

DE ALGUNOS años a la fecha hemos visto aparecer en nuestra clientela, pacientes con cuadros patológicos que se han llamado: "malos hábito de lengua" o mejor dicho: malos hábitos orofaciales.

Estos pacientes, en un principio fueron remitidos exclusivamente por el ortodoncista, pero actualmente, también los remite el dentista general y el médico pediatra, también el cirujano plástico empieza a referir algunos casos y el médico foniatra y el terapeuta del lenguaje han encontrado con frecuencia, este cuadro patológico entre los pacientes referidos por simples alteraciones de lenguaje.

De todas maneras, es el ortodoncista el más interesado en la resolución de este problema, ya que él se dedica a corregir las alteraciones de la estructura bucal y, si la lengua es la causa de los problemas de dicha estructura, es necesario corregir los movimientos anormales de ella, para impedir mayores defectos, o para evitar el fracaso del tratamiento ortodóncico.

Se ha dado en llamar "protrusión lingual" a un síndrome, caracterizado por la mala utilización de la musculatura de la cara y en especial de la lengua; estas alteraciones de la fisiología de la deglución, va a determinar deformaciones en las estructuras óseas y en la implantación de las piezas dentarias.

MECANISMO DE LA DEGLUCIÓN

Este mecanismo es variado en todas las especies; en los mamíferos, el alimento es tomado por prehensión de los incisivos y sólo en el hombre el pasaje deglutorio está en el mismo trayecto del cerebro y

ésto convierte a dicho proceso en un acto complicado que no presenta el animal.

El fenómeno de la deglución en el hombre, se lleva a cabo por un trayecto estrecho y en el cual la lengua tiene que hacer que el bolo alimenticio resbale hacia atrás, logrando ésto con un movimiento del dorso de la lengua y con un apoyo anterior y superior.

Cuando este acto no se efectúa de manera correcta, es causa de las ya citadas malformaciones de las estructuras orofaciales y además, de defectos de articulación del lenguaje y de trastornos en la ingestión y digestión de alimentos, que ocasionan alteraciones de la nutrición.

También los labios intervienen en el acto deglutorio y en los casos de protrusión lingual encontramos frecuentemente el cuadro denominado "labio triangularis" o sea, los labios hipertónicos que ayudan exageradamente el acto deglutorio; también encontramos en ocasiones, hipotonía de los labios especialmente en los casos de parálisis facial o defectos de la musculatura o de la inervación.

El prognatismo y el petrognatismo también pueden ser los causantes de una protrusión lingual, ya que según el caso, la lengua será demasiado grande o demasiado pequeña para la cavidad bucal; sin que se trate en estos casos de verdadera macroglosia o microglosia.

Entre las alteraciones de la arquitectura bucal que pueden ocasionar el síndrome de protrusión lingual, también encontramos la hipertrofia, adenoidea o amigdalina o la asociación de ambas, y ocasionalmente la hipertrofia de la amígdala lingual.

Cuando el ápice lingual se apoya en la arcada superior para iniciar el movimiento reptante del dorso de la lengua en el acto deglutorio, se ha efectuado la deglución normal, pero cuando el ápice lingual se coloca detrás de los dientes de la arcada superior o inferior, o de ambas, entonces estamos en presencia de un mecanismo defectuoso en el que también podemos encontrar apretamiento excesivo de los labios o franca succión del labio inferior que se dirige hacia la cavidad bucal.

HISTORIA

Por los años de 1959 a 1960, un gran número de ortodoncistas reportaron fracasos en sus tratamientos y mencionaban que en algunos pacientes en los que se había obtenido éxito con el tratamiento orto-

dónico, después de algún tiempo reaparecía el defecto y la desviación dental.

Hacia esa misma época *Negus*, en Inglaterra, reportó un estudio completo del fenómeno de la deglución en los animales y en el hombre; dichos estudios fueron realizados por el método radiocinematográfico.

Este autor demostró que la deglución es un fenómeno completamente distinto en los animales, los cuales para tragar proyectan la lengua hacia afuera para que el bolo alimenticio resbale al istmo de las fauces y de ahí al esófago, y esto se produce porque la faringe de los animales es muy pequeña y está en una posición que sigue el mismo trayecto longitudinal de las fauces; en cambio en el hombre la faringe es muy grande y está colocada en ángulo recto con la cavidad bucal y de ahí se derivan una serie complicada de movimientos de la lengua, que se pueden resumir: en un aperturamiento de la misma en su base, para disminuir enseguida dicho aperturamiento en el mismo momento en que el ápice lingual se dirige hacia arriba y se coloca inmediatamente por detrás y arriba del reborde dental superior.

En estos estudios, *Negus* descubrió que un gran número de personas verificaban el movimiento deglutorio de manera similar a como lo hacen los animales, es decir que al momento de abrir el istmo de las fauces proyectaban la punta de la lengua, no hacia arriba sino hacia adelante, empujando frecuentemente las piezas dentarias anteriores y ejerciendo con ello una presión pequeña pero constante sobre las estructuras dentarias, que con el tiempo ocasionan un desequilibrio funcional de toda la musculatura de la cara, ya que hay que recordar, que por término medio se deglute cada medio minuto durante el día y cada minuto durante la noche, pues además de la ingestión de alimentos y líquidos debemos tener presente que se deglute aire y saliva.

ETIOLOGÍA

Precisando la etiología de los malos hábitos orofaciales se ha encontrado una enorme variedad entre las que podemos destacar:

1. La hipertrofia de las amígdalas y adenoides, que cuando tienen un volumen considerable rechazan la base de la lengua hacia adelante y pueden producir la protrusión lingual. En estos casos el tratamiento deberá ser primeramente quirúrgico y después rehabilitatorio.

2. La exageración de la curva cervical de la columna vertical, provoca una exagerada proyección de la pared posterior de la faringe, lo que acarrea un desplazamiento de la base de la lengua hacia adelante. Esta malformación es por fortuna bastante rara y requiere tratamiento ortopédico y rehabilitatorio.

3. Se ha citado como una causa productora de mal hábito orofacial, el hábito de chuparse el dedo, y se dice que al apoyar la cara palmar del pulgar sobre el paladar, se logra un desplazamiento de los incisivos superiores al mismo tiempo que un hundimiento del paladar óseo hacia arriba, lo que va a producir el paladar ojival, que si es muy acentuado, no proporciona espacio suficiente al ápice lingual para colocarse en la posición de apoyo del tragado y en consecuencia, se produce el mal hábito lingual.

4. También se ha citado, que el uso del biberón y del chupón, por su forma rígida producen este mal hábito, pues además de la rigidez de estos artefactos, en tratándose del biberón que es de paredes duras y con elasticidad muy limitada, se obtiene un flujo incontrolable de líquido que obliga al niño a proyectar la punta de la lengua hacia el centro y adelante para controlar en esa forma la salida del alimento, y en consecuencia se llega a adquirir el mal hábito de posición lingual.

En los estudios que se han hecho al respecto, se ha encontrado, en primer lugar, que la actividad muscular tanto de la respiración como de la ingestión de alimentos es proporcionalmente tres veces mayor en el lactante, que en el adulto y en el lactante se aprecia que el músculo digástrico es aproximadamente el doble de fuerte que en el adulto y como éste músculo, es el principal responsable del movimiento hacia adelante y atrás de la mandíbula, nos hace apreciar que efectivamente es este movimiento mandibular, el que más efectúa el lactante en el acto deglutorio; además, se ha comprobado que la succión del niño es insuficiente para la extracción de la leche del pezón y en consecuencia es la presión de la mandíbula la que ayuda a realizar la extracción de la leche; como el pezón es fácilmente depresible, la mandíbula no sufre deformaciones que en cambio sí se producen por la rigidez de las mamilas habituales.

Existen inclusive chupones especiales que tratan de corregir estas deficiencia, pero su uso no se ha generalizado.

Respecto a las causas etiológicas mencionadas en los últimos incisos, 3 y 4, aún tenemos algo de reserva, ya que al menos en nuestro medio, no se ha verificado un estudio completo que demuestre con estadísticas la veracidad de estos conceptos.

5. Una causa estudiada poco hasta la fecha, es la del niño chupador de labios, o mejor dicho "moja-labios" que es el que constantemente está humedeciendo los labios con la lengua y que es un hábito que puede desencadenarse por una obstrucción nasal permanente o transitoria que al condicionar la respiración bucal ocasiona sequedad de los labios y obliga al humedecimiento continuo de ellos. A últimas fechas hemos comprobado la frecuencia, bastante considerable, de esta alteración.

También se citan como etiología desencadenante de este trastorno, algunas alteraciones endocrinológicas, como el mixedema que produce macroglosia y que requiere ante todo un tratamiento médico y en ocasiones quirúrgico.

Es indudable que habrá que agregar a todas estas etiologías, los hábitos que la vida moderna imponen, especialmente en lo referente a nuestra actual alimentación que es en términos generales sumamente blanda y este factor es casi más acentuado en los Estados Unidos de Norte América que en nuestros países y a ello, puede deberse que este trastorno se encuentre con mayor frecuencia en esos países de alto nivel socio-económico; sin embargo, falta difundir el estudio de este defecto y su tratamiento, para poder comprobar el verdadero número de casos que se presentan en nuestros países.

Por lo que respecta a México, sí es notorio que una gran parte de estos casos patológicos se encuentran en residentes norteamericanos y en gentes de posición social elevada de nuestro medio; sin embargo, esto puede estar ocasionado, porque es esta parte de población la que tiene más a su alcance el tratamiento ortodóncico y en consecuencia, es la que más acude a tratamiento.

No hay que olvidar, que el tratamiento del mal hábito de lengua es de tipo ortodóncico y rehabilitatorio.

Por lo que se refiere al tratamiento rehabilitatorio, deberá comprender no solamente la corrección del mal hábito lingual, sino también la corrección de la masticación, así como la corrección de los defectos de articulación del lenguaje, que algunas veces son consecuen-

cia del mal hábito lingual y en ocasiones son los defectos articulatorios los desencadenantes de la protrusión lingual.

Concretándonos a lo referente al acto deglutorio defectuoso, diremos que existen ejercicios que hay que enseñar al paciente para fortalecer la musculatura lingual y hacer que los movimientos de la lengua sean controlados en una posición determinada; por la repetición constante y prolongada de las distintas posiciones que se deben realizar, se logra el movimiento automático e involuntario de una masticación correcta y de una posición de tragado que no ocasiona deformaciones en la estructura orofacial.

Estos ejercicios se aplican con una frecuencia de dos veces por semana y con una duración de veinte a treinta minutos por sesión, debiéndose solicitar al paciente que los practique en su domicilio de diez a veinte minutos, tres veces al día. Las prácticas domiciliarias deberán ser hechas al igual que con el terapeuta con ayuda de un espejo. El médico-foniatra revisará periódicamente la ejecución de los ejercicios y en especial la posición deglutoria.

Una vez que se hayan enseñado todos los ejercicios correctores, debe exigirse al paciente la ejecución y práctica de los mismos, durante un tiempo aproximado de dos meses, durante los cuales los hará con la misma frecuencia que durante su aprendizaje. Cada mes deberá acudir al médico-foniatra para que se descubran posibles vicios adquiridos y se le continúa exigiendo la correcta posición de apoyo lingual durante el tragado; a partir de esta fecha se pide una práctica de una sesión al día y se mantiene en vigilancia durante un término aproximado de seis meses, durante el cual puede aumentarse o disminuirse la frecuencia de ejecución de los ejercicios según se aprecie la automatización del nuevo hábito de deglución. Posteriormente, toca al ortodoncista decidir si se ha mantenido el hábito correcto o es necesario enviar nuevamente al paciente a períodos de reeducación corta, que establezcan de nuevo, el hábito normal.