

# Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones

Importance of the swallowing atypical in them malocclusions

## Resumen

La presente revisión tiene como objetivo determinar la deglución atípica en las maloclusiones. Cuando existen movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faringolaríngea de la deglución, hablamos de deglución atípica, como un hábito no fisiológico. Sus objetivos pueden ser múltiples, actuando solos o simultáneamente de forma acumulativa. El tamaño de una lengua grande se ha encontrado como impedimento para corregir tales alternaciones, sin ser ésta una causa de originar la maloclusiones. Se destaca la importancia que tiene la aplicación de las terapias miofuncionales para la prevención y rehabilitación de los tejidos blandos, ya que éstos pueden causar maloclusiones y falta de desarrollo facial, afectando la estética del paciente.

**Palabras clave:** maloclusiones, deglución, atípica, macroglosia, terapia miofuncional

## Abstract

This review aims to determine the atypical swallowing malocclusions. When there are inadequate movements of the tongue and / or other structures during oral and pharyngolaryngeal phase of swallowing, talking about atypical swallowing, as a non-physiological habit. Its objectives may be multiple, simultaneously acting alone or cumulatively. The size of a large tongue has been found as an impediment to correct such alternations, though this is a cause of causing malocclusion. the importance of the application of myofunctional therapies for prevention and rehabilitation of soft tissue, as these can cause malocclusions and lack of facial development, affecting the aesthetics of the patient stands.

**Keywords:** malocclusions, atypical, swallowing, macroglossia, myofunctional therapy

## CD. Jiménez Jiménez, Jonatan<sup>1</sup>

1. Facultad de Odontología Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Correspondencia:

Jiménez Jiménez, Jonatan

Correo electrónico: [jonajmex1@gmail.com](mailto:jonajmex1@gmail.com)

Facultad de Odontología UNMSM, Av. Germán Amézcaga 375 Lima 1, Perú.

Fecha de recepción: 02/06/2016

Fecha de Aceptación: 06/09/2016

## Introducción

La oclusión normal es estable, sana y estéticamente atractiva. Se puede definir como 28 dientes correctamente ordenados en el arco y en armonía con todas las fuerzas estáticas y dinámicas que sobre ellos actúan. Los dientes presentan un resalte de 2,5 mm y una sobremordida adecuada de 1 a 2 mm de superposición vertical de los incisivos. En las mordidas abiertas esto no ocurre y se observa una separación entre los incisivos superiores e inferiores con una sobremordida negativa, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica.

La etiología de una mordida abierta esquelética es multifactorial y puede deberse a una combinación de efectos del tejido blando, dental u óseo.<sup>1</sup>

La mordida abierta puede provenir de diversas causas siendo una de ellas la deglución atípica.

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos

de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faringolaríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones, según Moyers.<sup>2</sup>

La lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por lo tanto su tamaño y su posición, en reposo y función, son muy importantes. En cuanto al tamaño, se relaciona con el tamaño de la mandíbula. En cuanto a la posición, la lengua en condiciones normales debe estar ubicada entre la bóveda palatina, los arcos dentarios y el piso de la boca. Si ocupa una posición diferente, ocasiona problemas de maloclusión.<sup>3</sup>

Aproximadamente a partir de los 6 años de edad, el desarrollo facial y dental puede verse alterado por la instauración de malos hábitos en el paciente; siendo las causas principales: respiración bucal, deglución atípica (posición incorrecta de la lengua al momento de tragar) y mentoniano hiperactivo. Estos hábitos miofuncionales son en su mayoría los causantes de los problemas dentales y maxilares.

De allí, radica la importancia de conocer y saber atender a temprana edad éstos hábitos miofuncionales con las Terapias específicas, para así reducir las parafunciones, equilibrando las estructuras implicadas (ya sean óseas o musculares), mejorando de igual forma, la estética del paciente.<sup>4</sup>

El objetivo del presente artículo es identificar los diferentes tipos de deglución atípica que se puede encontrar. Así mismo, reconocer una macroglosia verdadera o relativa como obstáculo en el tratamiento y tener alternativas de cómo manejarlo.

Conocer las terapias miofuncionales aplicables según cada caso.

### Deglución Atípica

La etapa de dentición mixta es una fase del desarrollo en el que se producen varias alteraciones en el sistema estomatognático. Los estudios han demostrado que en esta etapa debe ocurrir una transición del patrón de deglución de un bebé hacia uno de adulto; pero, debido a varias razones todavía no explicada, la deglución infantil puede permanecer más allá de la sustitución de los dientes de leche, siendo clasificada deglución atípica. La deglución atípica se ha atribuido a la succión sin fines nutritivos, el uso de biberones, respiración bucal, alteraciones en el sistema nervioso central y alteraciones anatómicas. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su etiología.<sup>5</sup> Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E. Mack, que una presión continua de 50 mgs., durante un periodo de 12 horas, provoca un desplazamiento considerable de un diente.

A partir de los 6 años de edad, la presencia de cualquiera de estos hábitos miofuncionales, pueden provocar un desequilibrio notorio en el desarrollo facial y dental del individuo.<sup>2</sup>

### Tipos de Deglución Atípica

- Deglución con Presión Atípica de Labio: (Interposición labial). Se presenta en los casos de resalte anterior o vestibulo-versión, donde para conseguir el contacto labial la mandíbula tiene que adelantarse, pero al deglutir se desliza hacia atrás para ocluir, por lo que el labio inferior la acompaña y se va suavemente ubicando sobre las caras palatinas de los dientes antero-superiores. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico y adquiere una configuración de labio corto. Mientras que, el labio inferior, por su gran participación se torna más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida.
- Deglución con Presión Atípica de Lengua: En esta, la lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose,

a veces, entre premolares y molares. De igual manera se observa contracción de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción. Esta deglución puede ser de 2 tipos: con empuje lingual simple o con empuje lingual complejo.

- Deglución con Contracción Comisural: Es una deglución, en la cual se observa la producción de hoyuelos cerca de las comisuras de la boca. Se trata de la contracción de los risorios. En estos casos se puede observar, una endognatia (palabra que deriva del griego endo y gnatos = maxilar hacia dentro), de los maxilares a nivel de los caninos, sumada a la endognatia total a causa de la ausencia de la lengua en el paladar al momento de deglutir, y de esta manera no lo estimula transversalmente.<sup>4</sup>

Pueden haber múltiples factores que favorecen a la deglución atípica uno de los temas más discutidos en el campo profesional entre la Ortodoncia y la Logopedia o Fonoaudiología.

Entre ellos se mencionan:

- Falta de maduración a nivel orofacial; la persistencia de hábitos perniciosos o parafunciones son fácilmente observables en niños que siguen succionando objetos (el dedo, los labios, entre otros), y, que además, han utilizado el tetero hasta edades avanzadas.
- Respiración bucal, frenillos linguales y/o labiales cortos y amígdalas hipertróficas o inflamadas.<sup>2</sup>
- Es importante señalar que según Podadera Vales y cols.<sup>6</sup>, el tipo de maloclusión más frecuente en los respiradores bucales es la clase II.
- Macroglosia, es poco frecuente y ocurre generalmente en pacientes portadores de Cretinismo.

### Macroglosia

Aquí en macroglosia hay que detenernos un minuto para indagar sobre el posible tratamiento que podríamos dar a nuestros pacientes en caso que presenten deglución atípica y además macroglosia.

Para empezar según Valentim y cols.<sup>7</sup> la fuerza de la lengua normal es de apro-

ximadamente 20 gr. Ahora esta fuerza se incrementará en pacientes con macroglosia.

Según rivas-nieto y cols.<sup>8</sup>, La macroglosia señala que las causas frecuentes de macroglosia son congénitas, tumorales o endocrinológicas.

Para tener un diagnóstico de macroglosia, un estudio realizado por Martínez<sup>9</sup> habla que la valoración del tamaño de la lengua se basa en criterios subjetivos al observar la discrepancia clínica entre su tamaño y el de la cavidad oral. También puede ser por medida directa o tomada en modelos de yeso o mediante radiografía lateral de cráneo en posición habitual con la lengua en reposo, pues en posición céntrica el dorso de la lengua contacta al paladar y no se puede trazar su contorno; más recientemente se evalúa con resonancia magnética. Este estudio dice que la lengua alcanza aproximadamente el tamaño definitivo a la edad de 18 años. El promedio del volumen de la lengua en los adultos es mayor en los hombres que en las mujeres, 25.3 cm<sup>3</sup> y 22.6 cm<sup>3</sup>, respectivamente. Hay una alta correlación entre la lengua y el arco inferior y es más alta en la parte posterior del arco dental.<sup>9</sup>

Hay también edema de la lengua que puede ser causado por reacción a una variedad de alérgenos que incluyen algún alimento (alcachofa) o medicamentos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.<sup>10,11</sup>

### Macroglosia Relativa o Pseudomacroglosia.

Se puede distinguir de la macroglosia verdadera, pues los métodos de manejo son diferentes. Si el problema es secundario a un aumento de las amígdalas que desplazan la lengua adelante, la conducta es la amigdalectomía, que aumenta el volumen orofaríngeo para acomodar la lengua. Si la mandíbula tiene una deficiencia severa en tamaño y hay una macroglosia relativa, la cirugía de avance mandibular también eleva el volumen de la cavidad oral.<sup>9</sup>

En un estudio realizado por Cymrot y cols.<sup>12</sup>, en cuanto al tratamiento de macroglosia, la resección quirúrgica es el tratamiento más adecuado en el grupo de edad pediátrica, y la glossectomía subtotal en ojo de cerradura es una técnica eficaz en estos casos, permitiendo el desarrollo normal del organismo y prevenir las complicaciones dentoalveolares.



Figura 1 – Aspecto pre-operatório.

Esta técnica fue descrita originalmente por Morgan et al.<sup>26</sup>, que tiene una reducción del tamaño de diferencial en todo músculo tres planos

### Terapia Miofuncional

Entendiéndose como Terapia Miofuncional; la Disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial, desde el nacimiento hasta la vejez<sup>13</sup>; en otro sentido, es una disciplina que colabora con la medicina y la odontología coadyuvando los tratamientos del pediatra, odontopediatra, ortodontista, ortopedista funcional de los maxilares, cirujano, otorrinolaringólogo, y también en la terapia del lenguaje.<sup>14</sup> El objetivo principal de la Terapia miofuncional es la creación de una función muscular orofacial normal, y así, ayudar al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal. No es incrementar el tamaño o la fuerza de los músculos, que a menudo es el principal propósito de los ejercicios musculares de otras partes del cuerpo. La principal razón de ser de los ejercicios mioterapéuticos es lograr la adecuada coordinación de la musculatura orofacial.<sup>13,14,15</sup>

### Discusión

Diversas causas se han atribuido a la presencia de mordida abierta, al revisar este artículo e indagar más profundamente sobre la deglución atípica, nos damos cuenta que existen diversas características clínicas según el tipo de deglución atípica que se presenta y la manera de tratarla.<sup>2</sup>

Tener en cuenta que la deglución atípica provoca dificultades en la articulación de algunos fonemas siendo los más alterados los fonemas [s], [z], [n] y [l], así como los dentales [t] y [d]. Destaca principalmente el sigmatismo (dificultad con [s]) que puede ser frontal o

lateral, así como la imprecisión articulatoria.<sup>16</sup>

Siendo la lengua la que se integra entre los dientes, habría que indagar más, en el caso de que se tuviera una lengua relativamente grande sin llegar a ser macroglosia necesariamente.

Para eso utilizaríamos el criterio descrito por Martínez<sup>9</sup> que nos habla que la lengua puede ser medida o mediante una radiografía lateral de cráneo de posición habitual con la lengua en reposo, siendo el promedio de 25.3 cm<sup>3</sup> y 22.6 cm<sup>3</sup> en hombres y mujeres respectivamente.

En cuanto a su tratamiento; en algunos pacientes la macroglosia se corrige de modo espontáneo por reposición de la base de la lengua. La mayoría de las mordidas abiertas no se relacionan con macroglosia. Se ha establecido que el cierre de las mordidas abiertas con cirugía ortognática permite una lengua normal, porque es un órgano altamente adaptable para reajustarse al volumen alterado de la cavidad oral, con baja tendencia a las recidivas. Si la macroglosia verdadera está presente con la mordida abierta, entonces la inestabilidad de la ortodoncia y de la cirugía ortognática probablemente ocurre con la tendencia a que retorne la mordida abierta. Para determinar si la glossectomía es un procedimiento necesario, es importante identificar los signos y síntomas de la macroglosia; no todas estas características están siempre presentes y su existencia no es de necesidad un signo patognomónico para el diagnóstico de la macroglosia.<sup>9</sup>

También recordar que se podría encontrar edema de la lengua causada por medicamentos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.<sup>11</sup>

Con el objetivo de reeducar la lengua, terminaríamos con una terapia miofuncional, en el cual se plantean diferentes ejercicios según el tipo de deglución atípica que presenta el paciente.<sup>4</sup>

La Terapia miofuncional representa una importante ayuda para el ortodontista, odontopediatra y paciente, puesto que hace posible un período de tratamiento más corto, reduce el descontento por parte del paciente, aumentando su colaboración con el profesional, reduce la posibilidad de recaídas, entre otras. La Terapia miofuncional facilita la labor de los aparatos ortopédicos-ortodonticos sobre todo si se empieza antes de la instauración de los mismos, ya que “prepara” y reinstaura el balance muscular orofacial normal, de forma que

cuando se ponen los aparatos ya no hay nada que impida que trabajen correctamente y sin interferencias de la lengua.

De poco sirve éstos aparatos ortopédicos-ortodonticos, si la causa no se ha solucionado, puesto que en muchos casos y con el tiempo, una vez terminada la terapia de aparatos, puede haber una tendencia a recidivar, ya que las fuerzas orofaciales siguen actuando contra la dentadura y el tejido óseo en formación.<sup>4</sup>

De esta manera encontraríamos la causa específica de la deglución atípica en nuestros pacientes y lo resolveríamos sin inconvenientes evitando recidivas.

Como podemos ver este artículo busca comprender la deglución atípica de una manera muy amplia para obtener el mejor diagnóstico en nuestros pacientes y brindar un óptimo tratamiento.

### Conclusiones

1. Es muy importante anticiparse a este tipo de problemas en una edad temprana, por lo que adquiere especial relevancia prestar atención a los hábitos de presión descritos anteriormente.
2. Una evaluación e intervención logopédica temprana es imprescindible, pues una reeducación del patrón de deglución en los primeros estadios, puede evitar el uso de ortodoncia y problemas del habla.

### Referencias Bibliográficas

1. Hernández Mazón E, Rodríguez Osorio MI, Silva Contreras A, García Espinoza E. Las mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. Rev. Cienc. Med. Pinar Rio [internet] 2015 sep.- oct. [citado 2016 abril 17] 19 (5): 820- 829. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000500007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500007)
2. Alarcón AAM. Deglución atípica: Revisión de la literatura. Acta odontol Venez. [internet] 2013 [citado 2016 abril 27] 51 (1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>
3. 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. 2004, obtenible en Ortodoncia.ws – Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.Ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art6.asp>
4. García, J.; D'Jurisic A.; Quirós O.; Molero L.; Alcedo C.; Tedaldi J.: Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. 2010, obtenible en Ortodoncia.ws – Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art21.asp>.
  5. Machado Júnior AJ, Crespo AN. Postural evaluation in children with atypical swallowing: radiographic study / Avaliação postural em crianças com deglutição atípica: estudo radiográfico. J. Soc. Bras. Fonoaudiol. [internet] 2012, 24(2): 125- 129. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid = S2179-64912012000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912012000200006)
  6. Podadera Valdés Z, Flores Podadera L, Rezk Díaz A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev. Cienc. Med. Pinar Río [internet] 2013 jul-agos. 17 (4): 126- 137. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014)
  7. Valentim AF, Furlam RM, Perilo TV, Berbert MCB, Motta AR, Casas EBDL. Evaluation of the force applied by the tongue and the lip on the maxillary central incisor tooth. CoDAS [internet] 2014 may- jun. 26(3): 235- 240. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822014000300235](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000300235)
  8. Rivas- Nieto A, Málaga G. Macroglosia. Rev. Méd. hered. [internet] 2012 oct.- dic. 23(4): 263- 263. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/850/816>
  9. Martínez LP. Macroglosia: etiología multifactorial, manejo múltiple. Colombia médica, Vol. 37 N° 1, 2006 (Enero-Marzo). Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06010>
  10. Gadban H, Talmon Y, Gilbey P, Samet A. Acute edema of the tongue: A life threatening condition. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112: 651-653.
  11. Elinav, Lorberbaum, Rabinowitz, Nisanewitz N. Episodic macroglossia as the sole manifestation of angiotensin converting enzyme inhibitor induced angioedema. Ann Otol Rhinol Laryngol 2004; 113: 223-224
  12. Cymot T, Francisco de Assis S, Felipe de Castro FJ. Glossectomia subtotal pela técnica de ressecção lingual em orifício de fechadura modificada como tratamento de macroglossia verdadeira / Subtotal glossectomy by modified keyhole lingual resection technique for the treatment of true macroglossia. Rev. bras. Cir. Plást. [internet] 2012 jan.- mar. 27 (1): 165- 169. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid =S1983-51752012000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000100028)
  13. Córdoba L. Tratamiento miofuncional de hábitos linguales en pacientes pediátricos, Trabajo especial de grado, Caracas- Venezuela, Facultad Odont. UCV, año 2006.
  14. Quirós O. Bases biomecánicas y aplicaciones clínicas en ortodoncia interceptiva. Actualidades médico-odontológicas, 2006.
  15. Segovia I. Relaciones entre fonoaudiología y odontoestomatología, manual de Ortodoncia interceptiva. Editorial médica panamericana, 2° ed., Buenos Aires- Argentina, 1985.
  16. <http://clinicaatlasalbacete.com/blog/logopedia/como-evitar-trastornos-por-deglucion-atipica/>