

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

José Fco. Cervera y Amparo Ygual.

E.U. de Magisterio EDETANIA (Adscrita a la Universitat de València).

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es proporcionar una guía detallada para la identificación de la deglución atípica en adultos y niños.

Se parte de una breve exposición de la deglución normal y se analizan las posibles atipias más frecuentes.

La última parte del trabajo proporciona unas hojas para facilitar estas observaciones.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende servir de guía detallada para la identificación de la deglución atípica. Se trata de un trastorno que en ocasiones se presenta de forma aislada y otras veces en el cuadro más amplios con compromiso de otras funciones orales -respiración, habla, masticación-, de alteraciones anatómicas -malformaciones, defectos oclusales- o de compromiso neurológico -disartria, afectación de pares craneales, disfagia-. Cuando pensamos en la evaluación de las atipias de la deglución entendemos esta evaluación dentro de una exploración funcional más amplia que afecta a funciones y estructuras orofaciales. Se pueden encontrar excelentes descripciones de estos aspectos en Zambrana y otros (1998), Busto Barco (1995), Cerecedo y Rutz (2002) o Segovia (1988).

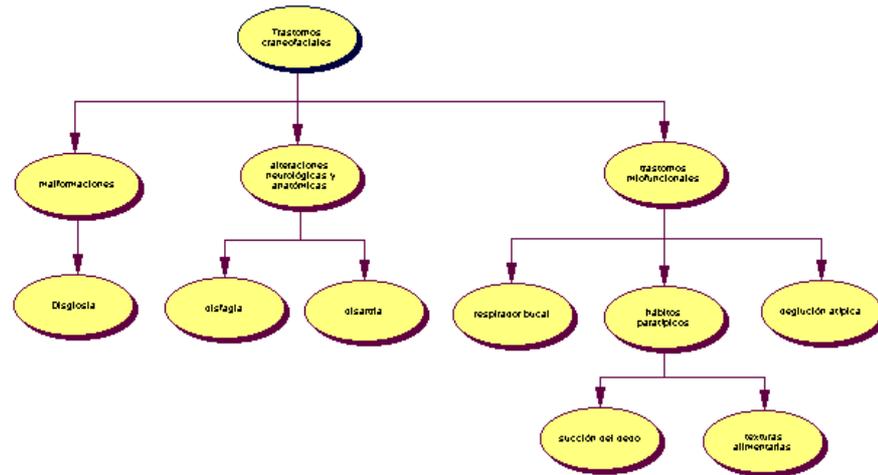
DESORDENES MIOFUNCIONALES DE LAS ESTRUCTURAS OROFACIALES. DEFINICIÓN:

Según Hale, Kellum y Gross (1991) los desórdenes miofuncionales de las estructuras orofaciales son: "cualquier característica anatómica o fisiológica de las estructuras (labios, dientes, lengua, mandíbula, mejillas, paladar) que resulta notablemente diferente e interfiere con un desarrollo normal de la dentición, el habla y la salud o afecta a la estética o al desarrollo psicosocial. Se incluye la postura de reposo de la lengua, la deglución y las posturas anómalas durante el habla u otras acciones, así como la presencia de hábitos inoportunos o paratípicos que influyen en la forma y función de las estructuras de cara y boca.

Estos trastornos forman parte de un continuum de anomalías anatómicas y funcionales que afectan a las estructuras orofaciales y craneales y sus funciones. Los desórdenes

miofuncionales representarían el extremo menos severo de los trastornos craneo-oro-faciales, entre los que se encuentra la deglución atípica. El extremo más severo estaría ocupado por malformaciones que originan disglotia. Las dificultades para deglutir (disfagia) que se puedan dar en disártricos u en otro tipo de pacientes deben ser incluidas en este continuo como dificultades para una función oral (ver FIGURA 1)

FIGURA 1.- Continuum de los trastornos craneo-faciales que producen alteraciones en la funciones orales



CONCEPTO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA

La palabra atípica se emplea para indicar que algo se aleja de lo común. En nuestra opinión el término "**deglución atípica**" define mejor el concepto que el de "**deglución infantil**" que también se emplea en la literatura. La deglución a la que nos referimos no es exactamente un estadio evolutivo sino una forma diferente o atípica de deglutir que puede ser la consecuencia o la causa de alteraciones anatómicas. Puede verse en niños o en sujetos adultos de edad avanzada. En ocasiones los defectos oclusales producen adaptaciones atípicas en alguna de las fases de la deglución y en otras ocasiones las atipias de la deglución pueden haber originado defectos oclusales.

La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias" (Zambrana y Dalva, 1998). 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.

Algunos autores interpretan la deglución atípica como la persistencia del reflejo de deglución infantil. Probablemente la mayoría de niños cambian su forma de deglutir entre los dos y tres años. Inicialmente el bebé posee un reflejo de succión-deglución adaptado a la lactancia materna que abandona al adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos. Aunque la deglución atípica no es exactamente el reflejo de succión-deglución suele interpretarse como la persistencia de la frontalización de la lengua, característica de la deglución del bebé más allá de los cuatro años. Sus consecuencias son oclusales -mordida abierta y clase II-, de habla -abundan las frontalizaciones de [s] y otros sigmatismos-, y estéticas. Cuando la deglución atípica forma parte del síndrome de respiración bucal las consecuencias son mucho mayores (Cerecedo 2002).

DEGLUCIÓN NORMAL. FASES.

La deglución normal se describe tradicionalmente en cuatro etapas. Dependiendo del sujeto esas etapas pueden tener una duración absoluta diferente. Hay personas que realizan una masticación lenta, triturando varias veces el alimento y otras que realizan muy pocos movimientos masticatorios. Según Queiroz (2002) la deglución puede durar entre 3 a 8 segundos. Se inicia voluntariamente. Las primeras etapas están sujetas a la voluntad pero las últimas son involuntarias. Somos conscientes de esta diferencia: hay un momento que ya no podemos arrepentirnos y el bolo es deglutido irremediablemente. No hay un acuerdo entre autores para calcular el número de veces que deglutimos al día: niños entre 600 y 1000 y adultos entre 2400 y 6000. En la vejez la frecuencia disminuye como lo hace la cantidad de saliva.

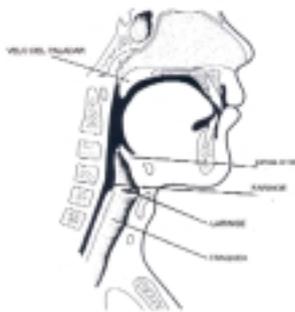


Fig 2 Fase preparatoria

Fase preparatoria:

Incluye desde que el alimento es troceado e introducido en la cavidad oral, su trituración mediante la masticación y su insalivado y homogeneización hasta formar una masa compacta llamada bolo alimenticio. La trituración se realiza por los molares de ambos laterales, aunque las personas tengan un lado preferente por el que empiezan la trituración. El lado que muerde en un momento dado se denomina lado de trabajo y al contrario lado de balanceo. En casos de dificultades oclusales esto puede estar alterado y la persona se ve obligada a triturar solo por un lateral. (Planas, 1994).

Fase oral:

Inicia las fases rápidas del proceso. El bolo está sobre la lengua. La mandíbula se eleva y la lengua se acopla al paladar duro quedando el ápice a la altura de los alveolos y los rebordes laterales sellando la zona frontal impidiendo que el alimento pueda ser impulsado fuera de la boca. La lengua queda inclinada favoreciendo que el bolo avance hacia la parte posterior de la boca. La lengua inicia un movimiento peristáltico hacia atrás que conduce al bolo hasta la parte posterior de la boca.



Fig 3 Fase oral

Fase faríngea:

Se inician el proceso involuntario o "reflejo de deglución" cuando el bolo toca los pilares anteriores. El velo del paladar se contrae alcanzando la pared faríngea e impidiendo que el alimento sea impulsado a la rinofaringe. El dorso de la lengua llega a tocar el velo del paladar impidiendo que el alimento pueda regresar a la boca. La laringe asciende. La epiglotis se incurva ocluyendo la luz de la laringe protegiendo al aparato respiratorio de falsas rutas que pudieran conducir hasta allí partículas sólidas o líquidas. Los repliegues vocales completan la función esfinteriana de protección llegando a contactar entre sí. El bolo cae a la faringe.



Fig 4 Fase faríngea

Fase esofágica:

El bolo llega al esófago y es conducido hasta el estómago. La fuerza de gravedad basta para impulsar a los líquidos pero los movimientos de la pared esofágica realizan el trabajo en el caso de los sólidos.

Esta acción suele ser suficientemente eficaz para vaciar totalmente la boca dejándola prácticamente libre de restos de comida. Solo si los alimentos son muy densos y secos se repite varias veces hasta que la boca queda lista para una nueva ingesta.



Fig 5 Fase esofágica.

DEGLUCIÓN ATÍPICA. Diferencias con la deglución normal

Enumeramos las posibles diferencias o atipias que se pueden encontrar con respecto a la deglución normal:

1. Posición frontal de la lengua desde la fase oral:

El ápice lingual se sitúa en posición interdental (interposición lingual, fig. 6) o empujando contra la cara interior de los incisivos (protusión lingual, fig. 7). La interposición se relaciona directamente con la mordida abierta anterior (fig.8).



Fig 6 Interposición lingual.



Fig 7 Interposición lingual.



Fig 8 Posición de la lengua en reposo.

- 2. Contracción de los labios:**
La contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando así el escape de alimentos.
- 3. Escape de alimentos.**
Si el sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de alimentos de la boca. Es fácilmente evidenciable ese escape pidiendo al niño que trague un sorbo de agua al tiempo que mantiene la mirada baja y el cuello flexionado hacia delante ("como mirando los zapatos").
- 4. Falta de contracción de maseteros:**
En el caso de la deglución normal, al iniciar de la fase oral la mandíbula asciende por contracción de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos y la lengua se fija a la arcada dentaria. Cuando se ha producido este anclaje de la lengua la contracción cede; si no fuese así, la deglución se vería entorpecida. Por lo tanto, solo es posible detectar brevemente la contracción de los maseteros en el inicio de la fase oral normal y no durante la fase propiamente de deglución o fase faríngea. Además esta contracción es inexistente al deglutir líquidos de forma continua y tanto más activa con sólidos más densos. (Queiroz 2002). Algunos autores consideran la falta de contracción de los maseteros un rasgo de atipia: la lengua se fija en posición baja y por tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.
- 5. Contracción del mentón:**
Se aprecia en oclusiones clase II con overjet y debe interpretarse como un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de alimentos semejante al que hemos comentado en el caso de la contracción del orbicular de los labios. Se asocia también con un movimiento excesivo y contracción del labio inferior que busca alcanzar al superior que queda alejado como consecuencia de la oclusión y el overjet.
- 6. Movimientos del cuello:**
En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación. Si el bolo está mal formado - los alimentos no están bien triturados, es demasiado grande o no está bien insalivado-, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca. Según (Queiroz 2002) este problema debe considerarse aparte de la deglución atípica ya que es una adaptación a la mala masticación.
- 7. Ruidos al tragar:**
Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución.
- 8. Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución:**
Este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca.

VALORACIÓN DE ATIPIAS EN LA DEGLUCIÓN

Describimos aquí exclusivamente la valoración de la deglución atípica. Previamente el especialista habrá valorado otros aspectos anatómicos y funcionales.

Normalmente se suelen hacer dos observaciones para determinar si un niño presenta deglución atípica: una observación no intrusiva mientras bebe y come alimentos sólido y una observación intrusiva (con expansor labial o separando los labios con los dedos). En la observación no intrusiva se prestará atención a todas las fases y signos de la deglución. De igual

manera Cerecedo y Rutz (Cerecedo y Rutz, 2002) propone sumar esta valoración a otras relativas a la masticación y respiración. Deben realizarse ambas observaciones valorando la posible interferencia en los gestos naturales de las maniobras intrusivas. El orden preferible puede ser: primero observar el acto de comer sólidos y beber agua sin ninguna maniobra intrusiva y luego observarlos realizando la maniobra de separación de labios.

OBSERVACIÓN DE LA DEGLUCIÓN AL BEBER.

A. OBSERVACIÓN LIBRE

Material : vaso transparente con agua.

Procedimiento: se le entrega al niño un vaso y se le indica que beba con naturalidad.

Observación: El objetivo será observar cómo posiciona la lengua. mirando a través del vaso.

- Los deglutores atípicos suelen alargar la lengua para contactar con el vaso (fig.9). En contraposición no veremos nunca el ápice lingual en un deglutor normal.



Figura 9. Alargamiento de la lengua al beber.

- Obsérvese si la cabeza se inclina hacia delante cuando comienza a beber y si se inclina atrás después de completar la deglución.
- Se puede observar también excesiva actividad en los labios cuando el individuo está bebiendo.
- En otras ocasiones es posible observar el movimiento de la lengua al regresar a la boca cuando acaba la bebida.

B. MANIPULACIÓN DE LOS LABIOS.

Una técnica muy sencilla presentada por Hanson y Barret (1998) permite la evaluación de la deglución en líquidos. Se le pide al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. El logopeda coloca suavemente el dedo pulgar en el cartílago tiroideos del niño y le pide que trague el agua. Justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial (fig. 10). Hay que indicarle al niño que facilite esta operación. Si la deglución atípica está presente se observa claramente la protusión lingual. También puede apreciarse frecuentemente el exceso de actividad del mentón y la falta de contracción de los maseteros.

Se puede emplear también un expansor de labios (fig. 11) para hacer esta observación. En este caso introduciremos una pequeña cantidad de agua en la boca usando una jeringuilla o cualquier pulverizador. Se le pide al niño que retenga unos instantes el agua y se le indica cuando debe tragar.



Figura 10. Maniobra de separar los labios.



Figura 11. Expansor labial

OBSERVACIÓN DURANTE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Se puede usar cualquier alimento sólido trozos o gajos de fruta o alguna pequeña galleta para realizar la observación. Se realizará primero de forma no intrusiva y luego mediante la maniobra de separación de labios. No es cómodo usar el expansor con los sólidos.

Las observaciones más frecuentes en el caso de deglutores atípicos pueden ser:

- Protuyen la lengua para alcanzar los alimentos.
- Colocan el ápice lingual entre los incisivos superiores e inferiores
- Abren frecuentemente los labios durante la masticación.
- Empujan el ápice lingual contra los incisivos superiores o lo colocan entre los superiores e inferiores.
- Pueden necesitar más de una deglución por bocado.
- En el momento de la deglución o un instante antes mantienen los labios apretados con excesiva fuerza.
- Después de tragar parecen recoger y limpiar la boca y entonces vuelven a tragar.
- No contraen los maseteros en el instante de la deglución.
- En su cavidad oral o en la lengua se aprecian residuos después de tragar.

GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.

INGESTA DE LÍQUIDOS

A. OBSERVACIÓN LIBRE. (Observación no intrusiva)

Material: vaso transparente con agua.

Procedimiento: se le entrega al niño un vaso y se le indica que beba con naturalidad.

Observación: observar cómo posiciona la lengua mirando a través del vaso.

- Alarga la lengua para contactar con el vaso.
- Posiciona la lengua a la altura de los incisivos: interposición o protusión.
- Inclina hacia delante cuando comienza a beber e inclina atrás después de completar la deglución.
- Se observa excesiva actividad en los labios cuando está bebiendo.
- Se observa el movimiento de la lengua al regresar a la boca cuando acaba de beber.
- Otros
.....
.....
.....
.....

B. OBSERVACIÓN CON MANIPULACIÓN DE LOS LABIOS. (Observación intrusiva).

Material: Vaso de agua o expansor de labios y pulverizador con agua

Procedimiento:

- a) Se le pide al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. El logopeda coloca suavemente el dedo pulgar en el cartílago tiroides del niño y le pide que trague el agua. Justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial. Hay que indicarle al niño que facilite esta operación.
- b) Se le coloca el expansor en la boca. Se introduce una pequeña cantidad con el pulverizador o jeringuilla. Se le indica al niño que la retenga un instante. Se le indica a continuación que la trague cuando quiera.
- c) Se le pide al niño que aguante un sorbo de agua dentro de la boca. Que flexione la cabeza (como para mirar sus zapatos) y trague en esa posición. En el caso de atipias suele dejar escapar parte del agua al no cerrar frontalmente.

Observación: observar cómo coloca la lengua al tragar.

- Coloca el ápice lingual a la altura de los incisivos: interposición o protusión.
- Inclina la cabeza hacia atrás.
- Se observa el movimiento de la lengua al regresar a la boca cuando acaba de beber.
- Deja escapar fuera de la boca el alimento.
- Otros
.....
.....
.....

*GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.***INGESTA DE SÓLIDOS**

Se puede usar cualquier alimento sólido para realizar la observación. Se realizará primero de forma no intrusiva y luego mediante la maniobra de separación de labios. No es cómodo usar el expansor con los sólidos.

Las observaciones más frecuentes en el caso de deglutores atípicos pueden ser:

- Protuye la lengua para alcanzar los alimentos.
- Coloca el ápice lingual entre los incisivos superiores e inferiores.
- Se aprecia el movimiento lingual de regreso a la cavidad al acabar la deglución.
- Abre frecuentemente los labios durante la masticación.
- Empuja el ápice lingual contra los incisivos superiores o lo coloca entre los superiores e inferiores.
- Necesita más de una deglución por bocado.
- En el momento de la deglución o un instante antes mantiene los labios apretados con excesiva fuerza.
- Se aprecia excesiva fuerza en la musculatura del mentón al iniciar la deglución.
- No contrae de los maseteros en el instante inicial de la fase oral de la deglución.
- Después de tragar limpia la boca, recoge restos de comida y entonces vuelven a tragar.
- Se aprecian residuos en su cavidad oral o en la lengua después de tragar.
- Saca alimento fuera de la boca.
- Otros

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Busto Barco, M^a Carmen (1995): **Manual de logopedia escolar**. C.E.P.E.
- Ferketic, Michelle M. y Gardner, Kirsten (1994). **Orofacial Myology: Beyond tongue thrust**. American Speech-Language-Hearing Association.
- Hale, S. Kellum, G. y Gross, A. (1991). **Cranial facial structures: subtle differences**. ASHA.
- Queiroz Marchesan, Irene (2002). **Deglución-Diagnóstico y posibilidades terapéuticas**. Obtenido en la red mundial en Enero 2002: <http://www.cefac.br/>
- Rutz Varela, M^a Antonia y Cerecedo Pastor, Ana (2002). **Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental**. Cuadernos de Audición y Lenguaje, n^o3, Pp.
- Segovia, María Luisa (1988) Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología). Editorial Médica Panamericana.
- Zambrana Toledo Gozález, Nidia y Dalva Lopes (1998). **Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial**. Masson.