

DEGLUCIÓN – DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDADES TERAPEÚTICAS

Prof. Dra. Irene Queiroz Marchesan

CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica

Rua Cayowaá, 664 Perdizes CEP 05018-000 São Paulo – Brasil

Fone: 00 – 55 – 11 – 36751677

Email: cefac@cefac.br Home page: www.cefac.br

DEGLUCIÓN – DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDADES TERAPEÚTICAS

¿Qué es la deglución atípica? ¿Existe deglución adaptada? ¿Qué características definen una deglución para que sea llamada atípica? Estas son las primeras preguntas que el fonoaudiólogo se hace a sí mismo cuando recibe a un paciente que se queja de los problemas característicos de la deglución atípica. (Marchesan, 1996).

Para dar comienzo a esta discusión vamos a conocer primero qué es la deglución, algunas de sus características y cuáles son sus fases. (Gisel, Lange & Niman, 1984). (Gisel, 1988).

La deglución es una acción motora automática, en la que están implicados músculos de la respiración y del tracto gastrointestinal. El objetivo de la deglución es transportar el bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio. La deglución es una actividad neuromuscular compleja, que se puede iniciar concientemente, y que dura de 3 a 8 segundos, en la cual la fase oral dura 1 segundo. Participan en la deglución alrededor de 30 músculos y 6 pares encefálicos. Éstos son: trigémino –V; facial – VII; glossofaríngeo – IX; vago – X; accesorio espinal – XI; e hipogloso – XIII.

Deglutimos menos de noche y más al hablar y al masticar por ser funciones que necesitan mayor producción de saliva. Producimos, como promedio, de uno a un litro y medio de saliva por día. Los de más edad tienen menos saliva, y degluten menos veces.

Para que comprendamos mejor el proceso de la deglución, será dividido en cuatro fases. La primera es la preparatoria, momento en el que preparamos el alimento mordiéndolo y masticándolo para que pueda ser transformado en un bolo homogéneo, que

facilite la deglución. La segunda fase es la oral. Después que el alimento ha sido preparado, será colocado en posición adecuada sobre la lengua que se acoplará al paladar duro, e iniciará un movimiento ondulatorio desde adelante hacia atrás para llevar el bolo al fondo de la boca. Cuando el alimento, sólido o líquido, en conjunto con el dorso de la lengua, toca los pilares anteriores, se desencadena el reflejo de deglución propiamente dicho. Es accionado inicialmente por el IX par que es el glosofaríngeo. En este momento se inicia la tercera fase de la deglución, que es la faríngea. El paladar blando se cierra, evitando el paso del bolo hacia la nasofaringe. La pared posterior de la faringe se adelanta, forzando y estrujando el bolo contra el dorso de la lengua. El alimento no podrá subir, ya que el paladar blando está cerrado, ni tampoco retornar a la boca, ya que el dorso de la lengua impide su paso para la cavidad oral. Por lo tanto, el alimento tendrá que bajar. Se produce el cierre de la glotis, realizado por la epiglotis y también el cierre de los pliegues vocales. Todas estas acciones son necesarias para que no haya paso del bolo hacia las vías aéreas. En este instante, se efectuará la elevación de la laringe que facilitará este cierre, lo que será concomitante con la apertura del músculo cricofaríngeo para que el alimento pueda entrar al esófago. Este paso del bolo desde la faringe hacia el esófago da comienzo a la última fase, que es la esofágica. Esta comprende contracciones musculares que realizan la propulsión del bolo a través del esfínter superior hasta el estómago. (Oliveira, Silva & Bastos, 1997).

Después de conocer qué es y cómo sucede el proceso de la deglución, podemos volver 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, o sea de lo típico. A su vez, adaptar es ajustar una cosa a otra, amoldar, apropiar, acomodarse o ajustarse.

Volviendo al pasado, ¿cómo empezó todo esto? Los dentistas, en el intento de contener las recidivas o reincidencias después de los tratamientos ortodóncicos, iniciaron programas de rehabilitación muscular por entender que los músculos orales mal posicionados, o funcionalmente desequilibrados, interferían en el posicionamiento de los dientes. Después de un cierto tiempo aplicando ejercicios en los pacientes, comenzaron a enseñarles estos programas a otros profesionales. Entre los que se incluyeron a los fonoaudiólogos que, a su vez, no solamente utilizaron los ejercicios creados por los dentistas sino que también crearon otros, además de desarrollar técnicas para reeducar los músculos de la cara, y aún para trabajar con las funciones orales que se presentaran inadecuadas. (Marchesan, 1996).

Los profesionales que trabajaban en esta área creían que, si los músculos faciales tuviesen un buen tono, si las estructuras blandas estuviesen bien posicionadas y si las funciones actuasen de manera adecuada, no surgirían más recidivas. Sin embargo, incluso después de la reeducación muscular, estas recidivas continuaban. Permanecía la duda: ¿sería el problema resultado de los aparatos, de los músculos, de las funciones, de más de un factor o de otras causas desconocidas? (Fröhlich, Ingervall & Thüer, 1992).

Con estas preguntas, los dentistas y los fonoaudiólogos, mediante investigaciones y experiencias clínicas, intentaron, e intentan hasta el momento, comprender las causas de las recidivas y cuáles pueden ser las acciones más eficaces para reprimirlas. (Fuhrmann & Diedrich, 1994). La función de deglutir siempre pareció ser, para los dentistas, la más perjudicial para el sistema estomatognático, aunque la literatura haga referencia a los perjuicios causados no solamente por la deglución sino también por la respiración bucal, la masticación y el habla, cuando están alteradas. Enfocaremos aquí, con mayor precisión, la

deglución, ya que ésta ha sido la causa mayor de los encaminamientos realizados por los dentistas hacia los fonaudiólogos.

Los dentistas, de manera general, entienden que deglutir atípicamente es proyectar la lengua contra o entre los dientes. (Subtelny, 1970).

Las características de atipia más descritas en la literatura fonaudiológica son: interposición lingual, contracción del periorbicular, no contracción del masetero, contracción del mentalis, interposición del labio inferior, movimiento de la cabeza, y el ruido. Todas ellas están consideradas como atípicas cuando suceden **mientras** el sujeto deglute. Encontrar residuos en la cavidad oral, **después de deglutir**, también ha sido descrito como una forma de atipia.

De una manera general, el fonaudiólogo estaba acostumbrado a preguntarles a los dentistas o a sus colegas **qué y cómo** hacer para que el tratamiento fuese correcto. Vamos a describir, una por una, las características consideradas atípicas e intentar comprender algo más que la respuesta a la cuestión **qué y cómo hacer**. Vamos a intentar comprender también **el porqué y el cuándo hacer**.

FORMAS DE DEGLUTIR

1 – Con Interposición lingual

La interposición lingual es la característica de la deglución a la que los dentistas más se refieren y con la que tienen mayor preocupación. Observamos que existen algunas situaciones en las cuales esta forma de tragar ocurre. En la mordedura abierta anterior es la condición más frecuente. (Josell, 1995). En la literatura hay grandes polémicas para explicar si la mordedura está abierta porque la lengua se interpone al tragar o si la lengua se

interpone porque la mordida está abierta. La mayor parte de los autores cree que la lengua pasa a interponerse después de que la mordedura se abre. Difícilmente la mordida abre solamente en función de la deglución con interposición. Sin embargo, si hay un posicionamiento continuado de la lengua en el local, será mayor la probabilidad de que la lengua sea la causante de la mordida abierta encontrada. La deglución, por sí sola, sin la posición inadecuada y constante de la lengua, en otras situaciones además del acto de deglutir, no es suficiente en general, para causar mala oclusión. Además de la proyección lingual encontrada en las mordeduras abiertas anteriores, encontramos anteriorización de ella en los casos de hipotonía o de tamaño desproporcional de la lengua. No queremos decir con todo esto que la lengua sea macroglósica. Puede ser que la lengua tenga un tamaño normal pero que la cavidad oral presente una dimensión pequeña como para contenerla. Debemos, también, recordar que deglutir con proyección de lengua, durante la fase de la dentición decidua, o en el cambio de los dientes, es bastante común y considerada normal, pues la mayor parte de los niños presentan esta proyección sin alteraciones de oclusión evidentes. (Van der Linden, 1990).

2- Con presencia de Contracción de la Musculatura Periorbicular

Esta contracción ocurre, en general, cuando hay, o hubo, en el pasado, proyección de la lengua anteriormente. Tal contracción significa un reflejo natural que evita que la lengua se proyecte hacia afuera llevando consigo el alimento a ser deglutido. También podemos encontrar este mecanismo en personas con tono disminuido. Si aún existe la proyección anterior de la lengua, tenemos que entender por qué sucede y tratar primero de la proyección pues, si el hábito de contraer el orbicular es causado por la proyección, de nada sirve querer tratar la consecuencia antes de tratar la causa.

3 – Sin Contracción del Masetero

La no contracción del masetero durante la deglución, como señal de atipia, es una característica mal comprendida. (Palomari, Tobo, Vitti & Barros, 1996). Si nos fijamos con detalle en lo que sucede normalmente en la deglución, observaremos que después que se forma el bolo la lengua lo recoge y lo lleva hacia arriba. En este momento, hay una elevación de la mandíbula con consecuente contracción de la musculatura elevadora. (Rasheed, Prabhu & Munshi, 1996). Si colocásemos la mano sobre el masetero, en el momento en que la lengua se eleva en dirección al paladar, sosteniendo el bolo sobre ella, notaríamos esta contracción de la musculatura elevadora. Pero, si observamos mejor, podremos verificar que el sujeto todavía no está deglutiendo. Solamente colocó el bolo para iniciar el proceso de posteriorización del mismo, a través de los movimientos ondulatorios de la lengua. En el siguiente instante, la musculatura elevadora se relaja, y cesa la contracción. Se realiza, entonces, la contracción, más visible, del vientre anterior del digástrico, generalmente concomitante con los movimientos ondulatorios de la lengua, que necesita un espacio oral mayor, en el sentido vertical, para poder moverse. Si mantenemos la contracción de la musculatura elevadora durante el paso de la fase oral para la fase faríngea, podremos percibir una dificultad evidente, con gran esfuerzo del dorso de la lengua. Es fundamental comentar también, que la deglución de diferentes alimentos determina mayor o menor contracción de esta musculatura. 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 ser mayor cuanto más sólido es el bolo, o mayor la cantidad del mismo.

4 – Con Contracción del Mentalis e Interposición del Labio Inferior

Con relación a la contracción del mentón durante la deglución, observamos que esta contracción, así como la interposición del labio inferior, sucede con mayor frecuencia en pacientes Clase II de Angle, con “over jet”. Al deglutir, necesitamos vedamiento (impedimento) anterior, y éste se realiza por el contacto suave de los labios. Si el distanciamiento en el sentido antero posterior entre maxilar y mandíbula es grande, no hay forma de que los labios se toquen. En algunos casos, cuando el labio superior está en posición de reposo, arriba del tercio inferior del diente superior, obligatoriamente el labio inferior, al deglutir, subirá mucho para Esta manera de deglutir, con interposición labial, puede aumentar o mantener el “over jet”. Resumiendo, existirá contracción del mentalis siempre asociada con interposición, contracción, o subida exagerada del labio inferior. Tendremos interposición del labio inferior, de manera general, cuando haya “over jet”. (Spiro,Rendell & Gay, 1994).

5 – Con Movimiento de Cabeza

Los movimientos de la 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 compromete el corte, la trituración y la pasteurización del alimento, transformándolo en un bolo homogéneo, de tamaño adecuado para poder pasar de la cavidad oral a la orofaringe. Cuando la masticación, por alguna razón, no ocurre de la forma adecuada, dejando el bolo mayor, o no homogéneo, resulta difícil el paso para la orofaringe. El paciente, sin darse cuenta, lleva la cabeza hacia atrás, rectificando el tubo por donde pasa el alimento para que el paso del mismo sea posible. El movimiento de cabeza se realiza, por lo tanto, en consecuencia de un problema que ocurrió durante la masticación, y no por un problema específico de la deglución.

6 –Con Ruidos

Los ruidos ocurridos durante la deglución, que se deben diferenciar de los ruidos que suceden durante la masticación, aparecen por el exceso de fuerza del dorso de la lengua. Si la lengua hace mucha fuerza, por la exageración de su dorso contra el paladar duro, en el momento del paso del bolo de la cavidad oral hacia la orofaringe, esto causa un esfuerzo extra, que lleva al ruido. Esta inversión del apoyo de la punta por el dorso sucede, en general, porque la punta es hipotónica y está baja.

7 – Con Residuos después de Deglutir

Finalmente, los residuos alimenticios permanecen en la boca después de la deglución por diversos motivos. Entre ellos, el más común es cuando el bocinador (músculo de la mejilla), está hipotónico o hipofuncionante, y permite que el alimento que cae en el vestíbulo, durante la masticación, permanezca allí. Otra razón, menos frecuente, para que sobren alimentos en la cavidad oral después de la deglución, es cuando hay disminución de la cantidad de saliva en la boca, lo que dificulta la formación del bolo. La alteración de la movilidad, o propiocepción de la lengua, que dificulta la formación del bolo, así como la falta de percepción del alimento en la boca, también pueden ser consideradas causas de residuos. Como observamos, el que sobren alimentos en la boca difícilmente es consecuencia de la deglución en sí. Aunque éstas sean las características más comúnmente descritas en la literatura, podemos encontrar muchas otras.

Debemos recordar que las alteraciones, sean las que sean, estarán acentuadas en personas con perjuicios mentales o neuromotores. Sin embargo, sea cual sea la alteración encontrada en la evaluación, lo más importante es, antes de clasificarla simplemente como deglución atípica, intentar comprender el cómo y el por qué de que las acciones comentadas se den de una o de otra manera. Debemos, también, intentar comprender si la alteración observada es producida por la deglución en sí o si es una alteración producido

por otra función alterada. Además de todo esto, al mirar la forma de la cara y la postura de los órganos fonoarticulatorios, ya podemos prever los que será posible que suceda 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 forma de deglutir que observamos la responsable por la mala oclusión que el paciente presenta? ¿O será la deglución consecuencia de la mala oclusión? ¿No estará la deglución adaptada al patrón esquelético? ¿No será la deglución consecuencia de alguna otra etiología, como por ejemplo la proyección anterior de la lengua por aumento de las amígdalas? (Marchesan & Junqueira, 1997).

Las atipias de la deglución, consideradas como problemas específicos de esta función, pueden en verdad ser el resultado de otros varios problemas como, por ejemplo, las alteraciones respiratorias, los cambios dentales, los tipos diferentes de oclusión y de mordedura, el tipo de esqueleto, el tono, la propiocepción, la reducción de espacio interno, los hábitos orales mantenidos por largo tiempo, y, hasta de la edad, pues la deglución se modifica durante la vida debido, entre otras causas, al tamaño de la cavidad oral y su relación con el crecimiento y desarrollo de la lengua.

Al terminar el examen, ya hecho el diagnóstico diferencial, podremos comprender si la deglución es atípica o si hubo una adaptación de la forma de deglutir, resultado de características individuales. ¿Cuál sería entonces la diferencia entre una deglución normal, una deglución atípica y una deglución adaptada?

Tomando en cuenta lo que hasta aquí ha sido 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:

Tal como fue apuntado al comenzar este capítulo, hay una definición anatómica y fisiológica para la deglución considerada normal. La deglución es una acción motora automática, en la cual están comprometidos músculos de la respiración y del tracto gastrointestinal. El objetivo de la deglución es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio.

Para la odontología, sin embargo, existe una preocupación específica con la fase oral de la deglución, porque se cree que hay una fuerte relación entre el posicionamiento de los dientes y el modo en que la lengua se coloca en relación a los mismos. Es en la odontología donde surge la definición de atipia, específicamente para los movimientos de la lengua considerados inadecuados durante la fase oral.

Deglución atípica:

Deglución atípica corresponde al movimiento inadecuado 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, por lo tanto, solamente una alteración de la función de deglutir, no siendo necesario tratamiento dentario para la corrección de posicionamiento de los dientes. En la atipia verdadera, solamente con el trabajo fonoaudiológico podríamos crear las posibilidades de modificación del modo de deglutir, pues la forma, o sea, las estructuras responsables de la función serían adecuadas, lo que permitiría buenas condiciones de deglución.

Incluso en casos en que la corrección ortodóntica ya se realizó, podemos observar deglución atípica. Este hecho ocurre por la gran automatización de los hábitos adquiridos anteriormente a la misma. 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 en los que, a pesar de la corrección de la forma, permanecen los viejos hábitos de deglutir incorrectamente. En estas situaciones, es fundamental que se rehabilite la deglución, para evitar posibles recaídas.

Deglución Adaptada:

En la deglución adaptada, por más que el fonoaudiólogo lo intente, y a veces hasta consiga, que el paciente degluta de forma correcta durante la sesión, este nuevo patrón de deglutir difícilmente se automatiza. Esto sucede porque la “atipia” encontrada es una 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 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 que se vuelve prácticamente imposible deglutir de manera correcta, ya que la boca está permanentemente abierta para viabilizar la respiración.

El posicionamiento de la lengua y la forma de deglutir son, consecuencias de las estructuras dentoalveolares 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 los que comienzan en esta área, vamos a recordar de manera resumida que la forma de deglutir depende de factores como: características craneofaciales, oclusión y mordida, edad, lo que se deglute, tono y propiocepción.

El fonoaudiólogo, cuando trabaja sin la ayuda del dentista y la deglución está adaptada a la forma, muchas veces, tiene dificultades para modificar y estabilizar nuevos patrones. Frecuentemente trabajamos con la intención de producir nuevas adaptaciones en

el modo de deglutir, minimizando la problemática encontrada, o impidiendo que el problema se agrave. No siempre estaremos queriendo alcanzar un patrón ideal de deglución. Si el paciente no desea someterse a un tratamiento dental, o si ya lo hizo y los resultados fueron solamente parciales, tenemos que considerar que son estas nuestras reales condiciones de trabajo. Nuestro objetivo es el de mejorar, al máximo, las posibilidades del paciente y tratar de concienciarlo respecto a todo esto. Lo mismo debemos pensar en relación a los tratamientos médicos. Si el paciente, por ejemplo, es alérgico, y se sometió ya a tratamientos respiratorios con el pediatra, con el médico general, con el homeópata, con el alergólogo, o ya inclusive buscó otras formas alternativas de cura, pero aún no se curó, ¿qué es lo que el fonoaudiólogo puede hacer? ¿Nada? ¡Claro que sí! Va a trabajar para conseguir que el paciente respire por la nariz cuando no está en crisis, disminuyendo inclusive el número de estas crisis, y en estos momentos de respiración nasal, será posible deglutir de forma normal. Pero, sabremos de antemano que en muchos otros momentos de su vida, estén en crisis, respirando por la boca, y en consecuencia, deglutiendo de manera inadecuada. Lo más importante es que tanto el paciente y su familia como el terapeuta estarán compartiendo esta decisión y las posibilidades del individuo, sabiendo respetar sus límites, pero sin abandonarlo, como si no se pudiese hacer nada.

En la terapia de la deglución es muy importante, además de todas las observaciones hechas anteriormente, la motivación y concienciación del trabajo. Es fundamental que el desarrollo de toda la secuencia terapéutica sea realizada por el propio paciente y no por el terapeuta, que deberá solamente orientarlo, y discutir con él los caminos posibles y viables para su caso. Debemos también recordar que los casos severos pueden necesitar corrección quirúrgica y no solamente corrección ortodóncica. El fonoaudiólogo debe saber,

también, que no todas las recidivas son consecuencia de anomalías en la deglución. La deglución puede ser consecuencia y no la causa del problema. De cualquier manera, el trabajo, inclusive cuando la deglución es consecuencia y no causa, puede ser benéfico porque evita que se mantenga o empeore el cuadro. Los trabajos, sean de la naturaleza que sean, incluso si son limitados, siempre serán bienvenidos, pues, a pesar de que no lleven a la curación total, siempre mejoran el cuadro general, además de darle al paciente un conocimiento mejor de sí mismo. Este conocimiento puede ayudarlo a definir las próximas acciones en relación a su tratamiento ya que él, conociendo mejor su situación, también puede pasar a opinar y decidir lo que quiere. Esto es excelente porque, al final del tratamiento, no habrá grandes sorpresas referentes a esperadas maravillas o en relación a resultados no deseados o no esperados. O sea, al final del tratamiento no habrá sorpresas para nadie. El trabajo, frecuentemente, puede requerir la participación de un equipo para que se obtengan los mejores resultados. Esto no significa que todos deban trabajar al mismo tiempo. Sin embargo, si ese fuera el caso, cualquiera de estos profesionales que vaya a participar del tratamiento debe conocer, en profundidad, cuál es el papel de los otros componentes del equipo y, sobre todo, cuáles son las posibilidades y limitaciones de sus compañeros de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

FRÖHLICH,K.; INGERVALL, B.; THÜER,U.: Further studies of the pressure from the tongue on the teeth in young adults. *European Journal of Orthodontics* 1992; 14: 229-39.

FUHRMANN, R.A.W. AND DIEDRICH, P. R.: B-mode ultrasound scanning of the tongue during swallowing. *Dento Maxilo Facial Radiology*. November ,1994; Vol. 23.

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.

JOSELL, S.D.: Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dental Care for the Preschool Child*. October 1995; Volume 39 - Number 4.

MARCHESAN, I. Q.: “¿Deglución atípica o adaptada?” , vídeo Pró Fono, São Paulo, 1996.

MARCHESAN, I.Q.; JUNQUEIRA, P.: Atipia o Adaptación: ¿Cómo Considerar los Problemas de la Deglución? 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.: Visión Actual de los Aspectos de la Deglución : Aspectos Fonoaudiológico, Ortodóntico e Odontopediátrico. *Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Maxilar - Março/Abril/1997; Vol. 2 - nº 8*.

PALOMARI-TOBO, E. T.; VITTI, M.; BARROS, S. P.: Eletromiografia del Músculo Masseter en casos de Oclusión Normal y Maloclusión Clase I. *Revista da APCD* Jan/Fev,1996; V. 50 Nº 1.

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*. 1996; Volume 20, Number 2.

SPIRO, J.; RENDELL, J.K.; GAY, T.: Activation and Coordination Patterns of the Suprahyoid Muscles During Swallowing. *Laryngoscope* November, 1994; 104.

SUBTELNY, J. D.: Malocclusions, Orthodontic Corrections and Orofacial Muscle Adaptation. *Angle Orthodontics*. July, 1970; Vol. 40 nº 3.

VAN der LINDEN, F. P.G.M.: *Crecimiento y Ortopedia Facial*, Ed. Quintessence, Rio de Janeiro, 1990.

RESUMEN

DEGLUCIÓN – DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Este artículo trata las diferentes formas de deglutir. Describimos qué es la deglución normal, la atípica y la adaptada. La diferencia en la clasificación de las maneras de deglutir es fundamental en el proceso terapéutico. Es necesario que se comprendan los diferentes movimientos que se realizan durante la deglución, y sus causas, para que se tenga seguridad de que podremos mudar el patrón diagnosticado. La ortodoncia clasifica alteraciones de la deglución solamente como atípicas. El fonoaudiólogo necesita ser más específico en su diagnóstico diferenciando toda y cualquier alteración encontrada, no solamente señalándola, sino que también comprendiendo porqué ocurre. Las características de la deglución pueden ser descritas como: interposición de la lengua, contracción de la musculatura perioral, ausencia de contracción del masetero, contracción del mentalis, interposición del labio inferior, movimiento de la cabeza, deglución con ruidos y deglución con residuos. La terapéutica será más eficiente cuando el paciente y su familia también comprendan el cuadro encontrado. En la terapia de la deglución será muy importante, además de todas las observaciones hechas anteriormente, la motivación y la concienciación para el trabajo, y que sea hecho por el paciente comprendiendo siempre sus modificaciones.

Palabras Claves:

Deglución

Características de la deglución

Deglución atípica

ABSTRACT

Deglutition – Diagnosis and Therapeutic Possibilities

This article is about the differentiation of the ways of swallowing. We describe what a normal, an atypical or an adapted swallowing is. A difference in the classification of the ways of swallowing is fundamental in the therapeutic process. It is necessary to comprehend the different movements occurring during the swallowing and their causes so that we can modify the pattern diagnosed. The Orthodontics classifies the alteration of deglutition as being only atypical. The Speech Pathologists need to be more specific in the assessment making differences between any alteration found, not only showing them but also understanding why the alteration occurs. The characteristics of the deglutition may be described as follows: interposition of mouth, contraction of periorbicular musculature, absence of masseter contraction, mentalis contraction, interposition of lower lip, movement of the head, swallowing with noise, and swallowing with residues. The therapy will be more efficient when the patient and the family also understand the clinical history found. Besides all the observations given here, in the therapy of swallowing, it will be very important to create motivation and consciousness for the work to be done, and that the patient does the work always understanding its modifications.

Key Words:

Swallowing

Characteristics of the deglutition

Thongue thrust

Informaciones acerca del autor:

IRENE QUEIROZ MARCHESAN

- Graduação em Fonoaudiologia em 1977 na PUC-SP
- Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC – SP em 1989.
- Doutora em Educação pela Unicamp em 1998
- Diretora e Professora do CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, na área de Motricidade Oral.
- Membro da ABFCOC – “Academia Brasileira de Fisiopatologia Cranio Oro Cervical”.
- Member of ASHA
- Member of the International Association of Orofacial Myology.
- “Suficiência no conhecimento da Reabilitação da Face”, junto a Sociedade Latino Americana de Rehabilitacion de La Cara y Protesis Buco Maxilo Facial.
- Tesoureira da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – gestão 96/97 e 98/99.
- Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região – gestão 98/2000.