor D. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilares. Caracas-Venezuela. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría*. 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art20.asp>
3. Lawrence RA; Lawrence RM. *Lactancia Materna: una guía para la profesión médica*. Madrid: Ed. Mosby; 1996.
4. INEI- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lactancia y Nutrición de niñas, niños y madres. En Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011, Nacional y Departamental. 2012. p 235-46.
5. Gonçalves PE, Saliba CA, Ispier AJ, Gonçalves AF. Amamantamiento versus hábitos deletéreos: ¿Existe una relación causal? *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45(2): 182-7.
6. Nobre M, Bönecker M, Dorothy G, Salette M. Amamantamiento Natural. En: Salette Nahás M. *Odontopediatría en Primera Infancia*. Santos Edictora; 2009. p 37-52.
7. Gonzalo UR. *Ortodoncia Teoría y Clínica, Fundamentos de Odontología*. Segunda Edición. Medellín-Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. 2010. p 19-27.
8. Caraballo Y, Regnault Y, Sotillo L, Quirós O, Farias M, Mata M, Ortiz M. Análisis transversal de los modelos: ancho intermolar e intercanino en pacientes de 5 a 10 años de edad del diplomado de ortodoncia interceptiva UGMA 2007. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2009.
9. Canut JA. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. Segunda Edición. Barcelona-España: Ed. Elsevier Masson; 2000.
10. Andrade D, Portillo G. Distancia Intercanina en niños de 3 años de edad de acuerdo con el somatotipo facial. *Revista Odontológica Mexicana*. 2010; 14(3): 156-63.
11. Nieto P, Acosta J, Meneses A. Determinación de la profundidad del paladar en niños con respiración bucal de 6-8 años de edad. *Revista Estomatológica Heredia*. 2005; 15(1): 50-3.
12. Bishara E. Arch width changes from 6 weeks to 45 years of age. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1997; III: 401-9.
13. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.
14. OMS. Estrategia Mundial: La lactancia materna fundamental para la supervivencia infantil. Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/es (noviembre, 2012).
15. Williams FD, Valverde R, Meneses A. Dimensiones de arcos y relaciones oclusales en dentición decidua completa. *Revista Estomatológica Herediana*. 2004; 14(1-2): 22-16.
16. Ciusa V, Romana R, Sforza C, Ferruccio V. Three-Dimensional Palatal Development between 3 and 6 years. *Angle Orthodontist*. 2007; 77(4): 602-6.

17. Carhuahuanca M. Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. [Tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.
18. Santos D, Véliz O. Influencia de la lactancia materna sobre el arco dentario y los maxilares en niños de cinco años de edad. *Revista Actualidad profesional e industrial del sector dental*. 2007; 98: 120-32.
19. Cairo J, Livia C. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima-Perú. 2000; 61(003): 193-200.
20. Baume J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I. The Biogenetic Course of the Deciduous Dentition. *Dent Res*. 1950; 29: 338-48.
21. Cândido RF, Figueireiro AC, Cysne SB, Valença AM. Características da Oclusão Decídua em Crianças de 2 a 5 Anos de Idade em João Pessoa. *Pesq Bra Odontoped Clin Integr.Brasil*. 2010; 10(1): 15-22.
22. Serna M, Silva M. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. *Rev. ADM*. 2005; 62(2): 45-51.
23. Zari M. Tipo de Escalon molar y Espacios primates en dentición decidua completa entre niños que recibieron Lactancia Materna y Lactancia Mixta. [Tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima, Perú. Universidad Nacional Federico Villareal, 2006.
24. Baume J. On the Biology of the Deciduous and Mixed Dentition, Schweiz. *Monatshr. Zahn*. 1943. p 53-927.
25. Vaillard E, Rojas M. Propuesta de Taxonomía para arcos dentales temporales. *Journals Databas*. 2010; 11(34): 618-21.
26. Yactayo G. Dimensiones de Arco en Dentición Decidua [Tesis de Pre-grado para obtener Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología Roberto Beltrán; 2009.
27. Figueiredo W, Ferelle A, Issao M. *Odontología para el bebé*, Primera Edición. Sao Paulo-Brasil: Ed. Amolca. 2000: 10-4.
28. Dinelli. Mundaças dimensionais dos arcos dentarios en crianças entre 3 e 6 anos de idade. *R dent Press Orton Ortop Facial*. 2004; 9:60-7.
29. Bishara E, Jakobsen J, Treder J, Nowak A. Arch length changes from 6 weeks to 45 years. *The Angle Orthodontist*. 1998; 68(1): 69-74.
30. Guerra M, Blanco L, Mujica C. Relación entre período de amamantamiento y desarrollo maxilar en niños indígenas pemones venezolanos. *Bol Asoc Argent Odontol Niños*. 2006; 35(1):11-4.

Recibido: 02-05-2014

Aceptado: 21-05-2014

Correspondencia: gilmertorres1974@gmail.com