



# DEGLUCIÓN ATÍPICA, DIAGNÓSTICO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

## ATYPICAL SWALLOWING, DIAGNOSIS AND TREATMENT ALTERNATIVES

María de los Ángeles Mejía Salinas<sup>1</sup>, Esteisy del Cisne Muñoz Rueda<sup>1</sup>, Seigné Roldán Iñiguez<sup>1</sup>,  
Dra. Ana María Granda Loaiza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Carrera de Odontología. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador

<sup>2</sup> Especialista en Ortodoncia. Docente Carrera de Odontología. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador

Correspondencia:

[anamaria.granda@unl.edu.ec](mailto:anamaria.granda@unl.edu.ec)

Recibido: 25/11/2020

Aceptado: 23/12/2020

Publicado: 04/01/2021

### RESUMEN

Este artículo es una revisión bibliográfica cuyo fin es comparar la información más destacada, para prevenir el desarrollo de malformaciones orales promovidas por hábitos perniciosos a largo plazo. Dentro de los hábitos más comunes, pero más difíciles de diagnosticar, se encuentra la deglución atípica. La deglución atípica está relacionada directamente con alteraciones en el desarrollo de las estructuras orofaciales. Sin embargo, existe una gran variedad de causas asociadas a esta condición que tienen que ver con malos hábitos dentales y por ende consecuencias perjudiciales a la salud oral. La deglución atípica tiene una alta incidencia a nivel mundial, en los niños, según estudios más del 50% de los pacientes de 6 y 7 años, y menos del 25% entre 16 y 18 años presentan deglución atípica. Se debe diagnosticar la deglución atípica a temprana edad para evitar daños mayores en la oclusión y dar un correcto tratamiento que también dependerá mucho de la colaboración del paciente y de los padres.

Palabras Clave: Deglución infantil, Hábitos orales, Mordida abierta, maloclusión, lactancia materna, terapia miofuncional

### ABSTRACT

This article is a bibliographic review whose purpose is to compare the most relevant information, in order to prevent the development of oral malformations promoted by pernicious habits in the long term. Among the most common habits, but more difficult to diagnose, is atypical swallowing. Atypical swallowing is directly related to alterations in the development of the orofacial structures. However, there is a wide variety of causes associated with this condition that have to do with bad dental habits and harmful consequences to oral health. Atypical swallowing has a high incidence worldwide, in children, according to studies more than 50% of patients aged 6 and 7 years, and less than 25% between 16 and 18 years present atypical swallowing atypical swallowing should be diagnosed at an early age to avoid further damage to the occlusion and to give a correct treatment that will also depend much on the collaboration of the patient and parents.

Keywords: Infant swallowing, oral habits, open bite, malocclusion, breastfeeding, myofunctional therapy.

### INTRODUCCIÓN

La deglución atípica es considerada un defecto adquirido, por la continuidad de este, el niño en un principio lo puede realizar de forma voluntaria y consciente, pero con el tiempo llega a tornarse de forma inconsciente. Se caracteriza por una postura de la lengua hacia adelante y una contracción de los músculos periorales (orbicular y buccinador), lo que ocasiona una mayor presión negativa en la cavidad bucal esto quiere decir que la lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. En la dentición mixta debe ocurrir un cambio en el patrón de la deglución de un bebé hacia la del adulto, por múltiples razones esta fase no se da después del intercambio de dentición y aparece la deglución atípica, siendo denominada deglución infantil.

Según estudios uno de los factores etiológicos por el cual existe este mal hábito son por la falta de amamantamiento en un periodo de tiempo correcto. Se considera un periodo adecuado de 6 meses continuar con la lactancia al bebé, por el motivo



que, en este tiempo es de vital importancia su ideal desarrollo, el mismo permitirá un crecimiento apropiado en las dimensiones de altura, anchura y profundidad craneofacial, especialmente en el tercio inferior facial, ya que el bebé posee un reflejo de succión-deglución adaptado a la lactancia materna; mientras que la alimentación con biberón y el periodo corto de lactancia materna, en esta caso de 0 a 3 meses, pueden forzar en el interior de la cavidad oral un crecimiento transversal del paladar y una alineación dental inadecuada, circunstancias que indican presencia de maloclusiones dentales, tales como la mordida abierta y cierta compresión maxilar, correspondiente a un desarrollo mandibular insuficiente.<sup>1</sup>

Para un correcto diagnóstico de la deglución atípica se debe apoyar en sus causas y efectos, así como el estudio de su forma y función. Existen varios estudios los cuales indican que la deglución madura es alcanzada entre los 6 a 7 años de edad, en cuanto a los hábitos bucales que engloban a la deglución atípica y otros, se llegan a considerar normales hasta los 3 años de edad, si estos hábitos continúan manteniendo las arcadas separadas durante el acto deglutorio dan lugar mayoritariamente a una mordida abierta anterior y otra serie de anomalías dentomaxilofaciales, en un estudio realizado en pacientes pediátricos entre los 6 y 7 años de edad presentaron más del 50% de casos de deglución atípica y presencia de mordida abierta anterior. En contraparte otro estudio realizado en niños de 7 a 9 años de edad diagnosticados con alteración de la deglución no presentaron mordida abierta anterior en un 60% y el otro 47% si lo manifestaba, estos estudios coincidieron en que la prevalencia era mayor en pacientes de sexo femenino y el grupo etario fue de 6 a 9 años de edad, sin existir cambios relevantes en estos dos aspectos estudiados. Otros estudios coinciden en que la mitad y más de esta presentaba mordida abierta anterior por presencia de una deglución atípica.

Entre los factores determinantes que han tenido mayor relevancia en estudios se encuentra el uso prolongado de biberón, succión digital, alimentación artificial inadecuada, problemas respiratorios.

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 ortodóntico. El odontólogo ortodoncista puede iniciar el tratamiento de la maloclusión al mismo tiempo que el del hábito mediante ejercicios de terapia miofuncional, Kandel, Patric Fellus (experto en ortopedia dentolabial) creador del dispositivo Boca de Rana, afirma que la atención del paciente no debe centrarse en la punta de la lengua, como suele ocurrir durante la terapia miofuncional, sino en la parte posterior de la lengua<sup>3</sup>. Además lo ideal es que el ortodoncista se ocupe de la parte de la maloclusión desde el punto de vista biomecánico y realice una interconsulta con el logopeda como equipo multidisciplinario para que sea este el que lleve a cabo el tratamiento funcional del hábito de la deglución atípica.<sup>2</sup>

Como consecuencia de la deglución atípica una de las principales complicaciones es el establecimiento de las mordidas abiertas cuyo cierre se realiza mediante, cirugía ortognática la misma que permite una lengua normal, porque es un órgano altamente adaptable para ajustarse al volumen alterado de la cavidad oral, con baja tendencia a las recidivas.

## REVISIÓN DE LITERATURA

La deglución consiste en una serie de movimientos complicados de la musculatura de la faringe, el esófago y el extremo cardiaco del estómago.<sup>4</sup>

### Se puede dividir en las siguientes fases:

- Fase oral: consciente y voluntaria. Se prepara el bolo alimenticio mediante la masticación, con ayuda de los movimientos ondulatorios de la lengua, el alimento se mueve hacia el dorso, la punta de la lengua toca la papila del paladar y los dientes entran en oclusión céntrica.<sup>5</sup>
- Fase Faringolaríngea: consciente e involuntaria. Aquí se da la parada respiratoria y el alimento es trasladado hacia la faringe.<sup>5</sup>
- Fase esofágica: inconsciente e involuntaria. El alimento llega hasta el esófago, la laringe vuelve a su posición inicial, el hioides desciende junto con el velo del paladar, la lengua está en reposo, la mandíbula retorna a la posición anterior y la respiración se normaliza.<sup>5</sup>

### Mecanismo del Buccinador

Se incluye el mecanismo del buccinador debido a la estrecha relación con el desarrollo de hábitos bucales perniciosos cuya alteración causa severos daños, los mismos que se transmiten desde la musculatura a todas las estructuras adyacentes.

El buccinador constituye la capa más profunda de la musculatura facial; este músculo junto al orbicular de los labios por delante y por detrás el constrictor superior de la faringe, por medio de la inserción del rafe pterigomandibular; todos en conjunto forman el llamado Mecanismo del Buccinador o Bufanda del Buccinador. (fig. 1)<sup>4</sup>

El músculo orbicular representa el esfínter oral, que sujeta el frente incisivo y se extiende por el buccinador que abraza lateralmente los segmentos bucales; el buccinador se divide hacia atrás y afuera, a la altura de los primeros molares permanentes; su trayecto se desvía para hacerse convergente hacia la línea media y cruzar por detrás de los últimos molares, de vestibular a lingual, hasta encontrarse con el ligamento pterigomandibular, finalmente se une en la línea media con el constrictor superior de la faringe que se inserta en el tubérculo impar del occipital.<sup>4</sup>

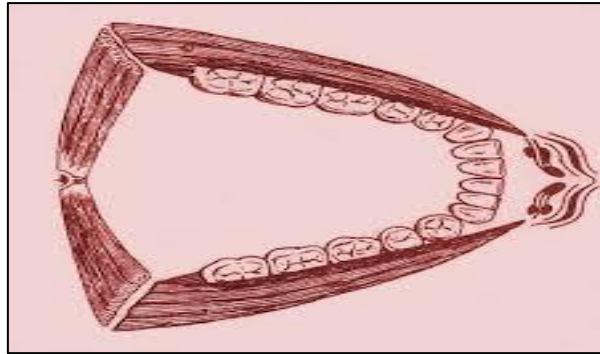


Fig. 1. Mecanismo del Buccinador. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/fisiologia-d-m-f.pdf> Año 2009

A las presiones ejercidas por el músculo buccinador, por dentro se opone la acción de la lengua manteniendo en equilibrio los arcos dentarios. De aquí la importancia de este músculo en el equilibrio del aparato estomatognático, ya que se ha demostrado que la presión ejercida por la lengua es mayor que la de los labios, siendo esta de 20 gr; dejando claro que la oclusión normal se mantiene por el equilibrio entre la actividad de la lengua, las mejillas y los labios. (fig. 2) Se ha comprobado que en la región de los premolares predomina la fuerza lingual, y durante la deglución y fonación también la lengua es capaz de ejercer mayor presión que la del mecanismo del buccinador, está podría ser la posibilidad en la que las maloclusiones sean afectados en su mayoría por la fuerza que ejerce la lengua sobre los dientes.<sup>4</sup>

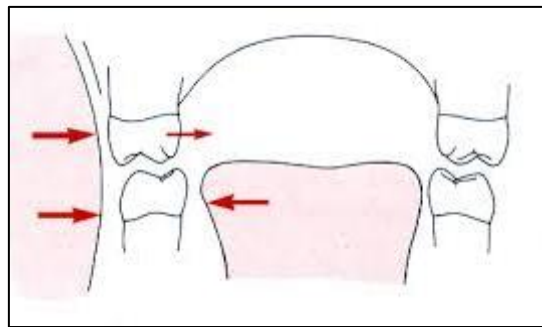


Fig. 2. Envoltura externa del arco dental que se opone a posibles roturas mecánicas. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/fisiologia-d-m-f.pdf> Año 2009

## DEGLUCIÓN ANORMAL

La deglución anormal es una reminiscencia de los orígenes viscerales de la musculatura orofacial, se clasifica en deglución como somática o normal y visceral o anormal. (Deglución disfuncional o atípica es una función neurovegetativa del niño, es la acción de la lengua que se sitúa hacia delante al deglutir, empujando o interponiéndose entre los dientes. Los efectos que se producen serán:<sup>6</sup>

- Inclinación de los dientes superiores y/o inferiores, según donde se apoye.
- Mordida abierta anterior.<sup>6</sup>

## DIAGNÓSTICO

En el caso del niño afectado de deglución atípica, tanto la fase oral como la faringolaríngea están perjudicadas.<sup>5</sup> Por lo tanto los órganos involucrados en el diagnóstico de deglución atípica se incluye la lengua, ya que es muy importante en la oclusión dental, porque el cierre está determinado por el equilibrio

entre: lengua, dientes y labios. La posición incorrecta de la lengua provoca un desequilibrio dental y, por ende, una maloclusión.

Características de la deglución atípica:<sup>7</sup>

- Maxilares separados y lengua posicionada en los rebordes de las encías.
- La mandíbula se estabiliza por la acción de los músculos faciales y linguales.
- Respiración oral.
- Paladar ojival, estrecho que impide la ubicación de la lengua correctamente.
- La trituración de los alimentos es en la zona anterior de la boca y no con los molares, produciendo un movimiento de succión más que de masticación.



- Durante la deglución se puede dar una contracción labial, de la bola, de las comisuras o un apoyo labial inferior en incisivos.
- Efectos ocurridos por deglución atípica en presencia de maloclusiones en Clase II:
  - Proyección paralabial de los incisivos superiores o inferiores
  - Labio superior hipotónico
  - Interposición labial
- Efectos ocurridos por deglución atípica en presencia de maloclusiones en Clase III:
  - Labio inferior hipotónico y proyectado
  - Labio superior hipertónico.<sup>7</sup>

En la fase oral, la masticación no es siempre eficiente, por otro lado, la lengua tiene poca movilidad y tono. Es normal que la proyección de la lengua contra los dientes incisivos superiores e inferiores o entre los mismos, hagan que el alimento se aloje en posición anterior, dificultando la formación del bolo alimenticio y favoreciendo al almacenamiento de residuos en la región vestibular de la boca. La introducción de alimento en esta área obliga al niño a pasar la lengua por la cavidad bucal y haciendo con frecuencia muecas.<sup>5</sup>

### Tipos de Deglución Atípica

**Deglución con Presión Atípica de Labio:** (Interposición labial). Se presenta en los casos de resalte anterior o vestibuloverción, 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 ubica suavemente sobre las caras palatinas de los dientes anterosuperiores. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico y adquiere una proporción de labio corto. Mientras que, el labio inferior, por participar más en esta deglución 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.<sup>8</sup>

**Deglución con Presión Atípica de Lengua:** En esta, la lengua se ubica entre los incisivos interfiriendo, a veces, entre premolares y molares. De igual manera se observa contracción de las comisuras, lo que provoca un acortamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.<sup>8</sup>

**Deglución con Contracción Comisural:** se observa la formación de hoyuelos junto a las comisuras de la boca. Se

trata de la contracción de los risorios. En estos casos se puede observar, una endognatia (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>8</sup>

### EPIDEMIOLOGÍA.

En la actualidad dentro de las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) se encuentran alteraciones del desarrollo de componentes anatómicos que conforman la cavidad bucal. Siendo consideradas un problema epidemiológico de significativa importancia, las cual tiene un profundo impacto en los individuos y la sociedad en términos de molestias, limitaciones sociales y funcionales, ya que la percepción que los individuos tienen de su apariencia física influye en la valoración que estos hacen sobre su calidad de vida relacionada con la salud bucal.<sup>9</sup>

Dentro de las ADMF encontramos a la deglución atípica la cual se presenta con una alta incidencia a nivel mundial; etimológicamente es multifactorial dentro de las investigaciones que se han realizado estudios coinciden en un 86% que la deglución atípica representa un factor de riesgo causando maloclusiones u otros defectos los cuales interfieren en la masticación, fonación entre otros.

El patrón deglutorio maduro se establece a los 3 años de edad. No obstante, en un estudio realizado se comprobó que el 60% había alcanzado la deglución madura entre los 6 y 7 años y el resto estaba en transición. Sin embargo, existen datos que muestran que entre un 10 y 15% de la población no la alcanza nunca<sup>10,11</sup>

La deglución atípica tiene una alta incidencia a nivel mundial en los niños según estudios más del 50% de los pacientes de seis y siete años, y menos del 25% entre 16 y 18 años presentan deglución atípica. Otros estudios realizados coinciden con que la deglución atípica tiene mayor prevalencia en niños de 7 años de edad y con un porcentaje de aproximadamente del 47%, y estudios comparando entre distintos tipos de ADMF la deglución atípica tuvo una prevalencia del 25,3%, en la mayoría de estudios concuerdan que existe una mayor prevalencia en niñas que en niños con un porcentaje del 31.2%.<sup>11</sup>

En Cuba se realizó un estudio en el cual evaluaron a 114 niños entre los 3 a 5 años de edad dando una prevalencia del 71,4% que presentaban deglución atípica.<sup>9</sup>

Un estudio realizado en Ecuador con 69 pacientes pediátricos de entre 7 a 9 años de edad tuvo una prevalencia del 94,26% con presencia de deglución atípica siendo mayor en el sexo femenino con el 53,6%.<sup>10</sup>

### ETIOPATOGENIA.



Desde un punto de vista etiopatológico se evidencio que la deglución atípica primaria tiene un origen psicológico, por una exagerada lactancia al niño, y actitudes defensivas de este, frente a estímulos que generan estrés, manifestándose en el sueño, estado anímico, y deglución.

Mientras que la deglución atípica secundaria se da por factores físicos los cuales se realizan de manera repetitiva, en la cual podemos encontrar las más comunes siendo; Succión digital, onicofagia, uso prolongado de chupón, según varios estudios también es producida por factores genéticos tales como respiración oral, rinitis, dismorfia corporal, adenoides hipertróficos.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Existe una relación entre la oclusión dental y el habla; entre la deglución y la oclusión, y entre la fonación y la deglución. Una alteración que desencadena trastornos en la deglución posiblemente conlleva a una alteración del habla.<sup>5(24)</sup>

Por lo tanto, su importancia de incluirlo dentro del examen complementario a los siguientes parámetros:

La actuación fonoaudiológica

El responsable de la evaluación de la musculatura involucrada (tono y movilidad), así como de la rehabilitación que requiera esta musculatura. Por lo tanto, el fonoaudiólogo deberá evaluar al niño en cuanto a:

- Respiración: bucal o nasal, superior o dorso diafragmático
- Habla: Emisión de sonidos /t, d, n, l, s, z/. la emisión de /t, d, n, l/, aislados, en sílabas, en frases y en el habla espontánea, para la verificación de la proyección de la lengua
- Emisión de sonidos (p,b,m) aislados, en sílabas, en frases y en el habla espontánea, para la verificación del cierre labial.
- Musculatura oral y perioral: tono y movilidad. El niño deberá realizar algunos movimientos como estadillo, protrusión y retroceso de la lengua y de los labios para que se puedan evaluar las condiciones de esa musculatura.
- Paladar y mandíbula: verificar cual es la forma del paladar duro y cuál es el estado de la movilidad del paladar blando. Verificar la apertura y el cierre de la boca, así como sus movimientos laterales, observando si hay alguna disfunción del ATM
- Dientes: estado general y oclusión dental.

- Deglución: evaluación de la deglución espontánea y subcomando. Verificar si hay proyección de la lengua, presencia de expresiones faciales raras, como caretas, tensión del músculo del mentón y movimientos asociados de la cabeza. La administración de un alimento sólido permite la evaluación del patrón de masticación (uni o bilateral, vertical o de rotación)<sup>5</sup>

### PRONÓSTICO.

El pronóstico para la deglución atípica no se puede establecer en sí, es decir, no se puede emitir un criterio ya sea favorable o desfavorable, sino más bien va a depender mucho del cuidado y colaboración de sus padres, ya que se trabaja conjuntamente con ellos para poder eliminar este mal hábito y erradicarlo completamente.

Se debe instruir muy bien a los padres ya que de ellos y del niño depende el resultado, por lo tanto, se debe crear conciencia de los daños perjudiciales que pueden traer a la salud dental del paciente.

Además, se debe tomar en cuenta la edad del paciente, cuánto tiempo lleva con el mal hábito adquirido, grado de afectación y antecedentes.

Para mejorar el pronóstico de la deglución atípica se debe tomar en cuenta no solo el tratamiento ortodóntico sino que este también debería complementarse con la terapia miofuncional corrigiendo así la maloclusión y el hábito oral lo cual otorga beneficios permanentes a largo plazo, estudios también demuestran que existe diferencias en cuanto a los resultados obtenidos teniendo mejores pronósticos en tratamientos tempranos que engloban a grupos con dentición mixta y primaria, a diferencia de pacientes con dentición permanente teniendo estos un pronóstico no tan favorable.

### TRATAMIENTO.

Existen aparatos que se utilizan para corregir estos malos hábitos. Es bastante común que la evaluación por parte del especialista tenga más en cuenta las relaciones dentarias, oseodentarias y esqueléticas dejando de lado la parte funcional.

Al identificar algunos de estos malos hábitos orales en un paciente el tratamiento no solo consiste en eliminar el mal hábito, muchas veces debe incluir una reeducación neuromuscular. Con este propósito existen algunos dispositivos intraorales que ayudan a recuperar la correcta función.<sup>12</sup>

El mejor dispositivo es el aparato Bimler A (fig. 3), ya que actúa provocando retrusión en el maxilar superior, permitiendo que los incisivos superiores se verticalicen más y causen protrusión en el maxilar inferior y los incisivos inferiores, gracias al brazo lingual (0,6mm) no se proinclinan imprescindiblemente, este cambio de postura donde se denomina de protraslación predominante.<sup>13</sup>



Este aparato está conformado por: Alambre 0.36 para Arco Bimler, muelles frontales, arcos dorsales, y alambre 0.32 para

corbata, consta de un tornillo de expansión, encofrado de acrílico.<sup>13</sup>



Fig. 3. Aparato Bimler A. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-39/> Año 2016

Otra buena opción son los aparatos del Sistema Trainer y Myobrace ya que entrenan a los músculos del Sistema Cráneo-Cérvico-Mandibular para desarrollar fuerzas que ayudan al crecimiento de las estructuras óseas. Mantener la mandíbula en una posición frontal por un periodo aproximado de 10 horas en 24 horas cambiando la postura mandibular.

Mediante su acción en los músculos de mejillas y labios, estos aparatos estimulan un desarrollo transversal de las arcadas dentarias. Los aparatos Trainer y Myobrace, son una alternativa viable y científicamente probada en aquellos casos donde el paciente requiere tratamiento de una maloclusión a temprana edad.<sup>14</sup>



Fig. 4. Sistema Trainer Myobrace. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-40/> Año 2017

Según la guía "Pautas recomendadas por el Servicio de Rehabilitación para el tratamiento de la deglución atípica" (2015), existen ejercicios que favorecen a adquirir un patrón de deglución adecuado, y pueden prevenir posibles malformaciones dentarias, o problemas de oclusión mandibular asociados a la deglución atípica, los principales son: <sup>15</sup> (25)

1. Educar al niño a respirar únicamente por la nariz
2. Mantener la boca cerrada
3. Apoyar la punta de la lengua siempre en la protuberancia alveolar. Enseñar al niño a localizar esta zona.
4. Evita chupar el labio inferior.
5. Evitar chupar el dedo/s.
6. Enseñarle al niño a no morderte las uñas.

Durante la deglución enseñar al niño a:

1. Comer todo tipo de alimentos, incluidos sólidos duros

2. Comer con la boca cerrada. La lengua no debe empujar los dientes al tragar ni salir entre los dientes.
3. Los carrillos están en reposo al tragar (no hacer fuerza).
4. Masticar bien el alimento antes de tragar.
5. Masticar alternativamente por uno y otro lado.
6. Comer y beber despacio.
7. Llenar poco la cuchara y comer trozos pequeños de alimento.
8. Evita distracciones durante las comidas.

Ejercicios durante la respiración:

1. Realizar lavados nasales con suero fisiológico 2 veces al día.
2. Tomar aire lentamente por la nariz y echarlo también por la nariz.
3. Tapar la narina izquierda con el pulgar.
4. Tomar y echar el aire por la narina derecha.
5. Tapar la narina derecha con el pulgar.
6. Tomar y echar el aire por la narina izquierda.



7. Tapar la nariz derecha. Tomar aire por la nariz izquierda y echa el aire por la derecha mientras tapas la nariz izquierda.
8. Tapar la nariz izquierda. Toma aire por la nariz derecha y échalo por la izquierda

**Observaciones:** Cuando esté haciendo los ejercicios de respiración, preste atención a la colocación adecuada de la punta de la lengua

Ejercicios con la lengua:

1. Sacar y meter la lengua manteniendo la boca abierta y sin rozar los dientes.
2. Con la lengua fuera de la boca ensancharla y estrecharla alternativamente.
3. Colocar toda la lengua en el paladar y mantenerla durante 10 segundos mientras se abre y se cierra la boca. (La punta de la lengua NO debe tocar los dientes).
4. Toca repetidamente con la punta de la lengua la "montaña".
5. Aprieta con fuerza la punta de la lengua contra la "montaña". Pon el pulgar debajo de la barbilla para notar la fuerza que haces.
6. Lleva la punta de la lengua desde la "montaña" hacia atrás.
7. Coloca un trocito de oblea en el tercio anterior del paladar. Intenta despegarlo realizando movimientos de la lengua hacia atrás (NO hacia los dientes). Puedes hacer el mismo ejercicio con un alimento que quede "pegado" al paladar

Ejercicios durante la masticación:

1. Masticar 10 veces por el lado derecho y 10 veces por el lado izquierdo. La punta de la lengua estará colocada en la "montaña".
2. Masticar con mucha fuerza. La punta de la lengua estará colocada en la "montaña".
3. Masticar con poca fuerza. La punta de la lengua estará colocada en la "montaña".
4. Masticar con la boca cerrada y la lengua colocada en la zona de las rugas palatinas

Ejercicios durante la deglución:

1. Coloca la punta de la lengua en la "montaña" sujetando con una goma ortodóncica a la vez que se abre y se cierra la boca.
2. Coloca la punta de la lengua en la "montaña" sujetando una goma ortodóncica a la vez que se mueve la mandíbula de izquierda a derecha.
3. Coloca un trozo pequeño de galleta, oblea en la punta de la lengua, mantenlo entre la lengua y la "montaña" hasta que se deshaga y entonces traga.
4. Deglute saliva con una goma ortodóncica situada en la punta de la lengua, con la lengua posicionada correctamente, sin que se mueva la goma.
5. Realiza el ejercicio anterior con dos y tres gomas.

6. Toma yogurt con cuchara, controlando que cada cucharada se deglute correctamente.
7. Toma galletas controlando la deglución correcta.
8. Toma pequeños sorbos de agua controlando la deglución correcta.

**DISCUSIÓN:**

A medida que se da el crecimiento del niño la deglución infantil cambia por una deglución adulta, lo que se produce 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.<sup>8</sup>

En los estudios revisados 42.3% son de tipo transversal, y fueron realizados en una población infantil, en el cual un 54.4% incluían específicamente niños entre 6 a 12 años de edad, un 36.3% en edades desde los 2 años hasta los 15 años, y un 9% de 11 a 25 años. Dentro de estos estudios un 81.8% mencionaba la prevalencia de hábitos orales que se incluían asma e interposición lingual, incorrecta postura corporal, inadecuada lactancia materna y ADMF, en contraparte 18.2% estudiaron exclusivamente las maloclusiones y relación molar con la deglución atípica.

Se encontró que un 53.8% de estudios analizados sobre deglución atípica la misma puede ser causada por: una succión sin fines nutritivos, el uso de biberones, lactancia materna inadecuada, respiración bucal, alteraciones en el sistema nervioso central, asma, posición corporal incorrecta y alteraciones anatómicas. Sin embargo, en estos artículos no hay consenso en cuanto a su etiología.

Entre los signos clínicos claramente observables en la deglución atípica se encontró que un 26% de los estudios afirmaban a una presencia de la posición frontal de la lengua desde la fase oral, la contracción excesiva de los labios y el escape de alimentos durante la ingesta, debido al intento de sellado entre la lengua y los dientes. Por otra parte, el 7.6% de estudios revisados detallan sobre la falta de contracción de los maseteros durante la fase oral, lo cual conlleva a que no actúen los elevadores de la mandíbula. Asimismo, se produce una contracción del mentón como intento de producir un buen sellado y movimientos del cuello asociados a la mala masticación. Por último, se producen ruidos al tragar y el mantenimiento de residuos después de haber acabado la deglución. Otros autores añaden los signos clínicos como mordida anterior y problemas dentales como diastemas o protrusión de incisivos superiores, presentándose la anquiloglosia y succión digital además de la deglución atípica.<sup>3</sup>

En los estudios hay un gran grupo que explica que se produce primero, si la deglución atípica o la mordida abierta anterior, este grupo supone un 34.6% coincide en que una deglución



atípica causa mordida abierta anterior con alteración esquelética, un 30% de autores discuten que la deglución atípica es causada por ADMF sumada la mordida abierta anterior, y otros estudios con un 7,6% porcentaje señalan que la condición de mordida abierta es responsable de la aparición de una deglución atípica.

Un 36% de artículos menciona la importancia de un diagnóstico temprano ya que esto evitará signos clínicos siendo los más comunes las maloclusiones, problemas articulares, molestias durante la alimentación y el habla lo que genera en el niño irritabilidad, un desarrollo de patrones de crecimiento inadecuados del individuo, viéndose la salud bucal afectada, y un 34,6% menciona tratamientos.

Entre los artículos que mencionan tratamientos encontramos que aproximadamente un 35% de los artículos revisados coinciden en que el logopeda es crucial para el diagnóstico y tratamiento de la deglución atípica; un 30% de estudios señalan que en la mayoría de los casos debe ser tratado por un equipo multidisciplinario compuesto por el odontólogo, logopeda, otorrinolaringólogo, entre otros. En un 20% mencionan que se requiere la intervención del odontólogo para el tratamiento ortodóntico que incluye la corrección de la maloclusión, y la participación de un logopeda para el tratamiento funcional del hábito. Y otros estudios señalan en un 15% que el ortodoncista es el único que debería intervenir con la ortodoncia interoceptiva, lo que ayuda en el desarrollo de una dentición permanente que sea armoniosa, funcional y estética.

Siendo la terapia miofuncional realizada por el logopeda la que tiene mayor porcentaje de relevancia en la literatura con artículos con fecha de publicación que van desde el 2016 al 2018, previniendo, valorando, diagnosticando, y corrigiendo esta disfunción mediante ejercicios específicos para crear una función y coordinación muscular orofacial adecuada. Por lo tanto, es un procedimiento específico, y de relevancia para el tratamiento de la deglución atípica; sin embargo, la intervención temprana de un equipo multidisciplinario es fundamental para tratar exitosamente y con un enfoque amplio este tipo de anomalías, y otras que se presenten en el niño para tener un mejor pronóstico a futuro.

#### CONCLUSIONES:

- La deglución infantil o visceral se origina a partir del corte temprano de la lactancia hasta desarrollar el mal hábito de deglutir con la posición incorrecta de la lengua, en este caso, ubicándose en una posición superior o inferior de los dientes anteriores, por lo que las fuerzas ejercidas durante la masticación son capaces de repercutir en el desarrollo de las arcadas dentarias, provocando maloclusiones en los niños desde edades tempranas.
- Es importante realizar una evaluación completa y detallada, así como conocer nuevas formas de

exploración para un hábito pernicioso, como es la revisión multidisciplinaria, en la cual debe intervenir la opinión del odontólogo y demás especialistas; siendo imprescindible dedicar más de una sesión para obtener todos los datos necesarios que completen el informe de evaluación inicial, ya que así ayudaría con el diagnóstico definitivo.

- La terapia miofuncional es un campo significativo que se encarga del tratamiento de la deglución atípica, entre otros muchos trastornos; de igual manera los odontólogos deberán informar a los padres en cómo pueden ayudar a que se rehabiliten los niños en sus hogares y así conseguir un buen pronóstico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. López YN. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Univ Odontol. 2016 Ene-Jun; 33(74): 127-39. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.fmol>
2. Mario GO, Laura GG, Raquel FS, Isabel HS. Deglución Atípica. A propósito de un Caso Clínico. P. Latina (Internet). 2018 (citado 15 Feb 2018); Vol. Especial. 1-3. Disponible en: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2019-02-15-Garrido%20Ovejero.pdf>
3. S. Di Vecchio, P. Manzini, E. Candida, M. Gargari. Froggy mouth: a new myofunctional approach to atypical swallowing. European Journal of Paediatric Dentistry (Internet). 2019 Mar;20(1):1-5. DOI 10.23804/ejpd.2019.20.01.07
4. José M, Guillermo M, Pedro M, Graber TM. Fisiología dentomaxilofacial. Editorial LABOR. S. A. Ortodoncia, Principios fundamentales y práctica. 5ª Ed. Barcelona. p. 95-106
5. Tania Sih. Otorrinolaringología Pediátrica. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1999.
6. S. Borrás Sanchis, V. Rosell Clari. Guía para la Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados. ISBN 8476427182, 9788476427187. Nau Llibres. España. 2005. Disponible en: [https://naullibres.com/wpcontent/uploads/2019/07/9788476427187\\_L33\\_23.pdf](https://naullibres.com/wpcontent/uploads/2019/07/9788476427187_L33_23.pdf)
7. Lorena PS. Formulación de Criterios para registrar Posición lingual en pacientes con deglución atípica mediante Glumap. Rev ARETE. 2016 (citado 17 Jul 2020), 16(2), p. 7-18. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/16202/947>
8. Jonatah JJ. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontol. Sanmarquina (Internet). 2016 (citado 06 Sep 2016); 19(2): 14. DOI:<http://dx.doi.org/10.15381/os.v19i2.12917>
9. Yaima HT, Yakeli PR. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de tres a cinco años de edad. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019; 44(4). Disponible en:





- <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/articloe/view/1832>.
10. Urriola Vergara A. Mordida abierta anterior y deglución atípica en niños de 4-9 años. Clínica UCSG Semestre A-2018(Internet). Vol 1. Ecuador. 2018 (citado 11 Sep 2018-13 Jul 2020). Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11110/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-399.pdf>
  11. Delgado Y.; Díaz LA, Glez D, Alemán PC. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INTERPOSICIÓN LINGUAL EN DEGLUCIÓN EN NIÑOS DE 3 A 14 AÑOS. Clínica San Antonio de los Baños. 2015. 1-13. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/139/82>
  12. Silva Rivera Lizbeth; García Muñoz Alejandro; Espinoza Chico José Carlos. Hábitos que promueven maloclusiones en infantes. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2019. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-12/>
  13. Cambio de postura terapéutico con el Modelador Elástico Bimler A, en paciente Clase II división I - Reporte de un caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2016. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-39/>
  14. Karla Bernal, Oscar J. Quirós C., Jelsyka Quirós. Tipos, indicaciones y uso de trainers, Myobrac. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2017. Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-40/>
  15. Fundación Jiménez Díaz. Pautas recomendadas por el Servicio de Rehabilitación para el tratamiento de la DEGLUCIÓN ATÍPICA. Madrid-España. Disponible en: <https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/rehabilitacion/unidades/rehabilitacion-deglucion.ficheros/173752-DEGLUCION%20ATIPICA%20V2%20AF.PDF>
  16. Irem Sthefany, EC<sup>1</sup> Leslie, Casas Apayco<sup>2</sup> Katherine Jeanette, Campos Campos. Prevalencia de Hábitos orales y alteraciones Dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. UPC. 2016; (1):1-9
  17. Rosa Gabriela R; Gabriel Alejandro Z; María Elena G; Belkis Rodríguez de G. Relación entre un periodo de lactancia materna exclusiva menor de 6 meses y presencia de hábitos parafuncionales en un grupo de niños y adolescentes venezolanos. Rev. Odontopediatría Lat. 2018; (8). 1-13. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatría.org/ediciones/2018/1/art-3/>
  18. López OP, López LM, Osorio-Forero A, Restrepo F. Relación molar, actividad y fuerza muscular en escolares entre 7 y 12 años con deglución atípica. Rev Cienc Salud. (2017);15(3):373-385. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6121>.
  19. Ramos-Ríos J, Ramírez-Hernández E, Vázquez-Rodríguez EM, Vázquez-Nava F. Repercusiones en la salud bucodental asociadas con el asma en niños de 6 a 12 años de edad. Rev Alerg Mex. 2017;64(3):270-276. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v64n3/2448-9190-ram-64-03-0270.pdf>
  20. Cruz Felix, Greisy Saym<sup>1</sup>; Gurrola Martínez<sup>2</sup>; Casasa, Adán<sup>3</sup>. Paciente con mordida abierta por hábito, apiñamiento severo, caso clínico. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2019. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-8/>
  21. Dr. Chumi T, Raúl; Od. Cordero L, María Augusta. Prevalencia de anomalías Dentomaxilares en adolescentes del Colegio "Miguel Cordero Crespo" de 12 a 14 años, en el Canton Cuenca-Ecuador, año 2014. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-23/>
  22. Veronique S, Maria P, Teresa P. Implicações da Respiração Oral e Deglutição Atípica na Postura Corporal. SCIELO. 2017; vol (21)1-6. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n2/v26n2a02.pdf>
  23. Natalia VM. Terapia miofuncional en la deglución atípica. ULL. 2016; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2595/Terapia%20miofuncional%20en%20la%20deglucion%20atipica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  24. Fabian SP, Emerik TE. Ortodoncia Interceptiva - Revisión Bibliográfica. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-37/>
  25. Priscila Ch, Giannina Á, María L, Alain A, Fernanda D, Ramón F. Patrones de deglución y metodología de evaluación. Una revisión de la literatura. Int. J. Odontostomat., 12(4):388-394, 2018