

LA DEGLUCIÓN ATÍPICA.

FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN.

Citar este documento / Cite this document :

Mohedano Iranzo, M. (2011) La deglución atípica. Factores de riesgo y trastornos asociados. Importancia de la prevención.

http://psicologopedicbarcelona.com/Articulos/Deglucion_atipica.pdf



¿ Qué es la deglución atípica ?

Entendemos por deglución el mecanismo por el cual los alimentos y la saliva realizan el recorrido desde la boca hasta el estómago¹. Este mecanismo es diferente según se trate de deglución madura o deglución infantil.

En la **deglución madura** la masticación se realiza con los molares posteriores, con los labios cerrados. La lengua no se interpone entre las arcadas dentarias ni se hace presión en los incisivos². Cuando el alimento está triturado (“bolo”) se sitúa sobre la lengua, se eleva la mandíbula, la lengua se acopla al paladar duro sellando la parte frontal y laterales, y con un movimiento peristáltico hacia atrás conduce al bolo a la parte posterior de la boca, iniciándose un proceso involuntario (“reflejo de deglución”) que provoca la caída del bolo hacia la faringe y el esófago³. Al tragar los dientes están en contacto, y los labios están cerrados y sin movimiento.

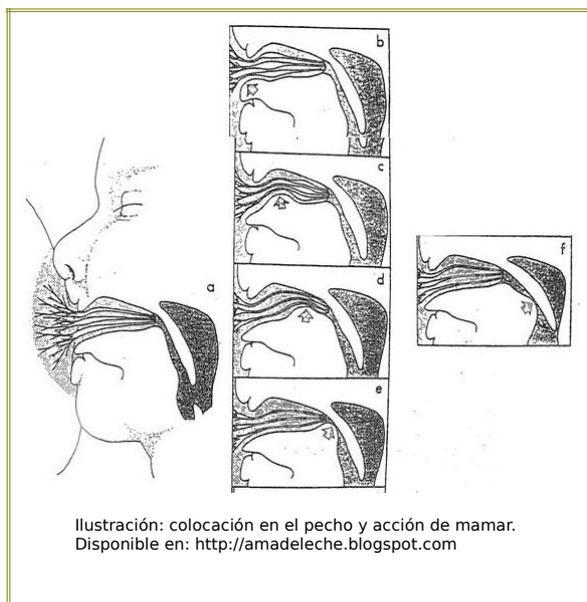


Ilustración: colocación en el pecho y acción de mamar.
Disponble en: <http://amadeleche.blogspot.com>

En cambio, la **deglución infantil** se caracteriza por el reflejo de succión-deglución², que permite la adaptación a la lactancia materna³. La lengua se sitúa entre las encías (“frontalización”) y la presión que ejerce promueve el desarrollo de la musculatura y la dentición, y facilita el amamantamiento. Sin embargo, existen diferencias según si el bebé se alimenta de lactancia materna o artificial (biberón)²:

- En la lactancia materna, el movimiento anteroposterior de la lengua y de la musculatura oral favorecen el desarrollo y el crecimiento equilibrado de todas las estructuras de la cavidad bucal⁴.

- En la lactancia artificial, las tetinas de biberón muy largas, blandas o con agujeros muy grandes hacen que el flujo de leche esparcido en la cavidad oral sea excesivo para el bebé, quien, intentando disminuir el exceso de líquido, proyecta la lengua y presiona la tetina del biberón contra los bordes anteriores de la encía. “Este movimiento es totalmente opuesto al fisiológicamente correcto para la succión y deglución”⁵, “ocasiona una disminución de la acción mandibular y lleva a la lengua a presionar contra el paladar, ocasionando un paladar ojival”⁶.

Entre los dos y tres años el bebé abandonará este patrón para adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos³, pero si persiste este mecanismo más allá de los cuatro años^{3,7,8} se considera que presenta **deglución atípica** o “infantil”, aunque, en realidad, no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo sino de una forma de deglutir anómala que tanto puede ser consecuencia como causa de alteraciones anatómicas³. Si no se corrige la podemos encontrar en adultos.

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica: labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, tendencia a la respiración bucal⁹, maxilar superior o inferior avanzado o retrasado¹⁰. No realiza una deglución limpia porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal, saca alimentos fuera de la boca³, y realiza movimientos excesivos como elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente⁶ o hacer muecas o ruidos al tragar¹⁰.

Hay dos tipos de deglución atípica: la deglución con interposición lingual y la deglución con interposición labial⁹. En el primer caso, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral (“interposición lingual”) o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución^{3,9}, mientras que en el segundo caso es el labio inferior el que se interpone entre los incisivos⁹. Se trata de mecanismos compensatorios provocados por la actividad incorrecta de la lengua⁸, a fin de lograr un correcto sellado oral e impedir el escape de los alimentos en el caso de que falte el contacto interincisivo¹¹. Todo ello tiene diversas consecuencias negativas a nivel ortodóntico y del habla que analizaremos a lo largo de este artículo.



Trastornos asociados a la deglución atípica

La deglución forma parte del sistema estomatognático. Este sistema es una unidad orgánico-funcional⁸ compuesta por todas las estructuras de la cavidad bucal: labios, lengua, dientes, encía, paladar, mucosa oral, piso de la boca, glándulas salivales, amígdalas y orofaringe. Sus funciones son la succión, deglución, masticación, articulación del habla, respiración y mímica facial⁶. Estos procesos están interrelacionados², ya que el sistema es un mecanismo sinérgico de acciones musculares donde todos los músculos relacionados con la cavidad entran en juego. Cuando hay una alteración en uno de los órganos se rompe la sinergia, como en el caso de los movimientos de la deglución atípica⁹. Pueden suceder varias anomalías en el proceso que generen una serie de mecanismos destinados a compensar la alteración, los cuales, a su vez, pueden ocasionar otras anomalías¹². Esto se traduce en un continuo feedback causa-efecto donde puede ser difícil saber qué fue primero.

Aunque en ocasiones la deglución atípica se presenta de forma aislada, es frecuente que forme parte de cuadros más amplios en los que estén implicadas otras funciones orales. Las más comunes son: respiración bucal; problemas ortodónticos y estéticos; problemas de masticación; dificultades de articulación de algunos fonemas. Estas alteraciones pueden repercutir en el rendimiento escolar o el equilibrio emocional.

Respiración bucal:

Se ha observado una clara relación entre respiración bucal y deglución atípica. La respiración adecuada es la **respiración nasal**, ya que la compensación entre la columna de aire inspirado por vía nasal, la presión de los labios y mejillas y la posición de la lengua contra el paladar consigue un equilibrio funcional



Ilustración: labio superior corto e hipotónico.
Disponible en: <http://www.cechin.com>

que permite un crecimiento óseo armónico de los maxilares y el paladar. En la **respiración bucal**, al contrario, se mantiene la boca entreabierta y la lengua, en posición baja y adelantada, no cumple su función de compensación. El paladar se contrae por las presiones no contrarrestadas (paladar ojival). Si la lengua se interpone entre los incisivos ocasiona la mordida abierta anterior⁸ y la deglución atípica⁷. En este caso, cuando la deglución atípica forma parte del síndrome de respiración bucal las consecuencias son muy importantes³.

La respiración bucal también puede ocasionar labio superior corto y/o hipotónico (incompetencia labial), pues al mantener la boca abierta el labio superior se mantiene inactivo y la mandíbula se mantiene en posición baja por la falta de tonicidad. No está demostrada la relación directa entre la hipotonía del músculo buccinador y la respiración bucal, ni entre esta y las alteraciones en la articulación, pero en general “todas estas variables están relacionadas entre sí, formando parte de una cadena de acontecimientos que son los que finalmente condicionan la deglución”⁸.

Problemas ortodónticos:

Una de las anomalías más frecuentes en la deglución atípica son las alteraciones dento-faciales¹⁰ producidas por la acción de la lengua, ya que el rasgo más característico de la deglución atípica es la interposición lingual, es decir, interponer la lengua entre las arcadas dentales en el acto de deglutir, que da como resultado la protusión de



Ilustración: mordida abierta.
Disponible en:
<http://pdfree.blogspot.com>

ambos incisivos y mordida abierta, espacio que luego ocupa la lengua. “A mayor severidad de la deglución atípica, mayor será la severidad de la mordida abierta anterior y viceversa”¹¹. La falta de cierre oclusal también es compensada por la contracción de los músculos labiales⁸. “La interposición lingual produce un adelantamiento de los dientes incisivos superiores, mientras que la interposición labial produce una retracción de los inferiores. Ambas anomalías conducen a una oclusión dental incorrecta, y a mordida abierta”⁹.

En dirección inversa, los defectos oclusales también pueden ser la causa de las atipias de la deglución³, como en casos con un componente esquelético. Para Strauss, el empuje lingual es “una mordida abierta donde la lengua se posiciona en los dientes anteriores para tragar. No se sabe a ciencia cierta si es un hábito o una posición adaptativa”¹¹.

Alteraciones en la masticación:

La masticación correcta debe ser realizada con los molares posteriores, y “es necesario que las arcadas dentales se dispongan de forma que los dientes de la arcada superior contacten con los dientes de la arcada inferior. En caso de que haya alteración no será posible realizar el patrón masticatorio correcto”. En casos de deglución atípica “las alteraciones de masticación más frecuentes son la masticación unilateral, la masticación ruidosa, masticación con labios entreabiertos, masticación con movimientos verticales de mandíbula”⁶, y masticación anteriorizada.

Problemas estéticos:

Los defectos ortodónticos tienen a su vez repercusiones estéticas.

Dificultades de articulación:

Las funciones del sistema estomatognático son consideradas prelingüísticas¹² porque preparan las estructuras implicadas en el lenguaje articulado. La deglución atípica no significa que necesariamente tengan que aparecer problemas del habla, pero la articulación y la acústica del sonido dependerá de la posición y el mecanismo utilizado para producirlo, sobre todo respecto a la posición de los dientes y la agilidad lingual¹¹.



Ilustración: maloclusión.
Disponible en:
<http://www.lookfordiagnosis.com>

Por un lado, la interposición lingual produce un adelantamiento de los dientes incisivos superiores, mientras que la interposición labial produce una retracción de los inferiores. Ambas anomalías conducen a una oclusión dental incorrecta y a mordida abierta, lo que provoca dificultades en la articulación de algunos fonemas alveolares y palatales, siendo los más alterados los fonemas [s], [z], [n] y [l]⁹, así como los dentales [t] y [d]⁶. Destacan principalmente el sigmatismo³ (dificultad con

[s]) que puede ser frontal o lateral, así como la imprecisión articulatoria⁶.

Las dificultades para articular fonemas se traducen en problemas para pronunciar las palabras, “algo más acentuado en niños en edad escolar”¹¹, lo cual se traduce a su vez en problemas de aprendizaje.

Voz:

La deglución atípica también puede provocar alteraciones en la voz¹⁰, debido a que la cavidad bucal es un resonador que puede variar en tamaño e impedancia según sea la posición de sus elementos y la abertura o cierre de la cavidad.

Rendimiento escolar:

El rendimiento escolar es la capacidad que tiene el alumno para lograr sus objetivos académicos. Para ello, es necesario que el alumno presente buena salud tanto mental como física y bucal. Se ha encontrado una relación significativa entre el grado de severidad de la deglución atípica y el rendimiento escolar, según la cual cuanto más severa es la deglución atípica, peor es la dicción y más bajo el rendimiento escolar¹¹.

Problemas emocionales:

Los casos más evidentes de deglución atípica, con problemas ortodónticos muy marcados, importantes dificultades en el habla y repercusiones en el rendimiento escolar, pueden tener como consecuencia asociada alteraciones emocionales como la ansiedad, timidez, sentimientos de falta de cariño e inseguridad¹¹.

Por otro lado, podemos encontrar niños con problemas emocionales que no saben como canalizar su ansiedad y desvían sus angustias, generando hábitos o conductas repetitivas orales nocivas para liberar tensiones¹¹.

Factores de riesgo

Cabe preguntarse ahora cuáles son los factores que pueden ocasionar la deglución atípica. Se ha observado que los hábitos orales, tipo de alimentación, anomalías anatómicas, hábitos posturales alterados¹⁰, así como la respiración bucal y sus causas, son factores que se diferencian respecto a la población que presenta una deglución normal¹³ y que fácilmente conducirán por su parte a la atipia en la deglución⁹.

Éstos son, por tanto, criterios o factores de riesgo de presentar deglución atípica, es decir, características ligadas a la posibilidad de aparición de esta alteración. Algunos autores también han identificado como factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes la falta de armonía familiar y el bajo y sobrepeso del niño al nacer¹⁴.

En todo caso, aunque la deglución atípica podría desencadenarse por la presencia de uno de estos factores, será la concatenación de varios de ellos la que la provoque, ya que no se ha demostrado que haya ningún síntoma o hábito que por sí solo dé como resultado un patrón de deglución atípica¹³.

Anomalías anatómicas y fisiológicas:

En este apartado podemos citar como factores de riesgo más destacados:

- Los factores genéticos, tanto respecto a patrones de crecimiento óseo como a patrones de conducta heredados⁷. Diferentes síndromes (p.e. Down) pertenecerían a este punto.
- Trastornos neurológicos u otros, que pueden provocar la aparición de la alteración en edades adultas o ancianas.
- La presencia de frenillo sublingual hipertrófico si limita la movilidad de la lengua⁸.
- Frenillo labial corto⁷.
- Los relacionados con la respiración bucal: adenoides y amígdalas hipertróficas⁷, porque dificultan la respiración nasal; alergias; desviación del tabique nasal⁸; causas de congestión nasal⁷ persistente; haber sufrido muchos resfriados; asma¹³.
- Mordida abierta (“falla de un diente o varios para encontrar a los antagonistas en el arco opuesto”) por trastornos en la erupción dentaria¹¹.
- Macroglosia (se evidencia cuando se toca el mentón con la punta de la lengua), pudiendo ser causa del empuje lingual, con protusión de maxilares y mordida abierta¹¹.



Ilustración: macroglosia.
Disponible en:
<http://patoral.umayor.cl/enfgen/enfgen.html>

La diferencia por sexos no es significativa como factor de riesgo¹³.

Tipo de alimentación:

El factor más relevante se refiere al uso del biberón, considerado una de las causas de la deglución atípica^{6,9}.

Asimismo, la satisfacción del bebé respecto a la alimentación tiene gran relevancia, ya que “si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causa de maloclusiones”⁴.

Finalmente, un tercer factor de importancia se refiere al uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura perioral, “situándonos en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatológico inmaduro”².

Factores como comer rápido o beber mucho líquido no son relevantes¹³.

Hábitos orales nocivos:

La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático⁶. Estos hábitos son:



- x Utilización de chupete o biberón hasta edades impropias (más allá de los 3 años)⁷.
- x Succión digital⁷.
- x Succión labial, lingual y de mejillas⁷.
- x Succión de objetos⁷.
- x Acción de morder-prensar⁷.
- x Queilofagia (morderse los labios)¹¹.
- x Onicofagia (morderse las uñas)¹¹.

En particular, el uso del chupete y de la succión digital es un factor relevante en la aparición de la deglución atípica¹³.

Estos hábitos de succión pueden hacer que la masticación se realice con poca fuerza o con movimientos inadecuados, la musculatura perioral realice movimientos exagerados y la lengua se proyecte hacia delante. También pueden ser la causa de maloclusión de las arcadas dentarias⁶.

Respiración bucal:

Las alteraciones de la respiración son un dato relevante y de interés como factor de riesgo de la deglución atípica¹³, en concreto la respiración bucal^{6,8,11}, que se considera antifisiológica por los efectos que tiene en la lengua, la mandíbula, el paladar y los dientes.

Importancia de la prevención



Fijándonos en los factores de riesgo de la deglución atípica, podemos reconocer aquellas medidas que nos ayudarán a prevenir la disfunción:

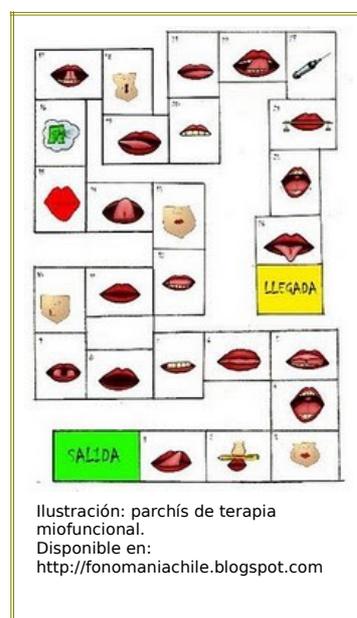
- ✓ Ofrecer lactancia materna exclusiva siempre que sea posible. La lactancia materna se considera como un factor de protección en relación con las maloclusiones⁶ y contribuye a la prevención de las caries dentales^{7,4}.
- ✓ No permitir el uso de chupete ni la succión digital más allá de los 3 años de edad. Hasta esta edad, los efectos que puedan haberse producido son mínimos y se corrigen naturalmente^{6,7}.
- ✓ Enseñar al niño a respirar bien¹², y asegurarse de que no sufre obstrucciones nasales recurrentes⁸.
- ✓ Ofrecer al niño la alimentación adecuada a su edad¹², con oportunidades para ejercitar la musculatura masticatoria.
- ✓ Acudir a los controles pediátricos estipulados para controlar el correcto desarrollo muscular, postural, etc.
- ✓ Realizar revisiones odontológicas periódicas.
- ✓ Acudir al profesional en cuanto se detecte la existencia de algún factor considerado de riesgo para el desarrollo de disfunciones orofaciales. Si se detecta y trata a tiempo¹⁵, las consecuencias y los trastornos asociados son menores y la resolución más fácil y rápida.

La prevención nos ayuda a evitar las enfermedades (en este caso las anomalías del sistema estomatognático) mediante conductas consideradas saludables. También incluimos en la prevención las revisiones periódicas para detectar las alteraciones en momentos iniciales, de manera que podamos intervenir precozmente y eliminarlas antes de que representen un problema importante.

Tratamiento de la deglución atípica

Cuando la deglución atípica se ha instaurado, es muy importante la derivación temprana al logopeda, quien es el profesional capacitado para realizar la valoración y rehabilitación de los diferentes tipos clínicos de deglución atípica¹⁰. Sin embargo, “el diagnóstico de los trastornos que presenta el paciente deberá ser enfocado por un equipo de profesionales integrado por un odonto-estomatólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo y logopeda. Cada uno de ellos, en una acción conjunta, contribuirá a que el resultado de la intervención sea de mayor beneficio para el paciente”⁷.

El tratamiento se realizará sobre la base de la terapia miofuncional, y el objetivo final es “que el paciente logre automatizar el nuevo patrón muscular funcional para evitar recidivas”. La base del tratamiento será la reeducación de la función respiratoria, ya que “un paciente que respira adecuadamente podrá modificar de manera exitosa su patrón



masticatorio o deglutorio disfuncional”¹⁶ al conseguir estabilidad en su patrón respiratorio¹⁷. “Las alteraciones dislálicas precisarán un tratamiento aparte, ya que no mejorarán al corregir exclusivamente el patrón deglutorio”⁷. De hecho, el tratamiento llevará un orden determinado, ya que no es efectivo, por ejemplo, realizar la intervención odontológica cuando no se ha adquirido un patrón respiratorio y deglutorio correcto.

Es importante resaltar que en el proceso terapéutico es necesario obtener la implicación del niño y de su familia, ya que de todo ello dependerá la motivación y la colaboración durante el tratamiento^{16,18} y por tanto la consecución de los objetivos.

Bibliografía

1. Le Huche F, Allali A. La voz. Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y del habla. Barcelona: Masson; 1993.
2. García Ezquerro R. Relación: alimentación, deglución y articulación. Logopèdia (Barc). 2009 Jul; (17):14-15.
3. Cervera JF, Ygual A. Guía para la evaluación de la deglución atípica. Cuadernos de Audición y Lenguaje. 2002 Feb;(3 Secc A):57-65.
4. López Méndez Y, Arias Araluce MM, del Valle Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod. 1999;14(1):32-8.
5. Sih T, Sakano E, Hayashi L, Morelló G. Otorrinolaringología pediátrica. Barcelona: Masson; 1999
6. Raquel Czylusniak G, Coelho Carvalho F, Pinheiro de Oliveira J. Alterações de motricidade orofacial e presença de hábitos nocivos orais em crianças de 5 a 7 anos de idade: implicações para intervenções fonoaudiológicas em âmbito escolar. Publ UEPG Ci Biol Saúde Ponta Grossa. 2008 Mar;14(1):29-39.
7. Fernández Barrutia M, Muguerza Mourenza MD. La función interdisciplinar en el tratamiento de la deglución atípica y succión digital. Conclusiones de nuestra experiencia. Rev Logop Fon Audiol. 1997;XVII(4):244-250.
8. Pastor Vera T. Relación entre respiración oral y deglución atípica: estudio piloto de niños que presentan la característica común de lengua baja. Rev Logop Foniatr Audiol. 2005;25(3):121-127.
9. Segovia ML. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2000.
10. Donato G, Lapitz L, Grandi D. Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y adolescentes. Logopèdia (Barc). 2009 Gen;(16):12-15.
11. Vera A, Chacón E, Ulloa R, Vera S. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Ortodoncia. 2007 Feb. Disponible en: <http://www.sld.cu/>. Citado en Infomed (0212)762.3892/763.3028.

12. Agustoni CH. Deglució atípica. Buenos Aires: Editorial Puma; 1999.
13. Ferrando Rovira C. Estudi comparatiu dels factors influents en la deglució atípica amb la deglució normal a una escola de Barcelona al inici del curs 06-07 a primer i segon de primària. Logopèdia (Barc). 2007 Jul;(13):20-22.
14. Reyes Romagosa DE, Rosales Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 13 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004-2005. Acta Odontol Venez. 2007;45(3):1-14.
15. Ochoa X. Estudi d'una població escolar amb el Protocol d'Exploració Interdisciplinària Orofacial per a nens i adolescents. Logopèdia (Barc). 2010 Gen;(18):18.
16. Grandi D. La utilización de recursos en el tratamiento logopédico miofuncional de las disfunciones orofaciales. Logopèdia (Barc). 2010 Gen;(18):24-29.
17. Durán von Arx J. Multifunction System "MFS". Las 8 claves de la matriz funcional. Ortodoncia clínica 2003;6(1):10-13.
18. Creus Pascual C, Curiel Gisbert V, Lázaro González E, Pastor Franco M, Saperas Pelfort N. La atención: su importancia en la sesión logopédica. Rev Logop Fon Audiol. 2001;XXI(2):86-91.