

ESTUDIO PILOTO SOBRE APLICACIÓN DE LA TECNICA DE PAYNE
EN DISTINTAS ALTERACIONES OCLUSALES
MEDELLÍN 2005

LUZ ADRIANA GIRALDO HOYOS

LILIANA MARTÍNEZ MORENO

TANIA MONTES RESTREPO

ASESORAS CIENTIFICAS

Dra. Sandra Ardila Pachón

Dra. Maria Eugenia López Yermanos

ASESORA METODOLOGICA

Dra. Yolanda Torres de Galvis

DIPLOMADO DE ENTRENAMIENTO DE TERAPIA
MIOFUNCIONAL OROFACIAL
UNIVERSIDAD CES

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. OBJETIVOS.....	7
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 TÉCNICA DE PAYNE.....	8
2.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	9
2.2.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	10
2.3. DISFUNCIÓN LINGUAL.....	11
2.4. DIAGNOSTICO DE POSICIÓN LINGUAL EN DEGLUCIÓN.....	13
2.5. DEGLUCIÓN.....	14
2.5.1. Lengua.....	15
2.5.2. Labios.....	17
2.5.3. Hábitos.....	17
2.6. TIPOS DE MALOCLUSIÓN EVALUADOS.....	18
2.6.1. Mordida profunda.....	18
2.6.2. Maloclusiones de clase II.....	19
2.6.3. Mordidas abiertas.....	20
2.6.4. Mordida clase III.....	20
2.6.5. Mordida borde a borde.....	21
3. METODOLOGÍA.....	22
3.1. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN.....	22
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	24
4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	25
4.1. RESULTADOS.....	25
Tablas 1y 2.....	26 - 27
Gráficas.....	28
4.2 CONCLUSIONES.....	35
5. DISCUSIÓN.....	37
Anexo 1.....	38
BIBLIOGRAFÍA	

RESUMEN

La técnica de Payne es una prueba objetiva de la deglución, se realiza aplicando fluoresceína en parte anterior o ápex y los laterales de la lengua y luego de una deglución se observan los puntos de contacto de ésta, utilizando una lámpara de luz negra.

El presente estudio piloto consistió en aplicar la técnica de Payne (evaluación de deglución) en 43 pacientes con diferentes alteraciones oclusales: mordida profunda 11 pacientes, mordida profunda con overjet aumentado 4 pacientes, overjet aumentado 5 pacientes, mordida abierta anterior 11 pacientes, clase III 6 pacientes, mordida borde a borde 6 pacientes.

La posición lingual durante la deglución varía de un tipo de mordida a otro.

Se evaluaron 43 pacientes con diferentes alteraciones oclusales encontrándose en: mordida profunda 100% sin empuje lingual, mordida profunda con overjet aumentado 25% con empuje lingual y 75% sin empuje lingual, overjet aumentado 100% con empuje lingual, mordida abierta anterior 100% con empuje lingual, clase III 16.67% sin empuje lingual y 82.33% con empuje lingual, mordida borde a borde 100% con empuje lingual, para un total de 34.9% sin empuje lingual y 65.1% con empuje lingual que requieren de la intervención de un fonoaudiólogo con entrenamiento en terapia miofuncional orofacial.

INTRODUCCIÓN

Los contactos linguales en la fase oral de la deglución son de vital importancia, pues permiten corroborar o descartar la presencia de empujes linguales contra los dientes, que estén afectando la evolución de la aparatología intraoral.

El aprovechar las herramientas que tenemos en nuestro medio nos llevan a un diagnóstico más certero y nos brinda mayor seguridad al principio, durante y al final del tratamiento.

La técnica de Payne es una prueba objetiva de la deglución, se realiza aplicando fluoresceína en parte anterior o ápex y los laterales de la lengua y luego de una deglución se observan los puntos de contacto de ésta, utilizando una lámpara de luz negra.

El propósito de este estudio es descubrir la posición lingual en la deglución (fase oral) en pacientes con alteraciones oclusales diagnosticados por el especialista como: mordida abierta anterior, mordida borde a borde, mordida clase III, mordida profunda y/o overjet aumentado, por medio de un examen diagnóstico objetivo llamado Técnica de Payne.

La alteración de la deglución en los seres humanos es producto de múltiples factores funcionales y esqueléticos que pueden desencadenar dificultades en la mordida y desequilibrios a nivel oral, tanto en el acto deglutorio, como en el masticatorio, determinando la necesidad de la intervención del Fonoaudiólogo, quién debe adquirir habilidades que le proporcionen un tratamiento eficaz, puntual y adecuado de las alteraciones en el comportamiento muscular orofacial.

De ahí la importancia de tener pruebas objetivas, además del conocimiento, al momento de la evaluación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los verdaderos puntos de contacto de la lengua en la deglución en mordida abierta anterior, mordida borde a borde, mordida clase III, mordida profunda y/o overjet aumentado?

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar la técnica de Payne con el objeto de precisar los contactos linguales en mordidas abiertas anteriores, mordidas borde a borde, clase III, mordidas profundas y/o overjet aumentado.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Colaborar de manera efectiva en la habilitación de funciones linguales adecuadas y equilibrios musculares que apoyen a los tratamientos de ortodoncia.

1.2.2. Apoyar el diagnóstico efectivo del odontólogo respecto a la influencia muscular sobre el manejo de dientes y oclusión.

1.2.3. Promover la evaluación objetiva en terapia miofuncional, mediante la utilización de la técnica de Payne en pacientes con alteraciones oclusales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 TÉCNICA DE PAYNE

La técnica Payne fue desarrollada por el doctor Everitt V. Payne para ubicar el sitio específico de la lengua durante la deglución.

Se realiza de la siguiente manera:

- a) Se aplica en la lengua una sustancia compuesta de una base oral (orabase) y 1º de sodio fluorescente.
- b) Se le pide al paciente que trague la sustancia marca con exactitud donde la lengua fue situada durante el acto de deglución, esto se observa con una lámpara de luz negra. (Garliner, 1974)

La técnica de Payne descrita por Garliner, es una evaluación objetiva que verifica las condiciones de apoyo lingual adecuado, empuje o interposición de la lengua “en la cual el ápice lingual y los bordes laterales son impregnados con fluoresceína y luego de tres degluciones supervisadas se verifica el punto de apoyo intraoral o extraoral con una lámpara de luz negra” (Ortosta Rivera I. Hilda M. Fga y otras, documento internet)

La técnica de Payne pretende observar la posición de la lengua para llegar a un diagnóstico mas exacto de interposición lingual que, sumado a otras características llegará al diagnóstico de deglución atípica (Profono, módulo 2).

2.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA



Deglución Atípica asociada a Maloclusión

El acto de la deglución repetido frecuentemente puede tener un efecto marcado sobre el maxilar superior e inferior. Según Mayers, la retención prolongada de la deglución infantil o visceral es una de las principales causas de la deglución atípica asociada a las maloclusiones. La maloclusión y la deglución atípica ocurren cuando el mecanismo innato de la deglución es interrumpido. (Agustín E. Vera, Emilda R Chacón P., Raúl Ulloa, Sara Vera, abril de 2005, [www. Ortodoncia.ws/32.asp](http://www.Ortodoncia.ws/32.asp))

También se reconoce como empuje lingual, “tongue trusth” en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su dimensión y su posición en reposo y función son muy importantes. En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua. (Agustín E. Vera, Emilda R Chacón, Raúl Ulloa, Sara Vera, abril de 2005, www.Ortodoncia.ws/32.asp)

Para Straub el empuje lingual es una mordida abierta donde la lengua se posiciona en los dientes anteriores para tragar. No se sabe a ciencia cierta si es un hábito o una posición adaptativa. (Vera E., Chacón E. R., Ulloa R.I, Vera S., abril de 2005, www.Ortodoncia.ws/32.asp)

2.2.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- a) Presionamiento atípico de la lengua por interposición lingual: el cual puede ser anterior o lateral, para algunos autores puede ser producto de alteraciones neuromusculares (Straub); para Moyers puede ser como consecuencia de una retención de la deglución infantil o visceral, lo que trae como consecuencia maloclusión presión labial y, por ende, problemas en la fonación.
- b) Contracción de la musculatura perioral caracterizada por:
 - Rictus Laterales desde el ala de la nariz hasta la comisura labial
 - Presionamiento labial con interposición del labio inferior, se aprecia hipotonicidad de este labio provocando una maloclusión clase II.
 - Contracción de los maseteros y temporales, provocando hipertonia mentoniana e hipotonía del labio superior.
- c) Movimiento de la Cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.
- d) Alteración de los fonemas siendo los más alterados / l /, / n /, / t /, / d /, / s /, / z /
- e) Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.
- f) Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca. (Agustín E. Vera, Emilda R Chacón, Raúl Ulloa, Sara Vera. abril de 2005, www.Ortodoncia.ws/32.asp)

Según la ley de la proporcionalidad incisiva de Simões "cada incisivo debe tener forma y tamaños proporcionales a sus vecinos y antagonistas, integrados con intercomunicación neural, muscular, vascular y dental para la protección del equilibrio dinámico en los arcos dentarios"

"Los incisivos centrales están el uno para el otro, así como también los laterales del mismo arco inferior o superior, los incisivos centrales están para los laterales del mismo arco y lado; y todas estas relaciones están entre sí, así para los de sus antagonistas" (Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo, 2002. Pag.309). nos damos cuenta clínicamente del tamaño, forma, área de contacto más convenientes a ejecutarse en los incisivos y de ahí la real alteración que se pueden generar en los diferentes tipos de mordidas.

2.3. DISFUNCIÓN LINGUAL

Las disfunciones más comunes de la lengua son las debidas a presión externa selectiva y mordedura de la lengua. El empuje lingual puede ser anterior, posterior o combinado. Los problemas de mordida abierta dentoalveolar anterior y posterior pueden atribuirse generalmente a postura y función anormales de la lengua y suele responder con éxito a aparatos funcionales en la dentición mixta. Las consecuencias de la localización de presión aberrantes dependen del área de aplicación de la presión. (Graver, Neumann, Bedrich. Aparatología Ortodoncia Removible.1987)

- a) Una mordida abierta anterior es causada por empuje, (postura) lingual anterior.

- b) Una mordida abierta lateral o sobremordida profunda es el resultado del empuje lingual lateral o extensión postural que causa infraoclusión de los dientes posteriores.
- c) Una relación incisal borde a borde y una relación cuspídea de los dientes posteriores puede significar un empuje combinado. En la mordida abierta anterior y posterior puede verse un empuje lingual complejo.

En los problemas de mordida abierta esquelética la forma de crecimiento está determinada genéticamente y se asocia a menudo a una escotadura antegónica.

La deglución en el lactante se basa en poner la lengua en las arcadas, pero después de la aparición de los dientes desaparece este tipo de deglución y apoyamos la lengua en el paladar, justo detrás de los incisivos superiores, cuando perdura la deglución infantil, se crean mordidas abiertas, que pueden ser anteriores o posteriores.

La respiración bucal a causa de una mala postura o una mala posición de los músculos orofaciales, el maxilar y los dientes puede generar un cambio de crecimiento y por tanto instauración de la maloclusión.

- a) Maloclusión funcional: cuando la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica
- b) Maloclusión estructural: aquella que presenta rasgos morfológicos con potencial patógeno o que desde el punto de vista estético no se ajusta a lo que la sociedad considera normal.

2.4. DIAGNOSTICO DE POSICIÓN LINGUAL EN DEGLUCIÓN

La evaluación de la función lingual a través de la técnica Payne (en la cual el ápice lingual y los bordes laterales son impregnados con fluoresceína y luego de tres degluciones supervisadas se verifica el punto de apoyo intraoral o extraoral con una lámpara de luz negra) con la cual se verifica de manera objetiva las condiciones de apoyo lingual adecuado, empuje o interposición lingual. *1

El método directo descrito por primera vez por Oakley Coles en 1872 fue llamado examen palatográfico de la lengua era una evaluación complementaria de la función lingual. Este método permite observar la función lingual durante la deglución, el habla y la evaluación de la influencia de diferentes aparatos ortodóncicos funcionales sobre la lengua. Originalmente los procedimientos palatográficos se usaron solamente para trastornos del habla. Hay un método directo y otro indirecto, se mezclaban goma arábiga y harina y se las pintaba sobre la lengua. Después de hacer ejercicios funcionales seleccionados los contactos en el paladar y los dientes se transferían al modelo del maxilar superior con tinta roja.

La técnica palatográfica indirecta fue usada por primera vez por Kingsley, quien preparó una placa superior de goma negra de la India y cubrió la lengua con una mezcla de tiza y alcohol. Los contactos vistos en la placa de goma palatina fueron transferidos al modelo como ya se ha explicado.

En el método directo actual la superficie superior de la lengua se cubre con un material de impresión preciso como Imprex. Una capa delgada y uniforme se aplica sobre la lengua con una espátula. Después de los ejercicios funcionales se hace una impresión de Polaroid de la región

palatina con ayuda de un espejo superficial. La evaluación del palatograma es posible por mediciones directas

El fonaudiólogo (Miofuncional) es el profesional que realiza la evaluación y diagnóstico del sistema estomatognático así como proporciona el trabajo terapéutico que recupera el equilibrio muscular y funcional de éste.

*2

2.5. DEGLUCIÓN

Al deglutir hay una perfecta sincronización, las etapas de la lengua durante una deglución normal entre la parte neurológica y los diferentes músculos de la región orofaríngea comprenden: el músculo lingual, buccinador, suprahióideo y faríngeos.

Normalmente un individuo deglute aproximadamente dos veces en un minuto de alimentación en intervalos regulares. Existe un cálculo de frecuencia donde un individuo deglute 2.400 veces en un periodo de 24 horas. Existen evidencias de que la frecuencia del movimiento en el número de degluciones es mayor en niños que en adultos. Los individuos con clase II, División 1, y mordida abierta, degluten con más frecuencia, se ha comprobado que en los periodos de irritabilidad en los niños, la frecuencia de deglución es mayor.

*1 Doc enfoque multidisciplinario ¿Qué aporta la terapia miofuncional al trabajo del ortodoncista? Fga. Hilda M. Rivera I. y otras

* 2 Aparatología ortodoncia removible T. M. Graver, Bedrich Neumanpag.159

Componentes que participan en la Deglución:

2.5.1. Lengua

Es el órgano sensorial por excelencia, elemento esencial en las funciones de masticación, articulación y deglución. Está compuesta por fibras musculares orientadas en tres (3) diferentes direcciones.

Es una estructura móvil capaz de realizar diversos movimientos que incluyen diferencias en forma y posición; está compuesta por Músculos Intrínsecos (controlan el tamaño y la forma de la lengua) y Músculos Extrínsecos (los que relacionan la posición lingual). La lengua funciona bañando con saliva el bolo alimenticio, lo presiona contra el paladar llevándolo hacia atrás durante la deglución. Su importancia funcional se destaca desde el nacimiento del individuo, se presenta una exquisita movilidad y está capacitada para cumplir complejas funciones. La lengua y el cerebro, son los órganos más desarrollados que tiene el recién nacido, además posee una potente musculatura, su especial esqueleto y sus 17 músculos, le confieren una movilidad extrema para el cumplimiento de sus funciones específicas.

Su punta puede llegar al vestíbulo y ponerse en contacto con la piel que rodea el orificio bucal, esta versatilidad, ese traslado alterado o constantemente repetido a lugares diferentes y en cierta medida distante lo puede realizar por su gran movilidad

La deglución es una función biológica, coordinada en el cual las sustancias pasan de la cavidad oral por la faringe para llegar al esófago.

La lengua juega un papel muy importante no solo en la deglución, sino en el establecimiento de la oclusión dentaria, oclusión que viene determinada

por el equilibrio entre: lengua, dientes y labios. La posición defectuosa de la lengua trae consigo desequilibrio dentario y como consecuencia mal oclusión.

En el recién nacido durante los primeros meses, la actividad de la lengua es constante, pero esa acción se realiza en muchos movimientos fuera de la boca, la introduce y la saca, le confiere continuos y variadísimos movimientos.

En el recién nacido y el lactante, la lengua ocupa toda la capacidad de la boca; esto es solo en una fase de la vida, el lactante mantiene los labios separados y la lengua interpuesta, esto se puede decir que es normal, la lengua ocupa la totalidad de la boca y la respiración la hace por intermedio de la nariz.

Todo hace que la lengua en los períodos posteriores de la vida vaya adquiriendo una posición apta, para estimular el crecimiento armónico de los maxilares, entre los 21 días a los 6 meses, fase de mayor crecimiento horizontal de los maxilares.

Según Bosma y Bethesda, “las dos funciones mayores del recién nacido son la estabilización posicional y la alimentación. La estabilización posicional de la porción dorsal de la boca es una función compartida con la faringe y es también una parte de la participación faríngea en la respiración”.

KOUBITZ, fue el primero que llamó la atención sobre la posición natural de la lengua, por el llamado triple cierre bucal.

Este Triple cierre asegura un adecuado crecimiento del macizo facial incluyendo los maxilares, pues la lengua toma apoyo en 3 partes: uno

anterior en la parte palatina cercana al cuello de los incisivos, donde se apoya la punta de la lengua, el segundo corresponde a la parte media del paladar duro que soporta el dorso de la lengua y un tercero en el cual la base de la lengua toca el paladar blando

Es precisamente ese triple adosamiento contra las paredes rígidas de los rebordes alveolares y los dientes, el encargado de estimular el crecimiento de los maxilares y a través de ellos el Macizo Facial.

En todo este proceso es necesario la ayuda de la presión atmosférica que al actuar sobre el piso de la boca levanta los tejidos blandos y los adosa contra el paladar, si los labios no pueden efectuar el cierre, la acción de la presión atmosférica no tendría efecto, si la boca permaneciera abierta, la presión atmosférica actuando sobre la lengua, a la que se le adicionaría, la acción de la fuerza de gravedad, al separar la lengua de los tres puentes claves, le harían perder la acción morfogenética.

2.5.2. Labios

Se presentan en dos formas: labio superior y labio inferior, recubren la parte anterior de la cavidad oral, son de vital importancia en la aprehensión de los alimentos en la fase inicial de la masticación, participando en el proceso de deglución.

Otros de los órganos que intervienen en la deglución son faringe, esófago, músculos suprahioides, paladar blando, epiglotis

2.5.3. Hábitos

El hábito se puede definir como la práctica de un mismo acto de manera inconsciente con variación en la intensidad y en la frecuencia. Cuando un

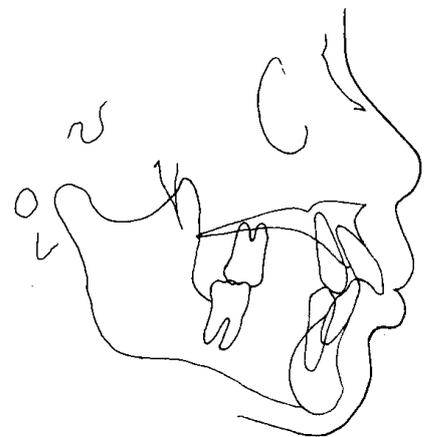
hábito está presente se puede establecer: un patrón de conducta fijado por petición, una manera de actuar que se fija por entrenamiento por una actitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

- Los hábitos compulsivos son aquellos que adquiere el niño por una fijación, de tal manera que acude a la práctica del hábito cuando siente su seguridad amenazada, dichos hábitos expresan necesidad emocional y cuando el niño lo realiza es para escudarse de la sociedad que lo rodea.

2.6 TIPOS DE MALOCLUSIÓN

2.6.1. MORDIDA PROFUNDA

Las mordidas profundas se observan más frecuentemente en maloclusiones de Clase II, División I, en las que, a causa del resalte excesivo, los incisivos inferiores erupcionan en exceso hasta llegar a tomar contacto con el paladar duro. También la maloclusión de Clase II, División II, se asocia con mordida profunda, aunque en estos pacientes la causa puede ser la infraerupción de las piezas posteriores o la sobreerupción de los dientes anterosuperiores. Un análisis integral de los casos es, por supuesto, necesario para definir la causa. (McDonald/Avery Odontología pediátrica y del adolescente, 1990)



La sobremordida profunda es cuando hay sobreposición vertical excesiva de los incisivos. La sobremordida profunda puede resultar de la falta de erupción de los dientes posteriores o un exceso de erupción de los dientes anteriores. (Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paúlo, 2002. Pag.230)

Niños con sobremordida presentan limitación de movimientos mandibulares por la situación física existente entre los arcos. La función masticatoria se hace a través de movimientos verticales. Si no hay fragamientos oclusales, la alteración vertical se mantiene. La falta de libertad de movimientos mandibulares durante la función masticatoria mantiene limitado el crecimiento mandibular. (Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo, 2002)

2.6.2 MALOCLUSIONES DE CLASE 2

La maloclusion clase II puede ser resultante de un prognatismo del arco superior, de un retrognatismo del arco inferior o de ambos. (Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Paulo, 2002)

Las maloclusiones de clase 2 se llaman también distoclusiones, ya que la posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior, o sea está más retrasado.

Las maloclusiones de clase 2 se subdividen a su vez en dos:

División 1

División 2

Ambas tienen solo en común la distoclusión, veremos que la posición dentaria es totalmente diferente.

La maloclusión de clase 2 división 1 se caracteriza por ser una distoclusión y además presenta casi siempre:

- a) Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retruida, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea.
- b) Puede haber mordida abierta anterior
- c) Las arcadas son estrechas de forma triangulares y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios.

- d) Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

La maloclusión de clase 2 división 2 es una distoclusión que se caracteriza por:

- a) Gran sobremordida vertical
- b) Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores
- c) Linguoversión de los incisivos centrales superiores
- d) Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
- e) Suelen tener la curva de Spee muy marcada

(www.odontocat.com Especialidades ortodoncia, clasificación de las maloclusiones)

2.6.3. MORDIDAS ABIERTAS

Se caracteriza por la falta de contacto adecuado de los dientes de ambas arcadas. Las mordidas abiertas pueden observarse en la región anterior o en la posterior y pueden ser atribuibles a sobreerupción de los dientes adyacentes o de infraerupción de la pieza de la zona en cuestión. Las mordidas abiertas deben ser causadas por hábitos anormales, patrones de crecimientos desviados o posición adelantada de la lengua. (McDonald/Avery Odontología Pediátrica y del Adolescente)

2.6.4 MORDIDA CLASE III

Es la ubicación adelantada o anterior de uno o ambos maxilares con respecto al esqueleto facial y los tejidos blandos. De allí que puedan existir las siguientes entidades: prognatismo maxilar superior, prognatismo mandibular o prognatismo bimaxilar (maxilar superior y mandibular). (McDonald/Avery Odontología Pediátrica y del Adolescente)

2.6.5 MORDIDA BORDE A BORDE

Los bordes incisales de los dientes superiores contactan directamente con los bordes incisales de los dientes inferiores

3. METODOLOGÍA

3.1. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

- a) Aplicación de técnica de Payne a diferentes pacientes con diagnóstico previo.
- b) Entrevistas cara a cara (preguntas flexibles)
- c) La técnica de recolección:

A todos los sujetos se les realiza el siguiente procedimiento:

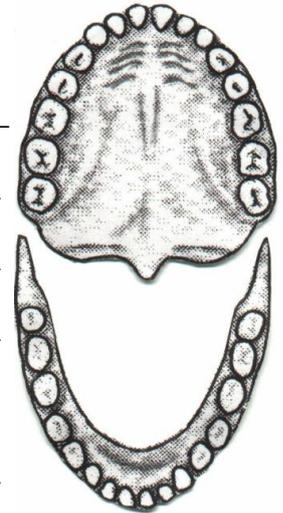
Se sienta a cada sujeto; se le explica en que consiste la prueba; y con su aprobación, se le pide que saque la lengua, se le seca con una gasa los excesos de saliva y se aplica fluoresceína en el ápex y laterales de lengua. Inmediatamente, se le pide al paciente que guarde su lengua y degluta solo una vez y luego abra la boca, no debe hablar. En un ambiente oscuro se hace un acercamiento para observar los puntos de contacto de la lengua en la fase oral de la deglución; El análisis lo realizan las autoras del presente estudio e inmediatamente en el grafico correspondiente a cada paciente se reproducen los puntos de contactos observados, con un resaltador amarillo, que imita el color dejado por la fluoresceína, al observarse con la lámpara de luz negra.

d) Los resultados serán consignados en el siguiente formato:

TÉCNICA DE PAYNE:

Puntos de contacto de lengua en deglución: _____

Conclusiones: _____



e) Los pacientes fueron remitidos por los profesionales en odontología y especialistas en odontopediatría, ortodoncia, estomatología ortopedia maxilar y cirujano maxilofacial de los diferentes centros odontológicos con alteraciones oclusales.

f) Se aplicó la técnica de Payne a sujetos que presentan diferentes alteraciones oclusales, diagnóstico emitido por el especialista mordida abierta anterior, mordida borde a borde, mordida clase III, mordida profunda y/o overjet aumentado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se realizó un estudio piloto; participaron 43 sujetos que presentan diferentes alteraciones oclusales clasificándolas según diagnóstico dado por el especialista, como: mordida abierta anterior, mordida borde a borde, mordida clase III, mordida profunda y/o overjet aumentado; en un rango de edad de 8 a 55 años del municipio de Medellín de los centros odontológicos SONRIA de la 80, La Congregación Mariana y La Organización Fonoaudiológica (OFA).

Formato de investigación (ver anexo 1).

Evaluación a 43 pacientes (Ver anexo 2, carpeta independiente)

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4.1. RESULTADOS

- 11 sujetos diagnosticados con mordidas profundas o sobremordidas, presentaron un apoyo del ápex de la lengua contra las rugas palatinas y los laterales en caras palatinas de premolares (ver tabla 1).

- En 3 de 4 sujetos diagnósticados con mordidas profundas o sobremordidas con overjet aumentado, se observa mayor coloración en laterales que en ápex de la lengua y en 1 se observa apoyo contra incisivos superiores y laterales en caras palatinas de caninos y primeros premolares (ver tabla 1)

- 5 sujetos con diagnóstico de overjet aumentado presentan un contacto del ápex de la lengua contra incisivos superiores, los laterales se apoyan en la cara palatina de caninos (ver tabla 1).

- 9 de 11 pacientes diagnósticados con mordida abierta anterior presentaron contacto del ápex de la lengua contra incisivos superiores y laterales en caras palatinas y oclusales de primeros premolares y 2 contacto del ápex de la lengua en incisivos superiores e inferiores, y laterales uno contra cara palatina de premolares y el otro contra cara palatina de caninos y premolares (ver tabla 1).

- El sujeto evaluado con mordida abierta anterior y rejilla controladora de lengua presentó contacto en cara palatina en incisivos superiores (ver tabla 1 y anexo 2)

- 5 de 6 paciente diagnosticados con mordida clase III presentaron contacto de ápex de lengua en con cara palatina de incisivos superiores y laterales con cara palatina en caninos y premolares (ver tabla 1).
- 6 pacientes diagnosticados con mordida borde a borde, presentaron contacto de ápex de lengua con la cara palatina en incisivos superiores y laterales con cara palatina de premolares (ver tabla 1).
- 23 pacientes evaluados diagnosticados con diferentes tipos de alteracioneas oclusales son de sexo femenino y 21 son de sexo masculino. (ver tabla 2)

TABLA 1.

	Mordida Profunda	Mordida Profunda con Overjet Aumentado	Overjet Aumentado	Mordida Abierta Anterior	Clase III	Mordida Borde a Borde
TOTAL EVALUADOS	11	4	5	11	6	6
EMPUJE LINGUAL	11	1	5	11*	5	6
SIN EMPUJE LINGUAL	0	3	0	0	1	0

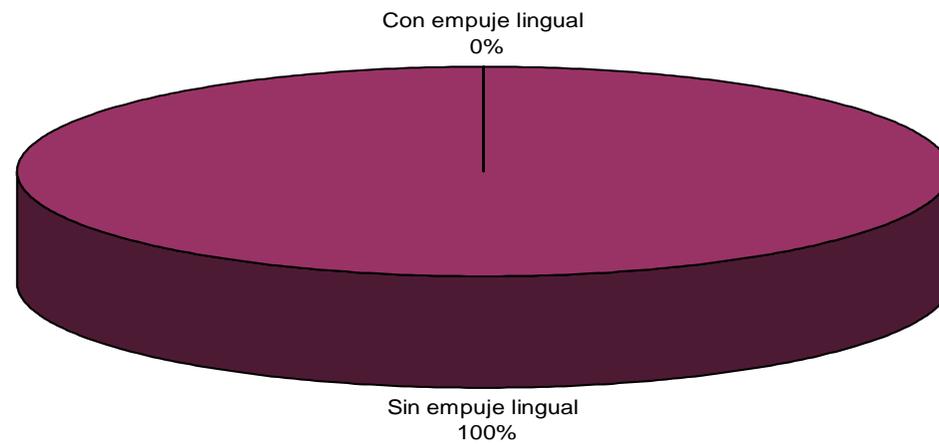
* 1 de 11 con rejilla controladora de lengua.

TABLA 2.

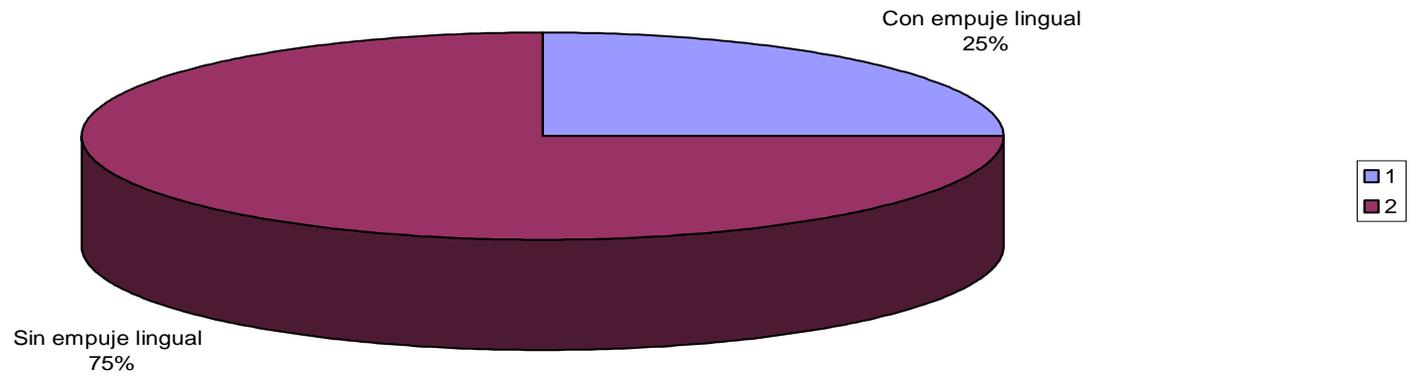
MORDIDA \ EDAD	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL
	8- 11	12- 18	19- 55	8- 11	12- 18	19- 55	
Mordida Profunda	0	2	2	3	1	3	11
Mordida Profunda con Overjet Aumentado	2	0	1	1	0	0	4
Overjet Aumentado	0	1	3	0	1	0	5
Mordida Abierta Anterior	2	1	3	2	2	1	11
Clase III	0	0	3	0	1	2	6
Mordida Borde a Borde	0	0	3	0	1	2	6

GRÁFICAS

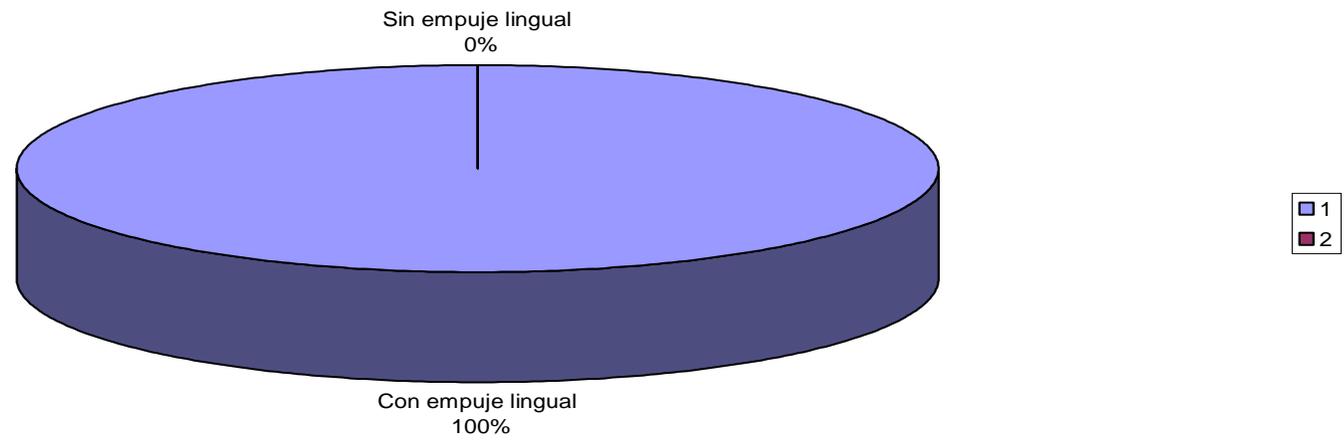
Mordida profunda



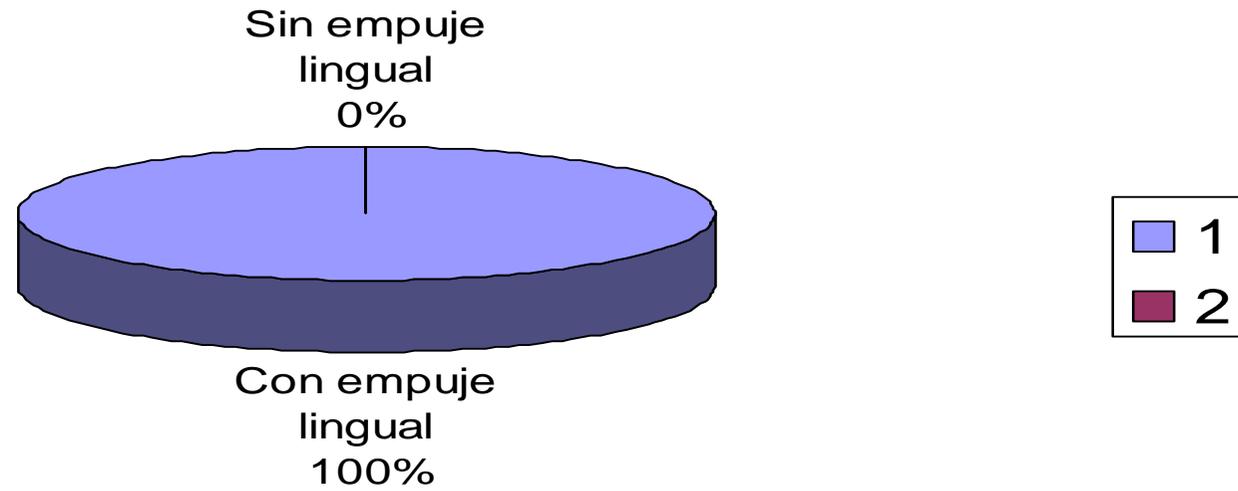
Mordida profunda con Overjet aumentado



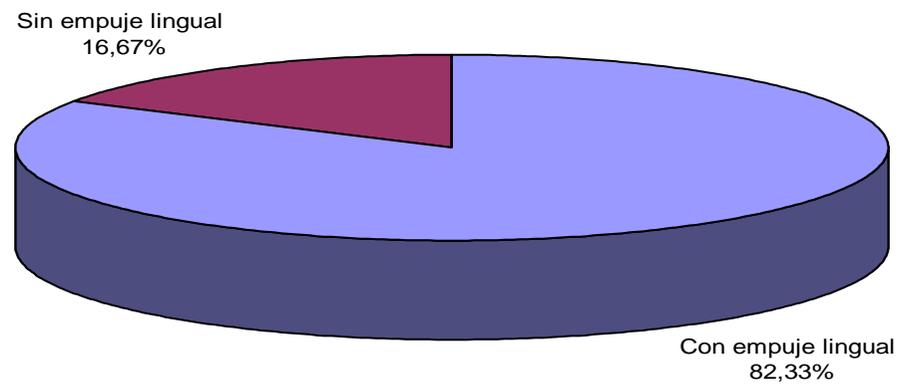
Overjet aumentado



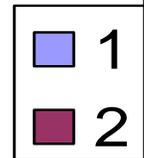
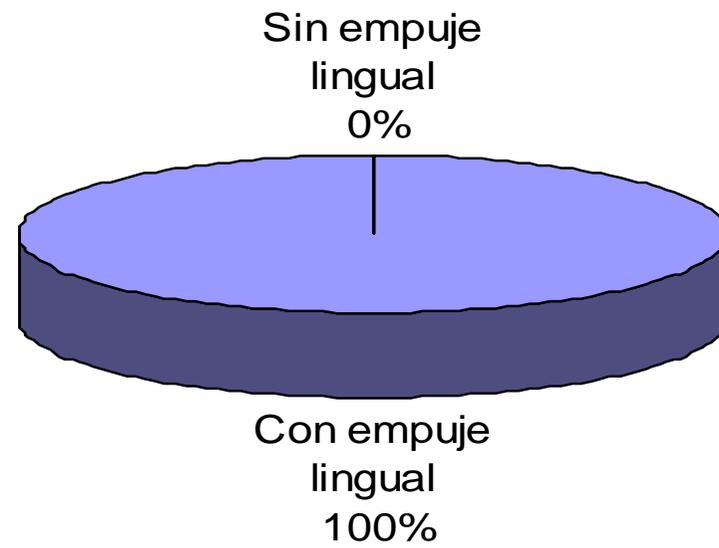
Mordida abierta anterior



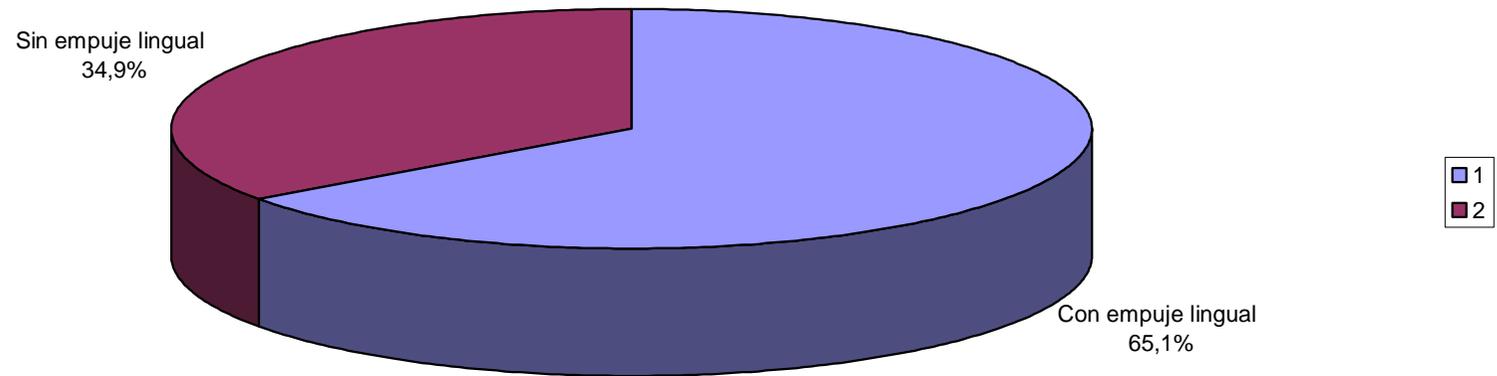
Mordida Clase III



Mordida borde a borde



Total alteraciones oclusales



4.2 CONCLUSIONES

- 11 pacientes diagnosticados con mordida profunda, el 100% no presentan empuje lingual.
- 4 pacientes con mordida profunda con overjet aumentado, 25% presentaron empuje lingual (deglución atípica/ tongue thrust) y 75% no presentaron empuje lingual.
- 5 pacientes diagnosticados con overjet aumentado, el 100% presentan empuje lingual (deglución atípica/ tongue thrust).
- 11 pacientes diagnosticados con mordida abierta anterior, el 100% presentan empuje lingual (deglución atípica/ tongue thrust).
- 6 pacientes diagnosticados con mordida borde a borde, el 100% presentan empuje lingual (deglución atípica/ tongue thrust).
- 6 sujetos con mordida clase III, el 16.67% sin empuje lingual y 82.33% con empuje lingual (deglución atípica/ tongue thrust).
- La gran mayoría de los pacientes con empuje lingual no realizan terapia miofuncional.
- Se encontró empuje lingual en un paciente con mordida profunda y overjet aumentado de 4 evaluados.
- La Técnica de Payne es una prueba objetiva que da credibilidad al paciente, se realiza en la evaluación inicial, se puede comprobar durante el tratamiento y al final como una prueba comparativa.

- El trabajo interdisciplinario que se realiza con los odontólogos y los especialistas debe ser certero y puntual, con el fin de tener resultados positivos, al inicio, durante y al final del tratamiento; por lo cual se hace importante enviar reportes escritos y gráficos.

- La Técnica de Payne es una ayuda diagnóstica que requieren todas las Fonoaudiólogas que trabajen terapia miofuncional orofacial con el fin de encontrar los puntos específicos de contacto de la lengua en el momento de la deglución y realizar tratamientos adecuados.

5. DISCUSIÓN

-No todos los pacientes que tienen sobremordida tienen patrones anormales de deglución como se describe en la literatura. Por esta razón se sugiere utilizar cotidianamente la técnica de Payne que nos lleva a verificar los puntos de contacto realizados por la lengua contra el paladar en el acto deglutorio.

La rejilla controladora de lengua no necesariamente posiciona la lengua en deglución por los resultados del estudio del caso del paciente con formato número 023, diagnosticado con mordida abierta anterior; éste mostró que la lengua en deglución sobrepasa la rejilla.

ANEXO 1

EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL

D	M	A

NOMBRE _____ EDAD _____

ESPECIALISTA _____

Dx ODONTOLÓGICO _____

M.C: Evaluación objetiva de la deglución.

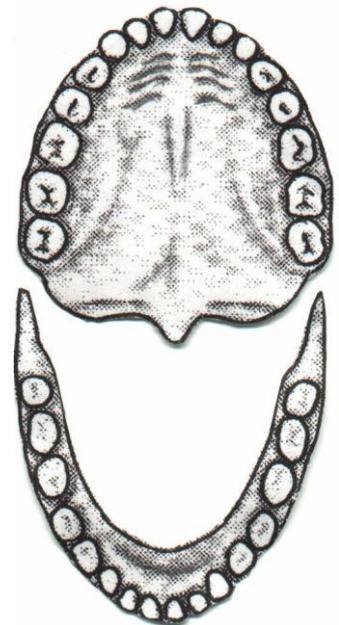
ANTECEDENTES

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA ACTUAL: SI _____ NO _____
 TIEMPO: _____

HA TENIDO TRATAMIENTOS DE FONOAUDIOLOGÍA: SI ____ NO ____

TÉCNICA DE PAYNE

Puntos de contacto de lengua en deglución:



EMPUJE LINGUAL: SI () NO ()

BIBLIOGRAFÍA

- Garliner, D.. Myofunctional Therapy in Dental Practice, cap. 4 pag 222 y 223. 1974
- Garliner, D. Myofunctional Therapy. W.B. Sanders Co. Philadelphia, London, Toronto. 1981.
- Graver, T. M.; Neumann, Bedrich. Aparatología Ortodoncia Removible. editorial Medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina. Pag 158 – 160,. 1987
- McDonald / Avery, Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª edición. editorial Medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina.. Pag. 655. 1993
- Profono, Programa de actualización en Fonoaudiología, primer ciclo módulo 1 y 3. 2001
- Revista, Journal of clinical orthodontics, Case Report Treatment of Posterior Open Bite Using Distraction Osteogenesis, pag. 501 – 504, sept 2004.
- Segovia, M. L, Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología, la Deglución Atípica, editorial Medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina. pag. 57 – 66. 1988
- [acceso mayo 20 de 2005] En: www.odontocat.com Especialidades ortodoncia, clasificación de las maloclusiones, 20 de agosto de 2001

- [acceso mayo 15 de 2005] En: www.Ortodoncia.ws/32.asp, Ortodoncia, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Venezuela 20 de abril de 2005.

- [acceso mayo 2 de 2005] En: Rivera I. Hilda M. Fga y otras. Ortousta. ¿Que aporta la terapia miofuncional al trabajo del ortodoncista? www.geocities.com/ortyousta3/rvou2_miofun.pdf.