

Deglución Atípica. A propósito de un Caso Clínico

Atypical Deglutition. In relation to Clinical Case

Mario Garrido Ovejero, Laura García Gómez, Raquel Fernández Sevilla e Isabel Honrubia Fernández

Tutores:

José María Alamán Fernández y Paloma San Román Calvar

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La deglución atípica es una alteración funcional que puede producir maloclusiones en el paciente infantil. Clínicamente se observa una contracción de la musculatura perioral y del suelo de boca, junto con una colocación anómala de la lengua durante la deglución. Puede dar lugar a mordida abierta y cierta compresión maxilar. Frecuentemente pasa desapercibida, por lo que es competencia del odontólogo saber detectarla, y requiere un tratamiento ortodóncico que incluya la corrección de la maloclusión, y un tratamiento funcional del hábito por parte del logopeda.

Palabras clave: deglución atípica, maloclusión, logopedia, compresión maxilar.

Abstract

Atypical deglutition is a functional alteration that can produce malocclusions in the child patient. Clinically, there is a contraction of the perioral musculature and the floor of the mouth, together with an abnormal placement of the tongue during swallowing. It can lead to open bite and some jaw compression. It frequently goes unnoticed, so it is the ability of the dentist to detect it, and requires orthodontic treatment that includes correction of malocclusion, and a functional treatment of the habit by the speech therapist.

Keywords: atypical deglutition, malocclusions, speech therapy, jaw compression.

Introducción

Cuando un paciente infantil llega a la consulta odontológica, lo primero que debemos hacer es cumplimentar de forma correcta la historia clínica con ayuda de los progenitores. Una parte muy importante de esta es el espacio dedicado a los hábitos, los cuales en muchas ocasiones pasan desapercibidos y otras veces no reciben la importancia que merecen por parte de los padres, teniendo en cuenta que estos pueden ser causa de una maloclusión. Hay hábitos muy evidentes como son la succión digital o el uso del chupete, pero los hay no tan evidentes como la deglución atípica o la respiración bucal, que muchas veces son descubiertos por el odontólogo sin sospecha previa de los padres.

El odontólogo es el que debe guiar al paciente y/o a los padres a la hora de completar la historia clínica e incidir en aquellos aspectos que pueden ser de especial interés y que los padres olvidan, y para ello, la historia clínica debe ser viva e integrada, escuchando y observando, y no solo un simple interrogatorio (González, Ostos y Delgado, 2011). Además de esto, es de gran importancia realizar una exploración exhaustiva del paciente, en la cual no se puede pasar por alto la exploración funcional.

Cuando observamos una maloclusión en un paciente, en muchas ocasiones podemos encontrar el origen de la misma en la historia clínica. Puede estar producida por alteraciones embrionarias, por influencia genética o por causa ambiental (teoría del equilibrio y las influencias funcionales; Solano y Mendoza, 2011).

En 1969, Moss desarrolló la **teoría de la matriz funcional**, en la cual expuso que el crecimiento y desarrollo de la cara se produce como respuesta a unas necesidades funcionales, siendo los tejidos blandos que recubren a los maxilares los que desempeñan este papel, ya que, al crecer y expandirse durante la realización de la función, arrastran al hueso y al cartílago adquiriendo la forma; admitiendo la capacidad innata del hueso y el cartílago para crecer.

Discusión

Son muchos los niños con maloclusiones derivadas de hábitos funcionales, como es el caso de Lucía, una niña de 8 años que llegó a la clínica integrada infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, derivada desde el máster de Odontopediatría de la misma facultad para estudio de ortodoncia.

De su historia clínica cabe destacar la utilización de biberón hasta los dos años a lo largo de toda la noche para dormir y que se encuentra en tratamiento con Gonapeptyl® para retrasar la pubertad.

Durante la exploración ortodóncica se observaron dos alteraciones principales. La primera se trataba de una compresión dentoalveolar en el maxilar. La segunda era una sobremordida disminuida, es decir, con tendencia a la mordida

abierta. Cuando se le pidió a la paciente que tragase saliva, se pudo ver cómo presionaba la cara lingual y palatina de los incisivos con la lengua, lo cual puede explicar esa tendencia a la mordida abierta que presentan estos pacientes (Figura 1). Además, se puede observar en estos pacientes que se produce una contracción de la musculatura perioral y del suelo de boca al deglutir, en vez de producirse una contracción de los músculos masticatorios. Se pudo determinar que la paciente presentaba un hábito de protrusión lingual o deglución atípica.

La deglución en los lactantes se caracteriza por la creación de un vacío que realiza con los labios sobre el pezón materno, creando una presión negativa continuada con contracciones de la musculatura labial de forma refleja y propulsión de la lengua, apoyándola sobre el labio inferior, para conducir la leche desde el pezón hasta la faringe del bebé sin que intervengan a penas la musculatura lingual posterior y faríngea y produciéndose mayor contracción de la musculatura perioral. En el caso de los adultos la punta de la lengua se impulsa contra la papila retroincisiva en la parte anterior de la bóveda palatina, generando la presión necesaria para llevar el bolo alimenticio hacia la parte posterior de la boca y en este momento se deprime la parte posterior de la lengua. A continuación, el paladar blando se eleva y la parte dorsal de la lengua se aproxima al paladar propulsando el bolo hacia la faringe. No hay actividad contráctil de la musculatura perioral y los dientes se encuentran en contacto intercuspidado (Canut, 2000; Kawamura, Nojima, Nishii y Yamaguchi, 2003).

Con el crecimiento del niño se cambia la deglución infantil por la deglución adulta, a los 18 meses aproximadamente, pasando por un periodo de transición que termina de madurar entre los 3 y los 6 años con la erupción de los incisivos y los primeros molares permanentes. Cuando se mantiene la deglución infantil, a pesar del crecimiento de la persona, pasa a denominarse deglución atípica, la cual puede ser origen de maloclusiones tales como la mordida abierta y cierta compresión maxilar (Solano y Mendoza, 2011).

El tratamiento de la maloclusión debe ir siempre acompañado del tratamiento del hábito, ya que, si no se corrige este, aumenta la tendencia a la recidiva del problema ortodóncico (Fletcher, Casteel y Bradley, 1961). El odontólogo ortodóncista puede iniciar el tratamiento de la maloclusión al mismo tiempo que el del hábito mediante unos ejercicios de terapia funcional, aunque lo ideal es que el ortodóncista se ocupe de la parte de la maloclusión y realice una interconsulta con el logopeda para que sea este el que lleve a cabo el tratamiento funcional del hábito de la deglución atípica. En nuestro caso, el tratamiento de elección ha sido una placa de expansión (Figura 2) y ejercicios para corregir el hábito de la deglución atípica.

Algunos de los ejercicios que se pueden utilizar como terapia funcional son los siguientes. Los ejercicios deben realizarse todos los días durante 30 minutos:



Figura 1

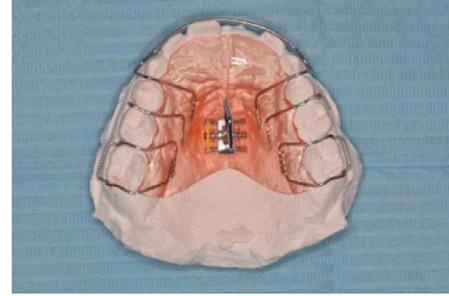


Figura 2

- 1) Primera serie:
 - a. Sacar la lengua, proyectándola hacia el frente y meterla de nuevo en la boca. Repetir 10 veces.
 - b. Sacando la lengua, proyectarla hacia la punta de la nariz y el mentón. Repetir 10 veces.
- 2) Segunda serie:
 - a. Con la boca cerrada, recorrer con la punta de la lengua, la mucosa del labio superior y del inferior haciendo un círculo. Repetir 10 veces en el sentido de las agujas del reloj y otras 10 en el sentido inverso.
 - b. Con la boca entreabierta, elevar la lengua hasta tocar con la punta la papila interdental y tragar saliva sin cerrar la boca, descender la lengua. Repetir 10 veces.
- 3) Tercera serie:
 - a. Colocar un elástico en la punta de la lengua. En esta posición beber poco a poco un vaso de agua con la punta en el paladar, comprobando después que el elástico continúa en el mismo sitio. Si se traga el elástico, colocar otro y repetir el ejercicio.
- 4) Cuarta serie:
 - a. Utilizando dos elásticos, repetir la serie anterior.
- 5) Quinta serie:
 - a. Igual que el ejercicio anterior, pero colocando tres elásticos.

Se realizará la primera semana la serie 1, la segunda semana la serie 1 y 2 y así sucesivamente hasta completar todos los ejercicios.

Conclusiones

La deglución atípica es una patología que puede causar maloclusiones, como mordida abierta y compresión maxi-

lar. Frecuentemente pasa desapercibida por lo que es competencia del odontólogo su detección y diagnóstico. El tratamiento requiere, junto con la corrección del problema puramente ortodóncico, la corrección del hábito, para lo cual es ideal realizar una interacción multidisciplinaria con el logopeda.

Referencias

- Canut, J. A. (2000). *Ortodoncia clínica y terapéutica*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Fletcher, S. G., Casteel, R. L., & Bradley, D. P. (1961). Thongue-thrust swallow, speech articulation, and age. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 26, 201-208. <http://doi.org/10.1044/jshd.2603.201>
- González, M. I., Ostos, M. J., & Delgado, A. C. (2011). Historia clínica y exploración. En J. R. Boj, M. Catalá, C. García-Ballesta, A. Mendoza, & P. Planells (Eds.), *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven* (pp.7-18). Madrid, España: Ripano Editorial Médica.
- Kawamura, M., Nojima, K., Nishii, Y., & Yamaguchi, H. (2003). A cineradiographic study of deglutitive tongue movement in patients with anterior open bite. *The Bulletin of Tokyo Dental College*, 44(3), 133-139.
- Moss, M. L., & Salentijn, L. (1969). The primary role of functional matrices in facial growth. *American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics*, 55(6), 566-577. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(69\)90034-7](https://doi.org/10.1016/0002-9416(69)90034-7)
- Solano, E., & Mendoza, A. (2011). Hábitos orales: reeducación funcional. En J. R. Boj, M. Catalá, C. García-Ballesta, A. Mendoza, & P. Planells (Eds.), *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven* (pp. 521-542). Madrid, España: Ripano Editorial Médica.