

Curso en Salud Bucal

Gestantes, Primera Infancia e Infancia,
para **Profesionales de la Salud**



MÓDULO 1

Salud Bucal en la Gestación

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico dinámico que se evidencia por varios cambios transitorios. Estos pueden desarrollarse como varios signos y síntomas físicos que pueden afectar la salud, las percepciones y las interacciones de los pacientes. Una mujer gestante requiere varios niveles de apoyo a lo largo de este tiempo, como seguimiento o intervención médica, cuidados preventivos y asistencia física y emocional.

El manejo odontológico de las pacientes embarazadas requiere una atención especial. Los odontólogos, por ejemplo, pueden retrasar ciertos procedimientos electivos para que coincidan con los períodos del embarazo que se dedican a la maduración frente a la organogénesis. En otras ocasiones, los odontólogos necesitarán modificar su arsenal farmacológico normal para abordar las necesidades de los pacientes frente a las demandas fetales. La aplicación de los fundamentos de la odontología preventiva en el nivel primario ampliará el alcance de la atención prenatal. Los odontólogos deben alentar a todas las pacientes en edad fértil a buscar asesoramiento y exámenes de salud bucal tan pronto como sepan que están embarazadas.¹

El embarazo es un momento de especial vulnerabilidad en términos de salud bucal. Las mujeres embarazadas y sus proveedores necesitan conocimientos sobre los muchos cambios que ocurren en la cavidad bucal durante el embarazo.²

El microbioma oral humano varía drásticamente durante el embarazo. Se sabe que los recuentos microbianos viables totales en mujeres embarazadas son más altos en comparación con las mujeres no embarazadas, especialmente en el primer trimestre del embarazo. Un microbioma oral equilibrado es vital para un embarazo saludable, ya que las perturbaciones en la composición del microbioma oral pueden contribuir a las complicaciones del embarazo. Por otro lado, los cambios fisiológicos y las diferencias en los niveles hormonales durante el embarazo, aumentar la susceptibilidad a diversas enfermedades orales como la gingivitis y la periodontitis. La evidencia científica respalda el vínculo entre la composición del microbioma oral y los resultados adversos del embarazo, como lo son el parto prematuro, la preeclampsia y bajo peso al nacer.³



¹ Vt H, T M, T S, Nisha V A, A A. Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. J Clin Diagn Res. 2013 May;7(5):948-53.

² Favero V, Bacci C, Volpato A, Bandiera M, Favero L, Zanette G. Pregnancy and Dentistry: A Literature Review on Risk Management during Dental Surgical Procedures. Dent J (Basel). 2021 Apr 19;9(4):46.

³ Marwa Saadaoui, Parul Singh, Souhaila Al Khodor,. Oral microbiome and pregnancy: A bidirectional relationship, Journal of Reproductive Immunology, Volume 145, 2021, 103293, ISSN 0165-0378.

OBJETIVOS

- Reconocer los principales cambios que presentan las gestantes en la cavidad oral.
- Reconocer los eventos adversos en las gestantes que presentan o desarrollan enfermedad periodontal durante el embarazo.
- Identificar las pautas de manejo odontológico para la gestante, reconociendo las posibles implicaciones durante el embarazo.
- Identificar los beneficios de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático.

CONTENIDOS TEMÁTICOS

- Cambios bucales durante la gestación
- Lactancia materna y sus implicaciones para la salud bucal del beb



I. Cambios bucales durante la gestación

El microbioma oral es una comunidad compleja de alrededor de 50 a 100 mil millones de bacterias. A pesar de la facilidad de acceso, casi el 30 % del microbioma oral aún está bajo investigación. La homeostasis bucal se define como una relación simbiótica entre la microbiota bucal residente, mientras que las enfermedades bucales se caracterizan por un desequilibrio de la microbiota bucal.³

El embarazo es impulsado por una serie de cambios inmunológicos, hormonales y metabólicos que son esenciales para el desarrollo fetal normal y el parto exitoso. Estos cambios alteran la microbiota de la madre en varios lugares del cuerpo, incluidos el intestino, la vagina y la cavidad oral. Varios estudios han examinado las diferencias en los niveles de microorganismos orales en mujeres embarazadas y no embarazadas. En su estudio, Fujiwara et al. comparó la composición de la microbiota oral en mujeres japonesas embarazadas y no embarazadas. Demostraron que, *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, Las especies de estreptococos, estafilococos y *Candida* fueron significativamente más altas en las mujeres embarazadas, especialmente durante el primer y segundo trimestre, mientras que ambos grupos tenían los mismos porcentajes de *P. revotella intermedia*; *Fusobacterium nucleatum* y especies de Streptococci. (figura 1)

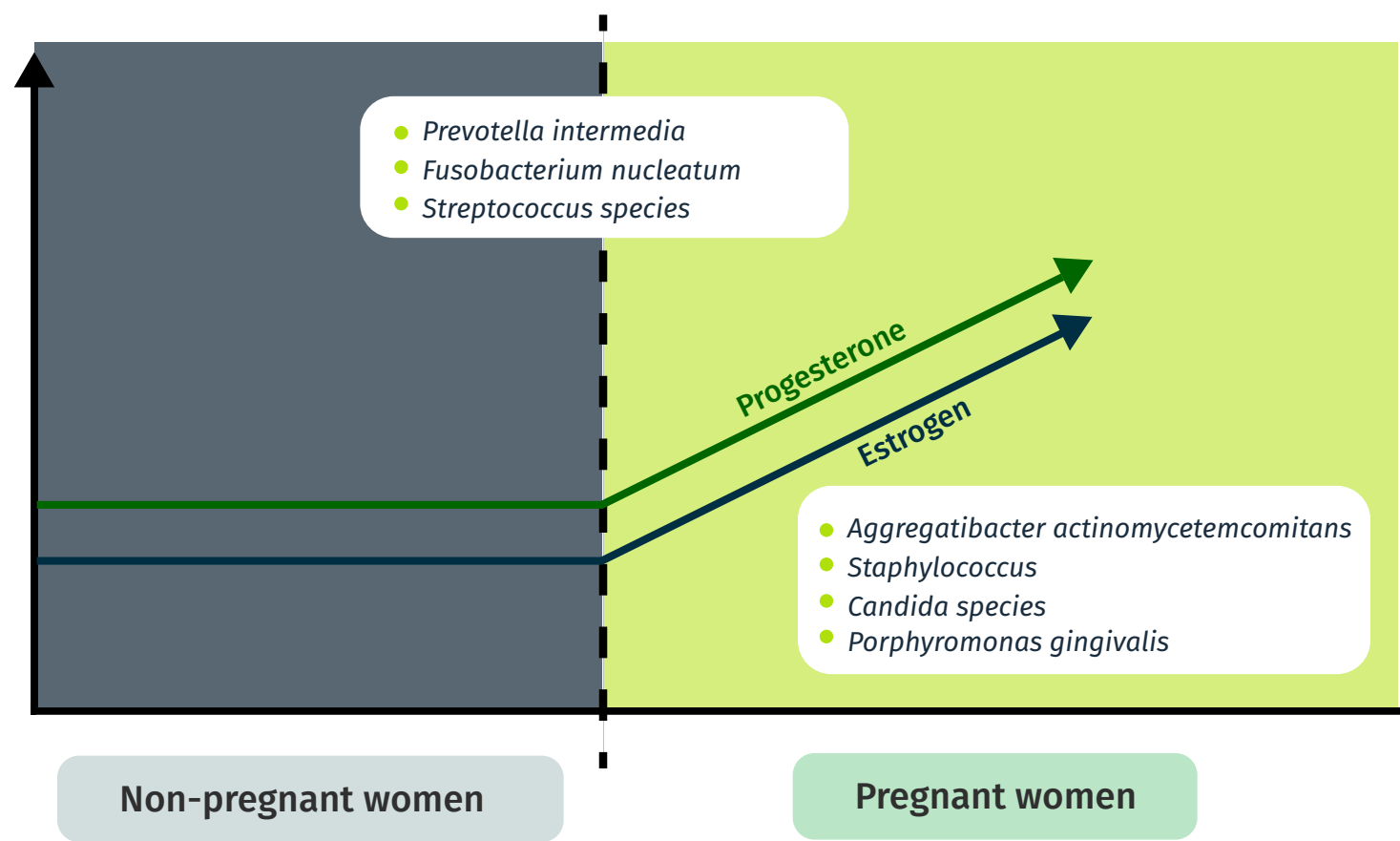


Figura 1: Se muestran las diferencias en los niveles de microorganismos orales y hormonas sexuales en mujeres embarazadas y no embarazadas. Se observa un aumento de la carga bacteriana durante el embarazo. Se muestra una lista detallada de los microbios que aumentan en el grupo de embarazadas³

Prevalencia de enfermedades bucales durante el embarazo

Los cambios fisiológicos y las diferencias hormonales en las mujeres embarazadas aumentan su susceptibilidad a enfermedades orales como la enfermedad periodontal, la gingivitis, la sensibilidad dental y la pérdida de dientes. La gingivitis es el problema dental más común que afecta entre el 60 y el 70 % de las mujeres embarazadas la gravedad de la inflamación gingival se correlaciona con la elevación de las hormonas esteroides sexuales. Durante la gestación, los efectos de los estrógenos y la progesterona elevados en la vasculatura gingival podrían explicar una mayor aparición de edema, eritema, aumento del líquido crevicular y sangrado.

Los cambios clínicos periodontales comúnmente observados durante el embarazo (por los efectos elevados de los estrógenos y la progesterona), incluyen aumento del sangrado al sondaje , aumento del flujo de líquido crevicular gingival y aumento de la movilidad de los dientes debido a la alteración en la unión del ligamento periodontal y el aflojamiento de los huesos que sostienen los dientes⁴

Además, se ha confirmado que *Pg* y *Prevotella intermedia* se correlacionaron positivamente con los niveles hormonales maternos durante el embarazo. Las hormonas esteroides sexuales también pueden modular la producción de citocinas, y se ha demostrado que la progesterona regula a la baja la producción de interleucina 6 por parte de los fibroblastos gingivales humanos. Esta regulación a la baja puede afectar el desarrollo de inflamación localizada y la encía se vuelve menos eficiente para resistir los desafíos inflamatorios.

El aumento de la respuesta inflamatoria a la placa dental desencadenada durante el embarazo provoca edema y sangrado de las encías en la mayoría de las mujeres. La respuesta inmune disminuida, la varición hormonal en los niveles de estrógenos y progesterona y los cambios en la composición del microbioma oral pueden ser los responsables de tales cambios. La gingivitis en el embarazo es máxima durante el tercer trimestre, y las mujeres que sufren de gingivitis antes del embarazo se consideran el grupo más susceptible.

La enfermedad periodontal se ha relacionado con infecciones microbianas que provocan un aumento sistémico de las prostaglandinas y citocinas proinflamatorias. Se ha planteado la hipótesis de que, a través de vías inflamatorias sistémicas, dan lugar a una serie de afecciones, como enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, diabetes y resultados adversos del embarazo. Si bien la enfermedad periodontal es común en mujeres en edad reproductiva en general, se cree que las condiciones de las encías tienden a empeorar durante el embarazo debido a los cambios hormonales⁵

Los cambios en la composición de la microbiota oral durante el embarazo aumentaron el riesgo de enfermedades periodontales asociadas con resultados adversos del embarazo, incluidos bajo peso al nacer, parto prematuro, preeclampsia y abortos espontáneos.⁴

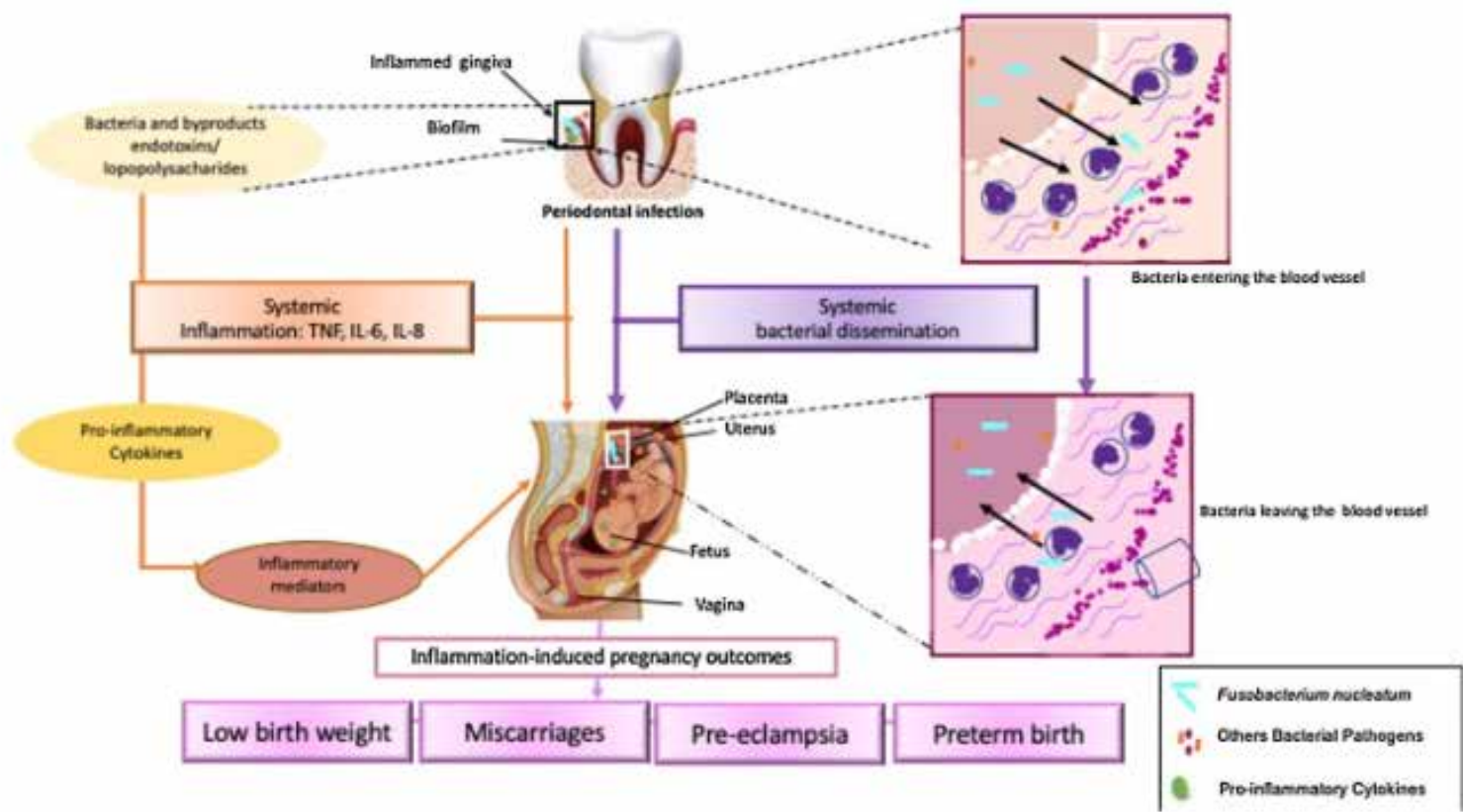


⁴ Marwa SaadaouiParul SinghSouhaila Al Khodor. Oral microbiome and pregnancy: A bidirectional relationship, Journal of Reproductive Immunology 145 (2021) 103293.

⁵ Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenn AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 12;6(6):CD005297.

Se han propuesto dos mecanismos diferentes para explicar esta relación, el primer mecanismo propuso que las bacterias periodontales que se originan en el biofilm gingival pueden viajar desde la cavidad oral y atravesar la placenta , alcanzando el líquido intra amniótico y la circulación fetal, afectando así directamente la unidad fetoplacentaria dando como resultado una bacteremia. El segundo mecanismo proponía que la diseminación sistémica de endotoxinas y/o mediadores inflamatorios derivados de la enfermedad periodontal y secretados por el sitio inflamatorio subgingival fueran transportados a la unidad fetoplacentaria. Estos pueden causar una respuesta inflamatoria y, a su vez, afectar el desarrollo fetal, provocar un aborto espontáneo o desencadenar un trabajo de parto y parto prematuros.⁴ (figura 2)

Figura 2. Enfermedad periodontal y resultados adversos del embarazo.³



En general, la captación de estrógenos puede contribuir a la queratinización epitelial, la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), la proliferación de fibroblastos gingivales y la maduración del tejido conectivo gingival. La progesterona también tiene un efecto directo sobre la producción de prostaglandinas y es probable que desempeñe un papel importante en la tasa de reabsorción ósea.

Durante el embarazo, los niveles de estrógeno y progesterona al final del tercer trimestre son de 10 a 30 veces la cantidad observada durante el ciclo menstrual, respectivamente. Ocasionalmente, durante el embarazo se pueden observar lesiones locales como tumores del embarazo o granulomas. Durante el embarazo, la gingivitis también ocurre en hasta el 36-100% de las mujeres embarazadas, y los parámetros clínicos como el aumento del sangrado al sondaje y la profundidad de la bolsa son prevalentes durante este período⁶ sin relación con la cantidad de placa dental. La necesidad de intervenciones terapéuticas periodontales, según las mediciones del CPITN (Community Periodontal Index for Treatment Needs), también aumenta durante el embarazo, lo que indica la importancia del cuidado periodontal durante este periodo.⁶

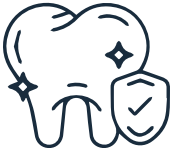
⁶ Marwa Saadaoui, Parul Singh, Souhaila Al Khodor,. Oral microbiome and pregnancy: A bidirectional relationship, Journal of Reproductive Immunology, Volume 145, 2021, 103293, ISSN 0165-0378. Rashidi Maybodi F, Jalali Pandary M, Rahaei Z, Nikniaz S. Awareness of the effect of fluctuations in female sex hormone levels on periodontal health among obstetricians. J Adv Periodontol Implant Dent. 2018 Jun 20;10(1):29-34.

Pautas de manejo dental durante el embarazo

Para el primer trimestre (1-12 semanas)

Durante el primer trimestre, se recomienda programar a las pacientes para evaluar su salud dental actual, para informarles de los cambios que deben esperar durante sus embarazos y discutir sobre cómo evitar los problemas dentales maternos que pueden surgir de estos cambios. No se recomienda que los procedimientos se realicen en este momento. La preocupación por hacer procedimientos durante el primer trimestre es doble. En primer lugar, el niño en desarrollo corre el mayor riesgo que presentan los teratógenos durante la organogénesis y, en segundo lugar, durante el primer trimestre, se sabe que hasta uno de cada cinco embarazos sufre abortos espontáneos.⁸


Las recomendaciones actuales son:

- 1 Educar a las pacientes sobre los cambios orales maternos que ocurren durante el embarazo.
 - 2 Para enfatizar las instrucciones estrictas de higiene bucal y, por lo tanto, el control de la placa.
 - 3 Limitar el tratamiento odontológico a profilaxis periodontal y tratamientos de emergencia solamente.
 - 4 Para evitar las radiografías de rutina. Deben usarse selectivamente y solo cuando se necesiten.
- 

Para el segundo trimestre (13-24 semanas)

En el segundo trimestre, la organogénesis está completa y el riesgo para el feto es bajo. La madre también ha tenido tiempo de adaptarse a su embarazo, y el feto no ha crecido hasta un tamaño potencialmente incómodo que dificultará que la madre permanezca quieta durante períodos prolongados. El posicionamiento de las pacientes embarazadas es importante, especialmente durante el tercer trimestre. A medida que el útero se expande con el crecimiento del feto y la placenta, se ubica directamente sobre la vena cava inferior, los vasos femorales y la aorta. Si la madre se coloca en decúbito supino para los procedimientos, el peso del útero grávido podría aplicar suficiente presión para impedir el flujo de sangre a través de estos vasos principales y provocar una afección denominada hipotensión en decúbito supino. En esta condición, la presión arterial cae como consecuencia del flujo sanguíneo impedido, que provoca un episodio sincopal o casi sincopal. Esta situación se soluciona fácilmente colocando correctamente a la paciente sobre su lado izquierdo y elevando la cabecera de la silla para evitar la compresión de los principales vasos sanguíneos. El odontólogo no debe dudar en consultar al obstetra de la paciente si surge alguna duda sobre la seguridad de un procedimiento, particularmente si existen circunstancias especiales . asociadas con el embarazo⁸

Las recomendaciones actuales son:

- 1 Higiene bucal, instrucciones y control de placa.
 - 2 Se puede realizar raspado, pulido y curetaje si es necesario.
 - 3 El control de las enfermedades bucodentales activas, si las hubiere.
 - 4 Un cuidado dental electivo es seguro.
 - 5 Evite las radiografías de rutina. Utilizar de forma selectiva y cuando se necesiten.
- 

⁷ Chaveli Lopez B, Sarrion Perez MG, Jimenez Soriano Y. Consideraciones dentales en el embarazo y la menopausia. J Clin Exp Dent. 2011; 3 (2): e135–44.
⁸ Nayak AG, Denny C, Veena KM. Consideraciones sobre el cuidado de la salud bucal de la mujer embarazada. Actualización de abolladuras. 2012; 39 (1):51–54.

Para el tercer trimestre (25-40 semanas)

El crecimiento fetal continúa y el centro de la preocupación ahora es el riesgo para el próximo parto y la seguridad y comodidad de la mujer embarazada (p. ej., la posición de la silla y evitar medicamentos que afecten el tiempo de sangrado). Es seguro realizar un tratamiento dental de rutina en la primera parte del tercer trimestre, pero a partir de la mitad del tercer trimestre se evitan los tratamientos dentales de rutina.

Las recomendaciones actuales son:

- 1

Higiene bucal, instrucciones y control de placa.
- 2

Se puede realizar raspado, pulido y curetaje si es necesario.
- 3

Evitar una atención dental electiva durante la 2ª mitad del tercer trimestre.
- 4

Evite las radiografías de rutina. Utilizar de forma selectiva y cuando se necesite.



Los medicamentos que se consideran seguros durante el embarazo

Los fármacos se absorben con facilidad durante el embarazo, ya que la concentración sérica para la unión del fármaco es menor que en el estado de ausencia de embarazo. También hay un mayor volumen de distribución del fármaco, una concentración plasmática máxima más baja, una vida media plasmática más baja, una solubilidad en lípidos más alta y un aclaramiento más alto de los fármacos. Todos estos factores permiten una fácil transferencia de un fármaco libre a través de la placenta, lo que expone al feto a los fármacos.⁹ Se sabe que ciertos medicamentos causan aborto espontáneo, teratogenicidad y bajo peso al nacer del feto. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se prescriben medicamentos a mujeres embarazadas. La mayoría de los medicamentos se excretan en la leche materna, lo que expone al recién nacido a las drogas. La toxicidad neonatal depende de las propiedades químicas, la dosis, la frecuencia, la duración de la exposición a los medicamentos y la cantidad de leche que se consume.¹⁰

Para la consulta de medicamentos que presentan riesgo durante el periodo de lactancia se puede ingresar al sitio web e-lactancia . Las recomendaciones de e-lactancia las realiza el equipo de profesionales de la salud de APILAM y están basadas en publicaciones científicas recientes. Estas recomendaciones no pretenden reemplazar la relación con su médico, sino complementarla. La industria farmacéutica contraindica la lactancia, de forma equivocada y sin razones científicas, en la mayor parte de prospectos y . fichas de medicamentos.¹¹

Medicamentos considerados seguros durante el embarazo.

Drogas	Categoría FDA	Uso en el embarazo	Uso en enfermería	Posibles efectos secundarios
Analgésicos				
Paracetamol	B	Sí	Sí	No reportado
Aspirina	C	No en el 3er trimestre	No	Hemorragia posparto
Ibuprofeno	B	No en el 3er trimestre	Sí	Trabajo de parto retrasado
Aproximadamente	B/D**	No en 2do ½ de embarazo	Sí	Trabajo de parto retrasado
Codeína	C	Con cuidado	Sí	Múltiples defectos de nacimiento
Oxicodona	B	Con cuidado	Con cuidado	NRD

⁹ Hashim R. Self reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg.* 2012;10(2):142–46.

¹⁰ Patcas R, Schmidlin PR, Zimmermann R, Gnoinski W. Dental care in pregnancy. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2012;122(9):729–39.

¹¹ <https://www.e-lactancia.org/>

Medicamentos considerados seguros durante el embarazo.¹

Drogas	Categoría FDA	Uso en el embarazo	Uso en enfermería	Posibles efectos secundarios
Hidrocodona	CD*	Con cuidado	Con cuidado	NRD
Morfina	B	Sí	Sí	Depresión respiratoria
Propoxifeno	C	Con cuidado	Sí	No reportado
Meperidina	B	Sí	Sí	No reportado
Pentazocina	c	Con cuidado	Con cuidado	No reportado
Antibióticos				
Amoxicilina	B	Sí	Sí	No reportado
Metronidazol	B	Sí	Sí	No reportado
Eritromicina	B	Sí	Sí	No reportado
Penicilina v	B	Sí	Sí	No reportado
Cefalosporinas	B	Sí	Sí	No reportado
Gentamicina	C	Sí	Sí	Ototoxicidad fetal
Clindamicina	B	Sí	Sí	No reportado
Tetraciclina	D	No	No	Toxicidad materna/ Muerte fetal
Cloranfenicol	X	No	No	No reportado
Clorhexidina	B	Sin datos	Sin datos	Toxicidad fetal
Antifúngicos				
Nistatina	B	Sí	Sí	No reportado
Clotrimazol	B	Sí	Sí	No reportado
Fluconazol	C	Con cuidado	Con cuidado	No reportado
ketoconazol	C	Con cuidado	No	Bradicardia fetal
Anestésicos locales				
Lidocaína	B	Sí	Sí	No reportado
Mepivacaína	C	Con cuidado	Sí	Bradicardia fetal
Prilocaína	B	Sí	Sí	No reportado
Bupivacanina	C	Con cuidado	Sí	Bradicardia fetal
Etidocaína	B	Sí	Sí	No reportado
Corticosteroides				
Prednisolona	B	Sí	Sí	No reportado
Hipnóticos sedantes				
Óxido nitroso	No asignado	No en 1er trimestre (**)	Sí	No reportado
Barbitúrico	D	Evitar	No	NRD
Benzodiazepinas	D	Sí	No	labio hendido/ paladar hendido

* D- indica precaución, si se usa durante un período prolongado de tiempo o en dosis altas.
** NRD- Depresión Respiratoria Neonatal.

II. Lactancia materna y sus implicaciones para la salud bucal del bebe

Se ha identificado que la lactancia materna exclusiva (LME), definida por la OMS como la práctica de proporcionar a un lactante únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, excluyendo sólidos o cualquier otro líquido excepto medicamentos, vitaminas y minerales, tiene el mayor impacto potencial individual sobre la mortalidad infantil de cualquier intervención preventiva. Los estudios han encontrado que amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses de vida o más tiene varios beneficios importantes para la salud. Por ejemplo, los bebés alimentados exclusivamente con leche materna durante seis meses, en comparación con los de menos de cuatro meses, tienen menos riesgo de gastroenteritis, neumonía y otitis media recurrente.

Los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondeadas (no hundidas) cuando succiona. Si el bebé se coge bien al pecho la lactancia no duele.¹²

El desarrollo craneofacial implica estímulos funcionales como la respiración, la masticación, la succión y la deglución. favorece el correcto desarrollo craneofacial debido a la intensa actividad muscular que requiere, lo que favorece el correcto cierre de los labios, estimula la función mandibular y posiciona correctamente la lengua contra el paladar. Los movimientos de labios y lengua durante la lactancia hacen que el niño obtenga la leche a través de una “acción de apretar”, mientras que los niños alimentados con biberón realizan un movimiento más pasivo para obtener la leche, provocando una menor estimulación de las estructuras orofaciales.¹³ Por el contrario, la ausencia o la corta duración de la lactancia materna hace que él bebe haga menos ejercicios orales; esto conduce al subdesarrollo de los músculos, la postura incorrecta del labio y la lengua y la adquisición de hábitos orales nocivos, todo lo cual puede estar asociado con las maloclusiones dentales.¹⁴

Se ha reportado que no amamantar o amamantar solo por un período corto se ha asociado con una mayor prevalencia de mordida cruzada posterior y sin espacio maxilar en la dentición temporal. Una posible explicación para esta asociación es que la lactancia materna se basa en el avance de la mandíbula y la elevación y descenso de la lengua, lo que promueve un desarrollo muscular equilibrado, mientras que la principal acción de la alimentación con biberón es la succión, que contrae los buccinadores y favorece un maxilar más estrecho.¹³

Figura 3. A. Posición de la lengua durante la lactancia (correcta adaptación de pesón a la boca). B. interposición de la tetina artificial en la boca del bebe provocando el descenso de la lengua y contracción de los músculos buccinadores.



Jenny Abanto, Danilo Duarte, Murillo Feres. 2020. Primeros Mil Días del Bebé y su Salud Bucal. Quintessence Publishing España

¹² Otim ME, Omagino EK, Almarzouqi A, Rahman SA, Asante AD. Exclusive breast-feeding in the first six months: findings from a cross-sectional survey in Mulago hospital, Uganda. Afr Health Sci. 2022 Jun;22(2):535-544.

¹³ Boronat-Catalá M, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla JM, Catalá-Pizarro M. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017 Jul 11;7(1):5048.

¹⁴ Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr. 2015 Apr 21;15:46.

Succionar el pecho impone grandes demandas a la musculatura perioral. El esfuerzo repetitivo constante favorece el correcto desarrollo de estos músculos, aumentando su tono y asegurando que se establezca una correcta función oral. Como resultado, la duración de la lactancia natural tiene un efecto positivo en la movilidad de las estructuras orofaciales.¹⁵ El destete temprano puede dar lugar a una actividad muscular perioral insuficiente, lo que puede tener consecuencias negativas para la deglución, la respiración y el habla, así como la maloclusión.¹⁶ Warren et al. encontraron que la lactancia materna facilita el desarrollo normal del paladar y atenúa la formación de un paladar profundo y arqueado. Viggiano et al. y Karjalainen et al. han informado que la lactancia materna es un factor protector contra el desarrollo de la mordida cruzada posterior en la dentición temporal.¹³

LECTURAS PRINCIPALES

1. Marwa Saadaoui, Parul Singh, Souhaila Al Khodor.

Oral microbiome and pregnancy: A bidirectional relationship, Journal of Reproductive Immunology, Volume 145, 2021, 103293, ISSN 0165-0378.

2. Chen X, Xia B, Ge L.

Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr. 2015 Apr 21;15:46.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

● Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C.

Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. PLoS One. 2015 Jun 2;10(6):e0129060. doi: 10.1371/journal.pone.0129060. PMID: 26035835; PMCID: PMC4452791.

● Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM.

Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 12;6(6):CD005297. doi: 10.1002/14651858.CD005297.pub3. PMID: 28605006; PMCID: PMC6481493.

● Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, Gomersall JC.

Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 20;2019(11):CD012155. doi: 10.1002/14651858.CD012155.pub2. PMID: 31745970; PMCID: PMC6864402.

● Thomaz EBAF, Alves CMC, Gomes E Silva LF, Ribeiro de Almeida CCC, Soares de Britto E Alves MTS, Hilgert JB, Wendland EM.

Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. J Hum Lact. 2018 Nov;34(4):768-788. doi: 10.1177/0890334418755689. Epub 2018 Mar 29. PMID: 29596751.

¹⁵ Medeiros AP, Ferreira JT, Felício CM. Correlation between feeding methods, non-nutritive sucking and orofacial behaviors. Pro Fono. 2009;21(4):315-9.

¹⁶ Neiva FC, Cattoni DM, Ramos JL, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral [Early weaning: implications to oral motor development]. J Pediatr (Rio J). 2003 Jan-Feb;79(1):7-12.

● **Borrie F. Breastfeeding and occlusal development.**

PEvid Based Dent. 2018 Mar 23;19(1):5. doi: 10.1038/sj.ebd.6401282. PMID: 29568028.

● **Boronat-Catalá M, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla JM, Catalá-Pizarro M.**

Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017 Jul 11;7(1):5048. doi: 10.1038/s41598-017-05393-y. PMID: 28698555; PMCID: PMC5505989.

RECURSOS

● <https://www.e-lactancia.org/> ✎