UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CON ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MANEJO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Para obtener el diploma de
Especialista en Odontopediatría

PRESENTA

C.D. Lizeth Moreno Cortés

Comité tutorial

Directora
Dra. Martha Mendoza Rodríguez

Codirectora
CDEO. Beatriz Luengas Vicencio

ASESORES
CDEO. Carlo Eduardo Medina Solís
CDEO. Bertha Elvira Núñez Vigueras
CDEO. Mauricio Gamboa Fuentes

Pachuca de Soto, Hgo., México, octubre de 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CON ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MANEJO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Para obtener el diploma de
Especialista en Odontopediatría

PRESENTA

C.D. Lizeth Moreno Cortés

Comité tutorial

Directora
Dra. Martha Mendoza Rodríguez

Codirectora
CDEO. Beatriz Luengas Vicencio

ASESORES
CDEO. Carlo Eduardo Medina Solís
CDEO. Bertha Elvira Núñez Vigueras
CDEO. Mauricio Gamboa Fuentes

Pachuca de Soto, Hgo., México, octubre de 2025

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Advertencias

Cualquier trabajo de investigación no publicado postulado para el grado de posgrado y depositado en la modalidad de tesina en las bibliotecas de esta Universidad, queda abierta para inspección, y solo podrá ser usado con la debida autorización. Las referencias bibliográficas pueden ser utilizadas, sin embargo, para ser copiadas se requerirá el permiso del autor y el crédito se dará a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesina ha sido usada por las siguientes personas, que firman y aceptan las restricciones señaladas

La biblioteca que presta esta tesina se asegurará de recoger los datos de cada persona que la utilice.

Nombre	Dirección	Fecha

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Odontología
Department of Dentistry

UAEH PROGRAMA UNICO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS
CON ÉNFASIS EN ODONTOPEDIATRÍA

19 de junio del 2025
AAO/217/2025
Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.

El Comité Tutorial del **PROYECTO TERMINAL O TESIS** del programa educativo de posgrado titulado **"MANEJO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA: REPORTE DE CASO CLÍNICO"** realizado por el/la sustentante **LIZETH MORENO CORTÉS** con número de cuenta **348467** perteneciente al programa de **PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CON ÉNFASIS EN ODONTOPEDIATRÍA**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que el/la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 19 de junio de 2025

El Comité Tutorial

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO · UAEH · ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA

Dra. Martha Mendoza Rodríguez
Directora

CDEO. Beatriz Luengas Vicencio
Codirectora

Dr. Carlo Eduardo Medina Solís
Miembro del comité

CDEO. Bertha Elvira Núñez Vigueras
Miembro del comité

CDEO. Mauricio Gamboa Fuentes
Miembro del comité

C.c.p- Archivo

Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42170
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41523 y 41534
odontologia@uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Quiero iniciar este espacio con un profundo agradecimiento a quienes han sido pilares fundamentales en este recorrido, un trayecto lleno de aprendizajes, sacrificios y gratificaciones.

A mis padres por su amor incondicional y su apoyo constante. Gracias por ser mi refugio, por sus palabras de aliento y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Sin ustedes este logro no hubiera sido posible.

A mis hermanos, por su cariño y recordarme siempre la importancia de la familia. Gracias por ser mis compañeros de vida y por brindarme su apoyo de manera que a veces ni siquiera percibo, pero que siempre están ahí.

A mis maestros, quienes han sido fuente de inspiración y conocimiento. Gracias por compartir su sabiduría y por motivarme a ser mejor cada día.

Un agradecimiento especial a mis pacientes, quienes se convirtieron en mis mayores maestros. Cada sonrisa, cada palabra y cada historia compartida con ustedes me enseñó que la odontopediatría no es solo una profesión, si no un arte lleno de empatía y humanidad.

Con cariño Liz.

DEDICATORIA

A la niñez.

A esa etapa mágica que ilumina el mundo con risas sinceras, miradas curiosas, y corazones llenos de esperanza.

Dedico este logro a los niños, quienes inspiran con su valentía, su autenticidad, y su capacidad de enfrentar cada día con una sonrisa, incluso en los momentos más difíciles.

A sus historias que me han recordado la importancia de la empatía y el respeto. A sus sonrisas que me enseñaron el valor de cuidar con amor. A su confianza, que me enseñó a ser mejor profesionista y mejor ser humano.

Lizeth Moreno Cortés

ÍNDICE

RESUMEN 1
ABSTRACT: 2
INTRODUCCIÓN 3
Etiología 4
Clasificación etiológica de los hábitos: 4
Factores que modifican la acción de un hábito: 5
Clasificación de la deglución dependiendo del periodo de vida del ser humano. 7
Fases de la deglución: 8
Tipos de deglución atípica 9
Deglución con presión atípica del labio (interposición labial) 9
Deglución con presión atípica de la lengua 9
Deglución con contracción comisural 9
Diagnóstico 10
Terapéutica de la deglución atípica 11
OBJETIVO 14
PRESENTACIÓN DEL CASO 14
DISCUSIÓN 19
CONCLUSIÓN 21
REFERENCIAS 22
ANEXOS 24

RESUMEN

La deglución atípica es un trastorno miofuncional orofacial caracterizado por un patrón inadecuado de colocación lingual durante la deglución, el cual puede generar alteraciones en la oclusión, la función muscular y el desarrollo óseo maxilofacial. Se asocia con frecuencia a hábitos orales nocivos como la succión digital, el uso prolongado del biberón, la respiración bucal y una lactancia materna insuficiente. El diagnóstico clínico debe contemplar una evaluación detallada de la postura lingual, la dinámica muscular, y, en algunos casos, estudios complementarios de imagen. El abordaje terapéutico puede ser funcional, mecánico u ortopédico, o una combinación de estos, con el objetivo de reeducar la musculatura orofacial y eliminar hábitos disfuncionales. La intervención temprana, preferentemente en edad pediátrica, es clave para prevenir secuelas en la estructura y función del sistema estomatognático. Sin tratamiento este trastorno puede persistir en la adultez y comprometer tanto la función como la estética orofacial.

Objetivo: Describir la terapéutica de un paciente pediátrico con hábito de deglución atípica y proyección lingual, mediante aparatología ortopédica y terapia miofuncional.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 11 años y 10 meses con diagnóstico de osteomielitis en tratamiento, acude por malposición dental. Se identifica dentición mixta tardía, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, compresión transversal, proinclinación incisiva y hábito de deglución atípica con proyección lingual. El tratamiento se divide en tres fases: rehabilitación bucal, control de hábito mediante aparatología ortopédica fija y terapia miofuncional, seguida de fase de contención. Se observa mejoría clínica por lo que se remite a ortodoncia correctiva.

Conclusión: El manejo temprano y funcional de la deglución atípica en dentición mixta, mediante trampa lingual y botón de Nance, permitió eliminar el hábito y mejorar la mordida abierta. Este enfoque terapéutico demostró ser eficaz, reafirmando la importancia de una intervención oportuna y personalizada en pacientes en crecimiento.

PALABRAS CLAVE: Deglución atípica, proyección lingual, terapia miofuncional.

ABSTRACT:

Atypical swallowing is an orofacial myofunctional disorder characterized by an improper tongue placement pattern during swallowing, which can lead to alterations in occlusion, muscle function, and maxillofacial bone development. It is frequently associated with harmful oral habits such as thumb sucking, prolonged bottle use, mouth breathing, and insufficient breastfeeding. Clinical diagnosis should include a detailed evaluation of tongue posture, muscle dynamics, and, in some cases, complementary imaging studies. The therapeutic approach may be functional, mechanical, orthopedic, or a combination of these, aiming to retrain the orofacial muscles and eliminate dysfunctional habits. Early intervention, preferably during childhood, is key to preventing structural and functional sequelae in the stomatognathic system. Without treatment, this disorder can persist into adulthood, affecting both function and orofacial aesthetics.

Objective: To describe the treatment of a pediatric patient with atypical swallowing and tongue thrusting habits using orthopedic appliances and myofunctional therapy.

Case report: An 11-year and 10-month-old male patient, undergoing treatment for osteomyelitis, presented with dental malposition. Clinical findings included late mixed dentition, anterior open bite, posterior crossbite, transverse constriction, incisor proclination, and atypical swallowing with tongue thrusting. Treatment was divided into three phases: oral rehabilitation, habit control using fixed orthopedic appliances and myofunctional therapy, followed by a retention phase. Clinical improvement was observed, and the patient was referred for corrective orthodontics.

Conclusions: Early and functional management of atypical swallowing in mixed dentition using a tongue crib and Nance button successfully eliminated the habit and improved the open bite. This therapeutic approach proved effective, highlighting the importance of timely and personalized intervention in growing patients.

KEY WORDS: Atypical swallowing, tongue thrust, myofunctional therapy.

INTRODUCCIÓN

La deglución atípica se encuentra dentro de la clasificación de hábitos funcionales en de los primeros años de vida, sin embargo; su persistencia lo convierte en un hábito perjudicial o no fisiológico.

Se define como un trastorno miofuncional, que se caracteriza por la colocación inadecuada de la lengua entre las arcadas dentarias durante la deglución. Este hábito genera un cierre anterior que facilita el paso del alimento, pero no sigue el mecanismo fisiológico normal. (Campos, 2020)

Un hábito es una práctica adquirida que inicialmente es consciente, sin embargo; debido a la frecuencia de su ejecución se vuelve inconsciente o automática, cuando influye la frecuencia, la duración e intensidad provoca alteraciones óseas, dentales y musculares, originando maloclusiones, repercutiendo en la función orofacial. Entre las principales consecuencias se encuentran deformidades en el desarrollo de los maxilares, problemas en la mordida, desequilibrios en la musculatura facial y dificultades en la respiración, deglución y fonación. Estas alteraciones pueden influir en la estética afectando el desarrollo psicológico y social. (Vera Veloz & Gavilánez Villamarín, 2023)

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de las enfermedades bucales que afectan al ser humano. En América Latina se presentan en un 85% de la población infantil. (Álvarez Cervantes, de Santiago Tovar, & Monjaras Ávila, 2023)

En investigaciones recientes sobre hábitos orales reportan que la deglución infantil es un fenómeno relevante, un estudio realizado en india a 500 niños en edad preescolar reportó una prevalencia de 13.4%, en Colombia se reporta en un 67% en una población de 209 niños de 5 a 12 años de edad de los cuales 7.65% mostró interposición lingual, en Ecuador en 118 niños de 3 a 9 años de edad se reportó interposición lingual y labial en un 9% y 5% respectivamente, en México la

prevalencia de la mordida abierta anterior corresponde al 3.5% de las mal oclusiones en edades entre 8 y 17 años, mientras que en la población mexicana la mordida abierta se relaciona en un 96.6% a hábitos. Estos datos reflejan que la deglución infantil es un hábito frecuente y con variaciones según la población estudiada. (Campos, 2020), (Mejia Salinas, Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021), (Salame Ortiz, Amancha Salguero, Almendariz Ormaza, & Quiroz Molina, 2024)

Etiología

Existen hábitos funcionales o fisiológicos y perjudiciales o no fisiológicos, siendo los funcionales aquellos que sirven de estímulo para el crecimiento de los maxilares como lo es la masticación, deglución y respiración normal, los hábitos perjudiciales son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos causando maloclusiones como lo es la deglución atípica. Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés o aburrimiento (Parra Iraola & Zambrano Mendoza, 2018). Para otros autores la persistencia de la deglución infantil está relacionada con la lactancia materna inexistente o de corta duración, la succión digital o labial, el uso de chupetes, uso prolongado del biberón y respiración bucal, otras posibles causas, como alteraciones nerviosas y anatómicas a nivel orofacial, frenillos linguales o labiales cortos, hipertrofia o inflamación de las amígdalas, macroglosia y perdida prematura de los dientes temporales. (Vélez Sánchez & María Angélica, 2021), (Campos, 2020), (Mejia Salinas, Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Clasificación etiológica de los hábitos:

- **Instintivos**: se caracteriza por ser un hábito funcional, pero si persiste se considera perjudicial; como lo es la succión.
- **Placenteros**: ocasionan placer en el paciente como lo es la de succión digital y uso de chupón.

- **Defensivos**: en pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- **Hereditarios**: se encuentran relacionados con algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, las cuales tiene como característica algún hábito relacionado a dicha malformación, por ejemplo; inserción corta del frenillo lingual.
- **Imitativos**: estas son llevadas a cabo en la mayoría de los casos dentro del círculo familiar, como lo es la imitación de gestos y muecas al hablar. (Campos, 2020)

Factores que modifican la acción de un hábito:

1. **Duración:** pueden ser clasificados en:
- *Infantil*: Ocurre en un periodo de entre los 2 y 3 años de edad, donde se considera una actividad normal, sin ocasionar daño alguno.
- *Preescolar*: De 2 a 5 años, es ocasional, si es continúo o intenso puede provocar malposiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en la mayoría de los casos.
- *Escolar*: De los 6 a los 12 años, es necesario identificar el origen del hábito, pueden provocar malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas.
2. **Frecuencia**: Se refiere a la cantidad de veces que la actividad se repite, pueden ser diurnos o nocturnos.
3. **Intensidad**:
- *Poco intensa*: cuando no se ejerce la fuerza suficiente para provocar alguna alteración. (Reyes Romagosa, Rosales Rosales, Roselló Salcedo, & García Áreas, 2007)
- *Intensa*: el estímulo puede provocar un cambio y la contracción muscular es fácilmente apreciable.
4. **Edad**: cuando el hábito se realiza a edades tempranas el daño es mayor y persistente. (Vera Veloz & Gavilánez Villamarín, 2023)

Los hábitos que alteran la oclusión con mayor frecuencia son la deglución atípica, la succión digital y la respiración bucal. (Bezerra da Silva, 2018)

La deglución es una de las funciones más complejas y necesarias para el desarrollo de la vida humana y requiere de la actividad múltiple tanto de regiones cerebrales como de un control neuromuscular de estructuras como cavidad bucal, faringe y esófago. (Santos Prieto, Véliz Concepción, & Hurtado Santos, 2024)

La frecuencia de la deglución varia significativamente a lo largo de la vida y en función de diversos factores fisiológicos. En neonatos, la deglución es un proceso altamente frecuente, debido a la alimentación exclusiva con leche materna o formula, registrándose entre 600 y 1000 degluciones diaria. En lactantes y niños pequeños (6 meses-3 años), esta cifra puede aumentar hasta 1200 veces al día, dado que la transición de la alimentación líquida a semisólida y sólida implica una mayor actividad neuromuscular del sistema estomatognático. Durante la infancia y adolescencia (4-18 años), la frecuencia deglutoria oscila entre 1000 y 1400 eventos diarios, mientras que en adultos se observa un rango más amplio, entre 600 y 2600 degluciones por día, dependiendo de la actividad oral, la tasa de producción de saliva y los hábitos alimenticios. El proceso de deglución se intensifica durante la fonación y la masticación, mientras que su frecuencia disminuye notablemente en la fase del sueño. Con el envejecimiento, la frecuencia de deglución tiende a reducirse, situándose en un rango de 500 a 1000 degluciones diarias, lo cual se asocia a una menor producción salival y a posibles alteraciones en la función neuromuscular. (Vélez Sánchez & María Angélica, 2021), (Martín Zaldivar, García Pelaez, Exposito Martín, Estrada Verdeja, & Pérez Yanes, 2010)

La lactancia materna directa favorece la coordinación funcional de la lengua, la mandíbula y los labios, elementos esenciales para lograr una succión y deglución eficientes. Esta actividad desempeña un papel determinante en el adecuado desarrollo osteomuscular del complejo orofacial, promoviendo una oclusión correcta y disminuyendo la incidencia de maloclusiones en etapas posteriores. En contraste,

la alimentación no directa, particularmente mediante biberón, tiende a generar patrones de succión menos coordinados y modificaciones en la postura mandibular y lingual durante la alimentación, lo que incrementa el riesgo de alteraciones en el desarrollo orofacial, incluyendo maloclusiones y hábitos orales nocivos, que pueden persistir durante la infancia y la vida adulta. (Guzmán Baquedano, Granatto Maris, & Vazquez Fernández, 2024)

Durante los primeros meses de vida la lengua ocupa un lugar importante en la boca debido a las dimensiones craneofaciales, esta se adapta a una cavidad bucal reducida, hasta la segunda mitad del primer año que estas condiciones comienzan a cambiar, debido a procesos de maduración que alteran el funcionamiento de la musculatura orofacial, así como la erupción de los incisivos temporales que comienza a posicionar la lengua por detrás de estos y con el inicio de la oclusión bilateral de los molares, inicia la deglución madura. Cuando inicia el recambio dental la legua nuevamente se proyecta en esta zona, generalmente es temporal y cesa con la erupción de los dientes permanentes, por lo que no se considera un hábito pernicioso. (Munyo, Palermo, Castellanos, & Heguerte, 2020). Algunos autores mencionan que es hasta los 3 años de edad que se acepta como normal mantener separadas las arcadas durante la deglución, si esto continúa entonces se crean mordidas abiertas. (Alemán Sánchez, Gónzales Valdés, Díaz Ortega, & Delgado Díaz, 2007) (Campos, 2020)

Clasificación de la deglución dependiendo del periodo de vida del ser humano.

- *Deglución visceral o infantil*: presente desde el nacimiento hasta aproximadamente 2 años de edad, aunque puede extenderse hasta los 5 años de edad.
- *Deglución madura, adulta o somática*: este patrón se va estableciendo gradualmente conforme aparece la dentición permanente, al menor tamaño

proporcional de la lengua con respecto a la cavidad bucal, a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación. No se produce proyección lingual ni una postura adelantada. (Mejia Salinas M. d., Muñoz Rueda, Roldán Inñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Fases de la deglución:

- *Fase preparatoria oral*: consiste en la formación del bolo alimenticio, mediante la trituración de los alimentos y la mezcla de estos con saliva.
- *Fase oral*: en esta fase el bolo alimenticio es transportado desde el dorso de la lengua hasta la entrada de la faringe.
- *Fase faríngea*: el bolo alimenticio pasa desde la base de la lengua, a través del istmo de las fauces hasta la pared faríngea posterior.
- *Fase esofágica*: comienza inmediatamente después del pasaje del bolo alimenticio al esfínter esofágico caracterizado por contracciones musculares que permiten el transporte del alimento a lo largo del esófago hasta llegar al estómago. (Santos Prieto, Véliz Concepción, & Hurtado Santos, 2024)

Durante la deglución participan 30 músculos aproximadamente y 6 pares craneales: trigémino, facial, glosofaríngeo, vago, accesorio e hipogloso.

Una deglución normal en la edad adulta se caracteriza por:

1. Al tragar los dientes están en contacto.
2. La mandíbula está estabilizada, es decir que permanece en la misma posición.
3. La punta de la lengua se coloca contra el paladar, detrás de los incisivos.
4. Contracción mínima de los labios.
5. Ligera contracción del músculo temporal. (Mayoral J, 1984) (Reyes Romagosa, Rosales Rosales, Roselló Salcedo, & García Áreas, 2007)

Tipos de deglución atípica

Deglución con presión atípica del labio (interposición labial)

Este tipo de deglución se presenta en caso de resalte anterior o vestibuloversión, donde la mandíbula debe adelantarse para lograr el contacto labial. Sin embargo; durante la deglución, la mandíbula se retrae para ocluir, lo que provoca que el labio inferior se deslice y se apoye suavemente sobre las caras palatinas de los dientes anteriores superiores. Debido a que el labio superior no interviene en este proceso, tiende a volverse hipotónico y adquirir una apariencia más corta. En contraste, el labio inferior, al participar activamente, desarrolla hipertonicidad, al igual que los músculos del mentón. La falta de contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, lo que incrementa tanto el resalte como la sobremordida. (Mejia Salinas M. d., Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Deglución con presión atípica de la lengua

En este tipo de deglución, la lengua se posiciona entre los incisivos y, en algunos casos, también entre los premolares y molares, interfiriendo en la oclusión. Además, se observa una contracción en las comisuras labiales, lo que genera un acortamiento del arco dental a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Cabe destacar que los músculos elevadores de la mandíbula no presentan actividad contráctil durante este proceso. (Mejia Salinas M. d., Muñoz Rueda, Roldán Inñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Deglución con contracción comisural

Este tipo de deglución se caracteriza por la aparición de hoyuelos en las comisuras de la boca debido a la contracción de los músculos risorios. En estos casos, suele presentarse endognatia a nivel de los caninos, e incluso endognatia generalizada. Esto ocurre porque la lengua no contacta con el paladar durante la deglución, lo que impide su adecuada estimulación transversal. (Campos, 2020)

Diagnóstico

Realizar una anamnesis y exploración clínica registrando los hallazgos de importancia:

a) tipo de alimentación recibida desde el nacimiento

b) el inicio y finalización de cada etapa alimenticia

c) posibles dificultades en la masticación

d) cantidad de líquido que consume durante las comidas. (Vélez Sánchez & María Angélica, 2021), (Campos, 2020), (Virji, T Ng, Jayachandra, & C Heit, 2023)

Clínicamente:

a) postura del paciente (hombros girados hacia adelante, postura de cabeza adelantada)

b) alteración de los fonemas, alterando las letras: l, n, t, d, s, z.

c) labio superior hipotónico e inferior hipertónico

d) hipertonicidad del músculo de la borla del mentón

d) incompetencia labial

Bucalmente:

a) aprisionamiento atípico de la lengua por interposición lingual, puede ser anterior o lateral

b) protrusión de los incisivos superiores

c) retroinclinación de incisivos inferiores

d) tendencia a mal oclusión clase II

e) mordida abierta

d) colapso maxilar. (Bezerra da Silva, 2018) (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

Los problemas de deglución también pueden venir asociados con alteraciones de otras funciones como lo es la respiración bucal, formando parte de un cuadro clínico mayor, denominado “disturbios bucales miofuncionales”. (Vera Veloz & Gavilánez Villamarín, 2023)

Se sugiere el empleo de diversos estudios imagenológicos, como lo es el análisis cefalométrico a partir de una radiografía lateral de cráneo, la cual nos permite determinar la posición del hueso hioides en la vía aérea. La electromiografía de superficie es una herramienta recomendada, ya que facilita la evaluación de la actividad muscular durante las distintas fases de la deglución. Por otro lado, la ecografía en tiempo real es un método eficaz para observar los movimientos de la lengua en diferentes planos espaciales. (Campos, 2020)

Terapéutica de la deglución atípica

Se clasifican en métodos funcionales, mecánicos y mixtos.

Métodos funcionales (terapia miofuncional): utilizados comúnmente por el terapeuta del lenguaje, su objetivo es reeducar los músculos que intervienen en la deglución con ayuda de ejercicios enfocados en un patrón de deglución normal. (Vélez Sánchez & María Angélica, 2021)

Objetivos de la terapéutica para deglución atípica

1. establecer patrones de función adecuados que influyan positivamente en el desarrollo maxilofacial.
2. identificar y corregir hábitos nocivos.
3. mejora la estética facial a través de la correcta función muscular,
4. facilitar el tratamiento ortodóntico (Casadiego, y otros, 2020).

Ejercicios con la lengua: Sacar y meter la lengua manteniendo la boca abierta y sin rozar los dientes. Con la lengua fuera de la boca ensancharla y estrecharla de forma alternada. Colocar toda la lengua en el paladar y mantenerla durante 10 segundos mientras se abre y se cierra la boca. (La punta de la lengua no debe tocar los dientes). Coloca un trocito de oblea en la parte anterior del paladar, intentar

despegarlo realizando movimientos de la lengua hacia la parte posterior del paladar. (Mejia Salinas, Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Métodos mecánicos: busca orientar la posición de la lengua durante la deglución, también pueden actuar sobre la posición labial y muscular.

Rejilla lingual: Su función es evitar la proyección excesiva de la lengua hacia los dientes anteriores al mantener la lengua en una posición específica, la rejilla estimula la acción correcta de los músculos linguales, promoviendo una función adecuada durante la deglución. (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

Punzador de lengua: Su función es similar a la rejilla lingual, su diseño se basa en puntas agudas que sirven como recordatorio para una posición lingual correcta. (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

Bimler A: Actúa provocando retrusión en el maxilar, permitiendo que los incisivos superiores se verticalicen y causa protrusión mandibular y de los incisivos inferiores (Mejia Salinas M. d., Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021), incrementa la tonicidad del labio superior y profundiza el surco labial inferior mejorando la estética facial. (Rosero Mendoza, Mendoza Rodriguez, & Pin Oviedo, 2022)

Sistema Trainer: entrenan a los músculos del Sistema Cráneo-Cérvico Mandibular para desarrollar fuerzas que ayudan al crecimiento de las estructuras óseas cambiando la postura mandibular. Mediante su acción en los músculos de mejillas y labios, son una alternativa viable en aquellos casos donde el paciente requiere tratamiento de una maloclusión a temprana edad. (Mejia Salinas, Muñoz Rueda, Roldán Iñiguez, & Granda Loaiza, 2021)

Bionator clásico de Balters: provoca una acción pasiva estimulando el dorso lingual, elimina la acción restrictiva de la mucosa orbicular buccinadora, controla y evita la

extrusión de los dientes posteriores. (Salame Ortiz, Amancha Salguero, Almendariz Ormaza, & Quiroz Molina, 2024). Logra un cierre bucal cuando existe una incompetencia labial logrando un mayor contacto entre el paladar y la lengua. Corrige clases II, con protrusión dentaria y colapso maxilar. (Rosero Mendoza, Mendoza Rodriguez, & Pin Oviedo, 2022)

Frankel IV: actúa produciendo una expansión pasiva dentoalveolar por la acción de los escudos vestibulares y la tracción perióstica que estos producen en el fondo del vestíbulo. Evita la extrusión posterior y favorece la rehabilitación labial y lingual. (Salame Ortiz, Amancha Salguero, Almendariz Ormaza, & Quiroz Molina, 2024)

Métodos mixtos: integran aparatos con ejercicios miofuncionales específicos. (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

Botón de Nance: Utilizado en pacientes con maloclusiones que requieren una estabilización de molares como sobremordidas o mordida cruzada, ayuda a mantener la lengua en una posición adecuada evitando la proyección lingual excesiva, al estabilizar la posición de los molares y proporcionar un contacto adecuado con el paladar contribuye a una deglución efectiva. (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

Perla de Tucat: Estimula la lengua a adoptar una posición más posterior debido al contacto dinámico entre la perla y la lengua. (Rodriguez Yañez & Casasa Araujo, 2007)

La duración del tratamiento es diferente con cada paciente tomando en consideración la edad, persistencia del hábito y colaboración por parte del paciente, se ha observado que en pacientes pediátricos los cambios funcionales pueden lograrse en un periodo aproximado de 3 a 6 meses, siempre que exista una participación activa. Por otro lado, en adolescentes y adultos el proceso puede extenderse entre 6 meses y 1 año, especialmente en casos donde la deglución

atípica se encuentre profundamente instaurado o coexisten condiciones estructurales o funcionales asociadas. (Campos, 2020)

Una vez que el hábito ha cesado, el aparato debe continuar en boca por 3 a 6 meses evitando así recidivas. Una vez retirado se deben evaluar las condiciones oclusales y funcionales del paciente para instaurar la terapia correctiva de manera temprana. (Parra Iraola & Zambrano Mendoza, 2018)

OBJETIVO

Reportar el manejo de un paciente pediátrico, con dentición mixta tardía que presenta hábito de deglución atípica y proyección lingual con el objetivo de erradicar el hábito a través de aparataros ortopédicos en combinación con terapia miofuncional.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 11 años y 10 meses de edad, con el diagnóstico base de osteomielitis en tratamiento. Acude al servicio de odontopediatría con el motivo de consulta “mi hijo tiene los dientes chuecos”.

Cita 1: se realiza historia clínica, firma de consentimientos informados, exploración extra oral e intra oral donde se observa dentición mixta tardía acorde a la edad cronológica, adecuada higiene oral, lesiones de caries grado 4 de ICDAS en órganos dentales 36 y 46, movilidad grado 2 del órgano dental 64 relacionado a proceso de exfoliación, arcada superior en forma triangular e inferior en forma oval, desgaste en oclusal de molares, apiñamiento en incisivos inferiores, relación molar clase I de Angle bilateral, relación canina no valorable, mordida cruzada posterior izquierda, mordida abierta anterior de -4mm, sobremordida horizontal no valorable, línea media inferior no coincide, presentando deglución atípica, se le solicita radiografía panorámica, lateral de cráneo y modelos de estudio.

Cita 2: Se realiza profilaxis dental con pasta profiláctica marca prophytech, se instruye al paciente con técnica con técnica de cepillado Bass modificada, se reciben estudios antes solicitados.

En base a los estudios solicitados se realiza diagnóstico presuntivo y ruta clínica de tratamiento.

Diagnóstico

- Osteomielitis en tratamiento
- Frankel 4

Diagnóstico dental

- Caries grado 4 de ICDAS en órganos dentales 36 y 46. (Fig.1-C)
- Dentición mixta tardía
- Relación molar: Clase I de Angle bilateral (Fig.1-D, F)
- Relación Canina: no valorable bilateral
- Desviación de la línea media inferior 1 mm hacia la izquierda (Fig.1-E)
- Mordida abierta anterior (Fig.1-B)
- Mordida cruzada posterior izquierda (Fig. 1-E)
- Arcada dental superior: triangular (Fig.1-A)
- Arcada dental inferior: oval (Fig.1-B)
- Over bite: - 4 mm
- Over jet: no valorable
- Compresión transversal
- Incisivos superiores e inferiores: proinclinados y protruidos (Fig.1-B)
- Mesiorotaciones en centrales inferiores. (Fig.1-E)

Diagnóstico facial

- Facial: Dolicofacial (Fig. 2-B)
- Perfil: cóncavo (Fig.2-A)
- Labios: proquélicos (Fig. 2-A)

- Análisis de tercios: Tercio inferior aumentado en comparación a tercio medio y superior.
- Análisis de quintos: Asimétricos

Diagnóstico esqueletal (Fig. 2-D)

- Relación esquelética: Tendencia a Clase III por hipoplasia maxilar
- Tipo de crecimiento: Tendencia a crecimiento vertical por rotación a favor de las manecillas del reloj (CCW)

Radiografía panorámica (Fig. 2-E)

- Asimetría condilar izquierda de 5 mm análisis de Thilander
- Agenesia de terceros molares superiores e inferiores

Otros:

- Hábito de deglución atípica
- Hábito de proyección lingual

Plan de tratamiento

- Fase 1: Rehabilitación bucal del paciente.
- Fase 2: Manejo del hábito de deglución atípica y proyección lingual con aparatología ortopédica fija, iniciando con rejilla lingual, posteriormente botón de nance.
- Fase 3: Revaloración de caso y ortodoncia correctiva.

Cita 3: Inicio de fase 1: Bajo aislado absoluto con dique de hule marca Nic tone y grapa atraumática marca Keer, se procede a retirar lesión de caries con fresa de carburo #1 de bola, posterior a ello se realiza grabado selectivo con ácido ortofosfórico al 37% durante 20 segundos, posteriormente se lava durante 15 segundos, secando de forma indirecta con aire de la jeringa triple, se procede a colocar adhesivo universal de la casa comercial 3M con micro brush, una vez colocado se fotocura durante 20 segundos, se restaura cavidad dando anatomía

con resina microhíbrida 3M Filtek Z250, procedimientos realizados en órganos dentales 36 y 46.

Cita 4: Se inicia cita puliendo resinas con puntas de goma y pasta dimond polish, se procede a infiltrar 1.8 ml de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000 en fondo de saco correspondiente a órgano dental 64, se logra anestesia sin complicaciones y se procede a realizar sindesmotomía y luxación de órgano dental antes mencionado, se realiza extracción obteniendo hemostasia bajo digitopresión con gasa, posteriormente se dan indicaciones post operatorias.

Cita 4: Toma de registros modelos de estudio con hidrocoloide irreversible, fotografías intra y extra orales y registro de mordida con cera utility para planificación y confección de arco transpalatino con botón de Nance y rejilla lingual.

Cita 5: Inicio de fase 2 cementando arco transpalatino con botón de Nance y rejilla lingual con ionómero de vidrio tipo I (Ketac Cem), se toman fotografías intra orales. (Fig.3) Se da cita de control en tres meses.

Cita 6: Posterior a 3 meses se observa mejoría en cuanto a la mordida abierta anterior obteniendo un overjet de 1.5mm y un overbite de 1 mm, tomando como referencia al órgano dental 21, se da cita en 2 meses. (Fig.4)

Cita 7: Se mantienen los valores de overjet y overbite de la última cita, por lo que se decide retirar la trampa lingual y mantener el botón de Nance para continuar con ejercicios miofuncionales, se indica al paciente colocar la punta de la lengua sobre acrílico del botón de Nance manteniéndola durante 10 segundos al mismo tiempo que abre y cierra la boca, realizar ejercicio en repetidas ocasiones durante el trascurso del día, manteniendo aparatología tres meses como fase de contención a partir del mes de febrero del 2024. (Fig.5)

Cita 8: Se concluyen los 3 meses de contención con el objetivo de evitar recidivas. El paciente continúa en fase 3 del tratamiento la cual consiste en ortodoncia correctiva por parte del especialista en ortodoncia (remisión). (Fig.6)

DISCUSIÓN

La deglución atípica es considerada un hábito disfuncional que implica una alteración en el patrón normal de deglución, caracterizado por la interposición lingual entre los dientes durante la deglución. Esta disfunción puede generar o perpetuar maloclusiones, siendo la mordida abierta anterior una de las más comunes. La persistencia de este hábito puede afectar negativamente el desarrollo orofacial, el equilibrio muscular y la función lingual, por lo que su abordaje temprano es fundamental para prevenir complicaciones mayores a largo plazo. (Campos, 2020), (Vera Veloz & Gavilánez Villamarín, 2023)

En el caso clínico presentado, se logró una reducción significativa de la mordida abierta anterior en un periodo de tres meses mediante el uso combinado de una trampa lingual y un botón de nance. Este resultado resalta la efectividad de una intervención ortopédica miofuncional en una etapa de crecimiento activa, permitiendo la eliminación del hábito de interposición lingual y una corrección esquelética y dentoalveolar simultánea.

Al comparar estos resultados con los reportados por Chica M. (2020) en su estudio “tratamiento en pacientes con deglución atípica mediante rejilla lingual para mejorar la mordida abierta anterior”, se observa que ambos tratamientos compartieron el objetivo de controlar el hábito y cerrar la mordida. En el estudio mencionado, se utilizó una rejilla lingual durante cuatro meses para eliminar la interposición lingual, seguida de una fase de mantenimiento con la perla de Tucat para estimular la correcta posición de la lengua. En cambio, en el presente caso la integración de la trampa lingual como mecanismo de interrupción del hábito, junto con el botón de nance como medio de anclaje y control transversal, permitió observar resultados positivos en un periodo más corto (tres meses). (Zamora Cusco, 2024)

Por otro lado, Cozza (2006) también respalda la efectividad del uso de dispositivos como la rejilla palatina en pacientes en crecimiento con mordida abierta anterior

relacionada con deglución atípica. Su estudio demostró una corrección promedio de 3.6 mm más en el grupo tratado respecto al grupo control. Aunque no se midió cuantitativamente la magnitud de la corrección en el presente caso, clínicamente se observó una mejora considerable en la oclusión anterior, así como una disminución notable en la interposición lingual durante la deglución. (Ríos Ruíz & Lavado Torres, 2021) (Cozza, Baccetti, Franchi, & McNamara Jr, 2006)

Estos hallazgos sugieren que, si bien existen múltiples enfoques terapéuticos efectivos para abordar la deglución atípica, la selección adecuada del dispositivo, el tiempo de intervención y la cooperación del paciente pueden influir significativamente en los resultados. En este caso la combinación de aparatología fija y control funcional demostró ser una estrategia eficaz para interrumpir el hábito y promover un desarrollo orofacial más armónico en corto plazo.

CONCLUSIÓN

El presente caso clínico demuestra que el abordaje temprano y funcional de la deglución atípica durante la etapa de dentición mixta puede generar resultados clínicos favorables en un periodo corto de tiempo. La utilización combinada de la trampa lingual y el botón de nance permitió interrumpir eficazmente el hábito de interposición lingual y contribuir a la corrección de la mordida abierta anterior.

Este enfoque terapéutico representa una alternativa efectiva frente a otras modalidades reportadas en la literatura, mostrando que, con una adecuada selección del tratamiento y un seguimiento constante, es posible obtener cambios significativos en la función y en la oclusión en pacientes en crecimiento. La intervención oportuna y personalizada sigue siendo clave en el éxito del manejo de hábitos orales disfuncionales como la deglución atípica.

REFERENCIAS

Alemán Sánchez , P., Gónzales Valdés, D., Díaz Ortega, L., & Delgado Díaz, Y. (abril-junio de 2007). Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Revista cubana estomatológica.

Álvarez Cervantes, J., de Santiago Tovar, J., & Monjaras Ávila, A. J. (05 de diciembre de 2023). Maloclusiones. Problema de Salud bucodental, Revisión narrativa. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, págs. 79-86.

Bezerra da Silva , L. A. (2018). Tratado de odontopediatría. Caracas: Amolca.

Campos, R. (mayo de 2020). Deglución atípica: una revisión. Saluta(2), págs. 24-33. doi:10.37594/saluta.v1i2.586

Casadiego, W., Sanabria, M., Zerpa, N., Quiros, O., Flores, Y., & Quiros, O. (2020). Terapia miofuncional en pacientes respiradores bucales. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Cozza, P., Baccetti, T., Franchi, L., & McNamara Jr, J. (2006). Treatment effects of a modified quad-helix in patients with dentoskel. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, junio.

Guzmán Baquedano , D., Granatto Maris, S., & Vazquez Fernández, P. (julio-diciembre de 2024). Impacto de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo orofacial: Una revisión sistematizada. Revista científica signos fónicos, págs. 26-37.

Martín Zaldivar, L., García Pelaez, S., Exposito Martín , I., Estrada Verdeja, V., & Pérez Yanes , Y. (noviembre de 2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Archivo médico de Camagüey, págs. 1-13.

Mayoral J, M. G. (1984). Fisiología Dentomaxilofacial (4ta ed.). La Habana, Cuba: Cientifíco Técnica. Recuperado el Abril de 2025

Mejia Salinas, M. d., Muñoz Rueda, E. d., Roldán Inñiguez, S., & Granda Loaiza, A. (04 de abril de 2021). Deglución atípica, diagnóstico y alternativas de tratamiento. Revista científica UOD: Universidad Odontológica Dominicana, págs. 1-9.

Mejia Salinas, M. d., Muñoz Rueda, E. d., Roldán Iñiguez, S., & Granda Loaiza, A. M. (04 de enero de 2021). Deglución atípica, diagnóstico y alternativas de tratamiento. Revista científica: UOD, 9(1).

mmaamamammama. (2025). Habitos . Pediatric , 43-48.

Munyo, A., Palermo, S., Castellanos, L., & Heguerte, L. (31 de mayo de 2020). Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. Archivos de pediatría del Uruguay, págs. 161-165.

Parra Iraola, S. S., & Zambrano Mendoza, A. G. (2018). Hábitos deformantes orales en prescolares y escolares. Revisión sistemática. International Journal of Odontostomatology, 188-193.

Reyes Romagosa, D., Rosales Rosales , K., Roselló Salcedo , O., & García Áreas , D. (2007). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Acta Odontologica, 45(3), 394-401.

Ríos Ruíz, H., & Lavado Torres, A. (08 de julio de 2021). Tratamiento de mordida abierta anterior causado por hábito de deglución atípica. Revista KIRU, págs. 160-171.

Rodriguez Yañez, E. E., & Casasa Araujo, R. (2007). 1.001 tips en ortodoncia y sus secretos. Colombia: AMOLCA.

Rosero Mendoza, J. I., Mendoza Rodriguez, F. A., & Pin Oviedo, G. V. (09 de junio de 2022). Tratamiento ortopédico de pacientes clase II división 1. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, págs. 70-84.

Salame Ortiz, V. A., Amancha Salguero, K. B., Almendariz Ormaza, D. N., & Quiroz Molina, J. J. (mayo de 2024). Tratamiento de mordida abierta anterior por hábitos y su estabilidad a largo plazo. Revista información científica, 103. doi:https://zenodo.org/uploads/10950590

Santos Prieto, D., Véliz Concepción, O. L., & Hurtado Santos, L. (2024). Fundamentos sobre la deglución eficiente para la salud del sistema estomatognático. Revista ccientífica Villa Clara, págs. 1-23.

Vélez Sánchez, C., & María Angélica , T. (04 de julio de 2021). Disfunción lingual y su impacto en el desarrollo del complejo dentomaxilofacial. Revisión sistémica. Revista científica especialidades odontológicas UG, 4(4), págs. 2-16. doi: https://doi.org/10.53591/eoug.v4i2.1239

Vera Veloz, A., & Gavilánez Villamarín , S. (26 de noviembre de 2023). Hábitos parafuncionales como factor etiológico en pacientes con discrepancia hueso-diente según la clasificación de Angle. Revista de ciencias médicas de Pinar del Río, págs. 1-22.

Virji, S., T Ng, E., Jayachandra, S., & C Heit, T. (2023). A case study on myofunctional therapy and malocclusions created by oral habits. Canadian Journal of Dental Hygiene, 61-68.

Zamora Cusco, J. (26 de enero de 2024). Tratamiento en paciente con mordida abierta anterior por deglución atípica mediante rejilla lingual y Perla de Tucat. Trabajo académico. Chimbote, perú.

ANEXOS

Fuente: propia

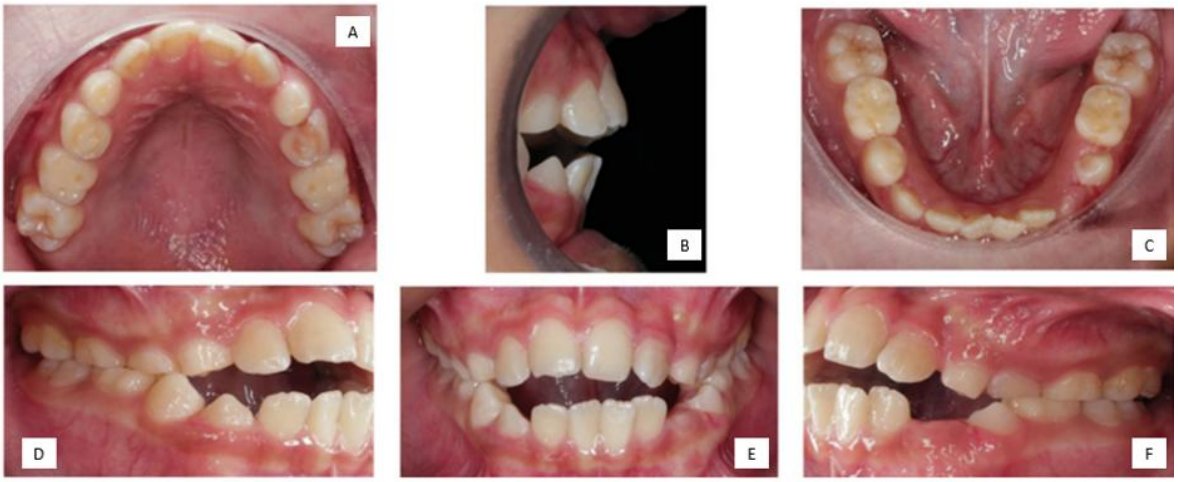

Figura 1. Fotografías iniciales: A) arcada triangular, desgaste oclusal. B) mordida abierta anterior, incisivos superiores e inferiores proinclinados y protruidos. C) arcada inferior oval, caries grado 4 de ICDAS en órganos dentales 36 y 46, erupción activa de órgano dental 43, desgaste oclusal. D) Clase I molar de Angle derecha, relación canina no valorable. E) mordida cruzada posterior izquierda, línea media inferior desviada hacia la izquierda. F) Clase I molar de Angle izquierda, erupción activa de órgano dental 33 y 34.

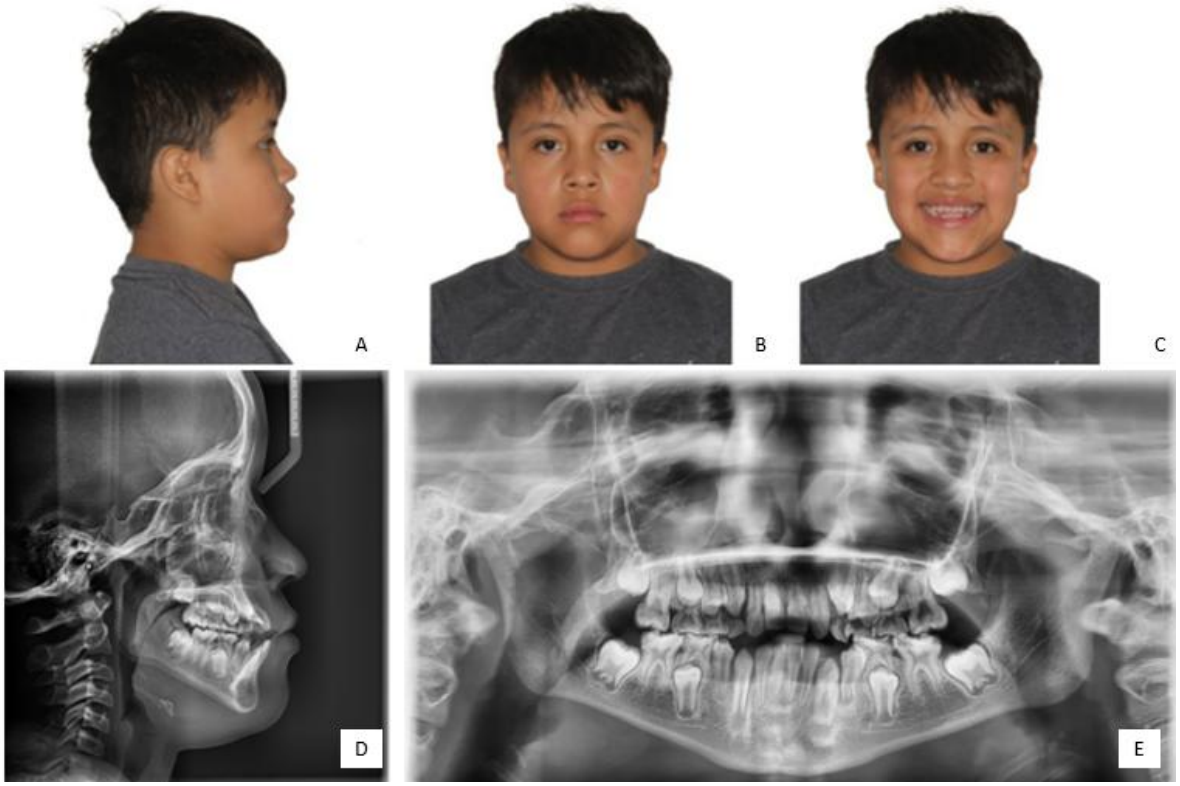

Figura 2. Fotografías extra orales A) perfil prognático labialmente convexo. B) dolicofacial, tercio inferior aumentado C) sonrisa media. D) radiografía lateral del cráneo, tendencia a Clase III por hipoplasia maxilar. E) radiografía panorámica, asimetría condilar izquierda, vías aéreas comprimidas, agenesia de terceros molares, reabsorción radicular patológica localizada en incisivos superiores e inferiores.

Figura 3. Colocación de botón de Nance con trampa lingual con bandas (noviembre 2023)

Figura 4. Evolución al tercer mes de tratamiento (febrero 2024)

Figura 5. Evolución al quinto mes de tratamiento (abril 2024).

Figura 6. Evolución al sexto mes de tratamiento (mayo 2024)