

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Fonoaudiología

Rosario - Argentina

2023

*Estudio descriptivo acerca de las maloclusiones más frecuentes en
pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias,
según la perspectiva que poseen los Ortodoncistas de la ciudad de
San Nicolás de los Arroyos en el año 2022.*

Alumnas:

Castagno, Manuela

Chiuchi, Azul María

Con la supervisión de:

Lic. en Fonoaudiología Ingaramo, María Lorena

Lic. en Fonoaudiología Cialoni, Josefina

Tesina presentada por:

Castagno, Manuela
Chiuchi, Azul María

Con la supervisión de:

Cialoni, Josefina
Ingaramo, María Lorena

Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, a los.....días del mes de..... del año.....

Legajos: C-2537/2 y C-2526/7

Agradecimientos

Agradecemos a la prestigiosa Universidad Nacional de Rosario y a la Facultad de Ciencias Médicas por permitirnos formarnos tanto personal como profesionalmente.

Así como también a cada docente de la carrera de Fonoaudiología; haciendo mención especial a las tutoras de Tesina, Lorena y Josefina, por acompañarnos en este proceso con sabiduría y confianza.

Gracias a todas las personas que nos apoyaron en este proyecto y colaboraron durante el trabajo de campo brindando datos de interés investigativo

Por último, agradecemos a nuestras familias que nos acompañaron en este largo camino y fueron un sostén indispensable durante toda la carrera.

ÍNDICE

RESUMEN	3
A) CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
3. PROBLEMA	30
4. VARIABLES	31
5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
6. DISEÑO METODOLÓGICO	37
7. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	38
8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	40
B) CONTEXTO DE REALIDAD	41
1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	42
C) CONTEXTO DE JUSTIFICACION	51
1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN.....	52
2. CONCLUSIONES	63
3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS	69

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal investigar y describir, acerca de las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias según la perspectiva de los Ortodoncistas de la Ciudad de San Nicolás de los Arroyos en el año 2022. El grupo objeto de estudio estuvo conformado por un total de 21 Ortodoncistas. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario autoadministrado a través de un formulario de Google Drive, que los profesionales respondieron de forma voluntaria y anónima.

A partir del análisis e interpretación de los datos se concluye que, las maloclusiones más frecuentes según la perspectiva de los Ortodoncistas han sido, en el plano vertical la “mordida abierta anterior” (90%), en el plano sagital la “distoclusión” (85%) y en el Transversal la “mordida cruzada unilateral” (62%).

Por otro lado, se indagó acerca de los aspectos relevantes considerados por los Ortodoncistas para dar cuenta de una alteración deglutoria. En base a esto se concluyó que los mismos fueron: “interposición lingual” (90%), “Participación de la musculatura perioral” (76%) e “interposición del labio inferior” (67%).

Otros de los objetivos de dicha investigación fueron conocer la necesidad del trabajo interdisciplinario entre Fonoaudiología y Odontología, y describir los beneficios que el mismo aporta desde la perspectiva odontológica. La totalidad de los Ortodoncistas (100%) consideró necesario el trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo. Entre las justificaciones brindadas por los Ortodoncistas, se aludió que es imprescindible el trabajo en conjunto de ambas disciplinas, ya que aportan grandes beneficios que contribuyen a la estabilidad mantenida en el tiempo.

A) CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO

I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son alteraciones oclusales dadas por una falta de armonía en la forma y función de los diferentes niveles; ya sea óseo, dentario y/o neuromuscular, manifestándose en los tres planos del espacio y modificándose con el tiempo.

Es interesante investigarlas dado que pertenecen al sistema estomatognático, el cual es abordado por profesionales Odontólogos y Fonoaudiólogos. El Odontólogo se encarga de trabajar sobre las estructuras de dicho sistema, mientras que el Fonoaudiólogo se encarga de las funciones realizadas por las mismas. Ambas profesiones son distintas pero complementarias ya que la forma y la función se encuentran íntimamente vinculadas.

Por lo expuesto, es relevante plantear que, el trabajo en equipo tiene que ver con el poder enfrentar un problema en común a varias especialidades, es decir, abordarlo desde diferentes perspectivas, con un solo objetivo, priorizando al paciente.

A su vez, se investigó acerca de los aspectos relevantes considerados por los Ortodoncistas para dar cuenta de una alteración deglutoria. Se busca así, promover y favorecer el trabajo interdisciplinar, permitiendo que el tratamiento sea dinámico y de suma importancia para la salud de los pacientes, en busca del equilibrio de las estructuras y funciones del sistema estomatognático.

Por último, se puede decir que la elección del tema es de gran interés debido a que los estudios existentes sobre el uso de ortodoncia y alteraciones deglutorias en pacientes adultos son muy escasos, por lo cual se tiene poco conocimiento acerca de las conductas neuromusculares y óseo-dentarias en esta población en particular. La mayoría de los estudios se han enfocado en conocer y describir las maloclusiones y alteraciones deglutorias en niños y/o adolescentes.

Objetivos

General

- Investigar y describir las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y que presentan alteraciones deglutorias según la perspectiva que poseen los Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, durante el año 2022.

Específicos

- Identificar las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos según la perspectiva de los Ortodoncistas.
- Conocer los aspectos relevantes, considerados por los Ortodoncistas, para dar cuenta de una alteración deglutoria.
- Conocer la necesidad del trabajo interdisciplinario con Fonoaudiología desde el punto de vista de los Ortodoncistas.
- Describir los beneficios del trabajo interdisciplinario con Fonoaudiología desde la perspectiva odontológica.

2. MARCO TEÓRICO

I. ¿Por qué es importante la postura?

Para comenzar resulta relevante conocer el concepto de postura corporal, y poder así desarrollar el sistema estomatognático, dentro del cual se incluye a la cavidad bucal, la oclusión y la deglución, que constituyen el tema de interés del presente estudio. De acuerdo con Barreto (1999), la postura corporal puede ser definida como el equilibrio muscular estático, ligado a la contracción muscular tónica.

En base a esto, Moyers (1992) plantea que aquellas personas que presentan una postura corporal defectuosa, muestran también una posición postural indeseable en la mandíbula. Es de gran importancia esta función debido a que es el reflejo de lo que sucede a nivel del sistema cráneo-cérvico-bucofacial.

Según lo planteado por Murrieta Pruneda (2013), las maloclusiones no solo pueden estar relacionadas con la posición de la mandíbula y del cráneo, sino también con la columna cervical, las estructuras supra e infrahioides, los hombros, la columna torácica y lumbar, que simultáneamente funcionan como una unidad biomecánica.

Chiavaro (2011) expresa que el ejercicio disfuncional implica una alteración de la actividad neuromuscular, condicionando el reposo de las estructuras o su postura habitual. Toda interferencia o modificación llevará a la acomodación postural suficiente para retornar a una función lo más económica posible. La postura de la cabeza es interdependiente de la necesidad funcional, ya que no sólo depende de la organización postural corporal por sí misma, sino que responde a la actividad neuromuscular desarrollada por las unidades funcionales ante la necesidad de sostener y dar lugar a las funciones vegetativas.

El cuerpo humano está sujeto a la fuerza de gravedad, al esfuerzo de mantener la posición erecta y no caer hacia adelante. Una correcta postura nos garantiza el equilibrio necesario para movernos y desarrollarnos eficazmente. La postura es un factor que puede determinar la salud. (Medizza, 1994, p. 2)

A decir de Loyber (1985), el mantenimiento de la actitud erecta en el hombre requiere de una relación adecuada de los distintos segmentos corporales entre sí, es decir, la columna vertebral mantiene el cuerpo erguido si los músculos que la sostienen trabajan en forma

armónica y sinérgica, siendo su eje gravitacional aquel que pasa por la parte media de la cara, esternón, línea media de la pelvis y cae entre los talones (de frente). La descarga del peso del cuerpo sobre los pies y la ubicación de la pelvis con respecto a la base de sustentación, van a determinar la posición de la columna vertebral, del tórax y del tronco encefálico. La alineación postural determina una posición de la cabeza equilibrada y de menor esfuerzo. Cuando la postura es correcta, la columna vertebral se mantiene erguida prácticamente sin esfuerzo, sin músculos tensionados, evitando la pérdida de equilibrio.

Segovia (1992) menciona que el cuerpo es un conjunto integrado e íntimamente interrelacionado, en donde el funcionamiento de sus partes asemeja de algún modo a un mecanismo de relojería. Si uno de sus componentes deja de funcionar o funciona disarmónicamente afecta al conjunto. Dicho autor propone el esquema de Brodie, el cual representa la cadena postural de los músculos que mantienen la cabeza en equilibrio con la columna vertebral. Dicho esquema, considera al cráneo, la mandíbula, el hueso hioides, la columna vertebral cervical y la cintura escapular, unidos todos por las cadenas musculares.

II. Sistema estomatognático.

Resulta pertinente conocer al organismo como sistema funcional ya que las funciones vitales son el resultado del funcionamiento orgánico del cuerpo para posteriormente interpretar las funciones y disfunciones que forman parte del sistema estomatognático.

Según Chiavaro (2011) el término “organismo” se aplica a todo ser vivo animal o vegetal, conformado por diversos órganos y sistemas diferenciados que tienen una identidad individual. “Los órganos se describen como parte del cuerpo animal o vegetal que ejercen una función; cada uno de ellos constituye una unidad funcional que está formada por una combinación de tejidos destinados a cumplir un fin determinado” (Chiavaro, 2011, p. 1).

Se considera al organismo y a sus funciones como un sistema funcional que se denomina “sistema orgánico”. El mismo se encuentra conformado por órganos que actúan de manera organizada a los que se agrupa de acuerdo con sus objetivos funcionales. La coordinación de la actividad de estos órganos y la coherencia y unidad orgánica es brindada por el sistema nervioso.

El sistema estomatognático es uno de los subsistemas del sistema orgánico y, es quien, con su funcionamiento, a partir de la neuromusculatura e involucrando a todos sus componentes, asegura las funciones vitales de nutrición y también de comunicación humana. Los componentes variados y complejos de dicho sistema conforman los órganos que permiten la ejecución de las funciones antedichas. (Chiavaro, 2011, p. 2).

En relación a esto, Manns (2006) define a dicho sistema como una unidad morfofuncional, ubicada en la región cráneo-facial, en una zona delimitada por un plano frontal que pasa por la apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, una por los rebordes supraorbitarios y otra a nivel del hueso hioides.

Según lo planteado por Camargo Taniguate (2002), el sistema estomatognático (estoma: boca - gnato: mandíbula) es el centro de los estudios referidos al desarrollo y la profilaxis de las estructuras bucales, lo que constituye el tema de interés del presente estudio. Este sistema nos muestra con claridad la razón del trabajo en conjunto entre la Odontología y la Fonoaudiología, pues son parte de él dos grupos distintos de estructuras bucales: las estáticas o pasivas, y las dinámicas o activas; que, equilibradas y controladas por el sistema nervioso central, serán responsables del funcionamiento armonioso del rostro.

Las estructuras pasivas o estáticas comprenden dos huesos basales, uno superior fijo, el maxilar superior, y otro inferior movable denominado mandíbula. Los mismos se relacionan entre sí por las articulaciones temporomandibulares y por los arcos dentarios. A estos componentes óseos-articulares se agrega el hueso hioides y ciertos huesos craneales, que corresponden en conjunto a estructuras sin motricidad propia. Con respecto a las estructuras activas o dinámicas, las mismas corresponden al componente neuromuscular, que implica a los músculos esqueléticos con su comando nervioso. Dichos músculos, al contraerse, ponen en movimiento las estructuras pasivas (potencialmente móviles). La mandíbula se moviliza por la acción de los músculos mandibulares o masticatorios, y el hioides lo hace a través de los músculos infra y suprahioides (Manns, 2006).

Otros grupos musculares que también cumplen un rol importante en las funciones del sistema estomatognático son aquellos que se ubican por fuera de los arcos óseo - dentarios (labios y mejillas) y por dentro (lengua). Los músculos del cuello, cuya función es

ayudar a la adaptación postural del cráneo sobre la columna cervical, también constituyen estructuras activas del sistema estomatognático.

En base al tema, Chiavaro (2011) propone un enfoque sistémico funcional orgánico, en el cual considera que las estructuras antes mencionadas conforman órganos, cada una con funciones específicas y determinadas, que se relacionan como una verdadera “organización funcional”. Tales órganos son: las fosas nasales, la cavidad bucal, la faringe y la laringe. Según Manns (2006) este sistema funcional cuenta con componentes fisiológicos básicos: esquelético, articular, neuromuscular y oclusión.

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, el primero está conformado por los huesos maxilar superior, maxilar inferior, hioides, como así también huesos craneales y de la cintura escapular. El componente articular, se conforma por las articulaciones temporomandibulares y dentarias. La oclusión se forma por las piezas dentarias y su relación antagónica. La neuromusculatura relaciona todas las entidades orgánicas que conforman el sistema, de tal manera que sería imposible separarla para llegar a la interpretación de su funcionamiento. La necesidad funcional hace que esta, lleve a las estructuras a una acomodación suficientemente eficiente para que se cumpla con la necesidad vital, es decir, permite la protección de las estructuras. A su vez, el componente neuromuscular produce las coordinaciones de movimientos organizados en el espacio y en el tiempo a través del diseño pre-determinado de sus estructuras, experiencias senso-motrices, espacios neumáticos, registros psico-emocionales e interacción con el medio ambiente, con el objetivo de desempeñar la vida vegetativa y de relación del hombre.

Para que las funciones de este sistema puedan ser ejecutadas, se requiere de cavidades neumáticas; las cuales permiten los desplazamientos necesarios y generan con tales desplazamientos neuromusculares el juego de presiones necesarias para el pasaje de aire, saliva o alimentos. Dichas cavidades son denominadas espacios funcionales y son consideradas un componente más a tener en cuenta. Los espacios rino-buco- faríngeos-laríngeos, deben asegurar la ventilación y oxigenación necesaria para la vida. (Chiavaro, 2011).

II.a) Funciones estomatognáticas.

“Las funciones estomatognáticas son el resultado del funcionamiento de un sistema biológico que sufre cambios evolutivos y adaptativos, condicionados por la supervivencia e influenciado por el medio ambiente.” (Chiavaro, 2011, pág. 9)

Siguiendo con la autora, el adecuado desenvolvimiento de las funciones estomatognáticas resulta esencial para la salud y en un sentido específico para las estructuras de soporte que permiten su ejecución y evolución (huesos, articulaciones, piezas dentarias y oclusión). Las funciones que desarrolla específicamente el mencionado sistema estomatognático son: la succión, la masticación, la deglución, la respiración y la fonoarticulación. Las cuatro primeras permiten la supervivencia y la nutrición, mientras que el habla es la función social por excelencia que asegura la vida de relación del hombre. Estas funciones responden a una construcción paulatina a lo largo de la vida y son posibles gracias a las estructuras que conforman dicho sistema.

En base a lo expuesto por Camargo Taniguate (2002), la succión es un acto reflejo hasta el cuarto mes de vida, que pasa a ser de control volitivo. Esta función es la encargada de estimular varios grupos musculares y la parte ósea de la región oral, favoreciendo el equilibrio entre estas estructuras. A su vez, los movimientos de succión contribuyen al crecimiento de la mandíbula, así como un buen desarrollo de los órganos fonoarticulatorios.

Siguiendo con Camargo Taniguate (2002), la función masticatoria es considerada la más importante del sistema estomatognático. Implica la acción de morder, triturar y masticar el alimento. Tiene que ver con un acto fisiológico y complejo que implica actividades neuromusculares y digestivas; que depende de patrones de crecimiento, desarrollo y maduración del complejo craneofacial, del sistema nervioso central y de las guías oclusales. Dicha función tiene como objetivo principal fragmentar los diferentes alimentos en partículas menores, hasta prepararlas para la deglución y digestión. A su vez, permite que la deglución y el habla se desempeñen de forma eficaz y precisa.

Por otra parte, Queiroz Marchesan (2002) plantea que la deglución es una actividad neuromuscular compleja e integrada, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Su objetivo es transportar el bolo alimenticio hacia el estómago, y la limpieza del tracto respiratorio. También, dicha autora destaca que el patrón infantil de la deglución se caracteriza por la posición de la lengua entre las encías, la contracción de la

musculatura facial para estabilizar la mandíbula y la relación sensorial entre los labios y la lengua. La maduración de dicha función se observa con el desarrollo de las estructuras estomatognáticas. Según la forma de deglución se van a conformar las características faciales, el tipo de oclusión y la mordida.

La respiración, otra de las funciones estomatognáticas, se produce por vía nasal y se encarga de brindar oxígeno a todos los tejidos y retirar el dióxido de carbono. Guyton (2011) plantea cuatro funciones principales: ventilación pulmonar (flujo de entrada y salida de aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares); difusión de oxígeno y de dióxido de carbono entre los alvéolos y la sangre; transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales hacia las células de los tejidos corporales y desde las mismas; y regulación de la ventilación.

Por último, según lo expresado por Camargo Taniguate (2002) el habla o función fonoarticulatoria se ejecuta mediante órganos respiratorios y digestivos, que, juntos conforman los órganos articulatorios. Esta función tiene que ver con la emisión de los sonidos mediante la articulación coordinada de los órganos fonoarticulatorios. Dichos órganos también llamados sistema sensoriomotor oral, están formados por la laringe, la faringe, el paladar blando y el duro, la lengua, los dientes, las mejillas, los labios y las fosas nasales. La boca tiene una función primordial en la articulación de los sonidos ya que los mismos van a depender de la posición y movilidad de las partes de la misma.

II.b) Disfunciones estomatognáticas

Según Chiavaro (2011) el sistema estomatognático responde a un orden preestablecido lo cual permite desarrollar sus funciones plenamente y en armonía, pero cuando entra en disfunción, ya no responderá al orden instituido dado que en su evolución e interacción permanente con el medio ambiente se modifica a partir de una nueva fuerza instituyente. Su organización inicia una serie de adaptaciones para poder seguir trabajando hacia sus objetivos, es decir, se cumple con el objetivo funcional a pesar de la propia integridad de dicho sistema. Este nuevo orden, esta nueva organización funcional, lleva al desgaste de los componentes fisiológicos, acompañado de un compromiso nervioso y vascular, estableciendo un desequilibrio neuromuscular-funcional.

De acuerdo con lo expresado por Manns (2006), dependiendo de la capacidad defensiva o de adaptación biológica de cada individuo, los tejidos afectados podrán responder de dos maneras diferentes:

- Con compensación fisiológica, es decir, adaptándose morfofuncionalmente, ya que el organismo tiene la facultad de supervivencia. Estas adaptaciones son situaciones de labilidad, que rompen el equilibrio funcional, generando un desequilibrio que tendrá repercusión en otros niveles.
- Con claudicación patológica, es decir, cuando ha sido sobrepasada su capacidad de adaptación.

Son diversos los profesionales vinculados a la intervención de los pacientes con alteraciones del sistema estomatognático, y es por esto que los planes de tratamiento involucran acciones multidisciplinarias donde participan el Otorrinolaringólogo, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo y el Ortodoncista, entre otros. (Zaragoza García y Rizo Ibarra, 2012).

Es pertinente detallar la disfunción de cada una de las funciones estomatognáticas. En primer lugar, Chiavaro (2011) denomina a la succión disfuncional o disfunción de la succión como la ausencia o debilidad del reflejo de succión, lo cual genera serias dificultades por ineficiencia funcional a la hora de alimentarse especialmente mediante lactancia materna. A su vez esta situación afecta las coordinaciones succión-deglución-respiración lo cual dificulta aún más la ingesta.

Siguiendo con la autora, la disfunción masticatoria o masticación disfuncional, está caracterizada por debilidad, restricción de la amplitud y lateralidad mandibular, incoordinación y unilateralidad. Estos desajustes neuromusculares responden a las posibilidades dadas por la actividad neuromuscular de la musculatura mandibular, articulaciones témporo-mandibulares, piezas dentarias y oclusión.

La sorbición o sorbición disfuncional (función evolutiva de la succión) puede manifestarse con ausencia, debilidad e incoordinación entre las funciones de sorbición – deglución – respiración.

La disfunción respiratoria es la ausencia o la escasa utilización de la vía nasal respiratoria por causas obstructivas o en su defecto, luego de haber solucionado tal

obstrucción mediante el abordaje médico - quirúrgico, permanece el desajuste neuromuscular que sostiene la respiración oral y no conduce hacia la utilización de la vía nasal. Dicha disfunción afecta la calidad de vida en el aspecto físico, intelectual y social.

Las disfunciones de la fonación: disfunción fonética y disfunción fonatoria, llegan a incidir en el resultado práxico-psicomotriz que requiere el aspecto fonético del habla, como así también en la emisión fónica o producción de la voz. Con respecto al aspecto fonético del habla, la disminución o el aumento de la actividad neuromuscular de los músculos específicos de lengua, velo del paladar, labios y mejillas contribuyen al resultado requerido en el aspecto psicomotriz de la emisión fonética. La emisión fónica también depende de la columna aérea que requiere de la laringe. Estas estructuras forman parte del sistema estomatognático y por lo tanto los componentes y funcionalidad del mismo forman parte de dicha función. (Queiroz Marchesan, 2002; Chiavaro, 2011).

En base a la deglución atípica, Zambrana Toledo Gonzalez (1998), plantea que es una de las alteraciones deglutorias más frecuente. Según la autora se define como la presión atípica de la lengua o interposición lingual, anterior y/o lateral, durante la deglución.

Por su parte Queiroz Marchesan (2002), plantea que las alteraciones deglutorias hacen referencia a los movimientos inadecuados de la lengua o de otras estructuras que participan del acto de deglutir, consideradas comúnmente como deglución atípica o deglución disfuncional. Dificilmente dicha disfunción se establezca aislada del resto de las funciones. La misma, acompaña y sostiene el desequilibrio del sistema que es altamente adaptativo, según lo descrito por Norma Chiavaro.

Según Blanco Reyes y Quirós (2013) y Mohedano Iranzo (2011) no se trata de un estancamiento en una fase evolutiva infantil previa, sino que tiene que ver con una forma de deglutir anómala, que puede ser tanto la consecuencia como la causa de alteraciones anatómicas.

En base a la deglución disfuncional y teniendo en cuenta la investigación realizada por N. Cenzato, L. Iannotti, C. Maspero (2021) en la Universidad de Milán, se puede decir que el diagnóstico de dicha atipia se basa en la historia clínica a través de la investigación de la presencia de malos hábitos, el examen de la zona orofacial durante el cual se investiga principalmente la posición de reposo de la lengua y la posición de la mandíbula durante la deglución, y el examen funcional intraoral. Es relevante considerar lo anteriormente

mencionado, ya que uno de los objetivos de la presente investigación es conocer los aspectos que tienen en cuenta los Ortodoncistas para dar cuenta una alteración deglutoria.

A raíz de lo planteado por la autora Queiroz Marchesan (2002) se puede decir que la deglución atípica o disfuncional, se manifiesta con diferentes situaciones sintomáticas: interposición lingual, participación de la musculatura perioral, proyección de la cabeza, atragantamiento, interposición del labio inferior y residuos después de deglutir. Estas características muestran un verdadero desajuste neuromuscular con elevado costo energético. Además, se consideran atípicas cuando se presentan mientras el sujeto deglute, y evidencian una desadaptación de las conductas musculares implicadas en el acto deglutorio, con las consecuencias que esto implica para la armonía del sistema estomatognático. Se puede decir que habría un retardo o quiebre evolutivo donde permanecería esa dirección de fuerzas que podríamos denominar primarias (deglución infantil) con características propulsivas, sin evolucionar hacia el cambio de direccionalidad de tipo elevadora que denominaríamos secundarias (deglución madura).

Según lo planteado por Chiavaro (2011), en la disfunción deglutoria las fuerzas de elevación y retropulsión mandíbulo – linguales y la dirección de fuerzas verticales de los elevadores mandibulares, se sustituyen por fuerzas anteriores. La musculatura facial se activa con tal potencia que se observa la hiperactividad de los músculos mentonianos y orbiculares, y esto lleva a que el labio inferior participe de la actividad necesaria para producir la estabilización mandibular anterior. “Estas son fuerzas retropulsivas que mueven a las piezas dentarias e influyen sobre el crecimiento óseo y produciendo maloclusiones.” (Chiavaro, 2011, p. 87).

Retomando con lo mencionado por Queiroz Marchesan, la interposición lingual es definida como la proyección lingual anterior o contra los dientes anteriores. La superficie anterior de la lengua tiene una punta que puede estar colocada hacia adelante o hacia abajo. Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir lo que da como resultado la protrusión de ambos incisivos y la mordida abierta. Suele ser una postura adaptativa para poder lograr un correcto sellado oral en los casos en los que existe una falta en el contacto interincisivo.

Según Adamowsky (1990), cuando en la deglución la actividad lingual está alterada, ya sea por desplazamiento del punto de apoyo o por la fuerza inadecuada para impulsar su

movimiento anteroposterior, se observa actividad compensatoria en los distintos músculos de la mímica. Existe íntima relación entre la mal función y la maloclusión.

Otra de las características de atipia es la participación de la musculatura perioral. Según Queiroz Marchesan (2002), la contracción de dicha musculatura ocurre en general cuando hay o hubo proyección anterior de la lengua. Tal contracción tiene que ver con un reflejo natural que evita que la lengua se proyecte hacia afuera y lleve consigo el alimento a deglutir. Según Chiavaro (2011), en las degluciones disfuncionales se observa un aumento de tono de los músculos mentonianos y orbiculares, generando así, la estabilización de la mandíbula cuando su fijación es anterior y prevalecen las contracciones propulsivas por sobre las verticales.

Los movimientos de la cabeza, durante el acto deglutorio, casi siempre con estiramiento de la musculatura anterior del cuello, se asocian a la mala masticación. Cuando la masticación, por alguna razón, no se lleva a cabo de manera adecuada y el bolo es mayor o no homogéneo, se hace difícil el pasaje de este a la orofaringe. A partir de esto, el paciente, sin darse cuenta, echa la cabeza hacia atrás y endereza el tubo por donde pasa el alimento para que el pasaje sea posible.

Otro indicador a considerar es la interposición del labio inferior, lo cual ocurre como consecuencia a la necesidad de cierre anterior durante el acto deglutorio, ocasionando así la contracción del musculo mentoniano. A decir de Queiroz Marchesan (2002), esta situación sintomática se produce mayormente en pacientes con distoclusión.

Los ruidos deglutorios están asociados tanto a aspectos fisiológicos como movimientos estructurales, que se corresponden a un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar al momento de la deglución, como así también a movimientos del alimento dentro de la cavidad oral, acomodación y múltiples intentos para deglutir. (Arce Ríos, Caicedo Gómez, Díaz Rivadeneira y Vélez López. 2013).

Por otro lado, hay residuos que permanecen en la boca luego de deglutir debido a múltiples razones. De acuerdo a lo expresado por Queiroz Marchesan (2002), una de las causas más frecuentes es la hipotonía o hipofunción del musculo buccinador, provocando que el alimento que cae en el vestíbulo permanezca allí. Otras de las posibles razones serían: disminución de la saliva, alteración de la movilidad o propiocepción de la lengua y/o falta de percepción del alimento.

La autora expresa que, ante la presencia de dichas atipias, sólo a través del trabajo fonoaudiológico se podría crear la posibilidad de modificar el modo de deglutir. Es totalmente relevante que los Odontólogos tengan conocimiento acerca de dichas características atípicas ya que, aún en casos en los que la corrección ortodóncica haya concluido se observa deglución atípica (Alarcón, 2012). Esto se debe a la gran automatización de los hábitos adquiridos antes de esa corrección. A su vez, hay un alto predominio de deglución disfuncional en los portadores de maloclusión, lo que muestra que existe una relación muy grande entre problemas ortodóncicos y el patrón de deglución.

Por lo tanto, se puede decir que las disfunciones se instauran a partir de la intensidad y persistencia de una noxa que contribuye a que el sistema pierda su eficiencia funcional; es decir, a lo largo del tiempo y con su permanencia terminan incidiendo en la armonía facial, en el aspecto estético, por lo cual influyen en la vida de relación y en el aspecto social del hombre.

III. Interrelación entre estructura y función

Con respecto a los conceptos vertidos por Torres (1973), la boca está constituida por diversos elementos, que presentan formas y estructuras bien diferentes. La estructura puede pensarse como un complejo morfológico, que funciona como un todo, formado por fenómenos solidarios ya que cada uno depende de los demás. La función, por su parte, es un grado intermedio entre la morfoestructura y el acto terminal, es la encargada de que una materia primordial se transforme en un término diferencialmente derivado de dicha materia, pero quedando en completa dependencia y correlación. La acción es el acto orgánico y realizable, y así el acto es lo terminal, es el resultado de proyectar la función en el futuro.

Según lo expresado por Manns (2006), la forma y la función se encuentran íntimamente vinculadas. La forma gobierna la función y esta, requiere de una estructura de diseño adecuado. Por otro lado, la estructura se distingue por tener una cierta conformación, que está en estrecha relación con su expresión funcional. Dicho autor propone como ejemplo el sistema estomatognático, ya que la compatibilidad morfofuncional dependerá de todos sus componentes. Cuando surgen alteraciones en la función de uno de sus componentes (por ejemplo: alteraciones de la oclusión dentaria, que es una de las principales causas de

transformación del sistema), se generaran dificultades en la función de los otros componentes con los que está interrelacionado.

Se puede plantear que la forma es la configuración de la estructura y entre ambas existe una relación de ida y vuelta, a su vez la estructura tiene una forma preparada para una determinada función y se configura por esta, a medida que la misma se organiza.

Por todo lo anteriormente mencionado se puede decir que, en la boca, la acción es el hablar, masticar, soplar, etc. Es claro que, si la boca no funciona, no puede cumplir su finalidad que es el acto terminal. Si la boca está funcionando aun cuando la función no se vea, dicha boca está actuando de manera visible. Dicho esto, se puede inferir que la función y acción no pueden separarse debido a la ley de la dualidad. (Torres, 1973)

Según lo expresado por Torres (1973) desde un enfoque funcional, se puede decir que el órgano bucal se conforma por dos facetas diferentes: como cavidad orgánica y como conjunto.

La boca es el vehículo o instrumento intermediario entre el individuo y su medio, y está constituida por una cavidad. Como cavidad tiene en su interior un espacio, que es donde se efectúan casi todas las funciones que los elementos constitutivos de la misma realizan. (Torres, 1973, p. 263).

Siguiendo con el autor, la boca tiene la particularidad de que en cierta época de la vida aparecen en su interior los dientes, los cuales están sustentados y enclavados en los rebordes alveolares. Estos rebordes y los dientes, dividen a la cavidad bucal en dos espacios. Por fuera de los mismos y limitado externamente por los carrillos y labios se encuentra lo que se denomina el vestíbulo bucal. El otro espacio que la boca presenta, es llamado “cavum propium”, limitado hacia delante y a los costados por los rebordes alveolares y los dientes, hacia atrás por el istmo de las fauces, por arriba su límite está dado por el paladar duro y por debajo por el suelo de la boca.

Los labios y los carrillos, por un lado, y la lengua por el otro, desarrollan en la boca una dinámica estructural y funcional completamente diferentes. La lengua como elemento dinámico central, cumple una acción de empuje de adentro hacia afuera la cual interviene como factor de crecimiento armonioso de los maxilares. Los labios y los carrillos no tienen ni función ni acción de empuje, cumplen acciones coadyuvantes, pero no principales en el

crecimiento de los maxilares. Ambos elementos presentan dos superficies anatómica e histológicamente diferentes, una externa tapizada por la piel y otra interna por la mucosa.

Desde el punto de vista morfológico la lengua presenta un esqueleto osteo-fibroso, constituido por el hueso hioides, la membrana hioglosa y el septum medio que se inserta en el hueso anteriormente mencionado. A su vez, está conformada por diecisiete músculos, de los cuales ocho son pares y uno sólo, el lingual superior, es impar. Algunos nacen de los huesos vecinos de la lengua, unos tienen su origen en la misma lengua y otros proceden de la musculatura de la faringe.

Por otro lado, se puede decir que la funcionalidad oral se constituye por los diversos elementos que forman el órgano bucal de acuerdo con su actividad para cumplir esa finalidad. La acción de los elementos no se da de forma aislada, están tan estrecha e interdependientemente relacionadas, que al establecerse entre ellos vínculos de complementariedad, hacen posible el hecho funcional final. La boca se constituye por numerosos y variados elementos que deben complementarse y adecuarse para que la integridad de la función se haga efectiva.

La boca, entonces, es considerada como sistema funcional ya que está constituida por diferentes elementos interrelacionados entre sí, a pesar de presentar formas y estructuras bien diferenciadas, las funciones del órgano bucal los integra a todos de manera indiscutible.

IV. Maloclusiones

Según Gurrola Martínez y Orozco Cuanalo (2017) se entiende por oclusión a las relaciones que se establecen entre los dientes del mismo arco, de ambas arcadas, y de ellos con las demás estructuras y tejidos blandos buco-faciales y peri-dentales, durante todos los movimientos funcionales de la mandíbula. En otras palabras, se define a la oclusión como el mayor contacto cuspídeo de dientes con sus oponentes, observándose un engranamiento dentario adecuado, es decir, un equilibrio en el sector anterior (de canino a canino) y posterior (de canino a molar) que se sostiene a lo largo del crecimiento.

Además, Barnett (1978) considera que dentro de dicho concepto se debe tener en cuenta la alineación de los dientes en su arco con sus relaciones de contactos interproximales, las relaciones diente-periodonto y de los dientes con otras estructuras del aparato

estomatognático como la lengua, el piso de la boca, los labios, las mejillas y el paladar. Todos estos elementos son los que determinan un patrón de oclusión, y los que se tienen en cuenta para estudiarla. Los tres componentes de los que consta la oclusión normal son: entrecruzamiento de dientes, control del tono muscular y morfología de la articulación temporomandibular.

El estudio sobre las características de la oclusión dentaria es de gran importancia dentro de la estomatología ya que el aparato masticatorio constituye el grupo de actos mediante los cuales los dientes desempeñan activamente sus funciones, principalmente en la masticación. (Gurrola Martínez; Orozco Cuanalo, 2017, p. 13).

Al producirse una alteración de algunos de los componentes de la oclusión normal, se genera una “maloclusión”, concebida como una alteración oclusal dada por una falta de armonía en la forma y en la función en diferentes niveles, ya sea óseo, dentario y/o neuromuscular, que se manifiesta en los tres planos del espacio y se modifica con el tiempo. (Bloj, 2001).

Moyers (1992) por su parte, plantea que las maloclusiones son variaciones clínicas de la fluctuación normal del crecimiento y la morfología, resultante de la interacción de muchos factores durante el desarrollo y originadas por desequilibrio entre los sistemas que forman el complejo cráneo-facial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar mundial en problemas de salud bucal. La mayoría de las alteraciones bucales y en particular, las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública. Sin embargo, su importancia se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino, además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad oral.

En base a lo planteado por Ugalde Morales (2005), resulta de gran importancia clasificar las maloclusiones en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal; ya que las mismas no sólo afectan a dientes, sino a todo el aparato estomatognático en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo).

Según Kendall's (1999), los tres planos básicos de referencia derivan de las dimensiones del espacio y se hallan en ángulos rectos entre sí. El plano sagital se extiende

de adelante hacia atrás, derivando su nombre de la dirección de la sutura sagital del cráneo, pudiendo denominarse también plano anteroposterior. El plano frontal o coronal es vertical, se extiende de uno a otro lado, derivando su nombre de la sutura coronal del cráneo. Divide al cuerpo en una porción anterior y otra posterior. Por último, el plano transversal es horizontal y divide al cuerpo en las porciones superior e inferior.

También pueden ser clasificadas de acuerdo a la etiología, de la cual se reconocen dos tipos: basal y dento-alveolar. El presente trabajo se ocupará de las maloclusiones desde lo dentoalveolar, teniendo en cuenta los tres planos del espacio, tomando como referencia el Protocolo de Oclusión de la Cátedra “Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica del Habla.

En relación a lo anterior y teniendo en cuenta la investigación realizada por Arce Ríos, Caicedo Gómez, Díaz Rivadeneira y Vélez López (2013), se ha detectado en la etiología de las alteraciones de la oclusión factores locales, como: alteraciones en la función masticatoria, pérdida prematura de dientes y hábitos bucales perjudiciales como la deglución atípica y la respiración bucal. Pueden presentarse en niños, adolescentes y adultos. Estos hábitos son llamados no fisiológicos y son considerados causas secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentoesqueléticas ya que ejercen fuerzas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos.

Según la investigación realizada por Carbonero Sancho (2019-2020), se puede decir que las maloclusiones son consecuencia de la adaptación del sistema orofacial a los factores etiológicos ambientales o locales. Pueden estar causadas por alteraciones miofuncionales u otros factores, pero en definitiva los sujetos que presentan una maloclusión pueden cursar con: deglución atípica, trastornos en la articulación, respiración oral y alteraciones estéticas.

Teniendo en cuenta las diversas clasificaciones de las maloclusiones, ninguna ha reemplazado la propuesta por Edward Angle en 1899. Son una herramienta elemental en el diagnóstico, llevando a determinar las necesidades de tratamiento y condiciones propias de cada individuo. (Ponce, Pelaez y Mazza. 2013)

El sistema de Angle (1899), se basa únicamente en las relaciones anteroposteriores o sagital de los maxilares entre sí, dejando de lado el sentido vertical y transversal. La referencia de esta clasificación es la oclusión de los primeros molares permanentes y la relación anteroposterior de los arcos dentarios; dentro de la cual se diferencian tres clases. La clase I es denominada neutroclusión, la clase II distoclusión y la clase III mesioclusión.

Según lo planteado por este sistema y en base a las reformulaciones realizadas por Lisher (1912), dentro del plano sagital, se define a la armonía oclusal o neutroclusión como la relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior. Cuando la cúspide mesial del primer molar superior ocluye el surco del primer molar inferior. La parte mesial del canino inferior engrana con la parte distal del canino superior. Por otro lado, se considera distocclusión a la relación distal del maxilar inferior respecto del superior. El surco mesial del primer molar inferior articula por detrás de la cúspide mesial del primer molar superior. Cuando hablamos de mesiocclusión nos referimos a la relación mesial, es decir, ventral del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesial del primer molar inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar superior.

Dentro del plano vertical se puede observar la mordida abierta, la mordida profunda y la mordida invertida. El primer término se aplica cuando hay ausencia de oclusión localizada mientras los dientes remanentes están en oclusión. Este tipo de mordida se ve con mayor frecuencia en la parte anterior de la boca, aunque también se pueden encontrar mordidas abiertas posteriores o laterales. Puede ser anterior o posterior en función de las piezas dentarias que no contactan (incisivos o molares). Por otro lado, la mordida profunda refiere a una excesiva superposición vertical de los incisivos, mostrando un crecimiento convergente del maxilar inferior. En la mordida invertida los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula.

Dentro del plano transversal, es posible distinguir la mordida cruzada y la mordida encajonada. Con respecto a la primera, las cúspides vestibulares de los dientes superiores ocluyen en la fosa central de las piezas inferiores, pudiendo ser a nivel anterior o posterior y unilateral o bilateral. En la mordida cruzada unilateral, una de las piezas se encuentra por fuera de la que le corresponde en la otra arcada, es el molar el que se corre, hay armonía a nivel maxilar. En la mordida cruzada bilateral la pieza dentaria se encuentra cruzada en ambos lados. En la mordida encajonada, la cúspide de los molares superiores se encuentra por dentro de los molares inferiores.

Según lo planteado por Moyers (1992), la maloclusión grave produce cambios patológicos en las articulaciones temporomaxilares, lo que altera a los receptores sensitivos dentro de dichas articulaciones, y hace que estos pacientes ortodónticos tengan una

capacidad menos precisa para identificar la posición del maxilar inferior que las personas con oclusión normal.

Según el estudio realizado por Palacios, Casado, Fonte Trigo y Perez Varela (2007), se ha comprobado que las disarmonías oclusales al final del tratamiento ortodóntico alteran la estabilidad de las oclusiones tratadas por estos medios, y por tanto son una causa muy importante de recaída en las maloclusiones tratadas.

Ruiseco Palomares, Rodríguez Calzadilla, y Otaño Laffitte (2006) en su estudio “Efectividad del ajuste oclusal en pacientes de alta de ortodoncia”, plantearon que el equilibrio oclusal de los pacientes tratados con ortodoncia cambia un número importante de degluciones con los dientes separados por un número de degluciones con los dientes en contacto. Por lo tanto, el tratamiento ortodóntico, incluido el equilibrio oclusal, condiciona los reflejos de deglución, lo que a su vez ayuda a estabilizar el resultado oclusal ortodóntico.

Haciendo referencia a la correlación entre las maloclusiones y las alteraciones deglutorias, temáticas de la presente investigación, y tomando la revisión bibliográfica “Terapia miofuncional en la deglución atípica” expuesta por Valcarcel Martin (2015-2016), se puede decir que existe una gran controversia en dichas temáticas, ya que hay mucha variabilidad en el comportamiento neuromuscular de cada individuo y diferentes condiciones clínicas, por lo tanto, la deglución atípica puede provocar malformaciones dentomaxilares o viceversa. La persistencia de la deglución atípica es un problema que no debe subestimarse, ya que puede afectar negativamente en el desarrollo de los huesos maxilares durante el crecimiento, y puede determinar una maloclusión y, por consiguiente, alteraciones estéticas y funcionales.

Uno de los objetivos de la investigación mencionada anteriormente, fue investigar la relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior, averiguando cuál es la causa y consecuencia de este trastorno, observándose claras diferencias acerca de si la deglución atípica produce una mordida abierta anterior o viceversa. Para realizar este trabajo la autora ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica acerca de la terapia miofuncional y la deglución atípica en diferentes fuentes de información y bases de datos.

Por un lado, estudios de los tomados en esta revisión, afirman que la deglución atípica provoca mordida abierta anterior, garantizando que este hábito es el responsable de los trastornos dentales y las maloclusiones. Por otra parte, se afirma que la mordida abierta

anterior es una de las razones que provoca una deglución anómala, ya que, ante la condición de mordida abierta ya presente, la lengua se tendrá que interponer en el espacio que hay entre los arcos dentarios, con el fin de crear el cierre anterior necesario para que se pueda producir la deglución.

Acosta, Rojas, Gutiérrez y Rivas (2011), destacan la gran relación que existe entre la mordida abierta y la deglución atípica. Si la mordida abierta es severa la deglución atípica lo es también, y por lo tanto los problemas de dicción también aumentan.

V. Vínculo entre Fonoaudiología y Odontología.

Es relevante plantear el vínculo existente entre la Fonoaudiología y la Odontología ya que el conocimiento de los múltiples desequilibrios producidos en la boca y sus consecuencias, requiere la necesidad del trabajo en conjunto entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo para resolver la problemática de manera eficaz. El mismo se caracteriza por la existencia de una relación recíproca entre disciplinas, que intentan identificar y resolver un mismo problema. (Dartiguelongue y Cafiero, 2021)

La Fonoaudiología es una ciencia de la salud que, de acuerdo a la Ley 27568, el profesional Fonoaudiólogo se encarga de la promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución, e intervención temprana entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje.

Aparte de esto, según el Plan de Estudios de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario, la Odontología es una ciencia de la salud que tiene como objeto de estudio la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del sistema estomatognático, con una concepción integral de la salud del hombre. La ortodoncia, dentro de la Odontología, es considerada la ciencia que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y los tejidos circundantes, buscando la normalización oclusal por el movimiento

controlado de los dientes o el desplazamiento de los arcos dentarios. Según Angle (1899) la ortodoncia tiene como objeto de estudio el tratamiento de la maloclusión dentaria, ya que el mejor equilibrio y armonía de la boca con el resto de la cara únicamente se consigue con una oclusión normal. El profesional especializado se encarga de normalizar el conjunto oclusal como pilar básico del equilibrio y salud del aparato masticatorio.

Segovia (1992), en su libro acerca de las “Interrelaciones entre la Odontología y la Fonoaudiología”, plantea la importancia del intercambio entre distintas profesiones y la necesidad de trabajar en equipo. El trabajo en equipo tiene que ver con el poder enfrentar un problema en común a varias especialidades, es decir, abordarlo desde diferentes ángulos, con una sola perspectiva, priorizando al paciente.

Los factores que figuran en la base de esta estrecha interrelación, son dos: uno es de carácter anatómico, la boca, órgano estomatomuscular en el cual “se realizan multiplicidad de funciones: nutricionales, como la respiración, la masticación y la deglución; otras de relación, como las de articulación de la voz y la mímica, y por último las morfogenéticas que son las que determinan la forma de las relaciones dentarias y su contenido”. Los tejidos maxilofaciales constituyen un complejo aparato de músculos, huesos y espacios orgánicos, que coordinados por el sistema nervioso central desarrollan las diversas funciones mencionadas anteriormente. Estas funciones son discretas, consideradas individualmente, pero adquieren alta jerarquía cuando se integran unas con otras.

El otro factor es funcional, puesto que se basa en la correspondencia que existe entre la función y la adaptación, entendiendo por esta última la facultad del organismo de adecuarse a las circunstancias en defensa de su supervivencia.

Continuando con la autora, se puede decir que, en la interrelación entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo, cada especialista enfrenta las problemáticas en su clínica con sus conocimientos, actualizaciones y metodología, siendo la única manera de brindar sus aportes al paciente. Cada uno deberá conocer las posibilidades y limitaciones de los otros miembros, y así trabajar con espíritu de equipo y estilo profesional; basándose en la coherencia, la comunicación, la comprensión y la coordinación.

Chiavaro (2011) en su obra le da gran importancia al trabajo interdisciplinario presentando como instrumento una metodología de investigación interdisciplinaria de las disfunciones estomatognáticas, que facilita su diagnóstico etiopatogénico. El protocolo de

evaluación (PENCH) intenta ser una guía orientada a la búsqueda de los signos y síntomas estudiados por las distintas áreas: Odontología, Kinesiología y Fonoaudiología, entre otros, conduciendo hacia la integración de los datos y por lo tanto a una interpretación total del trastorno y sus causas. Este recurso clínico es de gran utilidad para realizar el recorrido del estudio total del sistema y le permitirá a cada uno de los profesionales, establecer las relaciones necesarias para alcanzar una comprensión amplia del trastorno y agregar otros estudios o protocolos específicos según la necesidad lo requiera.

La terapia neuromuscular funcional planteada por la autora, tiene como objetivo la organización neuromuscular funcional de manera que ello incida favorablemente en la salud integral de las estructuras y órganos del sistema corporal y estomatognático en forma de retroalimentación favorable.

Resumiendo, el PENCH se constituye como instrumento interdisciplinario que sistematiza la observación y el análisis para alcanzar el diagnóstico y también en una herramienta docente para formación de profesionales interdisciplinarios que posean una visión amplia y sistémica de las disfunciones.

Queiroz Marchesan (2002) destaca el trabajo simultáneo y armónico entre la Fonoaudiología y la Odontología. La autora plantea que se trata de profesiones distintas y complementarias que abordan las mismas estructuras bucales, estáticas o pasivas y dinámicas o activas que, equilibradas y controladas por el sistema nervioso central, se encargan del funcionamiento armonioso de las estructuras orofaciales. Por esto, el Odontólogo trabaja sobre la forma de dichas estructuras, mientras que el Fonoaudiólogo se encarga de las funciones realizadas por las mismas.

Según Pacheco (2000), el Fonoaudiólogo, como parte del equipo de trabajo, colabora en el diagnóstico, evaluando las diversas funciones y alteraciones miofuncionales; y en el tratamiento de dichas disfunciones para lograr la estabilidad en el resultado final del tratamiento. Es el profesional indicado para determinar qué funciones estomatognáticas están afectadas, y evaluar si es conveniente la intervención quirúrgica.

Según la investigación realizada por Costa Amaral et al. (2006), la correlación entre la Fonoaudiología y la Odontología, especialmente la ortodoncia y la ortopedia funcional de los maxilares, radica en que ambas disciplinas consideran las funciones orales vegetativas reflejas: la respiración, la succión, la masticación y la deglución. Para la Fonoaudiología,

estas funciones se consideran prelingüísticas, y para la Odontología son responsables de la estabilidad de los dientes y sus inclinaciones axiales correctas.

En base a la deglución, función que se aborda desde el campo de la Fonoaudiología y es dicho profesional quien evalúa y diagnóstica una posible disfunción; es esencial que, también el profesional Odontólogo conozca ciertos signos o manifestaciones, tales como: interposición lingual, interposición del labio inferior, participación de la musculatura perioral, proyección de la cabeza, residuos después de deglutir y deglución ruidosa. Las mismas indicarían presencia de alteraciones deglutorias, lo cual influye tanto en la organización dental, así como también en las demás funciones estomatognáticas.

En relación a esto, Zambrana Toledo González (1998) expresa que se suele asociar la terapia miofuncional al tratamiento de la deglución atípica, patología de gran interés para logopedas y Ortodoncistas. Según la autora, a partir la preocupación por evitar las recidivas de la maloclusión en pacientes con deglución atípica, surge el interés y el estudio de esta patología por parte de los Ortodoncistas. Destaca que la terapia muscular facial se realiza con el objetivo de obtener mayor armonía y funcionamiento de las funciones orofaciales.

Actualmente la terapia miofuncional orofacial ha tratado de corregir los desequilibrios orofaciales producidos por la respiración oral, tales como la mala posición de labios y lengua, la deglución atípica y las alteraciones estructurales. (Zaragoza García y Rizo Ibarra, 2012).

Esta terapia mencionada anteriormente, también tiene como objetivo restablecer las demás funciones estomatognáticas, buscando un equilibrio miofuncional orofacial. Este equilibrio puede ser quebrado por factores como las disarmonías estructurales, que pueden ser óseas y/o dentarias, lo que demuestra la importancia de que se complementen ambas disciplinas (Queiroz Marchesan, 2002).

A su vez, Carbonero Sancho (2019-2020) en su investigación basada en las maloclusiones dentarias y la terapia miofuncional, pone de manifiesto la necesidad del trabajo en conjunto entre ambas disciplinas para su abordaje.

Tanto la Odontología como la Fonoaudiología tienen como objetivo común el abordaje de los problemas relativos al sistema estomatognático, lo cual implica atender a las estructuras que conforman el mismo. Para normalizar las funciones, se deben formular

planes interdisciplinarios con una evaluación constante. Sea cual fuere la causa, lo importante es llegar a una correcta oclusión con el fin de conseguir equilibrar las estructuras y funciones de dicho sistema.

Por último, es importante destacar la riqueza del trabajo interdisciplinario. Teniendo en cuenta lo planteado por Dartiguelongue y Cafiero (2021), se puede decir que el trabajo en equipo implica una filosofía organizacional en donde el talento colectivo, con objetivos comunes trazan direcciones claramente identificadas, lo que permite mejores resultados. Un equipo es definido como dos o más personas que tienen funciones específicas, que realizan tareas interdependientes, son adaptables y comparten un objetivo común. Para tal fin, se requiere que los profesionales posean habilidades y aptitudes para comunicar, con diferentes trasfondos, con el propósito común que conduce hacia objetivos claramente identificados.

3. PROBLEMA

¿Cuáles son las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y que presentan alteraciones deglutorias según la perspectiva que poseen los Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en el año 2022?

4. VARIABLES

VARIABLES PRINCIPALES

Variable 1: Maloclusiones

Clasificación según su rol: independiente

Clasificación según su naturaleza: cualitativa nominal

Definición conceptual: las maloclusiones son alteraciones oclusales dadas por una falta de armonía en la forma y en la función en diferentes niveles, ya sea óseo, dentario y/o neuromuscular, que se manifiesta en los tres planos del espacio y se modifica con el tiempo.

Definición operacional: hace referencia a la relación existente entre el maxilar superior respecto al maxilar inferior, pudiendo variar dependiendo el plano.

DIMENSIONES

Dimensión 1: Plano anteroposterior o sagital

El plano sagital es vertical y se extiende de adelante hacia atrás, derivando su nombre de la dirección de la sutura sagital del cráneo. Puede ser denominado también plano anteroposterior.

Indicadores: se categorizó de acuerdo a las respuestas que brindaron los Ortodoncistas a la pregunta N°1 del cuestionario.

Modalidades:

- Distoclusión
- Mesioclusión

Dimensión 2: Plano vertical o frontal

El plano frontal es vertical y se extiende de uno a otro lado, dividiendo al cuerpo en una porción anterior y otra posterior.

Indicadores: se categorizó de acuerdo a las respuestas que brindaron los Ortodoncistas a la pregunta N°1 del cuestionario.

Modalidades:

- Mordida abierta anterior
- Mordida abierta lateral
- Mordida abierta profunda
- Mordida invertida anterior

Dimensión 3: Plano transversal

El plano transversal es horizontal y divide al cuerpo en las porciones superior (craneal) e inferior (caudal).

Modalidades:

- Mordida encajonada
- Mordida cruzada unilateral
- Mordida cruzada bilateral

Indicadores: Se categorizó de acuerdo a las respuestas que brindaron los Ortodoncistas a la pregunta N°1 del cuestionario

Variable 2: Alteraciones deglutorias

Clasificación según su rol: independiente

Clasificación según su naturaleza: cualitativa

Definición conceptual: las alteraciones deglutorias hacen referencia a los movimientos inadecuados de la lengua o de otras estructuras que participan del acto de deglutir, consideradas comúnmente como deglución atípica o deglución disfuncional.

Definición operacional: hace referencia a los aspectos que consideran relevantes los Ortodoncistas para dar cuenta de una alteración deglutoria.

Modalidades:

- Todas: el Ortodoncista marcó las 6 opciones.
- Casi todas: el Ortodoncista marcó entre 4 y 5 opciones.
- Algunas: el Ortodoncista marcó entre 1 y 3 opciones.
- Ninguna: el Ortodoncista no marcó ninguna opción.

Indicadores: Se categorizó de acuerdo a las respuestas que brindaron los Ortodoncistas a la pregunta N°2 del cuestionario.

VARIABLE SECUNDARIA

Variable 3: Trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo en relación a las maloclusiones más frecuentes.

Clasificación según su rol: independiente.

Clasificación según su naturaleza: cualitativa.

Definición conceptual: implica la labor en equipo entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo para poder enfrentar un problema en común, en este caso, las maloclusiones más frecuentes, desde diferentes ángulos, con una sola perspectiva, priorizando al paciente.

Definición operacional: consideración que tienen los Ortodoncistas acerca de la necesidad del trabajo interdisciplinario con los Fonoaudiólogos en relación a las maloclusiones.

Modalidades:

- Sí: el Ortodoncista respondió que considera necesario el trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo.
- No: el Ortodoncista respondió que no considera necesario el trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo.

Indicadores: Se categorizó de acuerdo a las respuestas que brindaron los Ortodoncistas a la pregunta N°3 del cuestionario.

II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

5. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio estuvo constituida por los Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos que se encuentran inscriptos en el Circulo Odontológico de dicha localidad. Al momento de la recolección de datos (agosto y septiembre del año 2022) sumaban un total de 24 profesionales. Sin embargo, no todos accedieron a responder, por lo cual, la muestra quedó conformada por 21 Ortodoncistas.

Se ha realizado un muestreo no probabilístico, no aleatorio y deliberado. Dicha población fue elegida con el fin de conocer la perspectiva de los Ortodoncistas acerca de las maloclusiones y alteraciones deglutorias en pacientes adultos con ortodoncia, y así dar cuenta de la estrecha relación entre Fonoaudiología y Odontología.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación comprende un estudio de tipo descriptivo, y de carácter transversal. Es de tipo descriptivo ya que pretende caracterizar el estado de las variables y las dimensiones que entran en juego, es decir, aspira estudiar cómo es o como está la situación de las variables que se estudian en la población determinada.

Por otro lado, según el periodo y secuencia de investigación, es un estudio de tipo transversal, debido a que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. (Hernández Sampieri et al., 2014)

7. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La presente investigación se inició con la selección del tema de investigación a partir del interés por la temática por parte de las autoras.

El siguiente paso fue la búsqueda, lectura y análisis de material bibliográfico que posibilitó la elaboración del marco teórico. Posteriormente, se planteó el tema de investigación, se delimitaron los objetivos, el problema y las variables, con sus respectivas dimensiones.

Para llevar a cabo el siguiente estudio se trabajó con Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos. Un profesional Odontólogo conocido por una de las autoras de dicha investigación fue quien brindó la información de los Ortodoncistas que pertenecen al Círculo Odontológico de la ciudad.

El instrumento elegido fue un cuestionario autoadministrado a través de un formulario de Google Drive (ver Anexo A pág. 71). El link fue enviado por las autoras de la tesina a cada uno de los profesionales.

A decir Chasteauneuf (2009) se entiende por cuestionario a un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Se consideran dos tipos de preguntas: cerradas, que contienen opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas; Y abiertas, que no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo que el número de categorías de respuesta es infinito. En el presente estudio, fue especialmente diseñado para indagar las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias. El mismo estaba conformado por tres preguntas cerradas y una abierta.

La primera pregunta pretendía indagar acerca de las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en la clínica Odontológica de los diferentes Ortodoncistas. En la misma se expusieron distintas opciones que incluían los tres planos del espacio. Se tomó como referencia el Protocolo de Oclusión de la Cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica del Habla.

La segunda pregunta pretendía indagar los aspectos que los Ortodoncistas consideran relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria. En la misma se expusieron distintas opciones que incluían diferentes situaciones sintomáticas: interposición lingual,

participación de la musculatura perioral, proyección de la cabeza, interposición del labio inferior, deglución ruidosa y residuos después de deglutir. Se tomó como referencia la guía para la evaluación miofuncional de Queiroz Marchesan (2002). Cabe aclarar que, los profesionales encuestados tuvieron la posibilidad de marcar una o varias opciones, pudiendo elegir también “ninguna de las anteriores”.

Las últimas dos preguntas buscaban investigar acerca del trabajo interdisciplinario entre el Fonoaudiólogo y el Odontólogo. La tercera pregunta consistió en averiguar si los Ortodoncistas consideran necesario el trabajo interdisciplinario. En la misma, las opciones fueron “sí” y “no”. Por último, la cuarta pregunta, y única abierta, se realizó con el objetivo de indagar la consideración que le otorgan los profesionales Ortodoncistas al trabajo interdisciplinario con el Fonoaudiólogo ante la presencia de un paciente con maloclusiones, ortodoncia y alteraciones deglutorias.

Los cuestionarios fueron completados en el transcurso de aproximadamente 30 días. Los datos obtenidos en los mismos fueron registrados en 4 planillas, para su posterior análisis.

En la primera planilla se volcaron las respuestas brindadas por los Ortodoncistas a la primera pregunta del cuestionario. (Ver Anexo B pág. 74).

Con respecto a la segunda planilla, la misma contiene los datos relacionados con la pregunta N° 2. (ver Anexo B pág. 76).

En la tercera planilla pueden visualizarse las respuestas obtenidas para la pregunta N° 3, acerca de la consideración del trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo por parte del grupo objeto de estudio (ver Anexo B pág. 77).

En la cuarta planilla de volcado de datos, referente a la pregunta N°4, pueden visualizarse las respuestas brindadas por los Ortodoncistas sobre los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico. (Ver anexo B pág. 78).

8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La presentación y análisis de los datos obtenidos se llevó a cabo mediante técnicas estadísticas de tablas y gráficos, luego de la aplicación de los formularios.

En una primera instancia, se realizaron planillas de volcado para mostrar los datos correspondientes a la caracterización de la población investigada, y al comportamiento de las dimensiones de las variables en estudio.

En segunda instancia, se presentaron tablas simples y gráficos circulares, que exhiben los resultados obtenidos, permitiendo definir el comportamiento de las variables en estudio.

Finalmente, los resultados se interpretaron a la luz de los objetivos y luego fueron contrastados con teoría. Esto significa que “la interpretación constituirá una explicación de cómo los resultados se articulan con el conocimiento existente” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.3).

B) CONTEXTO DE REALIDAD

1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

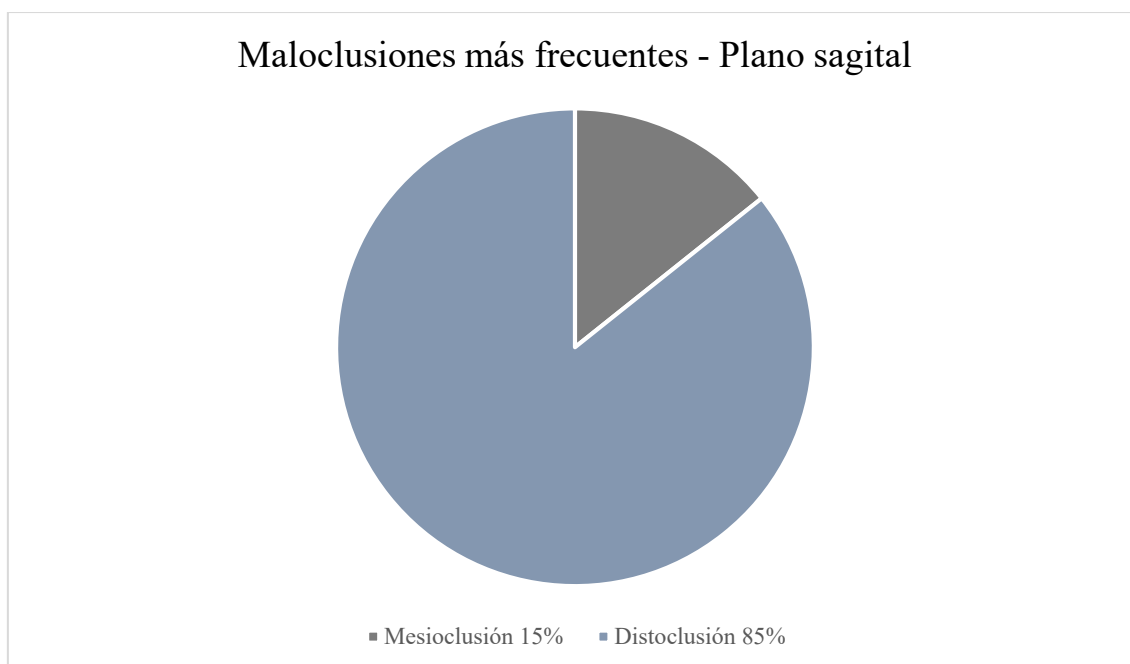
Tabla N°1

Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano sagital, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica Odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Julio 2022.

Maloclusiones	N° de Ortodoncistas	Porcentaje de Ortodoncistas
Mesioclusión	2	15%
Distocclusión	19	85%
TOTAL	21	100%

Gráfico N°1

Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano sagital, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Julio 2022.



Tal como puede apreciarse en el gráfico, el 85% de los Ortodoncistas, respondió que la maloclusión más frecuente, desde el plano sagital, es la distocclusión.

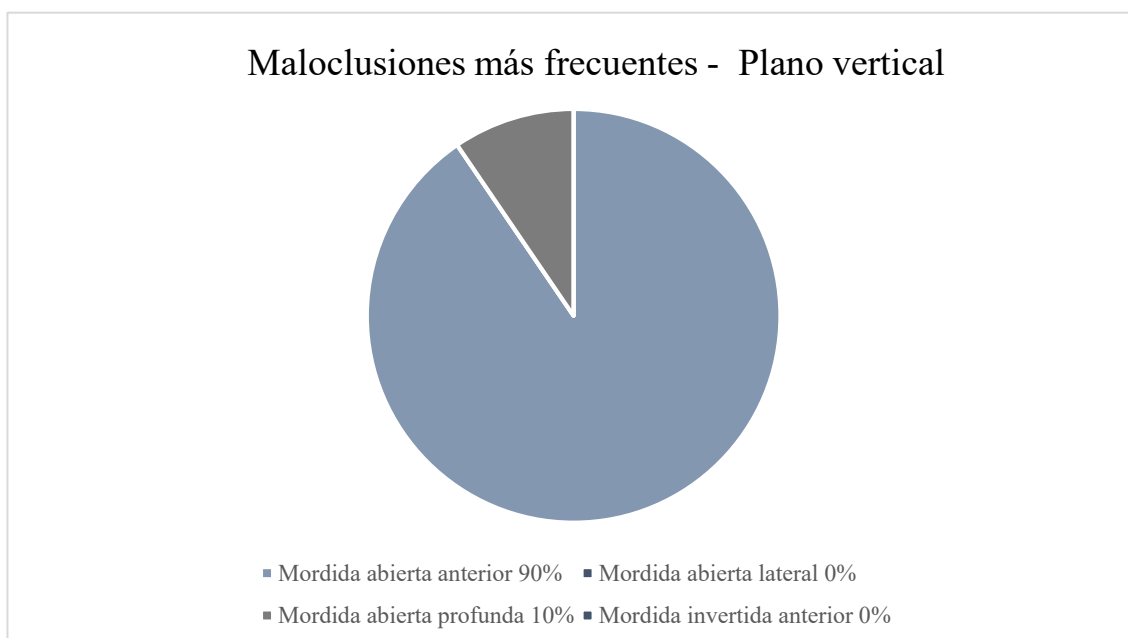
Tabla N° 2

Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano vertical, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.

Maloclusiones	N° de Ortodoncistas	Porcentaje de Ortodoncistas
Mordida abierta anterior	19	90%
Mordida abierta lateral	0	0%
Mordida abierta profunda	2	10%
Mordida invertida anterior	0	0%
TOTAL	21	100%

Gráfico N° 2

Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano vertical, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.



Tal como puede apreciarse en el gráfico, el 90% de los Ortodoncistas, respondió que la maloclusión más frecuente, desde el plano vertical, es la mordida abierta anterior.

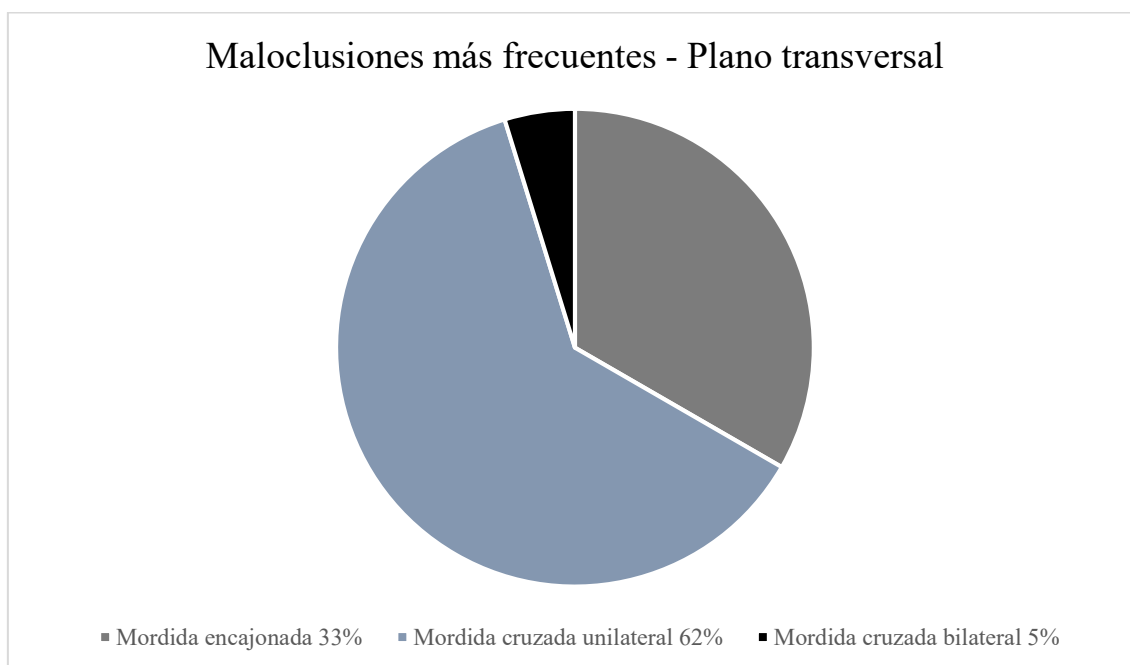
Tabla N°3

Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano transversal, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.

Maloclusiones	N° de Ortodoncistas	Porcentaje de Ortodoncistas
Mordida encajonada	7	33%
Mordida cruzada unilateral	13	62%
Mordida cruzada bilateral	1	5%
TOTAL	21	100%

Gráfico N° 3

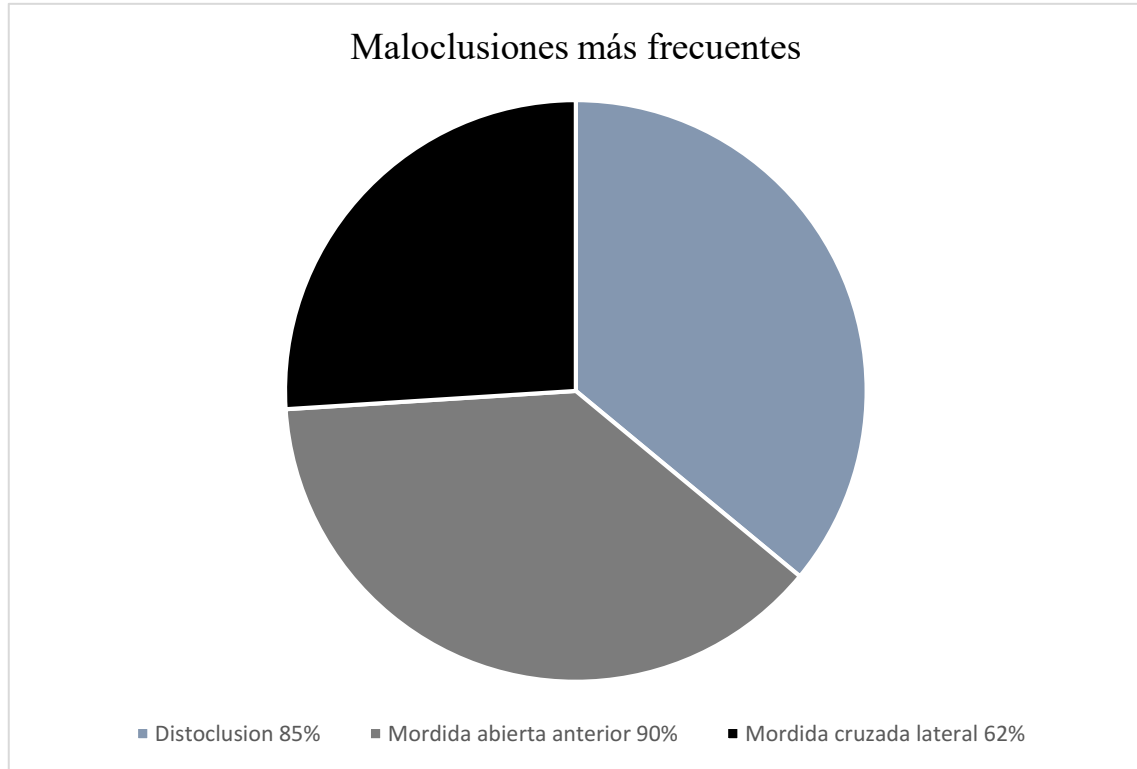
Distribución de las maloclusiones más frecuentes en el plano transversal, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.



Tal como puede apreciarse en el gráfico, el 62% de los Ortodoncistas, respondió que la maloclusión más frecuente, desde el plano transversal, es la mordida cruzada unilateral.

Gráfico N° 4

Distribución de las maloclusiones más frecuentes, desde el punto de vista de Ortodoncistas en su clínica odontológica. San Nicolás de los Arroyos, Agosto-Septiembre 2022.



De la totalidad de respuestas brindadas por los Ortodoncistas, se concluye que la maloclusión más frecuente es la Mordida abierta anterior.

Tabla N°4

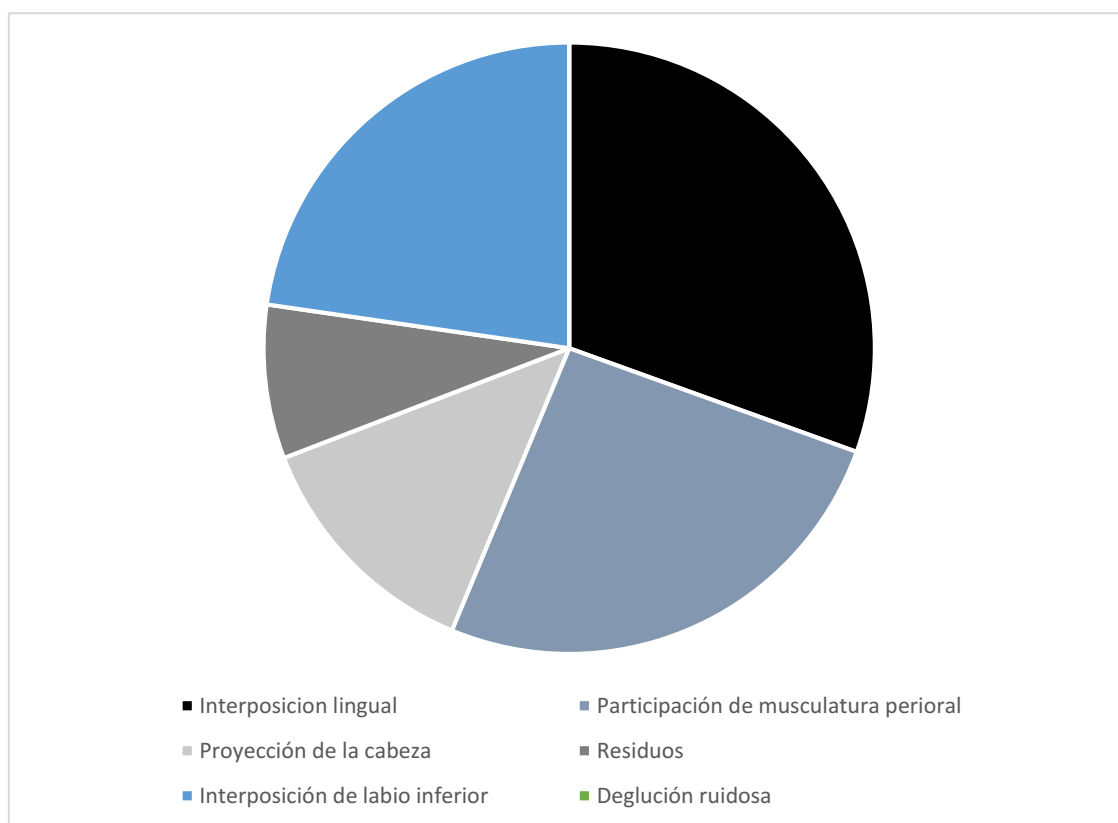
Distribución de los Ortodoncistas según los aspectos que consideran relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria. Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, Agosto– Septiembre 2022.

Alteraciones deglutorias	N° de Ortodoncistas (21)	Porcentaje de Ortodoncistas
Interposición lingual	19	90%
Participación de la musculatura perioral	16	76%
Proyección de la cabeza	8	38%
Residuos después de deglutir	5	24%
Interposición del labio inferior	13	67%
Deglución ruidosa	0	0%
Ninguna de las anteriores	0	0%
TOTAL	21	100%

Nota: Los Ortodoncistas marcaron una o más opciones.

Gráfico N°5

Distribución de los Ortodoncistas según los aspectos que consideran relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria. Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, Agosto– Septiembre 2022.



De la totalidad de Ortodoncistas (21), el 90% (19), considera la interposición lingual, el 76% (16) la participación de la musculatura perioral y el 67% (13) la interposición del labio inferior. Las opciones deglución ruidosa y ninguna de las anteriores no fueron seleccionadas por ningún Ortodoncista.

Tabla N° 5:

Distribución de los Ortodoncistas según los aspectos que consideran relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria. Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.

Alteraciones deglutorias	N° de Ortodoncistas	Porcentaje de Ortodoncistas
Todas	0	0%
Casi todas	5	24%
Algunas	16	76%
Ninguna	0	0%
TOTAL	21	100%

Del total de los encuestados (21), el 76% (16) considera relevantes algunos aspectos y el 24% (5) casi todos. No se evidenciaron Ortodoncistas que hayan seleccionado todas o ninguna de las opciones.

Tabla N° 6

Distribución de los Ortodoncistas según la necesidad de trabajo interdisciplinario entre Odontólogo y Fonoaudiólogo. Ortodoncistas de la ciudad de San Nicolas de los Arroyos, Agosto- Septiembre 2022.

Trabajo Interdisciplinario	N de Ortodoncistas (21)	Porcentaje de Ortodoncistas
SI	21	100%
NO	0	0%
TOTAL	21	100%

La totalidad de los Ortodoncistas encuestados (21) cree necesario el trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y Fonoaudiólogo.

Conclusión pregunta número 4:

¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia?

Se puede decir que el total de los Ortodoncistas (21) considera de gran importancia el trabajo interdisciplinario, multidisciplinario o “en equipo” entre el Ortodoncista y el Fonoaudiólogo para el abordaje de las maloclusiones en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias. Además, algunos de ellos consideran que es fundamental incluir otras áreas en la reeducación mencionando a profesionales como Kinesiólogo, Psicólogo y Otorrinolaringólogo.

Si bien ambos especialistas se encargan del sistema estomatognático, se destaca en las respuestas la intervención del Odontólogo – Ortodoncista, quienes tienen como objetivo la corrección de las alteraciones de las estructuras orales, mientras que el Fonoaudiólogo será quien se encargue de las funciones realizadas por las estructuras bucales.

C) CONTEXTO DE JUSTIFICACION

1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal investigar y describir las maloclusiones más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias según la perspectiva de los Ortodoncistas de la Ciudad de San Nicolás de los Arroyos en el año 2022.

La elección de dicho grupo se realizó teniendo en cuenta el estrecho vínculo que existe entre la Odontología y la Fonoaudiología dado que ambas disciplinas tienen un objetivo en común: el abordaje del sistema estomatognático. Las maloclusiones y las alteraciones deglutorias, ejes centrales del presente estudio, pertenecen a dicho sistema, por lo cual es de gran importancia investigar la perspectiva de los Ortodoncistas en base a esto, con el objetivo de beneficiar al paciente a través del trabajo interdisciplinario.

Es importante hacer hincapié principalmente en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, debido a la escasa información respecto a dicha problemática en la población planteada. Además, es poco el conocimiento acerca de las conductas neuromusculares y óseo-dentarias en esta población en particular. La mayoría de los estudios se han enfocado en conocer y describir las maloclusiones y alteraciones deglutorias en niños y/o adolescentes.

En base a lo planteado por Arce Ríos, Caicedo Gómez, Díaz Rivadeneira y Vélez López (2013), resulta interesante recabar información acerca de pacientes adultos ya que en algunas ocasiones llegan a dicha etapa sin ningún tratamiento Ortodóncico ni Fonoaudiológico, o solo con alguno de ellos; lo cual es sumamente necesario para así implementar adaptaciones funcionales y llevar a cabo procesos básicos como la ingesta de alimentos, articulación del habla, respiración y fonación.

La variable principal “maloclusiones” refiere a alteraciones oclusales dadas por una falta de armonía en la forma y en la función en los diferentes niveles, ya sea óseo, dentario y/o neuromuscular, que se manifiesta en los tres planos del espacio y se modifica en el tiempo. Se desglosó la variable en las siguientes dimensiones: “plano vertical”, “plano transversal” y “plano sagital”.

A su vez, cada una de las dimensiones fueron divididas en modalidades. En primer lugar, para la dimensión “plano sagital” se establecieron dos modalidades: distoclusión y

mesioclusión. Para el “plano vertical” las modalidades fueron: mordida abierta anterior, mordida abierta lateral, mordida abierta profunda y mordida invertida anterior. Y, por último, del plano “transversal” se consideró la mordida encajonada, mordida cruzada bilateral y mordida cruzada unilateral.

Se determinó que, de la totalidad de las respuestas brindadas por los Ortodoncistas, las maloclusiones más frecuentes fueron: dentro del plano vertical la “mordida abierta anterior” (90%), del sagital la “distoclusión” (85%), y en el plano transversal la “mordida cruzada unilateral” (62%).

Esto se diferencia con la investigación: “Frecuencia y distribución de maloclusión en pacientes adultos jóvenes del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la UNNE” realizada por Ponce- Pelaez- Mazza (2013), que obtuvieron como resultado que el 57% de los pacientes fue clase I o normoclusión, seguida de clase II o distoclusión con un 24% y clase III o mesioclusión con el 19%. El objetivo de dicho estudio fue determinar la frecuencia de los diferentes tipos de maloclusión aplicando la clasificación de Angle, en pacientes sin alteraciones deglutorias, lo cual se contrapone con lo investigado por el presente estudio.

Teniendo en cuenta que la presente investigación puso como eje central la perspectiva de los Ortodoncistas en base a pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, y en relación a la revisión bibliográfica “Terapia miofuncional en la deglución atípica” expuesta por Valcárcel Martín (2015 – 2016), se demostró el gran vínculo que existe entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior.

En el estudio mencionado anteriormente, por una parte, se pudo observar que en 17 de los 26 estudios seleccionados (65,4%) se afirma que la deglución atípica determina la aparición de la mordida abierta anterior. Dentro de los autores revisados, Castells (1992) asevera que la deglución atípica es un hábito orofacial que provoca dicha deformación dental, y Cattoni (2014) menciona que la frontalización de la lengua durante la deglución contribuye en gran medida a la aparición de la mordida abierta anterior. Por otra parte, en el 11,5% de los estudios revisados, se destaca que la condición de mordida abierta anterior predispone al paciente a interponer la lengua en el espacio que hay entre los arcos dentarios para realizar el sellado durante la deglución; esto se refleja en que todos los estudios de este grupo son artículos pertenecientes a revistas de Odontología, y en algunos casos específicas

de ortodoncia. A su vez, en varios estudios se afirma que la deglución atípica puede ser causa o consecuencia de las alteraciones dentomaxilares, como la mordida abierta anterior.

En relación a esto, el 90% de los Ortodontistas (19) que forman parte de la presente investigación respondieron que la maloclusión más frecuente en el plano vertical fue la mordida abierta anterior, y también 19 de ellos (90%) consideran a la interposición lingual como aspecto relevante para dar cuenta de una alteración deglutoria.

Según Acosta, Rojas, Gutierrez y Rivas (2011), es de gran importancia caracterizar el proceso deglutorio en la población adulta que presenta mordida abierta anterior, ya que al identificarlas, los profesionales que intervienen en la normalización de la estructura (Odontólogos) y la función (Fonoaudiólogos) podrán tener en cuenta las posibles alteraciones para establecer prioridades en el tratamiento, prevenir posibles riesgos, dar cuenta del diagnóstico y establecer un plan de tratamiento apropiado para el usuario con el fin de obtener resultados satisfactorios.

También como variable principal se consideró a las “alteraciones deglutorias”. Se categorizaron los aspectos relevantes que consideran los Ortodontistas para dar cuenta de una alteración deglutoria. El profesional refirió a todos los aspectos cuando marcó las 6 opciones en el cuestionario, casi todos cuando escogió de 4 a 5 opciones, algunos aspectos cuando eligió de 1 a 3 opciones y ninguno si marcó la opción “ninguna de las anteriores”. De este modo se concluyó que la totalidad de los Ortodontistas considera relevante algún aspecto para dar cuenta de una alteración deglutoria. El 76% tuvo en cuenta algunos aspectos y el 24% casi todos, mientras que ningún profesional seleccionó todas las opciones.

La investigación indicó que los aspectos que consideran los Ortodontistas como relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria fueron: “interposición lingual” (90%), “participación de la musculatura perioral” (76%) e “interposición del labio inferior” (67%). Las manifestaciones sintomáticas menos seleccionadas fueron: “proyección de la cabeza” (38%) y “residuos después de deglutir” (24%). El aspecto “deglución ruidosa” no fue seleccionado por ningún Ortodontista.

Se puede decir que, al momento del diagnóstico de una alteración deglutoria, es de gran importancia observar la posición de la lengua durante la deglución, luego la posible presencia de contracción de los músculos periorales (buccinador, orbicular y mentón) y, por

último, la posición de los labios durante la deglución. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Cenzato, Iannotti, y Maspero (2021).

A su vez, concuerda con Queiroz Marchesan (2002), quien expresa que las características de atipias más relevantes son: en primer lugar, la interposición lingual, luego la contracción del musculo mentoniano que puede vincularse con la participación de la musculatura perioral; la interposición del labio inferior, y por último los movimientos de cabeza. Se puede concluir que, para determinar la presencia de una alteración deglutoria es de gran importancia la observación por parte del profesional lo que permitirá reconocer ciertas atipias en cada paciente en particular.

Además, se puede mencionar que la deglución atípica muestra signos clínicos claramente observables como el escape de alimentos durante la ingesta, debido al intento de sellado entre la lengua y los dientes. Esto coincide con las manifestaciones sintomáticas menos seleccionadas por los Ortodoncistas del presente estudio y también con lo planteado por Valcárcel Martín (2015-2016) en su investigación.

Por lo tanto y considerando la revisión realizada por Alarcón (2012) se concluye que es de gran importancia que el profesional Ortodoncista también conozca cuáles son los patrones disfuncionales que pueden darse a nivel orofacial, de qué manera pueden interferir en el tratamiento ortodóncico; teniendo en cuenta que dichas disfunciones no se dan de manera aislada, sino que en conjunto.

Por otro lado, al indagar acerca de la necesidad del trabajo interdisciplinario entre el Odontólogo y el Fonoaudiólogo en relación a las maloclusiones más frecuentes, se obtuvo que la totalidad de los Ortodoncistas encuestados en el presente estudio (100%) considera que el mismo es necesario, lo cual coincide con la investigación realizada por Costa Amaral et al. (2006). Dicha investigación, realizada en São Paulo Brasil, tuvo como objetivo abordar aspectos de la interrelación entre la Odontología y la Logopedia en la Motricidad Orofacial, infiriendo que la totalidad de los profesionales encuestados coinciden en la necesidad de interacción entre ambas áreas, siendo el sistema estomatognático el campo en común de actuación de estos profesionales. Todos los participantes (100%) afirmaron que la interacción entre las dos áreas es fundamental para el abordaje terapéutico Odontológico y/o Fonoaudiológico.

También se indagó acerca de los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico desde la experiencia de los Ortodoncistas encuestados. En las respuestas brindadas, por un lado, se evidenció la interdependencia entre ambas disciplinas, es decir que, sería imposible pensar en el tratamiento de la parte estructural de las maloclusiones sin la atención funcional. Se pone en evidencia la relación existente entre la forma y la función, es decir que no existen aisladamente, sino que están estrechamente relacionadas, y al alterarse una de ellas por ende se alterara la otra. Según se desprende de los relatos, la mayoría de los pacientes que requieren ortodoncia, son casos en los que se observan alteraciones dentarias que suelen estar ocasionadas por alteraciones funcionales que no fueron tratadas a tiempo.

A partir de esto, se menciona que el profesional Odontólogo se encarga del tratamiento y la rehabilitación a nivel de estructuras bucales estáticas o pasivas y dinámicas o activas, y el Fonoaudiólogo desde el punto de vista neuromuscular tiene como tarea la rehabilitación de las funciones orales. Es por esto que se puede decir que ambas disciplinas están íntimamente relacionadas, se complementan.

Según lo planteado por Zambrana Toledo González (1998) y coincidiendo con las respuestas de los Ortodoncistas del presente estudio, lo que guiará al profesional Odontólogo para un mejor tratamiento del sistema estomatognático será la reciprocidad que existe entre la forma y la función. Además, es sumamente relevante que el Ortodoncista realice derivaciones al profesional Fonoaudiólogo, y así trabajar interdisciplinariamente, en los casos en los cuales, a pesar de la corrección de la forma, se conservan malos hábitos que afectan la función.

Según Torres (1973), la forma es la configuración de la estructura, y entre ambas existe una relación de ida y vuelta; a su vez la estructura tiene una forma preparada para una determinada función y se configura por esta, a medida que la misma se organiza. Se puede decir que toda actividad funcional tiene una intrínseca correlación con su forma. Manns (2006) plantea que la forma gobierna la función y ésta, por otro lado, requiere de una estructura de diseño adecuado.

En base a lo planteado anteriormente, algunas de las respuestas brindadas por los Ortodoncistas pueden ser agrupadas dentro de los conceptos “Estructura, función y acción”:

- *“Ambas especialidades tratamos el sistema estomatognático, por lo tanto, es muy importante el trabajo en conjunto. Alteraciones en las estructuras orofaciales lleva a problemas funcionales. Y viceversa”*
- *“Es de gran importancia el trabajo conjunto, debido a que el Odontólogo se encarga del tratamiento y la rehabilitación a nivel de estructuras, y el Fonoaudiólogo tiene como tarea rehabilitar las disfunciones orales que pueden estar causando la dificultad.*
- *“Son muchos los beneficios ya que en la mayoría de pacientes que requieren ortodoncia, esto se da por alteraciones dentarias que suelen estar generadas por alteraciones funcionales como la disfunción deglutoria, y/o disfunciones de la musculatura oral. Si no se aborda esta problemática la ortodoncia no será efectiva en el tiempo”*

Por otro lado, dentro de las respuestas obtenidas, se enfatiza que para el logro de buenos resultados y para asegurar la efectividad en el tiempo, es sumamente beneficioso el trabajo interdisciplinario. Resaltan que, desde su experiencia, los tratamientos de ortodoncia tienen mayor efectividad y la problemática se resuelve de manera eficaz si se acompaña de terapia fonoaudiológica. Esto coincide con lo expresado por Queiroz Marchesan (2002) quien plantea que el Odontólogo utilizando las diversas técnicas de la ortodoncia y de la ortopedia funcional de los maxilares, puede cambiar la forma consiguiendo, con el acompañamiento del Fonoaudiólogo, que mejore o hasta se normalice totalmente la función que estaba alterada previo al tratamiento ortodóncico. Se puede decir que sería imposible pensar en el logro del objetivo ortodóncico sin la rehabilitación funcional, es decir, de los hábitos periorales, respiratorios, deglutorios, etc.

Dentro del tratamiento Fonoaudiológico se destaca la terapia miofuncional la cual aborda la musculatura orofacial, trabajando así el componente neuromuscular del sistema estomatognático. Tiene como objetivo obtener un buen funcionamiento de las funciones orofaciales, evitando las recidivas, coincidentemente con lo expresado por Zambrana Toledo González (1998).

Por su parte, Queiroz Marchesan menciona que dicha terapia tiene como objetivo restablecer las demás funciones estomatognáticas, buscando un equilibrio miofuncional orofacial. Este equilibrio puede ser quebrado por factores como las disarmonías

estructurales, que pueden ser óseas y/o dentarias, lo que demuestra la importancia de que se complementen ambas disciplinas.

La autora además plantea que aún en casos en los que la corrección ortodóncica haya concluido se observa deglución atípica, debiéndose a la gran automatización de los hábitos adquiridos antes de esa corrección. Existe un alto predominio de deglución atípica en los portadores de maloclusión, lo que muestra que hay una relación muy grande entre problemas ortodóncicos y el patrón de la deglución. A su vez, la autora expone que la terapia miofuncional tiene como objetivo restablecer las diversas funciones estomatognáticas, buscando un equilibrio miofuncional orofacial; lo cual puede afectarse por disarmonías estructurales (Queiroz Marchesan, 2002).

Por otro lado, Chiavaro (2011) en su obra referente a la terapia neuromuscular-funcional destaca como objetivo el logro de un enfoque interdisciplinario para la interpretación de los “trastornos funcionales” que involucran a las estructuras de cabeza y cuello, componentes del denominado “sistema estomatognático” y un abordaje innovador para su diagnóstico y terapéutica. Este enfoque sistémico e interdisciplinario pretende facilitar las tareas vinculadas con el diagnóstico y ayudar a implementar una terapéutica eficiente dentro de cada área específica, en plazos más cortos y con mayores probabilidades de alcanzar éxitos terapéuticos duraderos. Esta metodología de estudio tiene como objetivo entonces, relacionar interdisciplinariamente las áreas evaluadas por cada especialidad posibilitando alcanzar las causales que generan y sostienen dichos trastornos y permitiendo planificar acciones terapéuticas adecuadas y consensuadas.

Carbonero Sancho (2019-2020) a través de su estudio “Maloclusiones dentales. El trabajo coordinado entre el logopeda y el Odontólogo”, demostró que la atención conjunta del Odontólogo y el logopeda está indicada en casos de maloclusión, puesto que permite ofrecer además de un tratamiento exitoso, reducir el tiempo de terapia ortodóncica por eliminación de hábitos deformantes, disminuir las recidivas del tratamiento de una maloclusión dental y restablecimiento del equilibrio muscular del sistema orofacial. A partir de dicho estudio pretendió evidenciar los beneficios que los logopedas expertos en terapia orofacial y miofuncional (TOMF) pueden ofrecer en un tratamiento coordinado con el Odontólogo.

Las siguientes respuestas de los Odontólogos encuestados coinciden con lo expresado en las investigaciones planteadas. Teniéndolas en cuenta se pueden incluir dentro del apartado “Terapia orofacial y miofuncional en un tratamiento con el Odontólogo.”:

- *“Los tratamientos de ortodoncia tienen mayor efectividad si se acompañan de terapia miofuncional brindada por el Fonoaudiólogo, es decir, si no se acompañan por esta terapia las alteraciones funcionales van a seguir generando alteraciones dentarias o entre las arcadas dentarias, y la colocación de ortodoncia no será efectiva”*
- *“Desde mi experiencia me parece fundamental el trabajo interdisciplinario. El beneficio que más destacó es la efectividad de la ortodoncia en los pacientes con alteraciones funcionales. Si el paciente no realiza terapia miofuncional con un Fonoaudiólogo, por más que coloquemos la ortodoncia, si no se modifica la función, las alteraciones dentarias volverán.”*
- *“Es sumamente beneficioso el trabajo interdisciplinario ya que para que se vean resultados fructíferos frente a pacientes con ortodoncia, por ejemplo, se necesita de la rehabilitación fonoaudiológica”*
- *“Me parece muy importante el trabajo interdisciplinario entre ambos profesionales ya que en muchos casos lo que sucede es que se dejan estar las disfunciones orales, estas no son tratadas a tiempo, y se ven pacientes adultos con alteraciones en la mordida y en las posiciones dentarias”*
- *“Desde mi experiencia, en casos de adultos con ortodoncia, es sumamente importante el trabajo del Fonoaudiólogo para asegurar la efectividad en el tiempo, y así lograr un funcionamiento armónico de todas las funciones orales.”*
- *“El paciente hace consciente su problemática y trata de corregirla para que la ortodoncia sea exitosa en el tiempo”*
- *“Desde mi experiencia creo que no se observarían cambios, si no se cumple con el tratamiento interdisciplinario. En muchas situaciones de pacientes adultos que requieren ortodoncia por disfunciones deglutorias no tratadas, se necesita también que el Fonoaudiólogo apunte a las alteraciones funcionales para que la ortodoncia sea eficaz”*

Además, dentro de todas las respuestas brindadas por los Ortodoncistas, se destaca que las maloclusiones son causadas por diferentes factores, y es por esto que la corrección real de la disfunción no sería posible sin un grupo de diversos profesionales como: Fonoaudiólogo, Ortodoncista, Kinesiólogo, entre otros. Esto concuerda con lo expuesto por Zaragoza-García y Rizo Ibarra (2012), cuando plantean que son diversos los profesionales vinculados a la intervención de los pacientes con alteraciones del Sistema Estomatognático, donde concluyen que los planes de tratamiento involucran acciones multidisciplinarias donde participan el Otorrinolaringólogo, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo y el Ortodoncista, entre otros.

En relación a esto, Chiavaro (2011) plantea que la Medicina y la Odontología con su intervención establecerán las bases para la realización e interpretación del estudio neuromuscular-funcional. La Kinesiología aportará el diagnóstico corporal-postural estableciendo las condiciones neuromusculares y funcionales corporales del paciente que se relacionarán con las de las estructuras de cabeza y cuello; y la Fonoaudiología será quien profundice el área neuromuscular-funcional del sistema estomatognático estableciendo las relaciones de dependencia con las estructuras y componentes corporal y estomatognático.

En base a esto, se seleccionaron las siguientes respuestas expresadas por los Ortodoncistas:

- *“La corrección real de la disfunción no sería posible sin el trabajo interdisciplinario entre Ortodoncista, fono, Kine, pediatra y especialista en postura global”.*
- *“Es imposible para el Ortodoncista poder corregir determinadas maloclusiones sin el trabajo en conjunto con el Fonoaudiólogo, para mí ser Odontólogo no es solo centrarme en los dientes, todas las maloclusiones son causadas por diferentes factores entre ellos los hábitos, la deglución, la posición de la lengua, la posición de la cabeza, la espalda etc. ¡Si el Odontólogo no trabaja en conjunto con el Kinesiólogo, con el Fonoaudiólogo es imposible poder corregir o mantener en el tiempo lo corregido por lo tanto todo nuestro trabajo fracasa.”*
- *“La interdisciplina es más amplia. Se necesita del psicólogo. Ostentaba. Otorrino y del funcionamiento glandular. Toda la experiencia se aporta en mejora del tratamiento. Función. Y reeducación del paciente”*

Según lo analizado, es sumamente necesario el trabajo en conjunto de ambas disciplinas ya que abordan las mismas estructuras que forman parte del sistema estomatognático. Esto se vincula con algunas de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados en la presente investigación y con lo anteriormente mencionado por Queiroz Marchesan (2002).

A continuación, se exponen las respuestas que hacen referencia a lo planteado anteriormente:

- *“El trabajo interdisciplinario es muy importante porque ambas disciplinas abordan las mismas estructuras que forman parte del sistema estomatognático, y una alteración de la forma de ese sistema alterará también su función”*
- *“El trabajo interdisciplinario aporta beneficios como la mejora funcional, evita recidivas, previene complicaciones, mejoría estética; lo que contribuye a conseguir armonía mio funcional y estabilidad mantenida en el tiempo”*
- *“El beneficio principal en pacientes que requieren ortodoncia, es lograr que, a partir del trabajo en conjunto con el Fonoaudiólogo, esto sea eficaz y se mantenga en el tiempo. Además de que ambos profesionales abordan el sistema estomatognático”*
- *“Aporta múltiples beneficios tanto para el paciente como para el Ortodoncista en mi caso. Debido a la gran demanda de estética por parte del paciente es importante explicarles que muchas alteraciones dentarias tienen un componente orofacial y neuromuscular que están generando dichas anomalías y que sin la ayuda de un trabajo interdisciplinar como en este caso con Fonoaudiología no se podrían resolver dichas alteraciones dentarias con el simple tratamiento Ortopédico - Ortodónico. Cómo aporte fundamental es la estabilidad Postratamiento Ortodónico”*

Para finalizar, se puede decir que el sistema estomatognático nos muestra con claridad la razón del trabajo en conjunto entre la Odontología y la Fonoaudiología, ya que son parte de él dos grupos distintos de estructuras bucales: las estáticas o pasivas, y las dinámicas o activas; que, equilibradas y controladas por el sistema nervioso central, serán responsables del funcionamiento armonioso del rostro. Las disfunciones de dicho sistema

afectan a las funciones vitales y deterioran la calidad de vida de las personas que concurren a la consulta por situaciones diversas; y es por esto que para su estudio se deben abarcar diversas áreas de conocimiento donde intervienen diferentes profesiones del área de la salud. La relación entre los distintos profesionales es sumamente importante no sólo para los Ortodontistas y Fonoaudiólogos sino también para el médico clínico y los especialistas que trabajan con dicho sistema como una unidad morfofuncional.

2. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación, es posible dar respuesta a los objetivos planteados arribando a las siguientes conclusiones:

- La maloclusión más frecuente, desde el plano sagital es la distoclusión (85%); desde el plano vertical la mordida abierta anterior (90%) y desde el plano transversal la mordida cruzada unilateral (62%).
- La maloclusión más frecuente es la mordida abierta anterior (90%)
- Los aspectos más relevantes, considerados por los Ortodoncistas para dar cuenta de una alteración deglutoria, son la interposición lingual (90%), la participación de la musculatura perioral (76%) y la interposición del labio inferior (67%).
- La totalidad de los Ortodoncistas considera necesario el trabajo interdisciplinario con Fonoaudiología.
- Los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario con Fonoaudiología desde la perspectiva Odontológica son: armonía funcional y estructural; prevención de recidivas y otras complicaciones; efectividad y estabilidad mantenida en el tiempo y mejora de la estética.

En base a todo lo mencionado anteriormente, se puede concluir que es fundamental el trabajo interdisciplinario entre la Odontología y la Fonoaudiología ya que se trata de dos disciplinas distintas y complementarias a la vez, que tienen como objetivo común el abordaje de los problemas relativos al sistema estomatognático, el cual incluye las maloclusiones y las alteraciones deglutorias, que fueron los ejes centrales del presente estudio.

3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las principales limitaciones que se encontraron en la siguiente tesina fueron, en primer lugar, la escasa información, bibliografía y estudios previos acerca de maloclusiones y alteraciones deglutorias en pacientes adultos con ortodoncia. Así como también, la falta de criterios universalmente aceptados para abordar las maloclusiones, es decir, un protocolo estandarizado para poder clasificar y así poder evaluar dichas alteraciones.

Se sugiere conocer y comparar la evaluación que realizan en Fonoaudiología y Odontología acerca de dichas problemáticas. Además, sería interesante realizar un estudio de relación, en donde se vinculen ambas variables principales utilizadas en la presente investigación. A su vez, sería interesante que la presente investigación se realizara en otras ciudades para contar con un marco geográfico más amplio y variado.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Uribe, P.G, Rojas García, A.R., Gutiérrez Roja, J.F., Rivas Gutiérrez, R. (2011). Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. *Oral Revista*. 33. 577-579. <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2010/ora1033h.pdf>
- Adamowsky, N. (1990). Criterio dinámico – práctico en la definición, evaluación y tratamiento de la deglución atípica en su relación con la maloclusión. *Revista Fonoaudiológica* 36 (2), 87 – 91.
- Alarcón Ascunce A.M. (2012). Deglución atípica - Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 51 (1).
- Angle, EH. (1899) Clasificación de las maloclusiones. *Cosmos Dental*, 41. 248 – 264.
- Angle, EH. (1899) Clasificación de las maloclusiones. *Cosmos Dental*, 41. 350 – 357.
- Arce Rios, J., Caicedo Gomez D., Díaz Rivadeneira, M y Veléz López, A. (2013). *Caracterización funcional y estructural del proceso de ingesta de alimentos en población adulta joven entre 18 y 26 años con mordida abierta anterior, estudiantes de una escuela de una universidad pública del sur occidente colombiano*. (Trabajo de grado). Universidad del Valle. Facultad de salud. Escuela de rehabilitación humana. Colombia. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.cobitstream/id/b7dba15a-28d4-4512-9916-67fecf799f85/CB-0494583.pdf>.
- Barreto, J. F., (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*, 30(4), 173-180.
- Barnett, E. (1978). *Terapia Oclusal en Odontopediatría*. Ed. Médica Panamericana.
- Bloj, L. (2001). *Biotipos – Oclusión – Maloclusión – Deglución disfuncional*. (Ficha de cátedra). Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica del Habla.
- Camargo Tanigute, C. *Desarrollo de las funciones Estomatognáticas*. En Queiroz Marchesan, I. (2022) *Fundamentos de Fonoaudiología*. Editorial Médica Panamericana.

- Carbonero Sancho, L. (2019-2020). *Maloclusiones dentales. El trabajo coordinado entre el logopeda y el Odontólogo*. (Trabajo de grado). Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, España.
- Chiavaro, N. (2011). *Funciones y disfunciones estomatognáticas*. Librería Akadia Editorial. <https://normachiavaro.com/wp-content/uploads/Libro-Funciones-y-disfunciones-estomatogn%C3%A1ticas.pdf>.
- Cenzato, N., Iannotti, L. y Maspero, C. (2021). Open bite and atypical swallowing: orthodontic treatment, speech therapy or both? A literature review. *European Journal of Paediatric Dentistry* 22 (4), 286 – 289. https://www.ejpd.eu/pdf/EJPD_2021_22_04_5.pdf.
- Costa Amaral, E., Cortez Bacha S., Lorenzo Azevedo Ghersel, E. y Rodrigues, P. (2006). Interrelación entre la Odontología y la Fonoaudiología en Motricidad Orofacial. *CEFAC*, 8 (3), 337 – 351.
- Dartiguelongue, JP., y Cafiero, PJ. La comunicación en los equipos de salud. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(6). e589-e593.
- Facultad de Odontología. Plan de estudios de la carrera de Odontología. Facultad de Odontología – Universidad Nacional de Rosario. <https://www.fodontounr.info/sites/default/files/contenido/estudiantes/Plan-de-Estudios-2010.pdf> (12/10/2022).
- Gurrola Martínez, B. y Orozco Cuanalo, L. (2017). *Maloclusiones*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/Maloclusiones17.pdf>.
- Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptita, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). MacGraw-Hill Education.
- Kendall's, O H. Músculos. (1999). *Pruebas, funciones y dolor postural*. Marban. España.
- Ley 27.568 de 2020. Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. 7 de octubre de 2020. D.O. No. 27568.
- Loyber, I. (1985). *Funciones motoras del Sistema Nervioso*. Ed. UNITEC.
- Manns, A. y Diaz, G. (2006). *Sistema Estomatognático*. Ed. Impresos Ximpauser.

- Medizza, A B. (1994). *Introducción a la Rehabilitación Oral y Neuromuscular*. En colegio de Odontólogos. Rosario.
- Moyers R. (1992). *Manual de Ortodoncia*. (4ª. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Murrieta Pruneda, JF. (2013). Maloclusión dental y su relación con la postura corporal: un nuevo reto de investigación en Estomatología. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 70 (5), 341- 345. <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n5/v70n5a1.pdf>.
- Pacheco, V. (2000). Cirugía ortognática: un abordaje Fonoaudiológico. *CEFAC* 2(2). 38-44. <https://abramofono.com.br/wp-content/uploads/2022/02/Artigo-5-2.pdf>.
- Palacios, C., Cacho Casado, A., Fonte Trigo, A. y Pérez Varela, JC. (2007). La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. *RCOE* 12 (1-2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2007000100003.
- Ponce, A., Peláez, A. Y Mazza, S. (2013). Frecuencia y distribución de maloclusión en pacientes adultos jóvenes del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la UNNE. *Revista Facultad de Odontología*, 6 (2), 22 – 27.
- Queiroz Marchesan, I. (2022). *Fundamentos de la Fonoaudiología*. Aspectos clínicos de la motricidad oral. Editorial Médica Panamericana.
- Ruiseco Palomares, A., Rodríguez Calzadilla, O. Y Otaño Laffitte, G. (2006). Efectividad del ajuste oclusal en pacientes de alta de ortodoncia. *Revista Cubana de Estomatología* 43(4).
- Segovia, M. L. (1992) *Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología. La deglución atípica*. Ed. Médica Panamericana.
- Torres, R. (1973). *Biología de la Boca. Estructura y función*. Buenos Aires, Médica Panamericana.
- Ugalde Morales FJ. (2005). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *ADM*, 64 (3). 97 – 109.
- Valcárcel Martín, N. (2015-2016). *Terapia miofuncional en la deglución atípica*. (Trabajo de grado). Universidad de La Laguna. España.

https://drive.google.com/file/d/1V_Zo_2vZ6EDHMpxSYHNu7bI-WQ1JCNp2/view.

- Zambrana Toledo González, N. y Dalva Lopes, L. (1998). *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial: Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional*. Barcelona, Masson.

ANEXOS

ANEXO A:
Instrumento utilizado

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano.



- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

⋮

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Texto de respuesta largo

ANEXO B:
Planilla de volcado de datos

Pregunta Nº 1									
Ortodoncista Nº	a	b	c	d	e	f	g	h	i
1	x	-	x	-	-	-	x	-	-
2	x	-	x	-	-	-	-	x	-
3	x	-	-	-	x	-	-	x	-
4	x	-	-	-	x	-	x	-	-
5	x	-	x	-	-	-	x	-	-
6	x	-	x	-	-	-	-	x	-
7	-	x	x	-	-	-	x	-	-
8	x	-	-	-	-	-	-	x	-
9	x	-	x	-	-	-	-	x	-
10	-	x	x	-	-	-	-	x	-
11	x	-	x	-	-	-	x	-	-
12	x	-	x	-	-	-	-	x	-
13	x	-	x	-	-	-	-	x	-
14	x	-	x	-	-	-	-	x	-
15	x	-	x	-	-	-	-	x	-
16	x	-	x	-	-	-	x	-	-
17	x	-	x	-	-	-	-	x	-
18	x	-	x	-	-	-	-	x	-
19	x	-	x	-	-	-	-	-	x
20	x	-	x	-	-	-	-	x	-
21	x	-	x	-	-	-	x	-	-
TOTAL:	19	2	19	0	2	0	7	13	1

Referencias:

Pregunta número 1: ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano.

- a) Plano Sagital: Clase II: Distoclusión.
- b) Plano Sagital: Clase III: Mesioclusión.
- c) Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- d) Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- e) Plano Vertical: Mordida abierta profunda.

- f) Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- g) Plano Transversal: Mordida encajonada.
- h) Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- i) Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

Pregunta N° 2							
ORTODONCISTA N°	a	b	c	d	e	f	g
1	x	x	-	-	x	-	-
2	x	x	-	-	x	-	-
3	x	x	x	-	x	-	-
4	x	x	-	-	-	-	-
5	x	x	x	x	-	-	-
6	-	-	-	x	x	-	-
7	x	x	-	-	x	-	-
8	x	-	x	-	-	-	-
9	x	x	-	-	-	-	-
10	x	x	x	-	x	-	-
11	x	-	-	-	x	-	-
12	x	-	-	x	x	-	-
13	-	x	-	-	x	-	-
14	x	x	x	-	x	-	-
15	x	-	-	-	-	-	-
16	x	x	x	-	-	-	-
17	x	x	-	-	x	-	-
18	x	x	-	-	x	-	-
19	x	x	-	x	-	-	-
20	x	x	x	x	x	-	-
21	x	x	x	-	-	-	-
total	19	16	8	5	13	0	0

Referencias:

Pregunta número 2: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria?

- a) Interposición lingual
- b) Participación de la musculatura perioral
- c) Proyección de la cabeza
- d) Residuos después de deglutir
- e) Interposición del labio inferior
- f) Deglución ruidosa
- g) Ninguna de las anteriores

Pregunta número 3		
Ortodoncista nº	a	b
1	x	-
2	x	-
3	x	-
4	x	-
5	x	-
6	x	-
7	x	-
8	x	-
9	x	-
10	x	-
11	x	-
12	x	-
13	x	-
14	x	-
15	x	-
16	x	-
17	x	-
18	x	-
19	x	-
20	x	-
21	x	-
total	21	0

Referencias:

Pregunta número 3: Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del Odontólogo y el Fonoaudiólogo?

a) si

b) no

Pregunta Nº 4

Ortodoncista Nº	
1	Es imposible para el Ortodoncista poder corregir determinadas maloclusiones sin el trabajo en conjunto con el Fonoaudiólogo, para mí ser Odontólogo no es solo centrarme en los dientes, todas las maloclusiones son causadas por diferentes factores entre ellos los hábitos, la deglución, la posición de la lengua, la posición de la cabeza, la espalda etc. ¡Si el Odontólogo no trabaja en conjunto con el Kinesiólogo, con el Fonoaudiólogo es imposible poder corregir o mantener en el tiempo lo corregido por lo tanto todo nuestro trabajo fracasa!
2	Aporta múltiples beneficios para el paciente como para el Ortodoncista en mi caso. Debido a la gran demanda de estética por parte del paciente es importante explicarles que muchas alteraciones dentarias tienen un componente orofacial y neuromuscular que están generando dichas anomalías y que sin la ayuda de un trabajo interdisciplinario como en este caso con Fonoaudiología no se podrían resolver dichas alteraciones dentarias con el simple tratamiento Ortopedico - Ortodoncico. Cómo aporte fundamental es la estabilidad Postratamiento Ortodoncico.
3	Me parece sumamente importante el trabajo multidisciplinario, ya que la mayoría de las veces no se logra el objetivo ortodóncico si el paciente no reeduca sus hábitos periorales, respiratorios y deglutorios. Sería muy beneficioso si los pacientes recibieran terapia fonoudiologica tempranamente, ya que muchas maloclusiones se corregirían con tratamientos de ortopedia en edad de crecimiento. O en caso de no resolverse completamente, sería mucho más fácil el tratamiento de ortodoncia en edad adulta
4	Acortar los tiempos y la estabilidad a largo plazo
5	Ambas especialidades tratamos el sistema estomatognático, por lo tanto, es muy importante el trabajo en conjunto. Alteraciones en las estructuras orofaciales lleva a problemas funcionales. Y viceversa.
6	Ayuda a qué el paciente tome nuevos hábitos correctos.
7	El Fonoaudiólogo debe trabajar en equipo con el odontologo , para el resultado final del tratamiento
8	La interdisciplina es más amplia. Se necesita del psicólogo. Ostentaba. Otorrino y del funcionamiento glandular. Toda la experiencia se aporta en mejora del tratamiento. Función. Y reeducación del paciente.
9	El paciente hace consciente su problemática y trata de corregirla para que la ortodoncia sea exitosa en el tiempo
10	La corrección real de la disfunción no sería posible sin el trabajo interdisciplinario entre Ortodoncista, fono, Kine, pediatra y especialista en postura global.
11	Me parece muy importante el trabajo interdisciplinario entre ambos profesionales ya que en muchos casos lo que sucede es que se dejan estar las disfunciones orales, estas no son tratadas a tiempo, y se ven pacientes adultos con alteraciones en la mordida y en las posiciones dentarias

12	Es de gran importancia el trabajo conjunto, debido a que el Odontólogo se encarga del tratamiento y la rehabilitación a nivel de estructuras, y el Fonoaudiólogo tiene como tarea rehabilitar las disfunciones orales que pueden estar causando la dificultad
13	Es sumamente beneficioso el trabajo interdisciplinario ya que para que se vean resultados fructíferos frente a pacientes con ortodoncia, por ejemplo, se necesita de la rehabilitación fonoaudiológica
14	Desde mi experiencia, en casos de adultos con ortodoncia, es sumamente importante el trabajo del Fonoaudiólogo para asegurar la efectividad en el tiempo, y así lograr un funcionamiento armónico de todas las funciones orales
15	Desde mi experiencia creo que no se observarían cambios, si no se cumple con el tratamiento interdisciplinario. En muchas situaciones de pacientes adultos que requieren ortodoncia por disfunciones deglutorias no tratadas, se necesita también que el Fonoaudiólogo apunte a las alteraciones funcionales para que la ortodoncia sea eficaz
16	Los tratamientos de ortodoncia tienen mayor efectividad si se acompañan de terapia miofuncional brindada por el Fonoaudiólogo, es decir, si no se acompañan por esta terapia las alteraciones funcionales van a seguir generando alteraciones dentarias o entre las arcadas dentarias, y la colocación de ortodoncia no será efectiva.
17	Son muchos los beneficios ya que en la mayoría de pacientes que requieren ortodoncia, esto se da por alteraciones dentarias que suelen estar generadas por alteraciones funcionales como la disfunción deglutoria, y/o disfunciones de la musculatura oral. Si no se aborda esta problemática la ortodoncia no será efectiva en el tiempo
18	El trabajo interdisciplinario aporta beneficios como la mejora funcional, evita recidivas, previene complicaciones, mejoría estética; lo que contribuye a conseguir armonía miofuncional y estabilidad mantenida en el tiempo
19	El trabajo interdisciplinario es muy importante porque ambas disciplinas abordan las mismas estructuras que forman parte del sistema estomatognático, y una alteración de la forma de ese sistema alterará también su función
20	El beneficio principal en pacientes que requieren ortodoncia, es lograr que a partir del trabajo en conjunto con el fonoaudiólogo, esto sea eficaz y se mantenga en el tiempo. Además de que ambos profesionales abordan el sistema estomatognático
21	Desde mi experiencia me parece fundamental el trabajo interdisciplinario. El beneficio que más destaque es la efectividad de la ortodoncia en los pacientes con alteraciones funcionales. Si el paciente no realiza terapia miofuncional con un fonoaudiólogo, por más que coloquemos la ortodoncia, si no se modifica la función, las alteraciones dentarias volverán

Referencias:

Respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia?

ANEXO 2

CUESTIONARIOS UTILIZADOS

Ortodoncista N°1

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Es imposible para el ortodoncista poder corregir determinadas maloclusiones sin el trabajo en conjunto con el fonaudiólogo, para mí ser odontólogo no es solo centrarme en los dientes, todas las maloclusiones son causadas por diferentes factores entre ellos los hábitos, la deglución, la posición de la lengua, la posición de la cabeza, la espalda etc..... Si el odontólogo no trabaja en conjunto con el kinesiólogo, con el fonaudiólogo es imposible poder corregir o mantener en el tiempo lo corregido por lo tanto todo nuestro trabajo fracasa!

Ortodoncista N°2

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Aporta múltiples beneficios para el paciente como para el ortodoncista en mi caso.

Debido a la gran demanda de estética por parte del paciente es importante explicarles que muchas alteraciones dentarias tienen un componente orofacial y neuromuscular que están generando dichas anomalías y que sin la ayuda de un trabajo interdisciplinario como en este caso con fonoaudiología no se podrían resolver dichas alteraciones dentarias con el simple tratamiento Ortopedico - Ortodoncico.

Cómo aporte fundamental es la estabilidad Postratamiento Ortodoncico.

Ortodoncista N°3

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Me parece sumamente importante el trabajo multidisciplinario, ya que la mayoría de las veces no se logra el objetivo ortodóncico si el paciente no reeduca sus hábitos periorales, respiratorios y deglutorios. Sería muy beneficioso si los pacientes recibieran terapia fonoudiologica tempranamente, ya que muchas maloclusiones se corregirían con tratamientos de ortopedia en edad de crecimiento.o en caso de no resolverse completamente, seria mucho más fácil el tratamiento de ortodoncia en edad adulta

Ortodoncista N°4

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Acourtar los tiempos y la estabilidad a largo plazo

Ortodoncista N°5

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusionion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo?

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia?

Ambas especialidades tratamos el sistema estomatognático, por lo tanto es muy importante el trabajo en conjunto. Alteraciones en las estructuras orofaciales lleva a problemas funcionales. Y viceversa.

Ortodoncista N°6

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusionion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Ayuda a que el paciente tome nuevos hábitos correctos..

Ortodoncista N°7

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano.

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

El fonoaudiologo debe trabajar en equipo con el odontologo , para el resultado final del tratamiento

Ortodoncista N° 8

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

La interdisciplina es más amplia . Se necesita del psicólogo. Ostentaba. Otorrino y del funcionamiento glandular. Toda la experiencia se aporta en mejora del tratamiento . Funcion. Y reeducacion del paciente.

Ortodoncista N° 9

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

El paciente hace consciente su problemática y trata de corregirla para que la ortodoncia sea exitosa en el tiempo

Ortodoncista N° 10

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria?

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

La corrección real de la disfunción no sería posible sin el trabajo interdisciplinario entre ortodoncista, fono, Kine, pediatra y especialista en postura global.

Ortodoncista N°11

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano.

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria?

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Me parece muy importante el trabajo interdisciplinario entre ambos profesionales ya que en muchos casos lo que sucede es que se dejan estar las disfunciones orales, estas no son tratadas a tiempo, y se ven pacientes adultos con alteraciones en la mordida y en las posiciones dentarias

Ortodoncista N°12

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Es de gran importancia el trabajo conjunto, debido a que el odontólogo se encarga del tratamiento y la rehabilitación a nivel de estructuras, y el fonoaudiólogo tiene como tarea rehabilitar las disfunciones orales que pueden estar causando la dificultad

Ortodoncista N°13

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Es sumamente beneficioso el trabajo interdisciplinario ya que para que se vean resultados fructíferos frente a pacientes con ortodoncia por ejemplo, se necesita de la rehabilitación fonoaudiologica

Ortodoncista N°14

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusionion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusionion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Desde mi experiencia, en casos de adultos con ortodoncia, es sumamente importante el trabajo del fonoaudiólogo para asegurar la efectividad en el tiempo, y así lograr un funcionamiento armónico de todas las funciones orales

Ortodoncista N°15

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Desde mi experiencia creo que no se observarían cambios, si no se cumple con el tratamiento interdisciplinario. En muchas situaciones de pacientes adultos que requieren ortodoncia por disfunciones deglutorias no tratadas, se necesita también que el fonoaudiólogo apunte a las alteraciones funcionales para que la ortodoncia sea eficaz

Ortodoncista N°16

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusionion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Son muchos los beneficios ya que en la mayoría de pacientes que requieren ortodoncia, esto se da por alteraciones dentarias que suelen estar generadas por alteraciones funcionales como la disfunción deglutoria, y/o disfunciones de la musculatura oral. Si no se aborda esta problemática la ortodoncia no será efectiva en el tiempo

Ortodoncista N°17

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

El trabajo interdisciplinario aporta beneficios como la mejora funcional, evita recidivas, previene complicaciones, mejoría estética; lo que contribuye a conseguir armonía mio funcional y estabilidad mantenida en el tiempo

Ortodoncista N°18

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

El trabajo interdisciplinario es muy importante porque ambas disciplinas abordan las mismas estructuras que forman parte del sistema estomatognático, y una alteración de la forma de ese sistema alterará también su función

Ortodoncista N°19

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

El beneficio principal en pacientes que requieren ortodoncia, es lograr que a partir del trabajo en conjunto con el fonoaudiólogo, esto sea eficaz y se mantenga en el tiempo. Además de que ambos profesionales abordan el sistema estomatognático

Ortodoncista N°20

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusionion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Desde mi experiencia me parece fundamental el trabajo interdisciplinario. El beneficio que más destaco es la efectividad de la ortodoncia en los pacientes con alteraciones funcionales. Si el paciente no realiza terapia miofuncional con un fonoaudiólogo, por más que coloquemos la ortodoncia, si no se modifica la función, las alteraciones dentarias volverán

Ortodoncista N°21

1- ¿Qué tipo de maloclusiones son más frecuentes en pacientes adultos con ortodoncia y alteraciones deglutorias, en su clínica odontológica? Marque solo una opción por plano. *

- Plano Sagital: Clase II: Distoclusion.
- Plano Sagital: Clase III: Mesioclusion.
- Plano Vertical: Mordida abierta anterior.
- Plano Vertical: Mordida abierta lateral.
- Plano Vertical: Mordida abierta profunda.
- Plano Vertical: Mordida invertida anterior.
- Plano Transversal: Mordida encajonada.
- Plano Transversal: Mordida cruzada unilateral.
- Plano Transversal: Mordida cruzada bilateral.

2- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera relevantes para dar cuenta de una alteración deglutoria? *

- Interposicion lingual.
- Participación de la musculatura perioral.
- Proyección de la cabeza.
- Residuos después de deglutir
- Interposición del labio inferior.
- Deglución ruidosa.
- Ninguna de las anteriores

3- Frente a estos pacientes ¿Considera necesario el trabajo interdisciplinario del odontólogo y el fonoaudiólogo? *

SI

NO

4- ¿Cuáles son los beneficios que aporta el trabajo interdisciplinario odonto-fonoaudiológico, desde su experiencia? *

Los tratamientos de ortodoncia tienen mayor efectividad si se acompañan de terapia miofuncional brindada por el fonoaudiólogo, es decir, si no se acompañan por esta terapia las alteraciones funcionales van a seguir generando alteraciones dentarias o entre las arcadas dentarias, y la colocación de ortodoncia no será efectiva