Lactancia materna y caries

Irene Iglesias Rubio
Odontóloga

Todos sabemos de los beneficios de la LM para la salud del niño, de la prevención de muchas enfermedades (diabetes, obesidad, asma…), además de la sensación de afecto y protección que proporciona al niño. También conocemos los beneficios sobre la madre, ya desde el mismo momento del parto pero también a largo plazo.
La OMS recomienda amamantar mínimo 6 meses y hasta los dos años, pudiendo prolongar la lactancia cuanto deseen madre e hijo.

Sin embargo, muchos profesionales consideran que las caries infantiles se deben a la "lactancia prolongada", haciendo creer que esto es una moda, y que propicia el desarrollo de las caries de la infancia temprana. Muchos, de hecho, confunden caries de la infancia temprana con "caries del biberón" y para ellos es exactamente igual amamantar que dar el biberón. Vuelven la vista hacia el hecho de que el destete natural en la especie humana ocurre entre los 2 y los 7 años, y que todo lo que sea destetar antes de los dos años es un destete precoz. ¿Podría ser que en esta ocasión la naturaleza se haya equivocado? ¿Podría ser que la naturaleza provea de dientes a los niños y sin embargo la LM los destruya poniendo en riesgo la salud y la vida de los niños?
Fijémonos en los animales: ¿hasta cuándo maman los animales? En su ambiente natural hasta que les parece oportuno. ¿Tienen caries los cachorros? No. Los veterinarios ven caries en animales cuya dieta se ha "humanizado", con dueños que les proporcionan alimentos que no son propios para animales

Hablemos de las caries.

Para encontrar una respuesta, veamos qué son las caries: llamamos caries al proceso destructivo del diente que tiene lugar como consecuencia de la desmineralización de la superficie dental. Esta desmineralización ocurre debido a que las bacterias se alimentan de los restos de glucosa que se quedan depositados sobre la superficie dental. Las bacterias metabolizan la glucosa y como producto eliminan ácidos, que son los que van destruyendo el esmalte, primero produciendo una mancha blanca, que se puede remineralizar, y luego penetrando ya en el diente. Por tanto para que haya caries tienen que concurrir varios factores:

1. **Que haya dientes**: cuando aún no ha erupcionado ningún diente no se puede producir una caries. Aún así se insiste en que se limpien las encías con una gasita.

2. **Que haya bacterias**: sólo con que haya azúcar pegado en los dientes no se provoca caries. A un diente sumergido en un azucarero no le pasa nada. Pero las bacterias están, y no aparecen por generación espontánea: ¿de dónde proceden las bacterias que inician y hacen que progresen las caries? Pues de la madre y de los cuidadores: el hecho de probar la comida nosotros primero antes de dársela al bebé, el soplar la comida para que no queme y el dar besos en la boca al niño, sobre **todo si la madre ha tenido o tiene caries activas en el último año está demostrado que es un factor de ALTO riesgo para la aparición de caries en niños menores de 3 años**, ya que inoculamos involuntariamente las bacterias en la boca del niño.

   Por otra parte, **las bacterias sobreviven de los azúcares** que introducimos en la dieta: nuestra dieta actual está plagada de azúcares refinados que ni nos damos cuenta que comemos. **Los alimentos con más de un 14% de azúcar son de ALTO riesgo de caries.** Cuando un niño empieza con la AC ¿qué comenzamos a ofrecerle? Normalmente plátano, papillas, galletas, zumos. Todos estos son alimentos de alto riesgo. Los dientes recién erupcionados tienen el esmalte aún sin terminar de mineralizar, por tanto son mucho más susceptibles a los ácidos. En ese momento precisamente es cuando más debemos evitar el contacto directo con sustancia azucaradas como zumos.

3. El **tiempo** durante el cual las bacterias están adheridas al diente es fundamental: no es lo mismo comer un donuts y luego un puñado de frutos secos que al revés. Los alimentos duros realizan una labor de arrastre y ayudan, junto con la saliva, a eliminar los restos más pegajosos. Terminar de comer con un pedazo de tarta no es lo mismo que con un trozo de queso. De la misma manera, no es lo mismo que el ataque de las bacterias tenga lugar 5 veces al día que 17. El tiempo en el que el riesgo es mayor son los **primeros veinte minutos** tras haber comido. En esos primeros minutos es cuando hay que lavarse los dientes. Pero la frecuencia con la que nos expongamos al riesgo es importante, así como el tiempo de contacto, aumentado en alimentos más pegajosos.

4. Y finalmente, los **factores de resistencia individual** del paciente como la cantidad de **saliva** (reducida en ciertas enfermedades, o con el uso de medicamentos como corticoides comúnmente utilizados para el asma), un esmalte deficiente de forma congénita, una anatomía irregular de la superficie dental y otras circunstancias individuales pueden predisponer al niño a tener más caries. Aquí la higiene dental, el aporte de flúor y la conveniencia o no de colocar selladores oclusales juegan el papel más importante, pues estas medidas está demostrado que disminuyen drásticamente el número de caries presentes.

Entonces, ¿qué papel juega en todo esto la LM?

Vamos a ver qué factores juegan a favor de la LM en cuanto a la boca:

- Al mamar el niño aprende a respirar por la nariz, lo que hace que se estimule el crecimiento del tercio medio de la cara.
- La lactancia hace que al mamar la mandíbula se desplace hacia atrás y adelante, disminuyendo el retrognatismo mandibular fisiológico del recién nacido.
- Los bebés cuanto más tiempo son amamantados menos se chupan el dedo o recurren a chupetes: hay una relación inversa entre el tiempo de lactancia y los hábitos bucales nocivos.
- El bebé es capaz de controlar la longitud del pezón, su flexibilidad y el flujo de líquido, cosa que no puede hacer con tetinas ni chupetes.

Y concretamente, en cuanto a la caries:

- **El pezón** se coloca al final de la boca, en el límite entre paladar duro y paladar blando. **No toca los dientes**, cosa que sí sucede con los biberones.
- Si el pezón no es ordeñado no sale leche de forma continua. **Aunque el bebé se duerma con el pezón en la boca, la leche no sigue saliendo**. No se queda leche desbordando la boca. En el mismo acto en que el pezón se exprime, la leche es ingerida. Con el biberón sí existe ese riesgo, y de hecho es el mayor peligro
- La lactosa es el azúcar que tiene la leche. Este azúcar se metaboliza en los dos monosacáridos que lo componen gracias a la lactasa, una enzima que se sintetiza en el intestino delgado. De esta forma en la boca no hay glucosa, las bacterias no obtienen glucosa de la lactosa en la boca, sino que la obtienen de otros azúcares como la fructosa. El riesgo pues es debido a la alimentación complementaria, no a la LM. En cualquiera de los casos, **la lactosa es el azúcar menos cariogénico que existe**.
- La leche materna contiene enzimas e inmunoglobulinas que inhiben el crecimiento de las bacterias que producen caries así que, de hecho, **la leche materna previene la caries**.
- La leche materna en realidad hace que se deposite calcio y fósforo en el esmalte. **No causa una disminución significativa en el pH**, al contrario de lo que piensan muchos dentistas. La leche humana no es cariogénica a menos que haya algún otro azúcar fermentable introducido por la dieta.

En un paciente que no mama, y más en los niños, el ver que el niño está “todo el día” comiendo induce a pensar que está sufriendo un ataque ácido detrás de otro. Al dormir disminuye la producción de saliva con lo cual el arrastre de restos de comida se reduce al mínimo, y de hecho cualquier resto se queda adherido al diente hasta la mañana siguiente. Esto supone aumentar muchísimo el riesgo de caries. El niño que se duerme sin cepillarse los dientes es el perfecto candidato para tener caries. El dentista siempre ha de insistir en que hay que **cepillarse los dientes antes de irse a dormir**, tanto niños como adultos. Pero el niño que mama es diferente. No es un adulto chiquitito. No funciona igual. No es extrapolable. Si simplemente el único

cambio en la conducta de la madre y el niño es suspender la lactancia, no va a mejorar ni a disminuir el riesgo de caries. Mamar por la noche no supone de ninguna manera el mismo riesgo que dejar el biberón colgado de la boca del niño por la noche.

Entonces ¿Por qué me hijo tiene caries? ¿Qué puedo hacer ahora?

Las caries aparecen porque el equilibrio entre desmineralización y remineralización se ha roto. La boca se ha convertido en un entorno ácido. Hay que ver por qué. Hay que estudiar qué come el niño, cada cuánto, cómo están las bocas de sus padres y cuidadores, si come alimentos protectores contra la caries o no, y en cuyo caso introducirlos. Comprobar que la higiene bucal es buena y si es necesario aportar flúor en la pasta de dientes o en barnices o como sea mejor para él. Hay que estudiar muy pormenorizadamente todos los hábitos. Y mamar no es un hábito. Ni bueno ni malo. Mamar es una necesidad. Cuando se hayan controlado todos los factores externos anteriormente comentados, nos daremos cuenta que la LM no juega un papel decisivo en el inicio ni el desarrollo de las caries.

Es importante ser conscientes de que un niño con caries de aparición temprana (las que aparecen en menores de 3 años) es un niño con alto riesgo de caries, es decir, con riesgo de tener tres o más lesiones cariosas al año. Pero es más importante aún cuidar las piezas que no tienen caries, y de hecho eso es lo más fundamental, crear un entorno en la boca que permita que el resto de piezas libres de caries, incluyendo las que aún no han erupcionado, las definitivas, sigan libres de caries.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, Hoover CI, Featherstone JD.
Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries.
J Clin Pedi Dent 2002;26(2):165-73.

Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, García-Godoy F, Strohmenger L.
Caries prevention during pregnancy: Results of a 30-month study.
J Am Dent Assoc 1998;129(7):871-7.

Ercan E, Dulgergil CT, Yildirim I, Dalli M.
Prevention of maternal bacterial transmission on children's dental caries development; 4-year results of a pilot study in a rural child population. Arch Oral Biol 2007;52(8):748-52.

Isokangas P, Söderling E, Pienihäkkinen K, Alanen P.
Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum: A follow-up from 0 to 5 years of age.
J Dent Res 2000;79(11):1885-9.

Köhler B, Andréen I, Jonsson B.
The effects of caries preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria Streptococcus mutans and lactobacilli in their children.
rch Oral Biol 1984;29(11):879-83.

Erickson PR, Mazhari E.
Investigation of the role of human breast milk in caries development.
Pediatr Dent 1999;21(2):86-90

Reisine S, Douglass JM.
Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries.
Comm Dent Oral Epidem 1998;26(suppl 1):32-44.