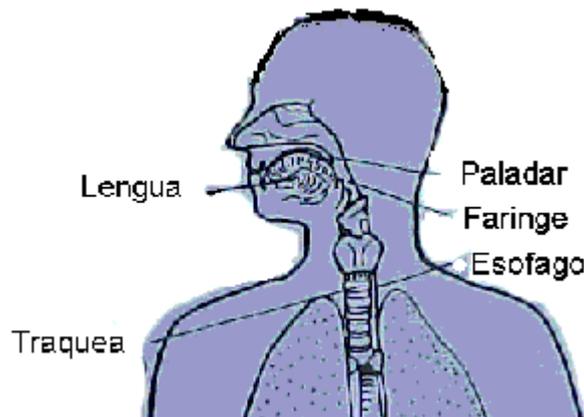


Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas

Por: Irene Marchesan Queiroz
Miembro del Cuerpo Editorial de diversas revistas científicas



¿Qué es deglución atípica? ¿Qué características definen una deglución para que sea llamada atípica? Estas son las primeras preguntas que el fonoaudiólogo se formula cuando recibe un paciente que se queja de deglución atípica.

Para iniciar esta discusión, vamos a conocer primero lo que es deglución, algunas de sus características y cuáles son sus fases.

La deglución es una acción motora automática, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal.

El objetivo de la deglución es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio.

La deglución es una actividad neuromuscular compleja, que puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos. Participan de la deglución unos 30 músculos y 6 pares encefálicos. Los pares encefálicos que toman parte en la deglución son: trigémino-V, facial-VII, glossofaríngeo-IX, accesorio espinal-XI e hipogloso-XII. La deglución está presente desde la octava semana de la gestación, siendo una función vital, pues es necesaria para garantizar la supervivencia del individuo.

Los niños degluten menos que los adultos. Su promedio es de 600 a 1.000 veces por día, cuando los adultos degluten de 2.400 a 2.600 veces. No hay acuerdo sobre estos valores, variando de autor para autor. Deglutimos menos por la noche y más al hablar y al masticar, por ser funciones que requieren más producción de saliva. Producimos aproximadamente de un litro a un litro y medio de saliva por día. Las personas de más edad tienen menos saliva, deglutindo menos veces.

Para entender mejor **el proceso de la deglución**, lo dividiremos en cuatro fases.

La primera es la preparatoria, cuando preparamos el alimento mordiéndolo y masticándolo, para que el mismo pueda ser transformado en un bolo homogéneo, facilitando la deglución.

La segunda fase es la oral. Después de preparado, el alimento será posicionado sobre la lengua, que se acoplará al paladar duro, iniciando un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás, para llevar el bolo al fondo de la boca. Cuando el alimento sólido o líquido, junto con el

dorso de la lengua, toca los pilares anteriores, se desencadena el reflejo de deglución propiamente dicho. Éste es accionado por el glossofaríngeo.

En este momento comienza **la tercera fase de la deglución**, que es la faríngea.

El paladar blando se cierra, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared posterior de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. El alimento no podrá subir, ya que el paladar blando está cerrado, ni volver a la boca, porque el dorso de la lengua está impidiendo su pasaje para la cavidad bucal. Por lo tanto, el alimento tendrá que bajar. La epiglotis cierra la glotis y también se cierran las cuerdas vocales. Todas estas acciones son necesarias para que no haya pasaje del bolo para las vías respiratorias. En ese instante la faringe se elevará, facilitando este bloqueo que será concomitante a la abertura del músculo cricofaríngeo, para que el alimento pueda entrar en el esófago.

Ahora que sabemos qué es y cómo ocurre el proceso de la deglución, volvemos a la pregunta inicial. **¿Qué es la deglución atípica y la deglución adaptada?** Según el diccionario, atípico es lo que se aleja de lo normal, de lo típico. A su vez, adaptar es ajustar una cosa a otra, amoldar, apropiar, acomodarse o ajustarse.

¿Cuál es la importancia de la distinción entre estas palabras para el trabajo del fonoaudiólogo? Volviendo al pasado ¿cómo empezó todo? Los dentistas tratando de contener las recidivas después de los tratamientos ortodóncicos, iniciaron programas de rehabilitación muscular por entender que músculos orales mal posicionados, o funcionalmente desequilibrados interferían con el posicionamiento de los dientes.

Después de un cierto tiempo mandando hacer ejercicios a los pacientes, los dentistas empezaron a enseñar estos programas a otros profesionales, entre los cuales se incluyeron los fonoaudiólogos, que, a su vez, no sólo utilizaron los ejercicios creados por los dentistas, como crearon otros, además de desarrollar otras técnicas para reeducar los músculos de la cara y también para trabajar las funciones orales que no estuvieran bien.

Los profesionales que trabajaban en esta área, creían que si los músculos faciales tuvieran un buen tonus y si las funciones se realizaran de forma correcta, no surgirían recidivas. Sin embargo, aún después de la reeducación muscular, ocurrían algunas recidivas. La duda continuaba ¿será que el problema de la recidiva resulta de la aparatología, de los músculos, de las funciones, de más de un factor o de otras causas desconocidas? Con estas preguntas, dentistas y fonoaudiólogos, a través de pesquisas y de las experiencias clínicas, tentaron y tiantan hasta este momento, comprender las causas de la recidiva y cuáles pueden ser las acciones más eficientes para evitarla.

La función de deglutir siempre pareció ser, para los dentistas, la más perjudicial para el sistema estomatognático, aunque la literatura mencione los perjuicios causados, no sólo por la deglución, como también por la respiración bucal, por la masticación y el habla, cuando alteradas. Enfocaremos aquí, con más precisión, la deglución, ya que ésta ha sido la principal causa de que los dentistas encaminaran pacientes a los fonoaudiólogos.

Los dentistas, en general, entienden que deglutir atípicamente es proyectar la lengua contra o entre los dientes.

Los fonoaudiólogos clasifican la deglución como atípica no sólo cuando encuentran proyección, sino también con base en otras características.

Las características de atipia más descritas en la literatura fonoaudiológica son: interposición lingual, contracción del mentón, interposición del labio inferior, movimiento de cabeza y ruido.

Todas estas características son consideradas atípicas cuando ocurren mientras el sujeto deglute. Encontrar residuos en la cavidad oral, después de deglutir, también ha sido descrito como una forma de atipia.

En general, el fonoaudiólogo está acostumbrado a preguntar a los dentistas o a los colegas qué hacer y cómo hacer para que el tratamiento dé buen resultado.

Vamos a describir, una a una, las características consideradas atípicas y trataremos de comprender más que la simple cuestión de "qué y cómo" hacer. Vamos a tentar comprender "por qué y cuándo".

FORMAS DE DEGLUTIR

1 Con Interposición Lingual

La interposición lingual es la característica de la deglución a la cual más se refieren los dentistas y la que más les preocupa. La mayoría de las veces, cuando un dentista diagnostica atipia de la deglución, esto significa que encontró proyección anterior o contra los dientes anteriores. Observamos que existen algunas situaciones en las cuales ocurre esta forma de tragar. En la mordida abierta anterior es la condición más frecuente.

En la literatura no hay grandes controversias para explicar si la mordida está abierta porque la lengua se interpone al deglutir o si la lengua se interpone porque la mordida está abierta.

La mayoría de los autores cree que la lengua empieza a interponerse después que la mordida se abre. Evidentemente, aunque la lengua no sea considerada como la causadora de la mordida abierta, sabemos que por el hecho de interponerse en aquel espacio, ella hace que la mordida se abra todavía más, o que se mantenga abierta por la posición de la lengua en aquella región.

La mordida difícilmente se abre apenas en función de la deglución con interposición. Sin embargo, si hay un posicionamiento continuo de la lengua en aquel lugar, la probabilidad de que la lengua sea la causadora de la mordida abierta encontrada, será mayor.

La deglución, por sí sola, sin el posicionamiento inadecuado y constante de la lengua en otras situaciones además del acto de deglutir, no es suficiente, en general, para causar una mala oclusión. Además de la proyección lingual encontrada en las mordidas abiertas anteriores, encontramos anteriorización de la lengua en los casos de hipotonía o de tamaño desproporcionado de la lengua. Con esto no queremos decir que la lengua sea macroglósica. Puede ser que la lengua tenga un tamaño normal, pero que la cavidad bucal sea de dimensiones pequeñas para contenerla.

Observamos, también, que los niños que conservan los hábitos de succión por tiempo prolongado, principalmente succión de dedos, colocan la lengua en una posición muy baja, facilitando su proyección durante la deglución.

Debemos recordar también que deglutir con proyección de la lengua, durante la fase de la dentición caduca o de leche, o en el cambio de los dientes, es bastante común y considerado normal, pues la mayor parte de los niños presenta esta proyección sin alteraciones oclusivas evidentes.

2 Con Presencia de la Musculatura Periorbicular

Otra característica de atípica frecuentemente señalada es la contracción de la musculatura periorbicular.

Esta contracción ocurre, en general, cuando hay o hubo en el pasado, proyección anterior de la lengua. Tal contracción significa un reflejo natural que evita que la lengua se proyecte para afuera, llevando consigo el alimento a ser deglutido.

También podemos encontrar este mecanismo en personas con tonus disminuído. Si todavía existe la proyección anterior de la lengua, debemos averiguar por qué está ocurriendo eso y tratar primero la proyección, pues si el hábito de contraer el orbicular es la causa de la proyección, no vale la pena tratar de la consecuencia antes de tratar la causa. Si la proyección anterior de la lengua ya no existe más, debemos mostrar al paciente que está usando inadecuadamente esta musculatura, para que lo note y comprenda que la deglución puede ocurrir sin este mecanismo.

3 Sin contracción del Masetero

La no contracción del masetero durante la deglución, como señal de atipia, es una característica mal comprendida.

Si observamos más detalladamente lo que acontece normalmente durante la deglución, veremos que, después de formarse el bolo, la lengua lo recoge y lo levanta. En ese momento hay una elevación de la mandíbula con la consecuente contracción de la musculatura elevadora.

Los músculos elevadores son: el temporal, el masetero, el perigoideo lateral.

De hecho, si colocásemos la mano sobre el masetero en el momento en que la lengua se eleva hacia el paladar, sosteniendo el bolo sobre el dorso, notaríamos esta contracción de la musculatura elevadora. Pero, si observamos mejor, podremos verificar que el sujeto todavía no está deglutiendo. Él apenas posicionó el bolo para iniciar el proceso de posteriorización del mismo, a través de los movimientos ondulatorios de la lengua.

En el instante siguiente, la musculatura elevadora se relaja, cesando la contracción. Ocurre entonces la contracción, más visible, del vientre anterior del digástrico, en general concomitante a los movimientos ondulatorios de la lengua, que precisa de un espacio oral mayor, en el sentido vertical, para poder moverse.

Si mantenemos la contracción de la musculatura elevadora durante el pasaje de la fase oral para la fase faríngea, notaremos una dificultad evidente, con gran esfuerzo del dorso de la lengua.

Los autores que discuten este asunto, usando electromiografías, que facilitan enormemente la visualización del funcionamiento de los músculos, nos ofrecen informaciones precisas sobre este momento específico de la deglución. Vemos en la literatura, también, que existen controversias con relación a los momentos exactos de la contracción y descontracción de la musculatura que eleva la mandíbula y la que la baja. Pero ninguno de estos autores duda de que, en el momento exacto de la deglución, la musculatura elevadora no está contraída.

Es fundamental comentar también que la deglución de diferentes alimentos determina una mayor o menor contracción de la musculatura elevadora.

Cuando deglutimos líquidos no hay, en general, contracción de la musculatura elevadora. A medida que el bolo se va solidificando, esta contracción pasa a existir y a aumentar cuanto más sólido sea el bolo o mayor la cantidad del mismo. Por lo tanto, el test de colocar las manos sobre los maseteros del paciente para verificar si tal musculatura está o no contraída, no es un buen parámetro de atipia. Hasta diría que es un parámetro inadecuado.

4 Con Contracción del Mentalise Interposición del Labio Inferior

Con referencia a la contracción del mentón durante la deglución, observamos que esta contracción, así como la interposición del labio inferior, acontece con mayor frecuencia en pacientes Clase II de Angle, con overjet. Al deglutir, precisamos de vedamiento anterior y este vedamiento es realizado por el suave contacto de los labios. Si la distancia, en sentido ántero-posterior, entre maxilar y mandíbula es grande, no hay forma de que los labios se toquen. Entonces, el vedamiento pasa a hacerse con el labio inferior atrás de los incisivos superiores. Esta interposición del labio inferior hace que el mentalise se contraiga más de lo normal.

En algunos casos, cuando el labio superior está en posición de reposo, encima del tercio inferior del diente superior, obligatoriamente el labio inferior al deglutir, subirá mucho para alcanzar al labio superior. Esto también provocará la contracción exagerada del mentalise.

También verificamos un aumento de la contracción del mentón cuando hay contracción exagerada del orbicular.

Cabe señalar, una vez más, que la interposición del labio inferior ocurre por la necesidad de vedamiento anterior. Pero, en algunos casos, a pesar de haber eliminado el overjet con la corrección ortodóncica, este hábito persiste. Esta manera de deglutir, con interposición labial, puede aumentar o mantener el overjet.

Resumiendo, existirá contracción del mentalise siempre asociada con interposición, contracción o subida exagerada del labio inferior. Tendremos interposición del labio inferior, de modo general, cuando haya overjet.

5 Con Movimiento de Cabeza

Los movimientos de cabeza, casi siempre con estiramiento de la musculatura anterior del cuello durante la deglución, están, en general, asociados a la mala masticación.

La fase preparatoria de la deglución comprende el corte, la trituración y la insalivación del alimento, transformándolo en un bolo homogéneo, de tamaño adecuado para poder pasar de la cavidad oral para la orofaringe.

Cuando la masticación, por alguna razón, no ocurre de manera adecuada, dejando el bolo mayor, o no homogéneo, se hace difícil el pasaje del mismo para la orofaringe. El paciente, sin darse cuenta, echa la cabeza para atrás, enderezando el tubo por donde pasa el alimento, para que el pasaje del mismo sea posible. El movimiento de cabeza ocurre, por lo tanto, en consecuencia de un problema ocurrido durante la masticación y no por un problema específico de la deglución. Esta característica, movimiento de la cabeza durante la deglución, debe ser considerada como un problema masticatorio que lleva a un problema en el acto de deglutir, y no como una característica de atipia de la deglución. ¿Por qué es importante esta distinción? Si continuásemos considerando esta característica como un problema de la función de deglución, el fonoaudiólogo, o hasta el dentista con menos experiencia, recomendará al paciente, durante su tratamiento, que no haga el movimiento inadecuado de cabeza en el momento de la deglución. Esto traerá dificultades al paciente para deglutir cuando el bolo no esté bien preparado. Probablemente el paciente no moverá la cabeza apenas cuando esté frente al terapeuta. Cuando esté alimentándose solo, este movimiento ocurrirá, ya que facilita el pasaje del alimento para la orofaringe. Describir las alteraciones encontradas no basta. Es necesario que comprendamos por qué ocurren, para que podamos tratar las causas y no solamente las consecuencias.

6 Con Ruidos

Los ruidos ocurridos durante la deglución, que deben ser diferenciados de los ruidos que ocurren durante la masticación, aparecen por el exceso de fuerza del dorso de la lengua. Si la lengua hace mucha fuerza, por presión exagerada de su dorso contra el paladar duro, en el momento del pasaje del bolo de la cavidad oral para la orofaringe, esto causa un esfuerzo extra, provocando ruido. Esta inversión del apoyo de la punta por el apoyo del dorso, ocurre de manera general, porque la punta es hipotónica o está baja.

También puede ocurrir cuando el tercio inferior de la cara está muy aumentado, forzando la lengua a un posicionamiento de punta baja y dorso alto, que se mantiene cuando el paciente deglute.

7 Con Residuos

Después de Deglutir Finalmente, los residuos alimentares permanecen en la boca después de la deglución por diversas razones. Entre ellas, la más común es cuando el buccinador (músculo de la mejilla) está hipotónico o hipofuncionante, permitiendo que el alimento que cae en el vestíbulo durante la masticación permanezca allí.

En el acto de la masticación, la lengua lleva el alimento para los lados

y la mejilla lo devuelve, haciendo que este bolo permanezca entre los dientes, mientras es triturado, insalivado y deshecho. Si el buccinador no hace este trabajo, el alimento caerá en el vestíbulo lateral y, después de la deglución, encontraremos residuos depositados allí.

Otra razón menos frecuente para la sobra de alimentos en la cavidad oral después de la deglución, es la disminución de la cantidad de saliva en la boca, dificultando la formación del bolo.

La alteración de la movilidad o propiocepción de la lengua, dificultando la formación del bolo, así como la falta de percepción del alimento en la boca, también pueden ser consideradas causas de residuos, como observamos, sobrar alimentos en la boca, difícilmente es consecuencia de la deglución en sí.

En la evaluación debemos verificar la fuerza, la movilidad y la propiocepción del buccinador y de la lengua, cantidad de saliva, cantidad y tipo de alimento que es colocado en la boca, pues los que son muy secos y harinosos dejan más residuos. Siendo así, debemos recordar que, en la evaluación, no debemos usar determinados tipos de bizcochos muy secos, pues provocarán sobra de residuos. Aunque éstas sean las características más comunmente descritas en la literatura, podemos encontrar muchas otras.

Debemos recordar que las alteraciones, cualesquiera que ellas sean, estarán acentuadas en las personas con problemas mentales o neuromotores. Sin embargo, cualquiera que sea la alteración encontrada en la evaluación, lo más importante es, antes de simplemente clasificarla como deglución atípica, tentar comprender cómo y por qué aquella acción ocurre de aquella forma y no de otra.

Debemos, también, tratar de entender si la alteración observada es, de hecho, consecuencia de la deglución en sí o si es una alteración resultante de otra función alterada. Además, cuando miramos la forma de la cara y la postura de los órganos fonoarticulatorios, ya debemos prever lo que podrá ocurrir en el momento de la deglución. El fonoaudiólogo, así como el dentista, debe examinar la deglución con la intención de hacer un diagnóstico diferencial.

Después del examen, debemos preguntarnos: ¿será la manera de deglutir que observamos la responsable por la mala oclusión que presenta el paciente? ¿O será la deglución, consecuencia de la mala oclusión? ¿No estará la deglución adaptada al padrón esquelético? ¿Será que la deglución no es consecuencia de otra etiología como, por ejemplo, proyección anterior de la lengua por aumento de las amígdalas?

Las atipias de la deglución, consideradas como problemas específicos de esta función, pueden, realmente, resultar de varios otros problemas, como por ejemplo, de las alteraciones respiratorias, del cambio de los dientes, de los diferentes tipos de oclusión y de mordida, del tipo de esqueleto, del tonus de la propiocepción, de la reducción del espacio interno, de los hábitos orales mantenidos por largo tiempo y hasta de la edad, porque la deglución se modifica a lo largo de la vida debido, entre otras cosas, al tamaño de la cavidad oral y a su relación con el crecimiento y desarrollo de la lengua.

Al final del examen, haciendo un diagnóstico diferencial, estaremos comprendiendo si la deglución es atípica de hecho o si hubo una adaptación de la forma de deglutir, en consecuencia de características

individuales.

¿Cuál sería entonces la diferencia entre una deglución normal, una deglución atípica y una deglución adaptada?

Considerando lo que hasta aquí fue discutido, estamos, en realidad, hablando de varias posibilidades de deglución: formas de deglutir consideradas normales, formas de deglutir consideradas atípicas y formas de deglutir que podemos considerar adaptadas.

Deglución Normal

Como ya fue indicado al principio del capítulo, hay una definición anatómica y fisiológica para la deglución considerada normal.

La deglución es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. El objetivo de la deglución es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio. La deglución es una actividad neuromuscular compleja que puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos, siendo que la fase oral dura 1 segundo. Participan de la deglución unos 30 músculos y 6 pares encefálicos. La deglución está dividida en cuatro fases. Como se puede ver, en esta definición no hay preocupación con atipias, principalmente referentes a los dientes. La mayor preocupación de la medicina con relación a las atipias del acto de deglutir recae sobre posibles aspiraciones con riesgo de pulmonía y hasta de muerte.

Para la odontología, sin embargo, existe una preocupación específica con la base oral de la deglución, pues se cree que hay mucha relación entre el posicionamiento de los dientes y el modo como la lengua se coloca con respecto a los mismos. Es en la odontología que surge la definición de atipia, específicamente para la movimentación considerada inadecuada de la lengua durante la fase oral. Y es a partir de esta definición y de la preocupación de los dentistas que nosotros, fonoaudiólogos, podemos redefinir las degluciones consideradas atípicas estableciendo la diferencia entre atípicas y adaptadas.

Deglución Atípica

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

Aún en los casos en que la corrección ortodóncica ya fue hecha, podemos observar deglución atípica. Esto ocurre por la gran automatización de los hábitos adquiridos antes de esa corrección. En esos casos, a pesar de no existir más la alteración de la forma, permanece la manera de deglutir adquirida anteriormente. El dentista

tiene que estar atento para diferenciar y diagnosticar los casos que, a pesar de la corrección de la forma, todavía conservan viejos hábitos de deglutir incorrectamente. En estas situaciones, es fundamental que se rehabilite la deglución, evitando posibles recidivas. La deglución, siendo atípica, también puede llevar a alteraciones de oclusión, principalmente, cuando acompañada por postura interdental de la lengua.

Pero, los problemas de deglución pueden venir acompañados por alteraciones de otras funciones, formando parte, así, de un cuadro mayor, que podemos llamar disturbios orales miofuncionales. Recibimos innumerables pacientes rotulados como si se tratara apenas de un simple problema de deglución atípica, cuando, realmente, al examinarlos con cuidado, observamos que son portadores de varias otras alteraciones, tales como presencia de baba, tonus disminuido, labios entreabiertos, lengua proyectada anteriormente, mala postura corporal y hasta alteraciones de las otras funciones, como respiración y masticación, además de la propia deglución. Esta simplificación de un cuadro amplio siendo reducido a un único problema, deglución atípica, ocurre en general porque lo que más llama la atención es la lengua proyectada. Es como si tomásemos la parte como correspondiendo al todo. Este hecho reduce mucho la capacidad del fonoaudiólogo que, frente a los otros profesionales, a pesar de estar lidiando con un cuadro complejo, reduce su tratamiento a una simple proyección de la lengua. El término más apropiado, por lo tanto, para estos casos, en los cuales la deglución atípica es apenas una parte de la problemática, debe ser disturbios orales miofuncionales, término éste más amplio y adecuado para denominar cuadros con un conjunto de alteraciones orales.

Deglución Adaptada

En la deglución adaptada, por más que el fonoaudiólogo tente y a veces hasta consiga que el paciente degluta de forma correcta durante la sesión, este nuevo padrón de deglutir difícilmente se automatiza. Esto ocurre porque la atipia encontrada es consecuencia de algún otro problema existente como, por ejemplo, mala oclusión o respiración bucal. La lengua se adaptó a la forma de la cavidad oral o al tipo facial del individuo; o se adaptó a las características de las funciones existentes, como en el caso de la respiración bucal, situación en la cual resulta totalmente imposible deglutir de manera correcta, ya que la boca está permanentemente abierta para permitir la respiración.

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

La lámina de la lengua puede ser dividida en tres porciones: anterior, media y posterior. La porción anterior tiene una punta que puede estar colocada hacia adelante o hacia abajo. Cuando deglutimos, si el apoyo de la punta de la lengua está hacia adelante o para abajo, la porción anterior de la lengua deberá elevarse contra la porción anterior del paladar duro. El apoyo de la punta de la lengua dependerá de la abertura de los arcos dentarios, de la altura de la cara, de la convexidad de la cara, de la oclusión, de la mordida, del tipo facial, del

plano palatino, etc. El posicionamiento de la lengua y la forma de deglutir son, por lo tanto, resultantes de las estructuras dento-esqueléticas y de cómo están ocurriendo las otras funciones, que se realizan utilizando las mismas estructuras de la deglución.

Facilitando la evaluación de la deglución, para quien está comenzando en esta práctica, vamos a recordar, resumidamente, que la forma de deglutir depende de factores como:

- características cráneo-faciales
- oclusión y mordida
- edad
- lo que se deglute
- tonus
- propiocepción

No evalúe, por lo tanto, sólo lo que ve, describiendo la acción de manera aislada. Recuerde que el posicionamiento de la lengua y la deglución cambian según la forma y las otras funciones, habiendo una adaptación del posicionamiento de la lengua. Es bueno dejar bien claro, sin embargo, que esta adaptación puede intensificar o mantener la mala oclusión siendo, entonces, necesario trabajar para evitar mayores alteraciones. La diferencia es que el dentista, utilizando las diversas técnicas de la ortodoncia y de la ortopedia funcional de los maxilares puede, al cambiar la forma, conseguir mejorar o hasta normatizar totalmente la función que estaba alterada antes de empezar el tratamiento ortodóncico. El fonoaudiólogo, cuando trabaja sin el auxilio del dentista y cuando la deglución está adaptada a la forma, tiene muchas veces dificultad para modificar y estabilizar nuevos padrones. Frecuentemente trabajamos con la intención de producir nuevas adaptaciones en la forma de deglutir, minimizando la problemática encontrada o no permitiendo que el problema se agrave. Pero no siempre podemos pretender alcanzar un padrón ideal de deglución. Si el paciente no quiere someterse a un tratamiento dentario, o si ya lo hizo y los resultados fueron solamente parciales, tenemos que considerar que éstas serán nuestras reales condiciones de trabajo. Nuestro objetivo es mejorar al máximo las posibilidades del paciente y tratar de que entienda eso. Lo mismo debemos pensar con respecto a los tratamientos médicos. Si el paciente es, por ejemplo, alérgico y ya se sometió a tratamientos respiratorios con el pediatra, con el clínico general, con el otorrinolaringólogo, con el homeopata, con el alergista, o si ya procuró también otras formas alternativas de cura, pero todavía no se curó, ¿qué puede hacer el fonoaudiólogo? ¿Nada? Claro que no. Va a trabajar para tratar de que el paciente respire por la nariz cuando no está pasando por una crisis, disminuyendo inclusive el número de estas crisis y que, en los momentos de respiración nasal pueda deglutir de forma normal. Pero sabremos de antemano que en muchos otros momentos de su vida, él tendrá crisis, respirando por la boca y, en consecuencia, deglutiendo de forma inadecuada. Lo más importante es que, tanto el paciente y su familia, como el terapeuta estarán compartiendo esta decisión y las posibilidades del individuo, respetando sus límites sin abandonarlo, como si nada se pudiera hacer.

En la terapia de la deglución será muy importante, además de todas las observaciones hechas anteriormente, la motivación y la concientización para el trabajo. Es fundamental que el desarrollo de toda la secuencia terapéutica sea realizado por el propio paciente y no por el terapeuta, que deberá apenas orientarlo, discutiendo con él los caminos posibles y viables para su caso. Debemos también recordar

que casos severos pueden necesitar de corrección quirúrgica y no apenas de corrección ortodóncica. El fonoaudiólogo debe saber también que no todas las recidivas son consecuencia de anormalidades en la deglución. La deglución puede ser la consecuencia y no la causa del problema. De cualquier forma, el trabajo, aún cuando la deglución es la consecuencia y no la causa, puede ser benéfico, pues evita la continuidad o el agravamiento del cuadro. De modo que los trabajos, de cualquier naturaleza que sean, aunque sean limitados, siempre serán bienvenidos, pues a pesar de no llevar a la cura total, siempre mejoran el cuadro general, además de proporcionar al paciente un mejor conocimiento de sí mismo. Este conocimiento puede ayudarlo a definir las próximas acciones relativas a su tratamiento, ya que él, conociendo mejor la situación, comienza también a poder opinar y a decidir lo que quiere. Esto es excelente, pues, al final del tratamiento, no habrá grandes sorpresas en cuanto a maravillas inesperadas ni con relación a resultados no deseados o no esperados. O sea que, al final del tratamiento, no habrá sorpresas para nadie. El tratamiento será iniciado con una idea clara, para todos los interesados, sobre las reales posibilidades de cambios y los límites del tratamiento. Por eso es importante, después del diagnóstico, pensar quién es el mejor profesional para empezar el tratamiento y discutir con el paciente cuál es el posible pronóstico y cuáles son las limitaciones de su caso.

El trabajo, frecuentemente, puede requerir la participación de un equipo para obtener mejores resultados. Este equipo puede incluir médicos, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y psicólogos. Esto no significa que todos deberán trabajar al mismo tiempo con el paciente. Pero, si éste fuera el caso, cualquiera de estos profesionales, para participar del tratamiento, deberá conocer profundamente cuál es el papel de los otros elementos del equipo y, sobre todo, cuáles son las posibilidades y limitaciones de sus colegas de trabajo.

Referencias:

- Arvedson, J.C. & Brodsky, M.D. Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management, Singular Publishing Group Inc. San Diego, California, 1993.
- American Speech-Language-Hearing Association, Ad Hoc Committee on Labial-Lingual Posturing Function. The role of the speech language pathologist in assessment and management of oral myofunctional disorders. *Asha (Suppl.5)*, p. 7. March, 1991.
- Bianchini, E.M.G. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. *Pró-Fono*, 1993. Douglas, C.R. Patofisiologia Oral. Pancast, 1998.
- Douglas, C.R. Tratado de Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde, Robe Ed, São Paulo, 1994. Fröhlich, H; Ingervall, B.; Thüer, U. Further studies of the pressure from the tongue on the teeth in young adults. *European Journal of Orthodontics*, 14 (1992) 229-2239.
- Fuhrmann, R.A. and Dietrich, P.R. B-mode ultrasonund scanning of the tongue during swallowing. *Dento Maxilo Facial Radiology*. Vol. 23 Novembner, 1994.
- Gisel, E.G.; Lange, L.J.; Niman, C.W. Tongue Movement in 4- and 5- Year Old Down 's Syndrome Children During Eating: A Comparison with Normal Children. *The American Journal of Occupational Therapy*. October 1984, Volume 38, Number 10.
- Gisel, E.G. Tongue Movements in Normal 2- to 8- Year Old Children: Extended Profile of an Eating Assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*. June 1988. Volume 42, Number 6.
- Graber, T.M. e Neumann, B. *Aparelhos Ortodónticos Removíveis*, Ed. Panamericana, 1987. Gommerman, S.L.; Hodge, M.M. Effects of Oral Myofunctional Therapy on Swallowing and Sibilant Production. *The International Journal of Orofacial Myology*. November, 1995. Vol. XXI.
- Josell, S.D. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dental Care for the Preschool Child*. Volume 39. Number 4, October 1995.
- Kudo, A.M. et al. *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional am Pediatria*. Monografias Médicas Série Pediatria, Volume XXXII. Ed. Sarvier, 1990.
- Marchesan, I.Q. "Deglutição Atípica ou Adaptada", vídeo *Pró-Fono*, São Paulo, 1996.
- Marchesan, I.Q.; Junqueira, P. Atipia ou Adaptação: Como Considerar os Problemas da Deglutição? in *Aspectos Atuais em Terapia Fonoaudiológica*. Junqueira, P. e

Dauden, A.T.B. Editora Pancast, 1997. Oliveira, L.M.C.; Silva, C.P.V.; Bastos, E.P.S. Visão Atual da Função da Deglutição: Aspectos Fonoaudiológico, Ortodôntico e Odontopediátrico. *Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar*, Março/Abril/97, Vol. 2, no8.

Palomari-Tobo, E.T.; Viti, M.; Barros, S.P. Eletromiografia do Músculo Masseter em Casos de Oclusão Normal e Maloclusão Classe I. *Revista da APCD*, V. 50, No1, Jan/Fev, 1996.

Rasheed, S.A.; Prabhu, N.T.; Munshi, A.K. Electromyography and ultrasonographic observation of masseter and anterior temporalis muscles in children. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. Volume 20, Number 2/1966.

Spiro, J.; Rendell, J.K.; Gay, T. Activation and Coordination Patterns of the Suprahyoid Muscles During Swallowing. *Laryngoscope*, 104; November 1994.

Subtelny, J.D. Malocclusions, Orthodontic Corrections and Orofacial Muscle Adaptation. *Angle Orthodontics*. Vol. 40, n 3, July, 1970.

Van de Linden, F.P.G.M. Crescimento e Ortopedia Facial. Ed. Quintessence, Rio de Janeiro, 1990.

Fuente: www.espaciologopedico.com