

INTRODUCCIÓN

El hábito de deglución atípica consiste en producir el cierre labial necesario para la deglución, cuando el labio es incompetente, interponiendo la punta de la lengua entre los dientes de ambas arcadas. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcas dentarias". 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.

Este mal hábito puede modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E.Mack que una presión continua de 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente.

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica: labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, tendencia a la respiración bucal,(Segovia, 2000) maxilar superior o inferior avanzado o retrasado. No realiza una deglución limpia porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal, saca alimentos fuera de la boca, y realiza movimientos excesivos como elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar.(Donato G, 2009)

El objetivo de la presente investigación es determinar la posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años de la escuela "Jorge Villacrés Moscoso durante el periodo 2013-2014

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de Titulación trata de la posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años, se lo realiza en la escuela “Jorge Villacrés Moscoso” durante el periodo 2013-2014. En este trabajo se quiere resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más comunes que presentan los niños, para corregirlos y evitar que generen daños en el sistema estomatognático y se instale una maloclusión.

Además de generar un documento que sirva de fuente de información para odontólogos en los casos en los que la maloclusión tenga a la deglución como factor etiológico. Asimismo se da al lector orientación de los pasos a seguir para detectar el hábito y proporcionar información sobre una variedad de aparatologías para corregir la maloclusión.

Los hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre ellos se tiene a la **deglución atípica** (Aristigueta, 1989).

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar: Mordida abierta anterior y de laterales. Protrusiones dentarias. Protrusiones dentoalveolares. Linguoversiones dentarias, etc.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la posición lingual durante la deglución en las maloclusiones?

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: La posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años de la escuela “Jorge Villacrés Moscoso” durante el periodo 2013-2014

Objeto de estudio: La posición lingual durante la deglución

Campo de acción: Factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años

Área: Pregrado.

Periodo: 2013-2014

Lugar: Facultad Piloto de Odontología

1.5 PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las causas de la posición lingual durante la deglución?

¿Cuáles son las consecuencias de la deglución Atípica?

¿Cuál es el factor etiológico de las malas oclusiones?

¿Cómo se identifica la deglución Atípica?

¿Cuál es la edad para eliminar el hábito de la deglución Atípica?

¿Qué importancia tiene la intensidad del hábito para el diagnóstico y tratamiento?

1.6 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años de la escuela “Jorge Villacrés Moscoso” durante el periodo 2013-2014

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar, causas y efectos de la posición lingual

Definir, qué importancia tiene la intensidad del hábito para el diagnóstico y tratamiento de la posición lingual durante la deglución

Presentar resultados de la deglución atípica como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Conveniencia.-la realización de este trabajo es conveniente ya que la deglución atípica es un hábito que produce malformaciones a nivel de los huesos y posiciones dentarias inadecuadas por lo tanto es importante contar con un documento que explique el tema.

Relevancia social.- La relevancia social radica en el beneficio que se podrá brindar a la comunidad escolar que presenta esta patología ya que se podrá realizar tratamientos que permita corregir el problema.

Implicaciones prácticas.- elementos que se utilizan en la posición lingual durante la deglución como factor etiológico de las maloclusiones.

Valor teórico.- Con la investigación se conocerá que es la deglución atípica y sus consecuencias

Utilidad metodológica.- ayuda a la definición de conceptos e interrelaciona variables observables para el estudio: causas y efectos de la intensidad del hábito para el diagnóstico y tratamiento de la posición lingual durante la deglución y el efecto de la maloclusión en la deglución atípica.

1.8 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Los aspectos generales de evaluación son:

Delimitado: es delimitado porque se realizó en un grupo de niños de 10 a 14 años de la escuela “Jorge Villacrés Moscoso” durante el periodo 2013-2014

Evidente: ya que es un documento redactado en forma precisa, fácil de comprender e identificar con ideas concisas sobre el hábito de deglución atípica.

Relevante: es importante para la profesión y para la comunidad ya que resolverá problemas de salud oral que se traducirán en maloclusiones.

Original: es original porque no se ha realizado antes.

Contextual: pertenece a la práctica social del contexto odontológico.

Factible: porque se cuenta con los recursos humanos, bibliográficos y económicos necesarios para su realización

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión. La deglución a la que se refiere este trabajo 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 Toledo Gozález, (1998).)

Aunque la deglución atípica no es exactamente el reflejo de succión-deglución suele interpretarse como la persistencia de la frontalización de la lengua. (Rutz Varela, (2002).)La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere.

La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión(Ugalde Morales, 2009).Intentar corregir las estructuras óseo-dentarias y cartilaginosas, equilibrar las relaciones oclusales y normalizar el tonismo de la musculatura orofacial, son las tareas principales y los objetivos de la intervención ortodóntica.

Sin embargo, el desconocimiento de alteraciones miofuncionales, focalizando nuestra atención hacia estructuras y buscando únicamente el plano estético, van a repercutir negativamente sobre la intervención ortodóncica, cuyos objetivos pueden verse alterados a mediano o largo plazo. Es por ello, la importancia de conocer cuáles son los patrones disfuncionales que pueden darse a nivel orofacial; cómo pueden interferir en el tratamiento ortodóncico; cuál es la etiología de estas alteraciones, y cómo valorarlas; todo ello como paso previo a la rehabilitación miofuncional, tomando en cuenta que estas disfunciones orofaciales no se dan de manera aislada, sino en conjunto, observándose más de una disfunción a la vez. Las maloclusiones asociadas hábito de deglución infantil o atípica.(Gonzalez María Fernanda, 2012).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1. DEGLUCIÓN NORMAL.

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 Marchesan, (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. Las diferencias o atipias que se pueden encontrar con respecto a la deglución normal son:

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 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. (Cerecedo y Rutz)

2.2.2. DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.

La deglución atípica o “infantil”, no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: /d/,/t/,/l/,/n/,/r/. (Cinteco)

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA:

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

Tipo I: no causa deformación

Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestíbulo versión).

Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.

Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: las maloclusiones resultantes son:

Mordida abierta anterior y lateral.

Mordida abierta anterior y lateral con vestibulo versión.

Mordida abierta anterior y lateral con vestibulo versión y mordida cruzada posterior.

2.2.4. EDAD APROPIADA PARA EL DIAGNOSTICO DEL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA

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.

2.2.5. TRATAMIENTO DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual:

Elástica en la punta de la lengua

Uso de dos elástica en el labio y otro en la punta de la lengua

Utilización de aparatología física o movable (rejilla lingual o perla de tucat).

Cuando la deglución atípica se ha instaurado, es muy importante la derivación temprana al logopeda, quien es el profesional capacitado para realizar la valoración y rehabilitación de los diferentes tipos clínicos de deglución atípica.

Sin embargo, “el diagnóstico de los trastornos que presenta el paciente deberá ser enfocado por un equipo de profesional es integrado por un odonto-estomatólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo y logopeda. Cada

uno de ellos, en una acción conjunta, contribuirá a que el resultado de la intervención sea de mayor beneficio para el paciente”.(Fernández Barrutia M, Muguerza Mourenza MD., 1997)

La base del tratamiento será la reeducación de la función respiratoria, ya que “un paciente que respira adecuadamente podrá modificar de manera exitosa su patrón masticatorio o deglutorio disfuncional” al conseguir estabilidad en su patrón respiratorio(Durán von Arx J. Multifunction System “MFS”., 2003).

“Las alteraciones dislálicas precisarán un tratamiento aparte, ya que no mejorarán al corregir exclusivamente el patrón deglutorio”. De hecho, el tratamiento llevará un orden determinado, ya que no es efectivo, por ejemplo, realizar la intervención odontológica cuando no se ha adquirido un patrón respiratorio y deglutorio correcto.

2.2.6. DEGLUCIÓN CON PRESIÓN ATÍPICA DE LA LENGUA

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contactos. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y de músculos mentoniano. Los musculo elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.

2.2.7. LA LENGUA

La lengua es uno de los músculos más potentes del cuerpo humano en relación tamaño/fuerza. Y es el órgano del sentido del gusto. La lengua está situada dentro de la cavidad oral anclada en la parte media del suelo de la boca, con forma de cono y aspecto simétrico.

Participa en la deglución y articulación de las palabras. Toda su superficie, a excepción de la base, está recubierta por una mucosa, en cuya cara superior se encuentran las papilas, los receptores químicos de los estímulos gustativos.

La lengua está formada por dos caras, una superior o dorso y una inferior que descansa en el suelo de la boca, en cuya línea media encontramos el frenillo, los bordes linguales, la base de la lengua y la punta lingual.

Puede cumplir sus funciones gracias a su esqueleto muscular, formado de por 17 músculos, de gran importancia en la lactancia materna.

Estos movimientos son:

- Extensión: Con este movimiento se puede sacar la lengua hasta cubrir la encía inferior con la lengua y mantenerla en esta postura mientras dura la toma.
- Elevación: Gracias a esta acción se alza la lengua hacia el paladar para comprimir la areola.
- Lateralización: Este movimiento consiste en mover la lengua a ambos lados de la boca.
- Peristaltismo: es el movimiento ondulante de la lengua que permite llevar líquido hacia la faringe para ser deglutida.

Si alguno de estos movimientos de la lengua se ven comprometidos o restringidos pueden no cumplir bien sus funciones, como ocurre con la lactancia materna. Estas limitaciones ocurren en presencia de anomalías como el frenillo sublingual corto, que recibe el nombre de anquiloglosia.

2.2.8. POSICIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN

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

Protruyen 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.

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.

En su cavidad oral o en la lengua se aprecian residuos después de tragar

2.2.9. CÓMO SE REALIZA EL EXAMEN DE LA DEGLUCIÓN

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

2.2.10. UBICACIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN

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

2.2.11. 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:

Protruyen 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.

2.2.12. PATRONES DISFUNCIONALES DE LA DEGLUCIÓN

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones, según Moyers (Borrás , 2005.)

(Aguilar; Nieto; De la Cruz, 2011) , en su estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar, de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid, desde el año de 1998 hasta 2005, en su artículo: "Relación entre hábitos nocivos y

maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia."; concluyendo que la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y la respiración bucal, como hábitos bucales nocivos, estaban relacionadas con la mordida abierta anterior. En este estudio encontraron relación estadísticamente significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior, disminución de la sobre mordida y aumento del resalte.

Hay dos tipos de deglución atípica: la deglución con interposición lingual y la deglución con interposición labial. En el primer caso, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral ("interposición lingual") o presiona contra su cara posterior durante la fase dedeglución⁹, mientras que en el segundo caso es el labio inferior el que se interpone entre los incisivos. Se trata de mecanismos compensatorios provocados por la actividad incorrecta de la lengua⁸, a fin de lograr un correcto sellado oral e impedir el escape de los alimentos en el caso de que falte el contacto interincisivo. (Vera A, 2001. Ortodoncia. 2007)

2.2.13. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUCIONES

Esta clasificación está basada en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión

Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión (Ugalde Morales, 2009)

CLASE I Para (Ugalde Morales, 2009), la clase I de Angle se caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares

y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares. Según el autor, en un gran porcentaje de casos de maloclusión los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco.

En estos casos los labios sirven como un factor constante y poderoso en mantener esta condición, usualmente actuando con igual efecto en ambos arcos y combatiendo cualquier influencia de la lengua o cualquier tendencia inherente por parte de la naturaleza hacia su auto corrección. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados, el perfil facial puede ser recto.

Estudios epidemiológicos han demostrado que la maloclusión de Angle clase I se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que, más del 60% de la población la desarrolla. En cuanto a su distribución, de acuerdo al tipo de maloclusión, la Clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las Clases II y III

Investigaciones como la de (Talley, katagiri, & Perez, 2007), reportaron una prevalencia de clase I de Angle del 52.8% del total de la muestra examinada por los autores, encontrando el 33.9% con presencia de Clase II, y tan solo el 13,3 % de pacientes presentaron clase III de Angle.

2.2.14. FACTORES DE RIESGO

Cabe preguntarse ahora cuáles son los factores que pueden ocasionar la deglución atípica. Se ha observado que los hábitos orales, tipo de alimentación, anomalías anatómicas, hábitos posturales alterados, así como la respiración bucal y sus causas, son factores que se diferencian respecto a la población que presenta una deglución normal.(Ferrando Rovira C, 2007) y que fácilmente conducirán por su parte a la atípica en la deglución.

Éstos son, por tanto, criterios o factores de riesgo de presentar deglución atípica, es decir, características ligadas a la posibilidad de aparición de esta alteración. Algunos autores también han identificado como factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes la falta de armonía familiar y el bajo y sobre peso del niño al nacer.

En todo caso, aunque la deglución atípica podría desencadenarse por la presencia de uno de estos factores, será la concatenación de varios de ellos la que la provoque, ya que no se ha demostrado que haya ningún síntoma o hábito que por sí solo dé como resultado un patrón de deglución atípica.(Reyes Romagosa DE, 2007)

2.2.15. ANOMALÍAS ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS

Factores de riesgo más destacados:

Los factores genéticos, tanto respecto a patrones de crecimiento óseo como a patrones de:

Conducta heredados. Diferentes síndromes (P.E. DOWN) pertenecerían a este punto.

Trastornos neurológicos u otros, que pueden provocar la aparición de la alteración en edades

Adultas o ancianas.

La presencia de frenillo sublingual hipertrófico si limita la movilidad de la lengua.

Frenillo labial corto.

Los relacionados con la respiración bucal: adenoides y amígdalas

Hipertróficas, porque dificultan la respiración nasal; alergias; desviación del tabique nasal; causas de congestión nasal persistente; haber sufrido

Muchos resfriados; asma.

Mordida abierta (“falla de un diente o varios para encontrar a los antagonistas en el arco opuesto”) por trastornos en la erupción dentaria.

Macroglosia (se evidencia cuando se toca el mentón con la punta de la lengua), pudiendo ser causa del empuje lingual, con protrusión de maxilares y mordida abierta.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

HÁBITOS:

Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos; la succión del dedo o uso del chupón, la deglución atípica, succión del carrillo y la respiración bucal.

Hábitos no funcionales: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, masticación, habla, deglución y respiración bucal). (Lugo D. C.)

DEGLUCIÓN:

La deglución es una acción biológica, motora, automática, coordinada y neuromuscular compleja, que puede ser iniciada conscientemente durando de 3 a 8 segundos, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. ((Magendie, Deglución, 1813))

DEGLUCIÓN ATÍPICA:

La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. (Cinteco)

INTERPOSICIÓN LINGUAL:

La lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral ("interposición lingual") o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución.

LOGOPEDA:

El logopeda completa la corrección de la fonación de los pacientes, mediante diferentes ejercicios en los que encuentra el modo de posicionar correctamente la lengua y los músculos orofaciales para lograr articular adecuadamente dichos fonemas y corregir los problemas del habla y pronunciación. (Propdental, 2013)

TERAPIA MIOFUNCIONAL:

Se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial, desde el nacimiento hasta la vejez.

Reducción de la posición lingual:

Pastilla de "Minimenta": usar una pastilla de mini menta, en donde se le indica al niño que mantenga la misma con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Frecuencia: mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva.
Efecto secundario: tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación y estimula los impulsos propioceptivos de la deglución.

Uso de dos elásticos pequeños circulares: se coloca un elástico en la zona anterior de la lengua, y otro en el labio inferior. La lengua se coloca en contacto con las rugosidades palatinas mientras el paciente traga manteniendo el elástico presionado contra el paladar; mientras mantiene los labios en contacto sosteniendo el otro elástico.

Frecuencia: mantener los dos elásticos en posición de deglutir durante 5 minutos, cada 30 segundos. Con patillas de "Minimentas" es hasta que éstas se disuelvan. Efecto secundario: tonifica los músculos de la base de

la lengua, contrae los músculos de la masticación y estimula los impulsos propioceptivos de la deglución. (J., 2002)

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de

Fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve a todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.5 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Si se analiza la posición lingual durante la deglución se determina su influencia en las maloclusiones.

2.6. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Análisis de la posición lingual durante la deglución.

2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Determinación de su influencia en las maloclusiones.

2.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|---|--|-----------------------------------|---|
| <p>Independiente. Análisis de la posición lingual durante la deglución.</p> | <p>Mecanismo por el cual los alimentos y la saliva realizan el recorrido desde la boca hasta el estómago.</p> | <p>Objetivos I transporte del bolo alimenticio y la limpieza del tracto respiratorio</p> | <p>, posiciones linguales</p> | <p>Fase bucal, Fase faríngeolaríngea Fase esofágica</p> |
| <p>Dependiente Determinación de su influencia en las maloclusiones.</p> | <p>Existe una maloclusión cuando al cerrar la boca los dientes no engranan adecuadamente.</p> | <p>Práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.</p> | <p>posición lingual</p> | <p>alta media baja</p> |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el trabajo de titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Autores como (Selltiz, 1965; y Babbie, 1979). (Dankhe, Metodologia de la Investigacion Cientifica, 1986), dividiendo estudios en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, debido a que según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigacion se refiere al grado de profundidad con que se abordo un objeto de estudio y el campo de accion. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y explicativa. Para la Universidad Santa María(María, 2001)

Investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos.

Investigación descriptiva: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico,

describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga. (Dankhe., 1986)

(Tamayo, 1991) Precisa que: “la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos”

Investigación Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación Explicativa: Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos. (Dankhe G. L., 1976)

Investigación de Campo: En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador.

Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de

cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.

3.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica.- de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación. Descripción del marco de referencia del estudio: Desde qué perspectiva teórica se aborda la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad del estudio y el comportamiento esperado del objeto de investigación.

La **fase metodológica** es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase se dibuja el "traje" que se ha confeccionado al estudio a partir de la idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte del diseño.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio exploratorio tal y como lo señala Méndez (1997):

“Son estudios exploratorios: las monografías e investigaciones bibliográficas que buscan construir un marco teórico de referencia, o las orientadas al análisis de los modelos teóricos”.

En lo que se refiere al diseño de la investigación, el proyecto factible se apoyó en una investigación documental y de diseño bibliográfico, por cuanto la misma se ocupa del estudio de problemas planteados en el ámbito teórico y la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos.

3.4 METODOS DE INVESTIGACION

Histórico-lógico: Se estudió el desarrollo histórico y lógico de las principales opiniones sobre el tema:

Analítico-sintético: da la facilidad de analizar las principales opiniones y revisar por partes, los textos que describen la problemática objeto de estudio.

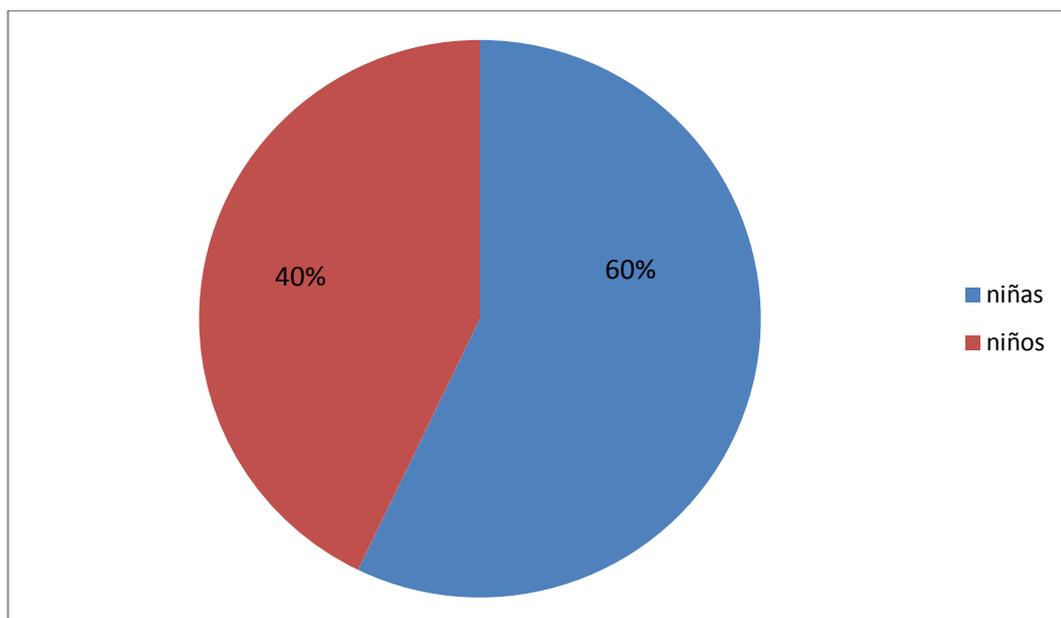
Inductivo-deductivo: Todos los textos utilizados se analizaron, a través de la inducción analítica, para desarrollo la investigación, para esto se partió de las potencialidades que ofrecen diferentes autores.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de la investigación fueron 22 niños y la muestra de 7 niños de 6to año de básica de la Escuela de Educación Básica fiscal "Jorge Villacrés Moscoso" en el periodo de tiempo del 2013-2014.

3.6 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

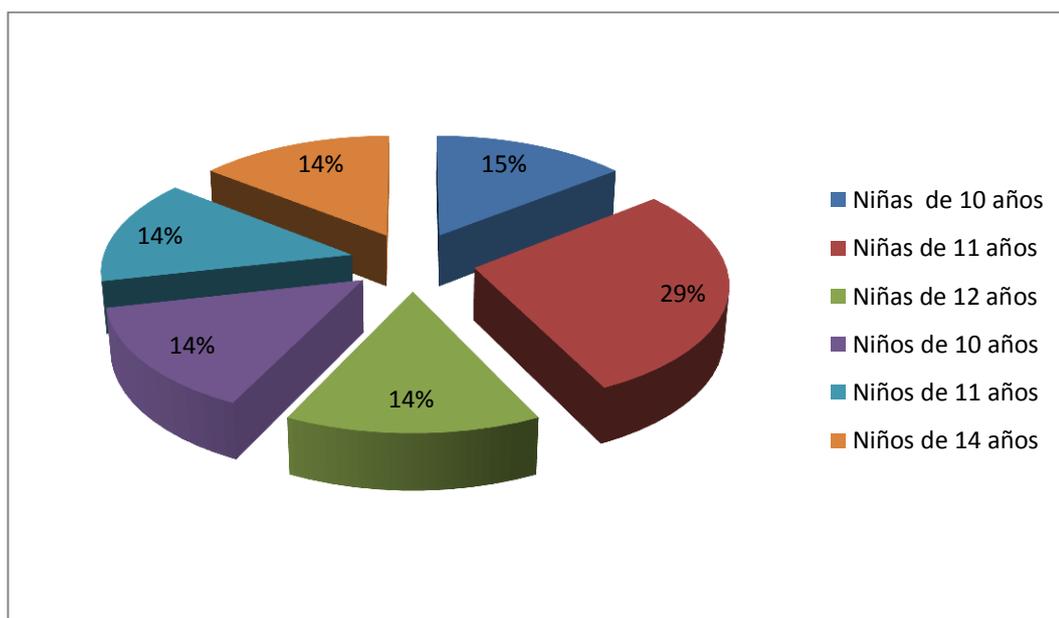
Grafico #1. Pacientes revisados según el sexo en la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso”



Fuente: Keyko Sauhing Muñoz

Análisis: se atendieron a 40% de niños y 60% de niñas.

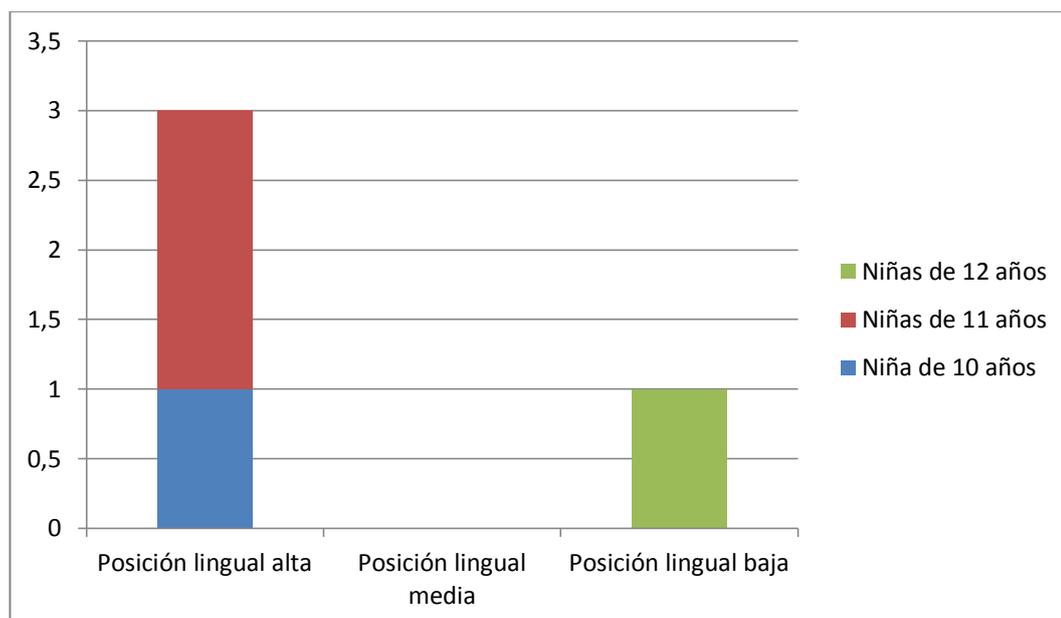
Grafico #2. Niños y niñas atendidos por edades de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso”



Fuente: Keyko Sauhing Muñoz

Análisis: en este cuadro se obtuvo el porcentaje de los niños y niñas de acuerdo a sus edades de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso”

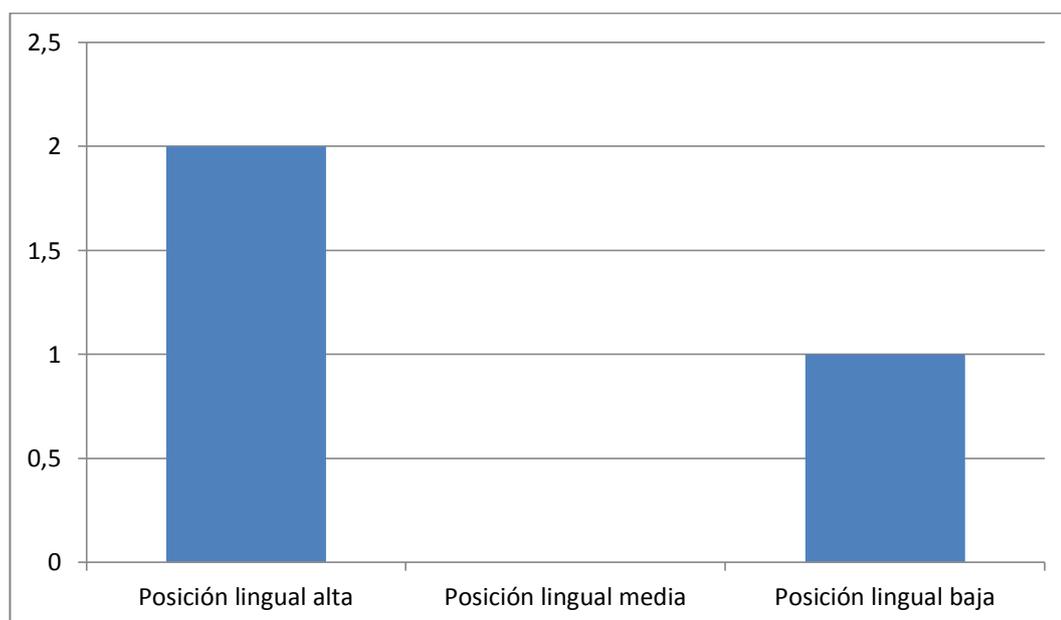
Grafico #3. Cuadro de Posición lingual durante la deglución en las niñas atendidos de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso”



Fuente: Keyko Sauhing Muñoz

Análisis: el 70 % de las niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso” presentan mal posición lingual durante la deglución en la Maxila y el 30% en la mandíbula.

Grafico #4. Cuadro de posición lingual durante la deglución en los niños atendidos de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso”



Fuente: Keyko Sauhing Muñoz

Análisis: el 70 % de los niños de la Escuela de Educación Básica Fiscal “Jorge Villacrés Moscoso” presentan mal posición lingual alta durante la deglución en la Mandíbula y el 30% en la maxila.

4. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación se concluye.

La identificación a edades tempranas de la posición de la lengua al momento de la deglución permite prevenir la maloclusión relacionada al hábito

La intensidad del hábito es un parámetro importantísimo para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento, ya que de ella depende el grado de afectación de los huesos y de la posición de las piezas dentarias.

Se obtuvo que en las niñas que la lengua en el 60% de los casos se ubica en posición alta es decir en la maxila en zona de incisivo lateral, canino y premolar. El 40% corresponde a una posición lingual baja con apoyo en la mandíbula a nivel de la zona de los molares

En el caso de los niños el empuje lingual durante la deglución es alta con un 60% en la zona de molares en la mandíbula, en cambio en el maxilar se obtuvo el 40% en la zona de molares que corresponde a una mal posición lingual baja.

5. RECOMENDACIONES

Se recomienda la visita de los niños en forma periódica al odontólogo a fin de poder identificar en sus inicios aquellos signos que se relacionan con el hábito de deglución atípica

La ortodoncia interceptiva a través de aparatología miofuncional permite eliminar el hábito mediante la reeducación de la posición de la lengua durante la deglución.

Se de tratar a los niños a edades tempranas para evitar que el hábito ocasione problemas que ameriten tratamientos más largos y complejos.

Se recomienda realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado según la edad del paciente, la intensidad y frecuencia del hábito.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar; Nieto; De la Cruz, 2011, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría.

Aristigueta, R. (1989). Ortodoncia preventiva clínica. 2da. Edición. Bogota Colombia: Ediciones Monserrate LTDA.

BORRAS, S., & ROSELL, C. (2005). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Serie: Patologías. ESPAÑA: NAU LIBRES.

Cerecedo Pastor, Ana (2002). Síndrome del respirador bucal.

Carmen Lugo, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones.

Donato G, L. L. (2009). Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y. Logopèdia , (16):12-15.

Durán von Arx J. Multifunction System "MFS". (2003). Las 8 claves de la matriz funcional. Ortodoncia clinica. (1):10-13.

Fernández Barrutia M, Muguerza Mourenza MD. (1997). La función interdisciplinar en el tratamiento de la succion digital. (4):244-250.

Ferrando Rovira C. (2007). Estudi comparatiu dels factors influents en la deglució atípica amb la deglució. Logopedia , (13):20-22.

Gonzalez María Fernanda, F. G. (2012). Maloclusiones asociadas al habito de succion digital. Revista latinoamericana de ortodoncia y ortopedia .

María, U. S. (2001). Dirección de Investigación, Caracas – Venezuela. "Normas para la Elaboración, Presentación y Evaluación de los Trabajos Especiales de Grado". Decanato de Postgrado y Extensión , 41.

Magendie, 1813, Deglución, 1era Edición.

Peña-Casanova J: Manual de logopedia. España. Ediciones Elsevier, 3era edición ilustrada. 2002

Queiroz Marchesan, I. .. ((2002)). Deglución-Diagnóstico y posibilidades terapéuticas Obtenido en la red mundial en Enero 2002: <http://www.cefac.br/> .

Rutz Varela, M. A. ((2002). Deglución, 3era Edición

Reyes Romagosa DE, R. R. (2007). Factores de riesgo. Acta odontologica venezolana , 45(3):1-14.

Selltiz, J. (1965; y Babbie, 1979). Deutsch y Cook,.

Segovia. (2000). Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución. Editorial Médica Panamericana.

Tamayo. (1991). Metodología de la Investigacion Cientifica.

Talley, katagiri, & Perez, 2007. Ortodoncia y Odontopediatría.

Ugalde Morales. (2009). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. ADM.

Vera A, C. E. (2001. Ortodoncia. 2007). Patrones de la Deglución

Zambrana Toledo Gozález, N. y. ((1998).

www.monografias.com/trabajos100/estructura-simple-lengua

ANEXOS

CASO #1



Figura #1. Paciente de 11 años, femenino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #2. Paciente de 11 años, femenino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #2



Figura #3. Paciente de 11 años, masculino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #4. Paciente de 11 años, masculino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #3



Figura #5. Paciente de 12 años, femenino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #6. Paciente de 12 años, femenino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #4



Figura #7. Paciente de 10 años, femenino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #8. Paciente de 10 años, femenino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #5



Figura #9. Paciente de 10 años, masculino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #10. Paciente de 10 años, masculino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #6



Figura #11. Paciente de 11 años, femenino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

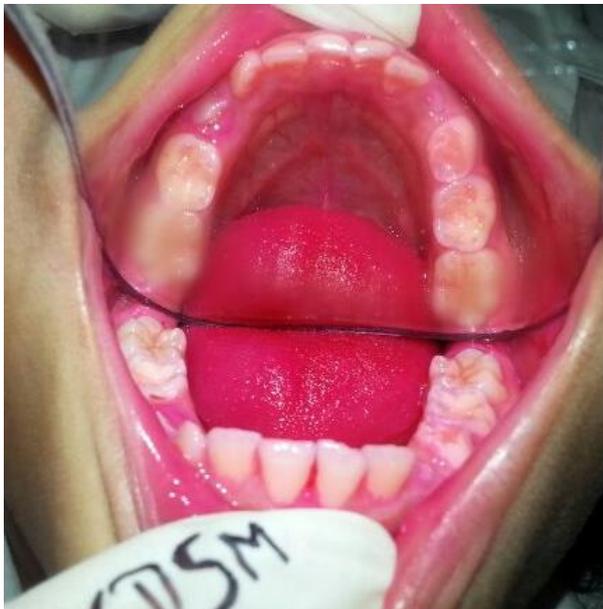


Figura #12. Paciente de 11 años, femenino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz

CASO #7



Figura #13. Paciente de 14 años, masculino, arcada superior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz



Figura #14. Paciente de 14 años, masculino, arcada inferior.

Fuente: Escuela "Jorge Villacrés Moscoso"

Atendido por: Keyko Daniella Sauhing Muñoz