

00968

DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



GLADYS DIAZ BLANCO
LILIANA REYES ROMERO
NANCY SALAZAR NAVARRO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C AGOSTO DE 2003

DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**GLADYS DIAZ BLANCO
LILIANA REYES ROMERO
NANCY SALAZAR NAVARRO**

**ASESOR CIENTÍFICO
EDUARDO RODRÍGUEZ ATAIDE**
Odontólogo, Ortodoncista y Ortopedista Maxilar

**ASESOR METODOLÓGICO
CLAUDIA HURTADO A**
Odontóloga, Especialista en Gerencia en Seguridad Social en Salud de
Instituciones

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C AGOSTO DE 2003**

DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**GLADYS DIAZ BLANCO
LILIANA REYES ROMERO
NANCY SALAZAR NAVARRO**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO GENERAL**

**ASESOR CIENTÍFICO
EDUARDO RODRÍGUEZ ATAIDE**
Odontólogo, Ortodoncista y Ortopedista Maxilar

**ASESOR METODOLÓGICO
CLAUDIA HURTADO A**
Odontóloga, Especialista en Gerencia en Seguridad Social en Salud de
Instituciones

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C AGOSTO DE 2003**

El Trabajo de grado **DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** elaborado por **GLADYS DÍAZ BLANCO, LILIANA REYES ROMERO Y NANCY SALAZAR NAVARRO**, ha sido aprobado como requisito para optar el título de Odontólogo general.

Director del Departamento
de Investigación y Salud
Pública

Asesor Científico

Asesor Metodológico

BOGOTÁ, AGOSTO DE 2003

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

JORGE ARANGO MEJIA

Rector Colegio Odontológico Colombiano

ANDREW TAWSE-SMITH

EDUARDO RODRÍGUEZ A

GLOSARIO

ADENOIDE: Que se parece a una glándula o un ganglio linfático.

AMNIOTICO; LÍQUIDO: Líquido producido por las sustancias fetales y el feto.

BOLO: Masa redondeada compuesta por alimentos masticados preparados para ser deglutidos.

ESÓFAGO: Conducto muscular que se extiende desde la farínge hasta el estómago.

FARÍNGE: Estructura tubular que se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago.

FRENILLO LINGUAL: Banda de tejido que se extiende desde el piso de la boca hasta la superficie inferior de la lengua.

HÁBITO: Costumbre, práctica o forma de conducta en particular.

HIPERTROFIA: Aumento de tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forman parte.

INCISIVO: Cada uno de los dientes frontales que inicialmente aparecen como dientes de leche y posteriormente son reemplazados por los dientes permanentes.

MACROGLOSIA: Anomalía congénita caracterizada por un tamaño excesivo de la lengua.

MALOCLUSIÓN: Contacto anómalo de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior.

ONICOFAGIA: Hábito de morderse las uñas.

ORTODONCIA: Especialidad de la estomatología encargada del diagnóstico y tratamiento de los defectos de oclusión e irregularidades de la dentadura.

ORTOPEDIA: Rama de la medicina dedicada al estudio y tratamiento del esqueleto, sus articulaciones, músculos y estructura asociadas.

CONTENIDO

GLOSARIO	
INTRODUCCIÓN	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. JUSTIFICACIÓN	11
1.3. PROPOSITO	12
1.4. MARCO TEORICO	12
1.4.1.ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS DE LA LENGUA	12
1.4.2.FISIOLOGÍA DE LA LENGUA	13
1.4.3.POSTURA LINGUAL	14
1.4.4.DEGLUCIÓN	14
1.4.5.HÁBITOS	19
1.5. OBJETIVOS	21
1.5.1. Objetivo General	21
1.5.2. Objetivos Especificos	21
2. METODO	22
2.1. TIPO DE ESTUDIO	22
2.2. OBJETO DEL ESTUDIO	22
2.3. UNIDADES TEMATICAS	22
2.4. INSTRUMENTOS	22
2.5. PROCEDIMIENTO	22
3. RESULTADOS	24
3.1. ANTECEDENTES	24
3.2. DEFINICIÓN	25

3.3. ETIOLOGÍA	25
3.4. HÁBITOS ORALES	27
3.4.1. Succión Digital	28
3.4.2. Respiración Oral	30
3.4.3. Succión Labial	32
3.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA	33
3.6. VARIACIONES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA	34
3.7. CONSECUENCIAS	40
3.7.1. A nivel maxilar	40
3.7.2. A nivel mandibular	40
3.7.3. En relación entre las arcadas	41
3.7.4. Otras alteraciones	41
3.8. DIAGNÓSTICO	42
3.9. PREVENCIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA	45
3.10. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	46
4. CONCLUSIONES	51
5. RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCIÓN

El odontólogo juega un papel muy importante en la detección de los hábitos orales, entre ellos la deglución atípica; para ello es necesario que el profesional conozca de manera detallada las características, la etiología, las consecuencias, los medios diagnósticos y como corregirla realizando un tratamiento adecuado según sea el caso o remitiendo al especialista correspondiente.

Los hábitos orales representan un factor etiológico de maloclusiones. El que sean beneficiosos o perjudiciales dependerá del grado de interferencia que tengan con las funciones físicas, emocionales, o sociales del individuo. Un hábito perjudicial para el desarrollo adecuado de la oclusión y que casi nunca es motivo específico de consulta a pesar de su alta incidencia es la deglución atípica. Este hábito lingual ocurre como consecuencia de otros procesos como alteraciones respiratorias, cambio de dientes, diferentes tipos de mordida y de los hábitos orales mantenidos por mucho tiempo (respiración oral, succión labial, succión digital, uso del chupo); esta puede desencadenar desordenes musculares de crecimiento y desarrollo dental y alteraciones de oclusión principalmente cuando va acompañada con alteraciones de otras funciones. El problema potencial de éste hábito es el desarrollo de una mordida abierta anterior.

Se debe tratar los factores causales mientras el niño es pequeño, para lograr que el organismo compense el conjunto de músculos bucales que fueron desequilibrados por el uso prolongado del chupete, la succión digital, la succión del labio y otros.

El fonoaudiólogo así como el odontólogo deben examinar la deglución con la intención de hacer un diagnóstico diferencial para que de esta manera se inicie la elaboración de un plan de tratamiento ideal que le permita al paciente una mejoría. La orientación y el asesoramiento del médico pediatra guiará a los padres con respecto a la persistencia de los hábitos y sus consecuencias.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

Las primeras experiencias de los niños con su familia definen sus procesos de socialización, hábitos, desarrollo motor y físico, en donde se adquieren conductas y estilos de vida que marcan comportamientos posteriores. La deglución atípica es un hábito por el cual los padres casi nunca consultan y solo se reconoce luego de una observación preliminar y detallada del paciente por parte del profesional de la salud oral. Según estudios realizados con niños de 11 años de edad, se les diagnosticó deglución atípica, y presentaron maloclusiones. Se observó que la edad y el crecimiento están relacionados con la mordida abierta anterior la cual se presenta con mayor frecuencia y prevalece en niños de 10 años, después de esta edad la incidencia disminuye. (WORMS 1972). ¿Cuáles son las manifestaciones de la deglución atípica en niños?

1.2 JUSTIFICACION

Este estudio constituye una herramienta importante por medio de la cual el profesional de la salud oral podrá detectar en forma precoz el hábito de deglución atípica y de esta manera diseñar un plan de tratamiento adecuado para evitar complicaciones posteriores y los daños en la oclusión y el desarrollo maxilomandibular.

1.3 PROPOSITO

Se pretende revisar la información científica sobre la deglución atípica para capacitar al estudiante de odontología en la detección temprana de las disfunciones linguales, realizando un análisis clínico integral de tejidos blandos para orientar adecuadamente su tratamiento.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS DE LA LENGUA

La lengua se forma en el embrión de cuatro semanas como dos protuberancias linguales laterales y una prominencia medial, que es el tubérculo impar. Los tres abultamientos se originan en el primer arco branquial. Existe otro abultamiento hacia la línea media, llamado la copula o eminencia hipobranquial, que esta constituida por mesodermo del segundo, tercer y parte del cuarto arco branquial. (LAGMAN, 1988)

El tercer abultamiento medial, está formado por la porción posterior del cuarto arco, señala el desarrollo de la epiglotis. Inmediatamente por detrás de esta formación se encuentra el orificio laríngeo o conducto traqueo laríngeo, limitado a ambos lados por las prominencias aritenoideas. Como consecuencia del crecimiento de las protuberancias linguales laterales, estas exceden el volumen del tubérculo impar y se fusionan entre sí, formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua. Dado que la mucosa que cubre el cuerpo de la lengua proviene del primer arco faríngeo, esta inervada por la rama maxilar inferior del nervio trigémino. Los dos tercios anteriores, o cuerpo de la lengua están separados del tercio posterior por un surco en forma de v llamado surco terminal. (LAGMAN, 1988)

La porción posterior o raíz de la lengua tiene su origen en los arcos faríngeos segundo, tercero y parte del cuarto. En el adulto la inervación sensitiva de esta parte de la lengua proviene del nervio glossofaríngeo, la porción más posterior de la lengua, lo mismo que la epiglotis, reciben el nervio laríngeo superior, lo cual indica que provienen del cuarto arco laríngeo. (LAGMAN, 1988)

Algunos de los músculos de la lengua probablemente se diferencian in situ, aunque la mayoría deriva de mioblastos, originados en los semitas occipitales. (LAGMAN, 1988)

1.4.2 FISIOLÓGÍA DE LA LENGUA

El gusto es una función que depende principalmente de las papilas gustativas de la boca, pero también es común experimentar que nuestro sentido del olfato contribuye en forma intensa en la percepción del gusto. La importancia del gusto estriba en que permite que una persona seleccione el alimento según lo que desea y quizá así mismo por las necesidades de los tejidos de sustancias nutritivas específicas. (GUYTON, 1986)

A partir de estudios psicológicos, se piensa en general que existen por lo menos cuatro sensaciones rápidas primarias: ácido, salado, dulce y amargo; pero sabemos que una persona puede percibir cientos o miles de sabores diferentes. Se supone que se trata de combinaciones de las cuatro sensaciones primarias. (GUYTON, 1986)

Una de las funciones primordiales de la lengua antes del nacimiento es, la deglución del líquido amniótico. Posterior al nacimiento, la mayor parte de las funciones del sistema estomatognático solicitan la actividad lingual. Otras funciones linguales son: mímica, respiración, fonación, deglución, succión y masticación. (ARAQUE, 1993)

1.4.3 POSTURA LINGUAL

Es la posición habitual asumida por la lengua en la cavidad bucal, la que define la acción de este órgano miofuncional sobre las distintas estructuras óseas y dentarias. El estudio de la postura lingual debe incluir la posición estática y la posición dinámica de ella. (ARAQUE, 1993)

Postura Lingual Estática

Es la posición de reposo habitual y se da inmediatamente posterior a la deglución, presenta algunas variaciones:

Posición vertical: Normalmente, estando los arcos dentarios en oclusión, la lengua en reposo debe estar adosada a la bóveda palatina, estando sus bordes contra el cuello de las piezas dentarias superiores. (ARAQUE, 1993)

Posición sagital: En oclusión, la punta de la lengua debe quedar en contacto con la papila retro incisiva. En la región posterior, la lengua se insinúa en parte hacia la farínge, permitiendo el libre paso del aire. Durante la apertura bucal, la lengua debe acompañar a la mandíbula, sin sobrepasar el límite de los arcos dentarios, tanto en sentido lateral como anterior. (ARAQUE, 1993)

Postura Lingual Dinámica

Se debe examinar la posición dinámica de la lengua asociada a movimientos voluntarios, en forma aislada o integrados a las distintas funciones oro faciales. Este órgano miofuncional debe tener la capacidad de desplazarse libremente en los tres sentidos del espacio para poder participar normalmente en las distintas funciones con las que se ve directa o indirectamente relacionada. . (ARAQUE, 1993)

1.4.4 DEGLUCIÓN

La deglución se define como el acto por el cual el contenido bucal es llevado de la boca hacia el estómago. Se deglute entre 500 y 1200 veces por día, teniendo el tiempo bucal una duración aproximada de 1 segundo. (ARAQUE, 1993)

La deglución es una acción motora automática en la que están implicados músculos de la respiración y el tracto gastro intestinal. el objetivo es transportar el lo alimenticio y la limpieza del tracto respiratorio. Es una actividad neuromuscular compleja que se puede iniciar conscientemente y puede durar de tres a ocho segundos, en el cual la fase oral dura un segundo. (QUEIROZ, 1996)

Mecanismo complicado principalmente porque la farínge se emplea casi todo el tiempo en otras funciones y solo se vuelve un lugar de paso de alimentos por algunos segundos cada vez. Resulta de vital importancia que la deglución no interfiera con la respiración. (SEGOVIA,1988)

Mecanismo por el cual la saliva, líquidos, semisólidos y sólidos pasan de la boca al estómago. La deglución pasa por tres etapas (prehensión, masticación y deglución propiamente dicha). (MOHR, 1998)

Se define a la deglución como "la coordinación neuromuscular rápida de los componentes de la cavidad bucal, farínge y larínge, durante una interrupción breve de la respiración, puesto que ambas son funciones recíprocas". (DURAN, 2000)

Una deglución funcional permite una morfogénesis equilibrada maxilo mandibular, adaptada en el ámbito de maduración de las estructuras nerviosas y musculares. (OLIVEIRA,1997)

DEGLUCIÓN NORMAL

Para la odontología, existe una preocupación específica con la fase oral de la deglución, porque se cree que hay una fuerte relación entre el posicionamiento de los dientes y el modo en que la lengua se coloca en relación con los mismos. (QUEIROZ, 1996)

La deglución es un acto coordinado por medio del cual el alimento convertido en bolo alimenticio, es conducido de la boca al esófago y luego estómago. La función deglutoria se realiza durante las 24 horas del día. Cualquier alteración en los mecanismos deglutorios incidirá en el tono de las fibras musculares. (QUEIROZ, 1996)

Teoría de integración funcional

La boca junto con la farínge, constituyen las partes iniciales del tubo digestivo. Para nosotros, esquemáticamente, este tubo estaría limitado en su parte anterior por los labios y en su parte postero-inferior por la entrada del esófago. Con el paso de los alimentos de la cavidad bucal hacia la farínge se inicia el acto de deglución, que comienza con una serie de contracciones musculares que van de adelante hacia atrás, empujando el alimento hacia el estómago. Este movimiento comienza en los labios y se dirige hacia la parte posterior de la cavidad bucal deslizando el alimento sobre el dorso de la lengua para pasar, al momento de ser tragado, a las fauces. Una vez que el alimento pasa a las fauces, el velo se eleva para cerrar la nasofarínge, mientras que el hueso hioides y la larínge no solo ascienden sino que se dirigen hacia delante, esto para proteger la larínge del paso de alimentos, los que siguen hacia el esófago cuya entrada se ha ensanchado. (SEGOVIA, 1988)

El reflejo de la deglución al nacer, ya esta bien establecido, coordinado y definido como funcional. (SEGOVIA, 1988)

DEGLUCIÓN ADAPTADA

En la deglución adaptada, por más que el fonoaudiólogo intente y a veces hasta consiga que el paciente degluta de forma correcta durante la sesión, este nuevo patrón de deglutir difícilmente se automatiza. Esto ocurre porque la atíпия encontrada es consecuencia de algún otro problema existente como, por ejemplo,

mala oclusión o respiración bucal. La lengua se adaptó a la forma de la cavidad oral o al tipo facial del individuo; o se adaptó a las características de las funciones existentes, como en el caso de la respiración bucal, situación en la cual resulta totalmente imposible deglutir de manera correcta, ya que la boca está permanentemente abierta para permitir la respiración. (QUEIROZ, 1996)

De la misma manera en que la lengua se adapta para realizar la función de deglutir, ella se adapta posicionándose en el reposo de acuerdo con el espacio y las estructuras existentes en la cavidad oral. Para comprender cómo es el reposo de la lengua en la cavidad oral, es importante aclarar lo que es la punta de la lengua, pues esta parte de la lengua podrá estar apoyada atrás de los incisivos superiores, o también atrás de los inferiores, sin que la posición para abajo sea considerada anormal. (QUEIROZ, 1996)

La lámina de la lengua puede ser dividida en tres porciones: anterior, media y posterior. La porción anterior tiene una punta que puede estar colocada hacia adelante o hacia abajo. Cuando deglutimos, si el apoyo de la punta de la lengua está hacia adelante o para abajo, la porción anterior de la lengua deberá elevarse contra la porción anterior del paladar duro. El apoyo de la punta de la lengua dependerá de la abertura de los arcos dentarios, de la altura de la cara, de la convexidad de la cara, de la oclusión, de la mordida, del tipo facial, del plano palatino, etc. El posicionamiento de la lengua y la forma de deglutir son, por lo tanto, resultantes de las estructuras dento-esqueletales y de cómo están ocurriendo las otras funciones, que se realizan utilizando las mismas estructuras de la deglución. (QUEIROZ, 1996)

ETAPAS DE LA DEGLUCIÓN

Etapa voluntaria de la deglución: Cuando el alimento esta listo para ser deglutido, se comprime o expulsa voluntariamente hacia atrás por aplicación

progresiva de la lengua contra el paladar; así la lengua empuja el bolo alimenticio hacia la farínge. (GUYTON, 1986)

Etapa faríngea de la deglución: Al ser empujado el bolo alimenticio hacia la parte posterior de la boca estimula zonas reciprocas del reflejo de deglución que rodean al istmo de las fauces, de ahí salen impulsos hacia el tallo cerebral para desencadenar la siguiente serie de contracciones musculares: el paladar blando se eleva para ocluir las coanas, los pliegues pala faríngeos de ambos lados de la farínge se aproximan a la línea media formando una hendidura longitudinal que los alimentos habrán de atravesar para llegar a la farínge posterior, las cuerdas bucales de la larínge se aproximan firmemente y el hueso hioides y la larínge se desplazan hacia arriba y hacia delante por acción de los músculos del cuello inclinando la epiglotis hacia atrás, el movimiento de la larínge hacia arriba también estira la abertura del esófago relajando el esfínter esófagico superior o músculo cricofaríngeo, este músculo se mantiene contraído durante la fase respiratoria, simultáneamente a la anterior se contrae el músculo constrictor de la farínge lo que origina una onda peristáltica descendiente sobre los músculos faríngeo medio e inferior hacia impulsando los alimentos hacia el esófago. (GUYTON, 1986)

TIPOS DE DEGLUCIÓN NORMAL

Deglución fetal

La función de deglución existe a partir de la duodécima semana de vida: el feto deglute el liquido amniótico de manera refleja. (ARAQUE, 1993)

Deglución del recién nacido

En el recién nacido, la deglución es inseparable de la succión. La cavidad oral actúa como una cavidad al vacío. Es un sistema cerrado sobre sí mismo o sobre un elemento exterior (pezón, biberón o dedo), donde la lengua juega el rol de un verdadero pistón el cual es activado por el sistema hiolingual que se desplaza de

manera rítmica combinando movimientos sagitales y verticales, con una duración en cada bombeo de tres segundos aproximadamente. (ARAQUE, 1993)

Deglución en el niño

Dentadura temporal: La aparición de la dentadura temporal modifica el comportamiento nutricional, la masticación aparece modificando la dinámica lingual. Como lo ha descrito Biourge, la lengua no juega más que un rol de obturador, con lo cual desarrolla una contracción moderada. Sin embargo, la proyección lingual rara vez se termina en esta etapa. (ARAQUE, 1993)

Dentadura mixta: La erupción de los molares permanentes agranda los arcos dentarios, atenuando la desproporción volumétrica entre el contenido y el continente. El contacto molar durante la deglución es frecuente. (ARAQUE, 1993)

Deglución madura

La entrada en función de los incisivos y sobre todo, de los caninos, como también el descenso del hioides, contribuyen a finalizar la maduración de la deglución definiendo sus características. Ella se efectúa entonces: con los labios juntos pero no contraídos, arcos dentarios en oclusión, la punta de la lengua en apoyo palatino anterior y la lengua contenida en el interior de los arcos dentarios. (ARAQUE, D. 1993)

1.4.5 HÁBITOS

Es importante saber identificar los hábitos que puede presentar el paciente, ya que los mismos pueden llegar a producir maloclusiones dentarias: (DURAN, 2000)

Succión digital: Se examinan las manos del paciente en busca de callosidades o de un dedo más limpio que los demás, se observa la manera como el niño succiona y se interroga la frecuencia con que lo hace. Este hábito puede

producir mordida abierta, mordida cruzada posterior, paladar ojival, deglución atípica o protrusión de los incisivos superiores. (DURAN, 2000)

Queilofagia: Es el hábito de morderse los labios, se ve con frecuencia en el labio inferior. Para el examen observaremos los labios en busca de huellas dentarias o de resequedad. Este hábito ocasiona inicialmente mordida abierta, labioversión de superiores, linguoversión de inferiores y sobremordida. (DURAN, 2000)

Onicogofagia: Es el hábito de comerse o morderse las uñas, hace su aparición generalmente a los 4 años. Para el examen observamos las manos (uñas) del paciente. Puede llegar a producir atrición y ocasionalmente gingivitis. (DURAN, 2000)

Bruxismo: Consiste en el frotamiento habitual de los dientes, que puede ser durante el sueño; puede deberse a causas nerviosas. Este hábito ocasiona pérdida de la dimensión vertical y atrición Para su diagnóstico se debe interrogar acerca de ruidos en la noche (chasquidos, rechinar los dientes). Puede llegar a producir dolores musculares y se debe examinar superficie dentaria para observar factor de desgaste. (DURAN, 2000)

Respiración oral: Es importante el examen para observar si el paciente tiene aspecto típico de un respirador bucal, retrognatismo total inferior y distoclusión de toda la arcada inferior, hiperoclusión de los incisivos inferiores, vestibulo-uniión de los incisivos superiores. Este hábito puede deberse a: obstrucción, hábito en sí o anatomía. Ocasiona mordida cruzada, paladar profundo, labioversión, resequedad de la encía, cuartadura de los labios superiores. (DURAN, 2000)

Hábitos linguales: Los hábitos linguales más frecuentes, con distintas características y secuelas son la deglución infantil o deglución atípica y el empuje lingual. El problema potencial de estos hábitos es el desarrollo una mordida abierta anterior o una malposición de la articulación temporomandibular. Al deglutir

normalmente, la lengua es llevada ligeramente contra el maxilar superior sin presiones mensurables sobre los dientes. Si esa fuerza es ejercida principalmente contra los dientes anteriores del arco superior, o los dientes anteroinferiores, la presión, en lugar de ser distribuida de modo uniforme en la cavidad bucal, se transforma en una fuerza activa desequilibrante que afecta adversamente la oclusión. (MARTÍN, 1998)

El empuje lingual es un hábito anormal de colocación de la lengua contra los dientes antes y después del acto de deglutir. El empuje lingual moverá los dientes hacia posiciones anormales y causa distorsiones en el crecimiento dento facial. (MARTÍN, 1998)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los aspectos generales de la deglución atípica.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir los aspectos normales de la deglución

Identificar las características de la deglución atípica.

Registrar las consecuencias de la deglución atípica

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo tipo Revisión Bibliográfica

2.2 OBJETO DEL ESTUDIO

Deglución atípica

2.3 UNIDADES TEMATICAS

Antecedentes

Definición de deglución atípica

Etiología

Características clínicas de la deglución atípica

Variaciones de la deglución atípica

Consecuencias de la deglución atípica

Diagnóstico

Alternativas de tratamiento

2.4 INSTRUMENTOS

Matriz Bibliográfica. (Anexo 1)

2.5 PROCEDIMIENTO

La deglución atípica revisión bibliográfica tuvo su inicio a mediados del mes de Junio del presente año. Inicialmente se hizo la recolección de datos con ayuda de

documentos científicos que se obtuvieron de la internet, luego se recopilaron artículos de libros, los cuales fueron consultados en las bibliotecas: Luis Angel Arango, Virgilio Barco, Biblioteca Central de la Universidad Nacional y anexas a las facultades de Medicina y Enfermería, Biblioteca del Colegio Odontológico Colombiano, Biblioteca Colsubsidio, Fundación Santa Fé, la Hemeroteca Nacional. Seguidamente se procedió a desarrollar el tema de deglución atípica con los respectivos asesores, quienes colaboraron con los aspectos científicos y metodológicos. Luego de ser aprobado por los asesores, fue presentada ante el departamento de investigación, el día 21 de agosto del 2003



3.RESULTADOS

3.1 ANTECEDENTES

Luis Bolasco Sindin en 1962 (Uruguay): La deglución atípica es llamada deglución infantil, se realiza con las arcadas separadas, la lengua se interpone entre las mismas, se proyecta hacia adelante y la musculatura peribucal se contrae fuertemente.

Robert J. Isaacson en 1972 (Estados Unidos): La deglución atípica se define como una función lingual anormal, este patrón está unido a la mordida abierta anterior.

Edward M. Barnett en 1978 (Inglaterra): El paciente con deglución atípica tiene los labios y dientes separados. Para deglutir, debe cerrar la boca con el objeto de crear un vacío y lo realiza mediante la proyección anterior de la punta de su lengua entre los dientes anteriores superiores e inferiores.

Raymond Braham 1984: En la deglución atípica no hay contacto oclusal entre los dos arcos dentarios; la punta de la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y los bordes laterales entre las superficies oclusales de los premolares y los molares.

Maria Luisa Segovia 1988: La forma de deglutir con interposición de la lengua se caracteriza porque, en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, pudiendo a veces interponerse entre los molares y premolares.

Irene Queiroz Marchesan 1996 (Brasil): La deglución atípica corresponde al movimiento inadecuado de la lengua y/o de otras estructuras que participan en el acto de deglutir, durante la fase oral de la deglución sin que necesariamente haya alguna alteración de forma en la cavidad oral.

Luis Fernando Morales 2002 (Colombia): La deglución atípica se traduce en una interposición lingual entre los dientes para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral con la consiguiente mordida abierta anterior.

3.2 DEFINICIÓN

La deglución atípica es una secuela de la succión digital y como tal, mantiene la sobremordida abierta o incompleta. La deglución atípica es el resultado de la sobremordida abierta o incompleta, un hábito compensatorio, en especial en pacientes con labios que no ocluyen. La deglución atípica y la contracción con fuerza de los labios pueden asegurar un sellado que ayude a la deglución. (JUNQUEIRA,1997)

3.3 ETIOLOGÍA

La etiopatogenia estudia todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en que éste invade el organismo afectado. (MOSBY, 1995)

En general se acepta la proyección de la lengua como secuela de la succión digital y que como tal mantiene la sobre mordida abierta o incompleta; un hábito compensatorio, en especial en pacientes con labios que no ocluyen. La proyección lingual y las contracciones con fuerza de los labios pueden asegurar un sellado que ayuden en la deglución. (BRAHAM, 1984)

Existe gran variedad de teorías a cerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual:

La succión digital y del chupete: apareciendo el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución. (MUELAS, 1992)

La alimentación artificial: se considera que algunos biberones inadecuados con orificios demasiado grandes, fuerzan al bebe a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche. (MUELAS, 1992)

Los problemas respiratorios: como la existencia de algunas amígdalas inflamadas o hipertróficas ocasiona que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula, desciende de forma refleja separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición cómoda. En el problema respiratorio se produce la falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares. (MUELAS, 1992)

La macroglosia: obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal a adoptar una posición mas adelantada. (MUELAS, 1992)

Las alteraciones cerebrales: que dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas o la lengua y el desarrollo de un patrón de deglución correcto. (MUELAS, 1992)

Los problemas psicológicos: la alteración de la deglución pueden expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación. (MUELAS, 1992)

La mordida abierta: no existe acuerdo con respecto a sí la actividad protrusiva de la lengua es la causa o la consecuencia de la maloclusion. (MUELAS, 1992)

Perdida prematura de los dientes temporales. (MUELAS, 1992)

El hábito de interposición lingual: puede aparecer a lo largo de un tratamiento ortodóntico, ya sea por crear espacios abiertos de forma temporal o reducir el espacio lingual. Esta interposición puede ser temporal o permanente. (MUELAS, 1992)

Entendemos la interposición lingual como un signo clínico característico de la deglución atípica el cual es de gran utilidad para realizar un diagnóstico adecuado de ésta. (MUELAS, 1992)

3.4 HÁBITOS ORALES

Un hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. El acto con cada repetición, se hace menos consciente y si se hace a menudo puede ser relegado a la mente subconsciente convirtiéndose real y finalmente en un modelo mental inconsciente. Los hábitos orales representan un factor etiológico de maloclusiones, y adquieren mayor importancia cuando van a instaurar un adecuado tratamiento correctivo. (GARCIA, 1994)

Un hábito es una reacción formada que se resiste al cambio. El que sea beneficioso o perjudicial dependerá del grado de interferencia que tenga con las funciones físicas, emocionales o sociales del individuo. (MARTÍN, 1998)

Los hábitos orales son definidos como vías de cambios emocionales y de equilibrio de estados de ansiedad. (DURAN; 2000)

La importancia de los hábitos orales en la odontología observa repercusiones clínicas, tanto como factores etiológicos de las maloclusiones como causa de recidiva de los resultados de ortodoncia. (DURAN; 2000)

Los hábitos más frecuentes observados en la niñez son: succión digital, respiración bucal, bruxismo, onicofagia, y otros como: postura mandibular inadecuada, gesticulación o tics orofaciales, apnea del sueño, succión lingual, succión labial, disfunción masticatoria. (RODRIGUEZ, 1999)

Un hábito muy perjudicial para el desarrollo adecuado de la oclusión y que casi nunca es motivo específico de consulta, a pesar de su alta incidencia es el hábito de la deglución atípica. (RODRIGUEZ, 1999)

3.4.1 Succión digital

Es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular. Se inicia a partir de la semana 29 de vida intrauterina y es un modelo de conducta compleja que satisface un deseo, da una sensación de bienestar y es necesario para la vida del recién nacido. El niño al nacer ejerce succión rudimentaria al contacto con el seno materno esta succión es inespecífica por la falta de coordinación muscular. (GARCIA, 1994)

Las características de la actividad oral del niño nos permite fácilmente entender que los hábitos de succión tienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional del ser, por consiguiente la succión inadecuada del biberón, debido a su gran flujo, demandando un mínimo de esfuerzo por parte del niño, puede dar lugar a la succión del pulgar como una necesidad persistente de gratificación bucal. La succión del dedo ha sido asociada con el hambre, la dentición, la fatiga, el sueño y el desarrollo psicológico. (GARCIA, 1994)

La presencia de alteraciones orales depende de la frecuencia, intensidad, duración y de la posición en que el dedo sea puesto en la boca. Debemos evitar este hábito, para ello, al principio se le debe dar una oportunidad al niño para que suspenda el hábito voluntariamente antes que erupcionen sus dientes permanentes. Si esto no ocurre se tratará de suspender este hábito empleando

distintas técnicas entre los 4 y 6 años. Se aconsejan tres métodos distintos para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito:

Terapéutica de recuerdo: para los que quieren suspender el hábito y necesitan ayuda para interrumpirlo por completo. Por ejemplo, podemos utilizar una cinta adhesiva alrededor del dedo causal, acompañada o no de una mina de bolígrafo, y ésta permanece en el dedo hasta que el hábito desaparece. También podemos utilizar soluciones de mal sabor en el dedo. (MARTIN, 1996)

Sistema de recompensa: se establece un convenio entre el niño y sus padres o el niño y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá sus hábitos durante un periodo preciso y al final recibirá una recompensa si se satisfacen las exigencias del pacto. Además de la recompensa debemos halagar verbalmente al niño por haber cumplido el pacto. . (MARTIN, 1996)

Tratamiento con aparatología: si el niño después de realizar las técnicas anteriores continúa con el hábito, debemos colocar un dispositivo en la boca que físicamente desaliente el hábito porque complique la succión digital. Este aparato no es un castigo, sino un recordatorio para no colocar el dedo en la boca. La aparatología más utilizada para corregir este hábito son el “Quad helix con reja” y la “reja lingual”. El “Quad helix” es fijo y se emplea para la expansión palatina. La reja lingual sirve para recordar al niño que no debe colocar el dedo en boca. Es versátil porque puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital. (MARTIN, 1996)

Aunque el odontólogo es con frecuencia el primer, y en ocasiones el único profesional de la salud que se consulta el hábito de succión del pulgar, no es un problema dental, sin embargo, el odontólogo debe constatar de la presencia real del hábito, determinando la causa, describir las posibles consecuencias en caso

que se mantenga y, en casos seleccionados ayudar al paciente que se mantenga.
(MARTIN, 1996)

3.4.2 Respiración oral

La respiración bucal no es en realidad muy exacta en la mayoría de los casos es el término respiración buconasal, pues la respiración bucal es en sí, rara. En mayor o menor medida todos los niños respiran por la boca con determinada frecuencia, sobre todo cuando presentan congestión nasal aguda, durante periodos de actividad física, etc., pero cuando esto se prolonga en el tiempo por anomalías anatómicas u otras enfermedades aparecen una serie de cambios complejos en el complejo nasomaxilar (BRAHAM, 1984)

El problema se plantea cuando una vez solucionado el obstáculo nasal, el niño persiste en la respiración bucal afianzando el hábito que había adquirido. El niño respirador bucal constituye una entidad clínica polifacética, que produce alteraciones que pueden afectar su desarrollo físico y psíquico. Su detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multiprofesional, que incluye al pediatra del niño, al otorrinolaringólogo infantil, fonoaudiología, odontología, etc. La respiración bucal, propicia un terreno para que exista un aumento de las secreciones en las vías aéreas superiores y que a su vez favorecerá la alteración de la funcionalidad de los oídos, de los senos paranasales y con frecuencia desencadene crisis obstructivas bronquiales a repetición.
(BRAHAM, 1984)

Todo niño que respire por la boca es un respirador bucal, ya sea de causa funcional (como la succión del pulgar por tiempo prolongado) o mecánica (hipertrofia adenoidea). (BRAHAM, 1984)

Síntomas más frecuentes del respirador bucal: tos seca, tos nocturna, incapacidad respiratoria, trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar

estrecho y hundido, mandíbula elongada), deglución atípica, dientes mal implantados, sinusitis, otitis, trastornos de la audición, falta de atención, retraso escolar, alteraciones posturales. (BRAHAM, 1984)

Las causas más comunes que provocan respiración bucal: hipertrofia adenoidea y o amigdalina, rinitis, alergias, desviación del tabique nasal, hábito de succión prolongado del pulgar (más allá del primer año a segundo año de vida), mal oclusión dentaria, enfermedades neuromusculares o retraso psicomotor, características del desarrollo craneofacial de incidencia heredo-familiar. (BRAHAM, 1984)

Es importante el examen para saber si el paciente tiene aspecto típico de un respirador bucal, retrognatismo total inferior y distoclusión de toda la arcada inferior, hiperoclusión de los incisivos inferiores vestibulos de los incisivos superiores. Hábitos relacionados con maloclusiones dentarias. Aportación de los logopedas en la corrección de los mismos. (BRAHAM, 1984)

La impermeabilidad de las vías respiratorias superiores no permite el paso de aire y entonces el niño debe respirar por la boca, y ello lleva a que baje la lengua para dejar pasar el aire, lo que hace que el efecto equilibrante que ejerce la lengua sobre el maxilar y las piezas dentarias se pierda, por lo tanto los músculos de las mejillas y los labios, ejercen presión sobre el maxilar y los dientes, provocando un cambio de crecimiento y por lo tanto instauración de la mala oclusión. (BRAHAM, 1984)

Se debe eliminar la causa y una vez eliminada podemos realizar mioterapia funcional, ejercicios para aumentar al tono de los músculos periorales; por ejemplo, tirar con los labios de un botón enhebrado, sostener una moneda con los labios. También podemos recurrir a la colocación de una pantalla vestibular, la cual al ser retenida por acción muscular la convierte en aparato activo de acción indirecta. Antes de indicarla debemos asegurarnos que la anomalía es debida al

hábito y no por interferencias respiratorias superiores, por lo que es necesario la realización de una ínter consulta con el otorrinolaringólogo. El objetivo de este aparato es que ocluya la cavidad oral de forma que el paciente se obligue a respirar por la nariz. Además esta pantalla ayuda a la corrección de la vestibulo versión de incisivos en los casos en los que se presentan con diastemas. (BRAHAM, 1984)

Es suficiente con usarla por la noche, aunque los primeros días es necesario utilizarla dos o tres horas diurnas para que el niño se acostumbre a ella. (BRAHAM, 1984)

3.4.3 Succión Labial

La succión del labio es un hábito observado en niños con un pronunciado resalte de la mordida. Se succiona el labio inferior entre los incisivos superiores y los inferiores. Es un hábito constante que produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión esta sujeta a grietas y a infecciones sobre agregadas como el impétigo. Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores de niños con succión labial de largo tiempo. También puede producirse la vestibularización de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobremordida profunda. Se elimina el hábito con la reducción ortodóncica del resalte hasta límites aceptables. (SIDNEY, 1976)

Es recomendable como terapia concientizar al paciente del problema y sugerir ejercicios labiales. También se recomienda tocar instrumentos musicales de viento, que ayuda a tonificar los músculos labiales y a ejercer presión en dirección acertada hacia las piezas anteriores superiores. En casos rebeldes podemos colocar pantallas orales o el Lip Bumper llamado también bompereta labial. (SIDNEY, 1976)

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, este hábito se presenta generalmente en la edad escolar, apelando al buen juicio y colaboración del niño puede lograr el abandono de éste. Se pueden sugerir algunos ejercicios como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. (SIDNEY, 1976)

3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Deglución atípica corresponde a movimiento inadecuado de la lengua y/o de otras estructuras que participan del acto de deglutir, durante la fase oral de la deglución, sin que necesariamente haya ninguna alteración de forma en la cavidad oral. Sería, entonces, apenas una alteración de la función de deglutir, no siendo necesario el tratamiento dentario para corregir la posición de los dientes. En la verdadera atípia, solamente con el trabajo fonoaudiológico ya podríamos crear la posibilidad de modificar el modo de deglutir, pues la forma, o sea, las estructuras responsables por la función, estarían adecuadas, lo que permitiría buenas condiciones de deglución. En general, estas atípias ocurren por problemas de postura inadecuada de la cabeza, por alteración del tonus, de la movilidad o de la propiocepción de los órganos fonarticulatorios: lengua, labios, mejillas y paladar blando. (JUNQUEIRA, 1997).

Aún en los casos en que la corrección ortodóncica ya fue hecha, podemos observar deglución atípica. Esto ocurre por la gran automatización de los hábitos adquiridos antes de esa corrección. En esos casos, a pesar de no existir más la alteración de la forma, permanece la manera de deglutir adquirida anteriormente. El odontólogo tiene que estar atento para diferenciar y diagnosticar los casos que, a pesar de la corrección de la forma, todavía conservan viejos hábitos de deglutir incorrectamente. En estas situaciones, es fundamental que se rehabilite la

deglución, evitando posibles recidivas. La deglución, siendo atípica, también puede llevar a alteraciones de oclusión, principalmente, cuando va acompañada por postura interdental de la lengua. Pero, los problemas de deglución pueden venir acompañados por alteraciones de otras funciones, formando parte, de un cuadro mayor, que podemos llamar disturbios orales miofuncionales. (JUNQUEIRA, 1997).

Existen innumerables pacientes rotulados como si se tratara apenas de un simple problema de deglución atípica, cuando, realmente, al examinarlos con cuidado, se observa que son portadores de otras alteraciones, tales como presencia de baba, tonus disminuido, labios entreabiertos, lengua proyectada anteriormente, mala postura corporal y hasta alteraciones de las otras funciones, como respiración y masticación, además de la propia deglución. (PALOMARI, 1996)

3.6 VARIACIONES DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Con esfuerzo de la musculatura peri orbicular:

Otra característica de atípica frecuentemente señalada es la contracción de la musculatura peri orbicular. Esta contracción ocurre, en general, cuando hay o hubo en el pasado, proyección anterior de la lengua. Tal contracción significa un reflejo natural que evita que la lengua se proyecte para afuera, llevando consigo el alimento a ser deglutido. También se puede observar este mecanismo en personas con tonus disminuido. Si todavía existe la proyección anterior de la lengua, se debe averiguar por qué está ocurriendo eso y tratar primero la proyección, pues si el hábito de contraer el orbicular es la causa de la proyección, no vale la pena tratar la consecuencia antes de tratar la causa. Si la proyección anterior de la lengua ya no existe, debemos mostrar al paciente que está usando inadecuadamente esta musculatura, para que lo note y comprenda que la deglución puede ocurrir sin este mecanismo. (QUEIROZ, 1996)

Sin contracción del masetero:

La no contracción del masetero durante la deglución, como señal de atíпия, es una característica mal comprendida. Si se observa más detalladamente lo que sucede normalmente durante la deglución, se vera que, después de formarse el bolo, la lengua lo recoge y lo levanta. En ese momento hay una elevación de la mandíbula con la consecuente contracción de la musculatura elevadora. Los músculos elevadores son: el temporal, el masetero, el pterigoideo lateral. De hecho, al colocar la mano sobre el masetero en el momento en que la lengua se eleva hacia el paladar, sosteniendo el bolo sobre el dorso, se observaría esta contracción de la musculatura elevadora. Pero, si se detalla minuciosamente, se podrá verificar que el sujeto todavía no está deglutiendo. Solamente posicionó el bolo para iniciar el proceso de deglución del mismo, a través de los movimientos ondulatorios de la lengua. En el instante siguiente, la musculatura elevadora se relaja, cesando la contracción. Ocurre entonces la contracción, más visible, del vientre anterior del digástrico, en general concomitante a los movimientos ondulatorios de la lengua, que precisa de un espacio oral mayor, en el sentido vertical, para poder moverse. Si se mantiene la contracción de la musculatura elevadora durante el paso de la fase oral para la fase faríngea, se notará una dificultad evidente, con gran esfuerzo del dorso de la lengua. Los autores que discuten este asunto, usando electromiografías, que facilitan enormemente la visualización del funcionamiento de los músculos, ofrecen información precisa sobre este momento específico de la deglución. Se observa en la literatura, que existen controversias con relación a los momentos exactos de la contracción y extensión de la musculatura que eleva la mandíbula y la que la baja. Pero ninguno de estos autores duda que, en el momento exacto de la deglución, la musculatura elevadora no está contraída. Es fundamental comentar también que la deglución de diferentes alimentos determina una mayor o menor contracción de la musculatura elevadora. Cuando se degluten líquidos no hay, en general,

contracción de la musculatura elevadora. A medida que el bolo se va solidificando, esta contracción pasa a existir y a aumentar cuanto más sólido sea el bolo o mayor la cantidad del mismo. (QUEIROZ, 1996)

Con contracción del mentón e interposición del labio inferior:

Con referencia a la contracción del mentón durante la deglución, se observa que esta contracción, así como la interposición del labio inferior, sucede con mayor frecuencia en pacientes Clase II de Angle, con overjet. Al deglutir, precisamos de impedimento anterior y este impedimento es realizado por el suave contacto de los labios. Si la distancia, en sentido antero-posterior, entre maxilar y mandíbula es grande, no hay forma de que los labios se toquen. Entonces, el impedimento pasa a hacerse con el labio inferior atrás de los incisivos superiores. Esta interposición del labio inferior hace que el mentón se contraiga más de lo normal. En algunos casos, cuando el labio superior está en posición de reposo, encima del tercio inferior del diente superior, obligatoriamente el labio inferior al deglutir, subirá mucho para alcanzar al labio superior. Esto también provocará la contracción exagerada del mentón. (QUEIROZ, 1996)

También se observa un aumento de la contracción del mentón cuando hay contracción exagerada del orbicular. Cabe señalar, una vez más, que la interposición del labio inferior ocurre por la necesidad de impedimento anterior. Pero, en algunos casos, a pesar de haber eliminado el overjet aumentado con la corrección ortodóncica, este hábito persiste. Esta manera de deglutir, con interposición labial, puede aumentar o mantener el overjet aumentado. Resumiendo, existirá contracción del mentón siempre asociada con interposición, contracción o subida exagerada del labio inferior. Se observara interposición del labio inferior, de modo general, cuando haya overjet aumentado. (QUEIROZ, 1996)

Con movimiento de cabeza:

Los movimientos de cabeza, casi siempre con estiramiento de la musculatura anterior del cuello durante la deglución, están, en general, asociados a la mala masticación. La fase preparatoria de la deglución comprende el corte, la trituración y la salivación del alimento, transformándolo en un bolo homogéneo, de tamaño adecuado para poder pasar de la cavidad oral para la orofarínge. Cuando la masticación, por alguna razón, no ocurre de manera adecuada, dejando el bolo mayor, o no homogéneo, se hace difícil pasar el mismo para la orofarínge. El paciente, sin darse cuenta, echa la cabeza para atrás, enderezando el tubo por donde pasa el alimento, para que el paso del mismo sea posible. El movimiento de cabeza ocurre, por lo tanto, en consecuencia de un problema ocurrido durante la masticación y no por un problema específico de la deglución. Esta característica, movimiento de la cabeza durante la deglución, debe ser considerada como un problema masticatorio que lleva a un problema en el acto de deglutir, y no como una característica de atipia de la deglución. Si continuásemos considerando esta característica como un problema de la función de deglución, el fonoaudiólogo, o hasta el odontólogo con menos experiencia, recomendará al paciente, durante su tratamiento, que no haga el movimiento inadecuado de cabeza en el momento de la deglución. Esto traerá dificultades al paciente para deglutir cuando el bolo no esté bien preparado. Probablemente el paciente no moverá la cabeza apenas cuando esté frente al terapeuta. Cuando esté alimentándose solo, este movimiento ocurrirá, ya que facilita el paso del alimento para la orofarínge. (QUEIROZ, 1996).

Con ruidos:

Los ruidos ocurridos durante la deglución, que deben ser diferenciados de los ruidos que ocurren durante la masticación, aparecen por el exceso de fuerza del dorso de la lengua. Si la lengua hace mucha fuerza, por presión exagerada de su

dorso contra el paladar duro, en el momento del paso del bolo de la cavidad oral para la orofaríngea, esto causa un esfuerzo extra, provocando ruido. Esta inversión del apoyo de la punta por el apoyo del dorso, ocurre de manera general, porque la punta es hipotónica o está baja. También puede ocurrir cuando el tercio inferior de la cara está muy aumentado, forzando la lengua a una posición de punta baja y dorso alto, que se mantiene cuando el paciente deglute. (OLIVEIRA, 1997)

Con residuos:

Después de deglutir finalmente, los residuos alimenticios permanecen en la boca después de la deglución por diversas razones. Entre ellas, la más común es cuando el buccinador (músculo de la mejilla) está hipotónico o hipofuncionante, permitiendo que el alimento que cae en el vestíbulo durante la masticación permanezca allí. En el acto de la masticación, la lengua lleva el alimento para los lados y la mejilla lo devuelve, haciendo que este bolo permanezca entre los dientes, mientras es triturado, insalivado y deshecho. Si el buccinador no hace este trabajo, el alimento caerá en el vestíbulo lateral y, después de la deglución, encontraremos residuos depositados allí. Otra razón menos frecuente para los residuos de alimentos en la cavidad oral después de la deglución, es la disminución de la cantidad de saliva en la boca, dificultando la formación del bolo. La alteración de la movilidad o propiocepción de la lengua, dificultando la formación del bolo, así como la falta de percepción del alimento en la boca, también pueden ser consideradas causas de residuos, como observamos, los residuos de alimentos en la boca, difícilmente es consecuencia de la deglución en sí. Aunque éstas sean las características más comúnmente descritas en la literatura, podemos encontrar muchas otras. Debemos recordar que las alteraciones, cuales quiera que ellas sean, estarán acentuadas en las personas con problemas mentales o neuromotores. Sin embargo, cualquiera que sea la alteración encontrada en la evaluación, lo más importante es, antes de clasificarla

como deglución atípica; se observe la forma de la cara y la postura de los órganos fonarticulatorios, para prever lo que ocurre en el momento de la deglución. (PALOMARI, 1996)

Con Interposición Lingual:

La interposición lingual es la característica de la deglución a la cual más se refieren los odontólogos y la que más les preocupa. La mayoría de las veces, cuando un odontólogo diagnostica deglución atípica, esto significa que encontró proyección anterior o contra los dientes anteriores. Existen algunas situaciones en las cuales ocurre esta forma de deglutir. En la mordida abierta anterior es la condición más frecuente. En la literatura no hay grandes controversias para explicar si la mordida está abierta porque la lengua se interpone al deglutir o si la lengua se interpone porque la mordida está abierta. La mayoría de los autores cree que la lengua empieza a interponerse después que la oclusión se abre. Evidentemente, aunque la lengua no sea considerada como la causante de la mordida abierta, sabemos que por el hecho de interponerse en aquel espacio, ella hace que la mordida se abra todavía más, o que se mantenga abierta por la posición de la lengua en aquella región. La oclusión difícilmente se abre apenas en función de la deglución con interposición. Sin embargo, si hay una posición continua de la lengua en aquel lugar, la probabilidad de que la lengua sea la causante de la mordida abierta encontrada, será mayor. La deglución, por sí sola, sin la posición inadecuada y constante de la lengua en otras situaciones además del acto de deglutir, no es suficiente, en general, para causar una mala oclusión. Además de la proyección lingual encontrada en las mordidas abiertas anteriores, encontramos anteriorización de la lengua en los casos de hipotonía o de tamaño desproporcionado de la lengua. Con esto no queremos decir que la lengua sea macrológica. Puede ser que la lengua tenga un tamaño normal, pero que la cavidad bucal sea de dimensiones pequeñas para contenerla. Se observa, también, que los niños que conservan los hábitos de succión por tiempo

prolongado, principalmente succión de dedos, colocan la lengua en una posición muy baja, facilitando su proyección durante la deglución. Debemos recordar también que deglutir con proyección de la lengua, durante la fase de la dentición temporal o de leche, o en el cambio de los dientes, es bastante común y considerado normal, pues la mayor parte de los niños presentan esta proyección sin alteraciones oclusivas evidentes. (OLIVEIRA, 1997)

3.7 CONSECUENCIAS

El ritmo y la cantidad de crecimiento de los huesos depende de la actividad del sistema endocrino, mientras que la dirección del crecimiento y la morfología ósea es debido al equilibrio muscular que se reparte en grupos antagónicos. Estos músculos transmiten estímulos y dificultan la dirección normal del crecimiento. La posición anómala de la lengua y su desviación del movimiento normal durante la deglución se asocian a mordida abierta anterior y a protusión de los incisivos superiores. (BRAHAM, 1984)

Se considera que la morfología mandibular es independiente de la posición lingual, se cree que ésta solo repercute en la morfología dento alveolar, pero no en la esquelética propiamente dicha. La persistencia de este hábito puede ocasionar: (MORRIS, 1984)

3.7.1 A nivel maxilar

Vestibularización de los incisivos superiores, prognatismo maxilar. Disminución del diámetro transversal del maxilar, formación de un diastema central ocasionado por el desequilibrio entre la musculatura intraoral y perioral, reabsorciones radiculares, debido al aumento del resalte. :(MORRIS, 1984)

3.7.2 A nivel mandibular

Lingualización de los incisivos inferiores, posterorotación mandibular y aumento del ángulo goníaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados, disfunción mandibular. :(MORRIS, 1984)

3.7.3 En relación entre las arcadas:

Alteraciones en el plano sagital: . Se considera que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división primera. Pero si la lengua esta en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusion de clase III. :(MORRIS, 1984)

En el plano vertical: puede dar lugar a la aparición. Según Mollera está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Por el contrario la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir. Lo mismo ocurre con la mordida abierta de pacientes con un patrón de deglución infantil mantenido. En estos últimos a veces la maloclusion es tan severa que solo ocluye sobre un molar en cada cuadrante. (MORRIS, 1984)

En el plano trasversal: no asocia alteraciones, por el contrario, si relaciona el hábito con la mordida cruzada posterior. Se dice que existen dos patrones distintos, en uno la lengua puede estar en posición mas alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar. En el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición mas baja, permitiendo el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior. :(MORRIS, 1984)

3.7.4 Otras alteraciones:

Alteraciones fonéticas: seseo

Freno en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto en forma viciosa. :(MORRIS, 1984)

3.8 DIAGNÓSTICO

EXAMEN CLINICO

El diagnóstico de la deglución atípica no es una tarea difícil. El examen se cumple en dos etapas: la observación general y examen físico deben estudiarse una serie de situaciones que son sintomáticas. Al diagnóstico se puede llegar mediante la observación visual, la palpación y la radiografía. El examen que se realiza será endobucal y exobucal. Los modelos de las arcadas dentales constituyen un elemento de indudable valor. (SEGOVIA, 1988)

Razones de este examen

Los músculos son sucesivamente examinados en reposo, durante ciertas actitudes habituales y en la mímica, durante el cumplimiento de ciertas funciones, como son la articulación de los sonidos y la respiración. Los hechos clínicos muestran la importancia de este examen para el diagnóstico y el pronóstico de las anomalías dentarias, es decir, para el futuro de las arcadas dentarias en general: :(SEGOVIA, 1988)

Se deben considerar, por una parte sus inserciones, y por otra, sus caracteres propios de forma, volumen y relación con las partes duras

La fisiología de los músculos bucofaciales es esencialmente condicionada por el sistema nervioso que determina el Tonus. (SEGOVIA, 1988)

Los tonos respectivos de la lengua, por una parte, y de los labios y carrillos por la otra, varían según los individuos. Lo que dan como resultado, en relación con la

lengua, modificaciones concéntricas o excéntricas de la posición del equilibrio muscular. (SEGOVIA, 1988)

El examen muscular, en estado de reposo, se observa la falta de contacto labial, el espacio libre entre los dientes, la medida de apertura de la boca, etc. Las anomalías deglutorias son muy frecuentes, y cuando existen, el examen exobucal permite constatar una contracción del cinturón labioyugal y el examen endobucal, en el primer tiempo de la deglución, la inclusión de las arcadas dentarias, lo que facilita la interposición de la lengua entre los dientes. . (SEGOVIA, 1988)

Los trastornos de la fonación pueden ser audibles. (SEGOVIA, 1988)

El examen se dirigirá también a los dedos y las uñas, que pueden estar deformados por los hábitos viciosos. (SEGOVIA, 1988)

Se investigará además el modo respiratorio y se tratará de detectar tics interrogando a la familia sobre estas alteraciones. (SEGOVIA, 1988)

Observar la posición de la lengua mientras la mandíbula esta en reposo, estudiar la posición de la lengua durante la deglución. Así mismo se debe palpar el músculo temporal. Durante la deglución normal, puede sentirse que este músculo se contrae, mientras la mandíbula se eleva y los dientes se mantienen juntos. Durante la deglución con dientes separados, no se notan las contracciones del temporal. Se debe tener en cuenta que los músculos faciales no se contraen durante la deglución normal adulta. La valoración del tamaño de la lengua puede evaluarse clínicamente comprobando que el paciente puede tocarse el mentón con la punta de la lengua si el resultado es positivo consideramos que existe una macroglosia, además, en estos casos, la lengua suele presentar muescas en su periferia, y son frecuentes los diastemas. Otra posibilidad es el análisis cefalométrico de una radiografía lateral, ajustando la exposición para visualizar el

tejido blando. Para valorar el tamaño de la lengua, se mide la distancia entre la superficie superior de la misma y el techo de la cavidad bucal. El diagnóstico de macroglosia solo puede hacerse cuando toda la cavidad oral esta llena y siempre respaldado por la evidencia clínica. (SEGOVIA, 1988)

Diagnóstico Foniátrico

El fonoaudiólogo, de acuerdo con el estado morfológico y funcional del paciente, hará una evaluación de la consulta foniátrica para aplicar posteriormente los planes terapéuticos. Se debe pensar que ciertos pacientes, con problemas de interposición lingual durante la deglución y con irregularidades en la posición de los incisivos, no muestran aun más efectos sobre la palabra. Es probable que el niño haya hecho su propia adaptación de la palabra. (SEGOVIA, 1988)

El más común de los síntomas foniátricos es la distorsión de los sonidos sibilantes. El niño con un labio muy protrusivo extiende la punta de la lengua por delante de los incisivos superiores para la pronunciación de la "S". . (SEGOVIA, 1988)

El diagnóstico de la deglución atípica debe ser realizado por el odontólogo, quién deberá determinar si el tratamiento debe comenzar enseguida, si conviene esperar para conseguir que los empujes de crecimiento superan el problema por auto corrección espontánea o si la espera deberá ser mayor para que la maduración del niño ayude a la terapia. (SEGOVIA, 1988)

Los padres deben estar siempre informados acerca de que es lo que ocurre y del tratamiento. El ortodoncista hace parte importante del examen clínico para diagnosticar la deglución atípica. (SEGOVIA, 1988)

3.9 PREVENCIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

El odontólogo cumple un papel destacado orientando a la madre sobre los cambios en el tipo de dieta del niño y en la prevención de los hábitos perjudiciales y maloclusiones, al estar en contacto permanente con el niño y la familia es el principal detector de la presencia de los mismos. Hay niños que desde el vientre materno se chupan el dedo. Es bien cierto que si el niño chupa dedo durante largos períodos de tiempo afecta la mordida, de allí se origina la mordida abierta anterior y, por lo general, son deglutores atípicos pues la lengua permanece en reposo entre los dientes, o con la boca abierta, o la lengua mal colocada. (MARTIN, 1988)

Desde la presencia temprana de la dentición temporal se debe permitir al niño que desgarrar alimentos fibrosos, que consuma carne y pollo en lugar de papillas para ejercer el estímulo de desarrollo y crecimiento dentoalveolar adecuado. (MARTIN, 1988)

Las medidas preventivas están indicadas para cada caso en particular de modo que hay que establecer una estrategia individualizada en función de la edad cronológica y mental del niño. Son los padres los únicos responsables de la salud dental del niño. Se debe concientizar y transmitir a los padres la gran importancia que tienen los dientes temporales para su correcto desarrollo: son fundamentales en la masticación, estética, pronunciación de algunos fonemas. (MARTIN, 1988)

A la hora de la prevención, hemos de considerar el momento en el que el niño es diagnosticado como posible candidato a una futura maloclusión. Es preciso informar a las autoridades sanitarias de la necesidad de incluir en los programas de salud bucodental la ortodoncia preventiva e interceptiva, dentro de las

posibilidades de la asistencia primaria, dado que el beneficio es, a corto plazo. (MOHR, 1998)

El objetivo de la ortodoncia debe permitir el desarrollo de las estructuras faciales que facilite la dotación genética del niño con el mínimo de interferencias ambientales, parafuncionales y factores patológicos que puedan alterar este crecimiento. Para ello se propone un posible plan de prevención que se pueda realizar en la asistencia pública:

Primer nivel de prevención: educación sobre higiene y salud oral a las gestantes, información, promover la lactancia materna.

Segundo nivel de prevención: mejorar la atención en la etapa de dentición temporal, con control de la dieta y la higiene. Extender entre los pediatras y odontólogos generales la necesidad de actuar sobre hábitos y parafunciones.

Tercer nivel de prevención: aconsejar la ortodoncia interceptiva y ortopedia funcional maxilar para evitar tratamientos complejos. (MOHR, 1998)

3.10 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Son muchos los investigadores que proponen un plan determinado para el tratamiento de la interposición lingual. Otros, en cambio, consideran que no se pueden seguir patrones rígidos, puesto que debe haber flexibilidad y adaptación para adecuarse a las necesidades del paciente. Antes de comenzar el tratamiento se deben examinar las condiciones del paciente y llegar al pronóstico, se deben establecer unos objetivos y los fines para ese paciente. (SEGOVIA, 1988)

La terapéutica de tratamiento de la deglución atípica, por su propia naturaleza, no es un trabajo de largos términos, y para la mayoría los ejercicios no necesitan ser desfigurados. Uno de los criterios de selección de los pacientes, es la voluntad de

mejorar y su deseo de cooperar. Una actitud cálida y amigable del terapeuta ayudarán a que cada sesión sea relajante y placentera. (SEGOVIA, 1988)

El tratamiento que con mayor frecuencia se sugiere es la terapia miofuncional a pesar de que existe diversa aparatología ortodóncica que permite corregir este hábito. (SEGOVIA, 1988)

Terapia Miofuncional

El término terapia miofuncional fue propuesto por Lis Cher en 1912 para definir la disciplina que busca corregir las anormalidades de la función muscular orofacial y que afecta en grados variables el patrón normal de deglución, dentición, oclusión, articulación del lenguaje y hasta la estética facial. (ALANIS, 1993)

Algunos autores afirman que la musculatura se adapta a la cavidad oral; es decir, que la forma determina la función y que de igual manera la función determina la forma orofacial. (ALANIS, 1993)

Los procedimientos y técnicas de la terapia miofuncional ayudan a reeducar patrones musculares inadecuados, es un sistema terapéutico que ha desarrollado para corregir una musculatura desequilibrada y hábitos de tragar anormales. (SEGOVIA, 1988)

La terapia miofuncional se cumple según las siguientes fases:

Al reeducar un patrón muscular resulta inútil decirle al paciente que debe tragar de una u otra manera. Lo que debe hacerse es reeducar la musculatura para adecuarla a un patrón de tragar normal. (SEGOVIA, 1988)

La enseñanza del patrón correcto se realiza solo después que la musculatura ha hecho su adaptación al nuevo reflejo. (SEGOVIA, 1988)

Al hacer de nuevo un hábito inconsciente, el terapeuta miofuncional abarca los siguientes resultados: reeducación muscular, terapéutica para la deglución, empleo de técnicas inconscientes para la constitución de una nueva manera de tragar. (SEGOVIA, 1988)

La ayuda del odontólogo y el otorrinolaringólogo resulta invaluable para conseguir los siguientes logros: corrección de la respiración bucal, frenilectomia lingual en caso de frenillo muy corto, eliminación de las fuerzas antagónicas producida por la lengua en contra de la acción aparatológica, corrección de fuerzas coadyuvantes a la producción de la enfermedad periodontal, corrección de algunos problemas oclusales. (SEGOVIA, 1988)

El terapeuta miofuncional ha de prestar innumerables ayudas a los profesionales médicos y odontológicos esta para tratar los problemas relacionados con la deglución atípica. La terapia miofuncional debe estar referida al desequilibrio muscular como parte de los tratamientos médicos o dentales. Con el profundo intercambio de conocimientos entre el odontólogo y el fonoaudiólogo se obtendrá como resultado un mejor cuidado de la salud. (SEGOVIA, 1988)

OTRAS ALTERNATIVAS

Aparatología funcional

El bionator: Es indicado cuando el hábito se asocia a una maloclusión clase II de angle división primera. (GRABER, 1987)

El Activador de Andresen: Es empleado en el tratamiento de mordidas abiertas causadas por el empuje lingual, debido a que este aparato intercepta el contacto lengua labio, evita la erupción de los dientes posteriores mientras que permita que los anteriores lo hagan libremente. (GRABER, 1987)

Activador Abierto Elástico de Klammt: Se compone de unas partes laterales de acrílico, un alambre vestibular superior e inferior, un arco palatino y unos alambres guías para los incisivos superiores e inferiores. Estos últimos alambres se disponen verticalmente, controlando así el empuje lingual. (GRABER, 1987)

Simoes Network 2 o SN2: usados en mordidas abiertas, cruzadas, biprotrusiones, controlar posiciones de la lengua, permite el estímulo transversal mayor sobre el maxilar, permite lateroprotrusivos y espacio oral funcional más amplio. (SIMÓES, 1982)

Simoes Network 3 o SN3: muy útil principalmente en tratamiento precoz de mordidas abiertas estructurales desfavorables, casos con divergencia del plano oclusal, biprotrusiones, permite espacio oral funcional más amplio. (SIMÓES, 1982)

Rejilla lingual: Antes de recurrir a ella se recomienda corregir la deglución mediante ejercicios. La efectividad de este tratamiento reside más en la capacidad de dirigir la posición de reposo de la lengua que en la acción de freno a la actividad dinámica lingual. (MEW, 1990)

Arco palatino con bucles anteriores: Se utiliza cuando existe un overjet significativo y una mordida abierta anterior. Previene la interposición lingual al apartar la lengua de los dientes anteriores. Se recomienda dejarlo en boca al menos tres meses para dar tiempo suficiente a la lengua de aprender una posición más posterior. (MEW, 1990)

El Bimaxflex: Es un aparato ortodóntico de acción funcional porque estimulan la actividad de los músculos de la cavidad bucal y la función estimulada es a su vez, capaz de solucionar la maloclusión. Con el propósito de aprovechar lo más posible la dinámica de la deglución; éste aparato no posee anclaje, de esta forma, la lengua ejercita su función sobre el aparato que está también abierto en el segmento anterior para permitir una posición lingual correcta detrás de los

incisivos superiores y posee un elástico para que la deglución pueda transmitir su fuerza en forma adecuada a los maxilares. (PIERANTONELLI, 1999)

ANEXO I
M ATRÍZ BIBLIOGRÁFICA

REFERENCIA	RESEÑA	DEFINICIÓN	ETIOLOGIA	CARACTERISTICAS	VARIACIONES	CONSECUENCIAS	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
BIBLIOGRAFICA				CLINICAS				
ARAQUE, DOREEN 1993					X			
QUEIROZ, IRENE 1996	X	X			X		X	
SEGOVIA, MARÍA 1988	X						X	
JUNQUEIRA, P 1997				X	X			
PALOMARI, T 1996					X			
ALANIS, ANA 1993	X							X
GRABER, N 1987								X
MEW, J 1990								X
PIERANTONELLI, L 1999								X
BRAHAM, R 1984			X			X		
MUELAS, F 1992			X					
MORRIS, M 1984						X		

4. CONCLUSIONES

La deglución se inicia desde las primeras semanas de gestación como un mecanismo reflejo de alimentación del embrión que debe estar bien integrado anatómica y fisiológicamente al momento del nacimiento, la deglución normalmente evoluciona de una etapa infantil a una etapa madura o adulta que ayuda junto con el desarrollo normal de las demás funciones orales a una armonía anatómica de los maxilares y de las arcadas dentarias, por lo tanto lo importante es tener conocimiento acerca de sus causas y consecuencias.

Existe una relación evidente entre la deglución atípica y los hábitos orales, los cuales aumentan o crean patologías que inciden en el desarrollo maxilomandibular del niño.

La etiología más frecuente es la persistencia de un hábito de succión desarrollándose una actividad muscular, de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.

La mayoría de los investigadores consideran que el factor patogénico principal del hábito es la posición lingual habitual anormal.

El desarrollo de la deglución atípica puede verse alterado cuando se le dan estímulos equivocados al infante y se entrenan sus músculos orales de forma anormal, esto sucede cuando se instauran hábitos orales como: respiración bucal, succión de chupo, tetero o dedo, masticación deficiente, etc.

Todos los autores concuerdan en que hay una relación directa entre los hábitos orales nocivos y la deglución atípica que a su vez puede contribuir al desarrollo de maloclusiones.

Las causas de la deglución atípica pueden ser anatómicas como el frenillo lingual corto, hipertrofia de amígdalas y adenoides, o funcionales como consecuencia de otros hábitos orales nocivos.

El diagnóstico se basa en un examen anatómico funcional completo de los músculos exobucuales y endobucuales, una anamnesis de la evolución y desarrollo de las etapas alimenticias y todas las funciones orofaciales, con énfasis en los hábitos que haya tenido el niño.

El tratamiento debe orientarse a eliminar la causa si esta persiste y a reeducar los problemas musculares presentes, así el resultado será un nuevo balance y la instauración de un hábito sano de postura y acción lingual adecuada.

La deglución atípica debe ser detectada lo más temprano posible por el odontólogo, el fonoaudiólogo o el pediatra para hacer un tratamiento oportuno y así evitar que se desarrollen hábitos musculares complejos y maloclusiones durante el crecimiento.

Idealmente se debería prevenir la deglución atípica mediante campañas de información a la comunidad en especial a las madres embarazadas para que tengan en cuenta los siguientes puntos:

Importancia de la lactancia para la instauración de los hábitos sanos de postura lingual y mandibular.

Importancia de la leche materna como vehículo de defensas naturales que ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en el infante.

Importancia del adecuado estímulo masticatorio, con dieta dura y fibrosa y evitar el biberón para que se desarrolle adecuadamente la boca.

5. RECOMENDACIONES

A partir de la revisión bibliográfica, se sugiere realizar una inspección minuciosa de los tejidos blandos ya que estos influyen notoriamente en los comportamientos dentales y en las otras funciones del sistema estomatognático. Se requiere hacer un diagnóstico oportuno para brindar al paciente un tratamiento multidisciplinario.

Todo odontólogo debe conocer la evolución y desarrollo normal de las funciones orofaciales del niño, para poder hacer prevención e intercepción oportuna de todos los factores que pueden alterar el proceso de maduración normal.

El estudiante de odontología debe capacitarse en la evolución anatómica y funcional completa del sistema estomatognático. Para que pueda diagnosticar tempranamente cualquier alteración y remitir al especialista o profesional más adecuado y tratar los aspectos que está capacitado para realizar.

El odontólogo puede y debe contribuir en las campañas de prevención de los hábitos orales nocivos ayudando a difundir la información científica adecuada y participando junto con otros profesionales de la salud oral en tareas de enseñanza a la comunidad, en especial a las madres, para que se refuerce la importancia de la alimentación materna y de la dieta natural como factores de estimulación adecuada del niño.

Recomendamos hacer más énfasis en las clínicas de odontopediatría para que la información difundida en otras cátedras como crecimiento y desarrollo, ortodoncia, y fisiología se aplique a la evaluación completa del niño y se entrene el profesional en aspectos funcionales y anatómicos que van más allá del sistema dentario.

Gracias a la realización de este trabajo pudimos integrar la información recibida. Y los artículos nos ayudaron a profundizar y comprender que podemos contribuir activamente en la prevención y tratamiento de la deglución atípica y recomendamos que este trabajo sea difundido en las clínicas de odontopediatría.

BIBLIOGRAFIA

LAGMAN, Embriología Medica, embriología de la lengua, Editorial Panamericana, 1988, p. 339.

GUYTON, Arthur, Tratado de Fisiología de la lengua, Editorial Interamericana McGraw Hill, México, 1986, P 756.

ARAQUE; Doreen, ¿Qué problemas presentan en la región oral los pacientes con trastornos de ventilación, oído, y habla?, [http/ www. Medical.com](http://www.Medical.com), 1993.

QUEIROZ; Irene, Deglución y Diagnostico, posibilidades terapéuticas, [http/www.cefac.br](http://www.cefac.br), 1996.

SEGOVIA, María L, Interrelaciones entre Odontoestomatología y fonoaudiología, deglución atípica, Editorial Medica Panamericana, Segunda Edición, 1988, P. 92-190.

DURAN, José, Control de Hábitos en el Paciente Infantil, [http/www.odontología.com](http://www.odontología.com), Brasil, 1997.

PALOMARI, Toba, Electromiograma del músculo masetero en casos de oclusión normal y maloclusión clase I, Revista APCD, Volumen 50, Número 1, 1996.

OLIVEIRA; L, Visión Actual de los Aspectos de la Deglución, Journal Brasileiro de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, Volumen 2, Número 8, 1997.

MARTÍN, Alejandra, Los Hábitos y las Maloclusiones, [http://www. medical.com](http://www.medical.com), 1998

MOHR, Liliana, Los Hábitos y las Maloclusiones, [http://www. medical.com](http://www.medical.com), 1998.

ALANIS, Ana, El Niño y la Otorrinolaringología, alteraciones musculares orofaciales, Editorial Panamericana, Colombia, 1993, p. 472.

GRABER, Newman, Aparatología Ortodóntica Removible, aparatología funcional, Editorial panamericana, 1987, p. 309.

SIMÓES; Wilma, Ortopedia Funcional de los Maxilares, Ediciones Isaro, Tomo II, 1982, p. 98-99.

MEW, J, Crib Therapy Treatment Results Raise Questions. Angle Orthod, <http://www.gaceta dental.com>, 1990.

PIERANTONELLI, Luigi, Ortopedia Funcional de los Maxilares, presentación de un nuevo aparato: Bimaxflex, [http://www. gaceta dental.com](http://www.gaceta dental.com), Italia, 1999.

MOSBY, Diccionario de Medicina, Editorial Océano, España, 1995, p. 350-777.

BRAHAM; Raymond, Odontología pediátrica, hábitos orales y su manejo, Editorial Panamericana, 1984, p. 423.

MUELAS; Fernández y otros, Odontología pediátrica, etiología de la interposición lingual, Editorial Medica Panamericana, 1992, p. 79-83.

GARCIA; Sogbe, Conceptos Básicos de la Odontología Pediátrica, hábitos como factor psicológico de las maloclusiones, Editorial disnlimed. C.A, 1994, p. 575-580.

RODRÍGUEZ; Eduardo, Manejo Temprano de los Hábitos Orales, <http://www.odontología.com>, Colombia, 1992.

MARTÍN, Sara y otros, Hábitos de Succión Digital y Chupete en el Paciente Pediátrico, Editorial Interamericana, 1996, p. 79-83.

SIDNEY, Finn, Odontología Pediátrica, Editorial Interamericana, México, 1976, p. 326-338.

MORRIS, M, Odontología Pediátrica, hábitos orales y su manejo, Editorial Océano, 1984, p. 421-423.

