

UNIVERSIDADE DE UBERABA

**JORDANNA NUNES DE ARAÚJO
LARISSA RIBEIRO DE SOUZA MARTINS**

DEGLUTIÇÃO ATÍPICA

UBERABA, MG
2019

**JORDANNA NUNES DE ARAÚJO
LARISSA RIBEIRO DE SOUZA MARTINS**

DEGLUTIÇÃO ATÍPICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof.^a(a) Dra. Gláucia Helena Fortes

UBERABA, MG
2019

A15d Araújo, Jordanna Nunes de.
Deglutição atípica / Jordanna Nunes de Araújo, Larissa Ribeiro de Souza Martins. – Uberaba, 2019.
25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Gláucia Helena Fortes.

1. Distúrbios da deglutição. 2. Deglutição atípica. 3. Músculos respiratórios. I. Martins, Larissa Ribeiro de Souza. II. Fortes, Gláucia Helena. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 616.8552

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

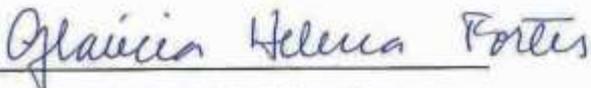
JORDANNA NUNES DE ARAÚJO
LARISSA RIBEIRO DE SOUZA MARTINS

DEGLUTIÇÃO ATÍPICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos básicos para conclusão do curso de graduação.

Aprovado em: 29/06/2019

BANCA EXAMINADORA:



Prof(a): Gláucia Helena Fortes

Universidade de Uberaba



Prof(a): Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira

Universidade de Uberaba

RESUMO

A deglutição atípica é caracterizada pela posição inadequada da língua e outros músculos que participam dessa função. Na fase de dentição mista é o momento em que se desenvolvem alterações do sistema estomatognático. É nesta etapa que ocorre a transição do padrão de deglutição infantil para o padrão maduro, mas por algumas razões não explicadas, a deglutição infantil permanece após a substituição dos dentes decíduos, se classificando como deglutição atípica. Esta está relacionada ao uso de mamadeiras, pacientes respiradores orais, alterações do sistema nervoso central e anatômicas. Sendo assim, o cirurgião dentista deve estar atento para que seja feito o diagnóstico precoce e correto, e a diferenciação dos tipos de deglutição, para que se tenha uma boa reabilitação oral evitando recidivas. O tratamento deve incluir uma interação entre o cirurgião dentista e um profissional da área de fonoaudiologia. Dessa forma, este trabalho obteve como resultado um diagnóstico mais preciso sobre a Deglutição Atípica, assim como, quais são suas possíveis causas, como prejudica o portador e os tratamentos que possam aliviar seus sintomas, buscando auxílio de terapias de amplos profissionais.

Palavras-chave: Deglutição atípica, deglutir, músculos.

ABSTRACT

Atypical swallowing is characterized by the inadequate position of the tongue and other muscles that participate in this function. In the mixed dentition stage is the moment in which changes of the stomatognathic system develop. It is at this stage that the transition from the infant swallow pattern to the mature pattern occurs, but for some unexplained reasons, infant swallowing remains after replacement of the deciduous teeth, classifying as atypical swallowing. This is related to the use of bottles, oral breathers, central nervous system and anatomical changes. Therefore, the dental surgeon should be alert to the early and correct diagnosis, and the differentiation of swallowing types, in order to have a good oral rehabilitation avoiding relapses. Treatment should include an interaction between the dental surgeon and a speech-language pathologist.

Thus, to obtain a more accurate diagnosis on the Atypical Deglutition Syndrome, as well as, what are its possible causes, how can they harm the patient, and probable treatments that can alleviate their symptoms, seeking the assistance of therapies of large professionals.

Keywords: Atypical swallowing, swallow, muscles.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVO	09
3 MATERIAIS E MÉTODOS	10
4 DISCUSSÃO	11
5 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A deglutição é uma importante função fisiológica, onde há o envolvimento das estruturas que compõem o Sistema Estomatognático e dos músculos da respiração e trato gastrointestinal. Existente desde a oitava semana gestacional, é uma função automática que é coordenada pelo centro da deglutição, localizado no tronco cerebral. Esta é considerada de importância vital, visto que é fundamental para a sobrevivência do indivíduo (MARCHESAN, 2016). É dividida em cinco fases, a fase antecipatória, fase preparatória, oral, faríngea e esofágica (ZANCAN *et al.*, 2017). Sua principal finalidade, é transportar o bolo alimentar da boca ao estômago. Outro papel de extrema importância, é sua atuação no crescimento e desenvolvimento dos maxilares, permitindo adequada erupção dos dentes e manutenção da oclusão. A posição em que a língua se apresenta no interior da cavidade oral é de importante relevância para a estabilidade da musculatura orofacial (VIEIRA, VILELLA, 2008).

No Sistema Estomatognático, a boca é a primeira área a se desenvolver e a última a amadurecer, pois no momento em que as estruturas ósseas crescem e a dentição não iniciou seu processo de erupção, a língua não consegue seu correto posicionamento e movimentos maduros. Na deglutição infantil, a fase oral da deglutição é caracterizada por interposição da língua entre os rodetes gengivais, ou seja, a língua se movimenta para fora da boca. Com a erupção dos dentes decíduos e o surgimento do levante vertical da arcada dentária, a língua passa a uma posição retruída dentro da cavidade oral, sendo que na fase oral da deglutição, a mesma não mais seja extruída, como ocorre na deglutição infantil. Essa transição da deglutição infantil para a adulta ocorre aproximadamente por volta dos 16 meses de idade. Portanto, é apenas nesta idade que a criança apresenta a transição para o padrão maduro de deglutição, que é chamado de deglutição somática, onde a língua se encaixa nos limites da arcada dentária, os tecidos moles ficam ajustados e os lábios se encontram discretamente selados (MACHADO JÚNIOR, CRESPO, 2012).

A transição da deglutição infantil para um padrão mais maduro, ocorre na fase de dentição mista do indivíduo. Quando a deglutição infantil permanece mesmo após os dentes decíduos serem substituídos pelos permanentes, a classificamos como deglutição atípica. Esta anormalidade, pode ser causada pela sucção sem fins nutritivos, uso de mamadeiras, respiração oral, alterações do sistema nervoso central e alterações anatômicas (MACHADO JÚNIOR, CRESPO, 2012).

A deglutição atípica é uma disfagia que também pode ser descrita como a incapacidade do indivíduo em ingerir ou transportar nutrientes vitais ao corpo humano. Este padrão anormal de deglutir tem como característica principal a projeção da língua contra ou entre os dentes no momento de deglutir. As anomalias encontradas nesse tipo de deglutição são, a interposição lingual, vedamento labial intenso através da contração exagerada da musculatura periorbicular, não contração do masseter, contração do mentalis, movimento de cabeça e ruídos (MARCHESAN, 2016). A deglutição atípica pode estar associada à várias doenças, que podem ser da orofaringe ou sistêmicas, como por exemplo em indivíduos que passaram por traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, portadores da doença de Parkinson e da esclerose lateral amiotrófica (ALMEIDA, 2008).

Como a deglutição é um evento fisiológico complexo e totalmente neurodependente, dividido em diferentes fases, as quais podem interferir diretamente ou indiretamente no padrão de deglutição de um indivíduo, o conhecimento científico da deglutição normal é de suma importância na prática da odontologia. Muitas alterações da oclusão dental têm sido associadas a fase oral da deglutição, uma vez que o movimento anormal da língua nesta fase, pode gerar a má oclusão. Alterações nas fases faríngea e esofágica também têm sido mostradas alterar a saúde oral, uma vez que podem ocasionar refluxo do suco gástrico para a boca, o que pode ocasionar erosão dental, mas também alterar a saúde sistêmica por extrusão de alimentos através da nasofaringe, e em determinadas situações, aspiração de alimentos para o espaço aéreo (MARCHESAN, 2016). Vista a importância da deglutição normal para a saúde, e as evidências recentes sobre incidência elevada de deglutição atípica na população mundial, a qual a medida que vai envelhecendo,

apresenta doenças neurológicas e sistêmicas que afetam diretamente o padrão normal de deglutição (FIORESE *et al.*, 2004).

Os achados científicos tem mostrado que a anamnese bem detalhada, dando atenção as características dos sintomas e doença sistêmicas associadas, é fundamental para o diagnóstico e tratamento da deglutição atípica. Também tem mostrado que um exame físico adequado pode ser fundamental para estabelecer a etiopatogenia desta disfunção, permitindo distinguir as diferentes causas para a mesma, tais como, causas anatômicas obstrutivas, estado de hidratação e nutrição do paciente (ALMEIDA, 2008).

O conhecimento deste fenômeno fisiológico, não apenas sua função vital, mas na manutenção da saúde oral e sistêmica, foi um dos mais importantes objetivos desta revisão, que descreve os eventos fisiológicos que desencadeiam as fases da deglutição normal, e a partir destes dados, descrever o padrão de deglutição atípica, com um levantamento amplo das principais características, causas e consequências deste padrão anormal de deglutir. Conhecer o padrão normal de deglutir, conhecer as características gerais de indivíduos portadores da Síndrome da Deglutição Atípica, fazer diagnóstico correto e tratamento adequado para esses pacientes, é fundamental para muitos dos tratamentos odontológicos que envolvem restabelecimento da oclusão dental e erosões decorrentes da deglutição atípica.

2 OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo, apresentar as características gerais, causas e consequências de indivíduos portadores da Deglutição Atípica. Assim como, as formas de fazer seu correto diagnóstico e o tratamento adequado para esses pacientes.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para cumprimento dos objetivos propostos neste trabalho, foi realizado um estudo por meio de revisão bibliográfica com embasamentos científicos e fontes seguras, em português e inglês, encontradas nas bases de dados SCIELO, PUB MED e Google Acadêmico, publicados no período de 1999 a 2019 sobre o tema Síndrome da Deglutição Atípica.

Foram selecionados artigos para revisão e análise quanto a relevância dos aspectos gerais, a fim de se obter uma literatura detalhada.

Para a realização desta revisão de literatura, foram pesquisados artigos com as palavras chave deglutição atípica, deglutir e músculos.

4 REVISÃO / DISCUSSÃO

A deglutição é uma função de importância vital do sistema estomatognático, através da qual o bolo alimentar é transportado no sentido aboral, da boca para o estômago. É uma atividade neuromuscular complexa, geralmente automática, mas que pode ser iniciada voluntariamente. Esta atividade é integrada no sistema nervoso central (SNC), especificamente no centro da deglutição, localizado no tronco encefálico, mas também é integrado no sistema nervoso entérico (SNE), ou seja, nos neurônios que compõem os plexos nervosos da parede do esôfago (MARCHESAN, 1999).

A deglutição decorre das ações neuromusculares que envolvem a atividade de 6 pares de nervos cranianos, em torno de 30 músculos (estriados, esquelético e lisa) e outras estruturas duras e moles do sistema estomatognático (ZANCAN *et al.*, 2017). Além dos músculos esqueléticos respiratórios e do pescoço, estão envolvidos os músculos do trato gastrointestinal, como da orofaringe, músculos constritores faríngeos e esofágicos, palato mole e músculos da língua, como o genioglosso, hioglosso e estilglosso. As estruturas duras, ou seja, os ossos que participam deste ato são, o osso hióide, esfenoide, a mandíbula e as vértebras cervicais. Também participam desta função a glote e epiglote, cartilagens cricóide e tireóide. Diferentes nervos cranianos estão envolvidos nesta função estomatognática, tais como, os nervos Trigêmeo V (motor e sensitivo), Facial VII (motor e sensitivo), Glossofaríngeo IX (motor e sensitivo), Vago X (motor e sensitivo), Hioglosso XII (motor), e Spinal - Cervical 1-3 (motor). Se considerarmos que o pescoço necessita estar bem posicionado para uma deglutição harmoniosa, poderíamos também incluir o nervo Acessório XI. (MARCHESAN, 1999).

Esta função de importância vital, dura aproximadamente de 3 a 8 segundos. A frequência de deglutições diárias modifica-se de acordo com a idade e atividade do indivíduo. Crianças fazem aproximadamente de 600 a 1000 deglutições diárias, enquanto que os adultos deglutem entre 2400 a 2600 vezes por dia. Durante o sono, enquanto o indivíduo dorme, a produção reduzida de saliva desencadeia uma frequência de deglutição também menor. Entretanto, quando o indivíduo está consciente, falando e mastigando, a produção aumentada de saliva durante estas atividades, aumentam a frequência da deglutição. A produção média de saliva é de aproximadamente de um litro e meio por dia, o que resulta, além da deglutição da água e alimentos, na deglutição diária deste volume significativo de saliva produzida diariamente (MARCHESAN, 2016).

A principal finalidade da deglutição, é transportar o bolo alimentar da boca ao estômago, sendo fundamental para a hidratação e nutrição do organismo. O ato de deglutir pode ser dividido em cinco fases: antecipatória, preparatória, oral, faríngea e esofágica (ZANCAN *et al.*, 2017).

A deglutição pode ser dividida em até cinco fases. A primeira fase, a antecipatória, seria o comando do sistema nervoso central quando sentimos o cheiro de algum alimento e começamos a nos preparar para deglutir (ZANCAN *et al.*, 2017).

A segunda fase, é a preparatória, fase que pode ser iniciada voluntariamente, na qual a laringe e a faringe estão em repouso. A fase preparatória é responsável por formar o bolo alimentar com tamanho e consistência adequadas para ser empurrado a faringe, tendo início com a prova do alimento, mastigação e mistura do mesmo com a saliva. Simultaneamente, a língua faz sua importante função de deslocar o alimento sólido em direção a superfície mastigatória dos dentes misturando o com a saliva (ALMEIDA, 2008).

A terceira fase, a oral, é considerada voluntária, pois pode ser iniciada voluntariamente, nesta fase há elevação da língua contra o palato e impulsão do bolo alimentar em direção aos pilares amigdalianos anteriores e a faringe, através principalmente da ação do músculo estiloglosso. O movimento que

acontece nesta fase é a projeção do ápice da língua para cima e para trás, seguida da formação de uma concavidade que forma uma espécie de colher, assim o bolo alimentar é deslocado no sentido da faringe (YAMADA *et al.*, 2004). As estruturas anatômicas que participam desta fase são a maxila, mandíbula, lábios, assoalho da boca, bochechas, língua, dentes, palato duro, palato mole e arcos palatoglosso e palatofaríngeo. Alguns espaços orais estão envolvidos diretamente nesta fase da deglutição, tais como, os vestíbulos anteriores, que compreendem o espaço entre os maxilares e os músculos do lábio e os vestíbulos laterais, formados pelos espaços entre os maxilares e as bochechas. Nesta fase, a ponta da língua tem que se posicionar na papila retroincisiva, atrás dos incisivos centrais superiores, e então, a base da língua se eleva em direção ao palato duro, pela ação dos digástricos, genioglossos, genio-hióides e milo-hióideos, e em seguida, a língua faz um movimento de retrusão em direção à orofaringe, fazendo com que o alimento, o depositado no dorso da língua, alcance esta área da cavidade oral. As bochechas e os lábios também colaboram para impulsionar o bolo alimentar. Concomitantemente a este movimento da língua, a mandíbula faz um movimento rápido e discreto de depressão e elevação. Nesta fase também ocorre contração da musculatura perioral para que haja selamento dos lábios, o que é fundamental para que o alimento não seja extruído para fora da boca. O contato do palato mole contra a base da língua pela ação do palatoglosso, permitindo a respiração nasal (MARCHESAN, 1999).

A quarta fase da deglutição, a faríngea, embora também neurodependente como as demais anteriores, é totalmente involuntária, e decorre da ativação de receptores sensoriais espalhados pelos pilares amigdalianos anteriores, base da língua, epiglote e seios piriformes, os quais uma vez ativados pelo contato do bolo alimentar contra estas áreas, provoca impulsos aferentes, através dos V, IX e X nervos pares cranianos, até o estímulo chegar ao centro da deglutição, localizado no tronco cerebral, provocando respostas reflexas como o fechamento da nasofaringe, abertura do esôfago, fechamento do espaço aéreo, aumento da pressão na faringe superior e redução da pressão na faringe inferior, surgimento de ondas peristálticas (peristaltismo primário) ao longo da faringe, abertura do esfíncter

faringoesofágico ou esifágico superior e apnéia através da inibição do centro respiratório pelo centro da deglutição (MARCHESAN, 1999).

Para o fechamento da nasofaringe há contração do músculo da úvula através dos nervos Vago, Acessório e Hipoglosso. Esta resposta reflexa é capaz de estabelecer um gradiente de pressão entre duas porções da faringe (faringe superior e inferior), onde a maior pressão na faringe mais superior favorece o deslocamento do bolo alimentar para a faringe mais inferior, que apresenta menor pressão. Também surge um peristaltismo primário, clássico da musculatura estriada esquelética da faringe, fundamental para deslocar o bolo alimentar ao longo da faringe. Uma das respostas reflexas mais importantes nesta fase da deglutição é a abertura do esôfago e fechamento do espaço aéreo, a qual permite que o alimento presente na orofaringe seja deslocado ao esôfago, não adentrando o espaço aéreo através da glote. Esta resposta se deve a contração concomitante dos músculos supra e infra-hioides, ocasionando o deslocamento anterior da laringe para abrir o esôfago, mas também elevação da glote e descida da epiglote sobre a glote para fechar o espaço aéreo. O centro da deglutição ainda provoca relaxamento e abertura do esfíncter faringoesofágico, o que resulta no deslocamento do bolo alimentar ao esôfago. Por fim, nesta fase da deglutição há apnéia, o indivíduo para de respirar, pois o centro da deglutição inibe o centro respiratório (YAMADA *et al.*, 2004).

Apesar da fase faríngea ter uma duração total de apenas um segundo, é sem dúvida, a mais complexa da deglutição, sendo este reflexo faríngeo comandado principalmente pelas fibras motoras do IX e X pares de nervos cranianos. A medida que o bolo alimentar é lançado posteriormente, ocorre o reposicionamento do osso hióide anteriormente pela ação do geni-hióideo e superiormente pela ação do milo-hióideo, estilo-hióideo e digástricos, fazendo com que a laringe se movimente nessas direções encontrando com a base da língua que se projeta posteriormente, impulsionando e horizontalizando a epiglote sobre a supraglote. Esses movimentos musculares causam uma pressão negativa na faringe, que com o aumento da pressão supraglótica derivado do encontro e fechamento dos esfíncteres laríngeos, inibem a respiração e facilitam a passagem do bolo alimentar da faringe e esôfago,

protegendo as vias aéreas inferiores. De acordo com que o alimento vai em direção a faringe ocorrem contrações do músculo constritor da faringe e elevação do palato mole fechando a nasofaringe, relaxando o músculo cricofaríngeo, que também pode ser chamado de esfíncter esofágico superior (ALMEIDA, 2008).

A quinta fase da deglutição, denominada de esofágica, dura até 8 segundos, como a faríngea, também é involuntária e neurodependente. Entretanto ela depende de respostas reflexas do centro da deglutição, localizado dentro do sistema nervoso central, mas também da ativação dos plexos nervoso intramurais que compõem o SNE da parede do esôfago. Portanto, é caracterizada por um reflexo autonômico, mediado pelo nervo vago e gânglios simpáticos cervicais e torácicos. Essa fase tem início com a passagem do bolo alimentar pelo esfíncter esofágico superior, a partir do qual o bolo alimentar é propulsionado ao longo do esôfago tanto pelo peristaltismo primário como pelo secundário. O peristaltismo primário ocorre na musculatura estriada-esquelética da faringe e 1/3 superior esôfago e, portanto, independe dos plexos nervosos entéricos presentes somente em musculatura lisa. Já o peristaltismo secundário, decorre da ativação dos plexos entéricos presentes na musculatura lisa do trato gastrointestinal, inicia no corpo do esôfago (2/3 médios, onde a musculatura é mista – estriada e lisa) e continua até o estômago. Além do movimento peristáltico, o centro da deglutição relaxa e abre o esfíncter esofágico inferior (ALMEIDA, 2008).

Sobre as características da faringe, ela é dividida em três áreas anatômicas, a nasofaringe, orofaringe e laringofaringe. As paredes da faringe possuem três músculos envolvidos no ato da deglutição. Estes músculos são os constritores da faringe superior, médio e inferior. Em um recém-nascido, a faringe faz uma discreta curva que se estende da nasofaringe a laringofaringe. A medida em que o bebê cresce e se desenvolve, a curva aproxima-se dos 90°. A faringe se estende desde a base do crânio até o nível da sexta vértebra cervical. Seu tamanho é de cerca de 12cm. A orofaringe vai dos pilares anteriores (arcos palatoglosso) a parede da faringe. A tonsila palatina repousa entre os pilares anteriores e posteriores. A valécula se localiza entre a base da língua e a epiglote. As paredes lateral e posterior da orofaringe são formadas

pela parte mediana e inferior dos músculos constritores da faringe. A maior parte do osso hióide fica na parede lateral da faringe e seu corpo inserido na base da língua. A base da língua e a laringe descem nos 4 primeiros anos de vida. A partir dos 4 anos a base da língua forma parte da parede anterior da orofaringe. Algumas das fibras do constritor superior e do palato faríngeo formam uma faixa muscular que, durante o ato de deglutir, elevam uma crista transversa na parede posterior da faringe que, em conjunto com a elevação do palato mole, separa a parte nasal da faringe da parte oral. A nasofaringe se localiza na base do crânio. Faz a conexão da cavidade nasal com a orofaringe como um conduto de ar, área de drenagem para o nariz, para os seios paranasais e para a tuba auditiva e por último como um ressonador para a produção da voz. A conexão com a cavidade nasal se dá através das aberturas nasais posteriores (coanas). Anteriormente é limitada pela coana nasal posterior, antero-inferiormente pelo palato mole, posteriormente pela base do crânio e inferiormente pela orofaringe. Tem um papel limitado no ato de deglutir e fica fechada em relação ao resto da faringe durante a fase faríngea da deglutição. A adenóide fica no teto da nasofaringe. Embora a adenóide não tenha relação direta com a deglutição, quando hipertrofia pode obstruir parcial ou totalmente o fluxo aéreo e interferir na deglutição (MARCHESAN, 1999).

A hipofaringe ou laringofaringe, vai da ponta da epiglote ao nível do osso hióide até o músculo cricofaríngeo. Termina sobre a laringe, ao nível das falsas pregas vocais. O músculo cricofaríngeo na entrada do esôfago não possui rafe mediana, em contraste com os constritores, e em estado de contração tônica, tem a função de esfíncter faringoesofageal. As fibras do constritor inferior se incorporam nas laterais da cartilagem tireóide levando a formação de um espaço entre as fibras musculares e cada lado da cartilagem tireóide. Esses espaços são nomeados seios ou fossas piriformes e se estendem para baixo do músculo cricofaríngeo. As fibras obliquas do músculo constritor inferior cessam onde as fibras horizontais do músculo cricofaríngeo têm início. As paredes lateral e posterior da hipofaringe são amparadas pelos constritores médio e inferior. A parede anterior é formada pela laringe e estruturas relacionadas. A laringe é constituída de cartilagens, músculos e ligamentos. As cartilagens que a compõe são a tireóide, cricóide, aritenóides, cuneiformes,

corniculadas e epiglote. Os músculos intrínsecos da laringe induzem os movimentos de abertura e fechamento das pregas durante a respiração, fonação e deglutição. Também fazem o controle da tensão para produção de sons agudos e graves. A laringe possui três funções básicas: protetora, respiratória e fonatória (MARCHESAN, 1999).

No Brasil, podemos dizer, que a deglutição passou a ser estudada mais detalhadamente a partir da década de 90. Isto ocorreu pela preocupação com as disfagias, independentemente da patologia onde ocorriam. Estas disfagias afetam a rotina e a vida de quem as possui. É necessário que os pacientes estejam sempre conscientes da forma de deglutir. Podemos dizer que deglutir começa nos lábios e termina no estômago. A disfagia pode resultar de anormalidades na deglutição que podem ocorrer em qualquer lugar deste caminho (MARCHESAN, 1999). As patologias da deglutição são caracterizadas pela disfagia que é descrita pelos autores como a dificuldade de ingerir ou transportar nutrientes vitais ou secreções endógenas ao corpo humano. Não é uma patologia em si, mas parte da sintomatologia clínica de diversas doenças da orofaringe e sistêmicas. A estimativa é de que a prevalência de disfagia em pessoas acima dos 50 anos seja de 16 a 22%, podendo subir para 20 - 40% em subgrupos com trauma craniano, acidentes vasculares cerebrais e doença de Parkinson (ALMEIDA, 2008). Em pacientes com traumatismo craniano, a massa cerebral se choca contra o crânio no momento do trauma. Devido a este impacto, podem ocorrer lesões cerebrais e na base do crânio, levando a uma deglutição inadequada quando os nervos V, VII, IX, X E XII são afetados (SENNYEY, GONZÁLEZ, 2003). O acidente vascular cerebral, pode ser isquêmico ou hemorrágico. Este causa lesões nos nervos cranianos, podendo causar disfagia transitória ou permanente nos pacientes acometidos. Esta alteração neurológica causa disfunção do músculo cricofaríngeo, alterando a direção do bolo alimentar. (JOTZ, DORNELLES, 2012). Outra doença causadora de disfagias é a doença de Parkinson. Esta é uma das patologias que mais afetam a deglutição. É uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso central que tem início nos núcleos motores dorsais dos nervos glossofaríngeo e vago e no núcleo olfativo anterior. Esta doença afeta a deglutição devido a incapacidade de realizar de forma rápida e

coordenada os movimentos envolvidos nesse processo. Em consequência da rigidez muscular e da bradicinesia as disfagias podem ser causadas pelo atraso no reflexo da deglutição e da mobilidade reduzida das estruturas orofaríngeas, podendo causar perda prematura de alimento e o seu acúmulo na parte oral da faringe, valéculas epiglóticas e recessos piriformes, favorecendo a aspiração pulmonar (GASPARIM, JURKIEWICZ *et al.*, 2011).

Entre as disfagias mais comuns, temos a deglutição atípica e a deglutição adaptada. De acordo com o dicionário, atípico é algo que se afasta do normal. E se adaptar é ajustar uma coisa a outra. A deglutição atípica é caracterizada pelos movimentos inadequados da língua e/ou de outras estruturas que participam deste ato. Na maior parte dos casos, estas atipias acontecem por problemas de postura inadequada da cabeça, alteração do tônus muscular e da mobilidade ou da propriocepção dos órgãos fonoarticulatórios: língua, lábios, bochechas, e palato mole. Já a deglutição adaptada, é caracterizada pela adaptação da língua a forma da cavidade oral ou tipo facial do paciente em consequência das funções existentes, como por exemplo na respiração bucal, já que a boca fica entreaberta para a respiração (MARCHESAN, 2016).

As características mais importantes dos indivíduos que apresentam a deglutição atípica são a interposição da língua entre os dentes da fase oral da deglutição, onde a língua sai para fora da boca, pressionamento exagerado dos lábios gerando mímica facial ou alterações da expressão facial, movimentos compensatórios com a cabeça, e muitas vezes, ruídos ao deglutir (VIEIRA FILHO, OURIQUE, 2001). Portanto, há várias formas de deglutir que são consideradas atípicas, tais como a deglutição com interposição lingual, com contração exagerada da musculatura periorbicular, sem contração do masséter, com movimento compensatório da cabeça e com ruído durante ou após a deglutição (MACHADO JÚNIOR, CRESPO, 2012).

A deglutição atípica com interposição lingual, ocorre com mais frequência em pacientes com mordida aberta anterior. Não está claro se a mordida está aberta porque a língua se interpõe ao deglutir, ou se a língua se interpõe por causa da mordida aberta. Muitos indivíduos apresentam deglutição atípica por causa da anteriorização da língua ou tamanho desproporcional desta, pois em alguns casos a cavidade oral tem pequena dimensão para contê-la. Crianças

com hábitos de sucção por tempo prolongado, principalmente sucção de dedos, podem posicionar a língua de forma baixa facilitando sua projeção durante a deglutição. Essa projeção também é muito comum em pacientes respiradores bucais. Na fase de dentição decídua ou troca dos dentes, essa projeção de língua é comum e considerada normal. Na deglutição com presença de contração exagerada da musculatura periorbicular, esta acontece quando já ocorreu ou há projeção da língua. É um reflexo para impedir que a língua se coloque para fora levando consigo o alimento a ser deglutido. A deglutição atípica, sem contração do masséter, é mal compreendida, pois normalmente observa-se que após a formação do bolo alimentar, a língua o recolhe e o leva para cima, então ocorre a elevação da mandíbula, como consequência a contração dos músculos elevadores. Muitos indivíduos com deglutição atípica apresentam movimento compensatório da cabeça ao deglutir. Esse movimento está associado com a má mastigação. O bolo alimentar deve ficar homogêneo e de tamanho apropriado para passar pela orofaringe. Quando ocorre uma incorreta mastigação, o bolo fica maior e não homogêneo, dificultando sua passagem ao longo da faringe e esôfago. Desse modo, ocorre o movimento de cabeça, onde sem perceber o paciente leva a cabeça para trás, retificando o tubo para facilitar o trânsito do alimento ao estômago. Uma característica também observada em indivíduos com deglutição atípica é a presença de ruídos durante ou após a deglutição. Os ruídos da deglutição são diferentes dos da mastigação. Ocorrem quando a língua faz uma força exagerada de seu dorso contra o palato duro no momento da passagem do bolo alimentar para a orofaringe. Já a razão mais comum para os ruídos após a deglutição é que alguns indivíduos permanecem com resíduos alimentares na boca mesmo após esta. É quando o músculo bucinador está hipotônico ou hipofuncionante, fazendo com que o alimento caia no vestíbulo no ato da mastigação e ali permaneça. Durante a mastigação, a língua empurra o alimento para a lateral e a bochecha o devolve, assim o bolo alimentar fica sobre os dentes para ser triturado. Se o músculo da bochecha (bucinador) não fizer seu papel, o alimento ficará depositado no vestíbulo lateral. Em menor frequência, os resíduos também podem permanecer, por causa da diminuição de saliva na boca, o que dificulta a formação do bolo durando de 3 a 8 segundos (MARCHESAN, 2016).

As causas mais frequentes para a deglutição atípica são, portanto, decorrentes de alterações neurológicas, tal como nos indivíduos que sofreram traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, portadores da doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, macroglossia, freio lingual alongado, perda precoce de dentes, erupção retardada dos dentes decíduos, má-oclusão como a presença de mordida aberta, uso de chupetas, amamentação artificial, problemas na transição da deglutição infantil para a adulta. Portanto, é muito comum que a deglutição atípica seja presente em indivíduos que desde as fases iniciais da vida fizeram sucção sem fins nutritivos como o uso de chupeta, uso de mamadeira, pacientes respiradores orais, alterações do sistema nervoso central e anatômico (MACHADO JÚNIOR, CRESPO, 2012).

As consequências mais comuns da deglutição atípica são a má oclusão dos dentes, problemas com a fala, maior incidência de rinite, amigdalite, queda da produção de saliva, aumento dos riscos de desenvolvimento de doenças infecciosas na cavidade oral. O movimento normal da língua dentro da boca no momento da deglutição associado a respiração nasal, é de extrema importância para o desenvolvimento adequado das estruturas orais, sendo assim, quando posicionada de forma inadequada durante a deglutição, as estruturas ósseas flexíveis são pressionadas excessivamente levando a uma mordida cruzada, mordida aberta, estreitamento do arco maxilar, vestibuloversão dos dentes anteriores e supraerupção dos dentes posteriores. O equilíbrio entre os músculos periorais, mastigadores e língua é necessário para que haja uma maneira normal de deglutição, qualquer desequilíbrio pode originar na deglutição atípica e por consequência acarretar a má oclusão (FERNANDES *et al.*, 2010). A ligação que existe entre a deglutição atípica e a má oclusão, principalmente a mordida aberta, é hoje um dos assuntos mais discutidos. Os pontos de vista e pesquisas sobre este tema geram divergências, pois alguns autores afirmam que a deglutição atípica provoca mordida aberta, enquanto outros acreditam que a deglutição atípica é uma consequência desta (CONDO, PERUGIA, COSTACURTA, 2012). Para avaliação clínica dos movimentos normais que a língua faz durante a deglutição, pede-se para a criança para beber líquidos ou deglutir a saliva para constatar se a língua irá fazer protrusão, com os lábios entreabertos ou abrindo

os lábios com os dedos. Apoiando a mão no masséter, analisamos se há a presença ou ausência de contrações e a movimentação ascendente do osso hioide sob a cartilagem tireóide. Também deve ser percebida a participação dos músculos peribucais, se o paciente faz movimentação de retração com a cabeça, e se há características de deglutição infantil (MACHADO JÚNIOR, CRESPO, 2011). Para que o processo de deglutição seja avaliado como normal, deve haver harmonia entre os músculos periorais, mastigadores e a língua. Qualquer desequilíbrio desse processo, pode desencadear uma deglutição atípica (FERNANDES., *et al* 2010).

Para o tratamento da deglutição atípica é indispensável uma associação entre o cirurgião dentista e outros profissionais da área da saúde, tais como neurologistas, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogos. O tratamento com o fonoaudiólogo para a deglutição atípica é reeducativo com o objetivo de evitar os hábitos nocivos e movimentos do sistema estomatognático desajustados do padrão normal. Inicia-se preparando a musculatura para a realização da função e em seguida, quando os elementos musculares envolvidos estão aptos, é que se faz a adequação dos movimentos da deglutição (PONTES *et al.*, 2010).

Como forma de corrigir as consequências da deglutição atípica, é viável a utilização de um novo método que ainda não é muito documentado na literatura chamado Corretor de Hábitos, que é um aparelho removível miofuncional, flexível em forma de U, usado em idade pediátrica durante a fase de dentição mista. Com base nos estudos sobre o tratamento precoce da deglutição atípica com o aparelho “corretor de hábitos”, os resultados mostram restabelecimento da oclusão dental, corrigindo overbit, overjet, relação molar, inclinação dos incisivos e posição da mandíbula. É necessário a utilização deste aparelho durante toda a noite e mais duas horas no decorrer do dia, com duração aproximadamente de 12 meses (CONDO, PERUGIA, COSTACURTA, 2012).

5 CONCLUSÃO

Em um mundo cercado de doenças desconhecidas, com incertezas de tratamentos, ou em alguns casos, doenças até sem tratamento, cabe ao profissional se orientar e buscar auxílio de estudos científicos sobre determinadas síndromes ou doenças.

Em se tratar da Deglutição Atípica, por mais que se realizem amplos estudos, não é conhecido qual o fator principal que possa ocasioná-la. Entretanto os fatores desencadeantes mais sugestivos para exacerbá-la, tais como causas sistêmicas, locais, e fatores neurológicos que agravam esta disfagia. Além, da idade do indivíduo, que superior aos 60 anos tem maior prevalência de alterações na deglutição.

O profissional cirurgião dentista, deve buscar ajuda de outros profissionais da área da saúde, como fonoaudiólogos, psicólogos e médicos otorrinolaringologistas, buscando um tratamento mais efetivo.

Sendo assim, o paciente deve beneficiar-se do tratamento oferecido, do apoio e confiança profissional, buscando métodos de tratamentos inovadores eficientes que lhe permitam uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, N. Disfunções da deglutição. [S.l.; s.n.,2008] Disponível em: <https://forl.org.br/Content/pdf/seminarios/seminario_9.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

CONDO, R.; PERUGIA, C.; COSTACURTA, M. Atypical deglutition: Diagnosis and interceptive treatment. A clinical study, **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.13, n. 2, 2012.

FERNANDES, L. F. T.; et al. A influência da deglutição atípica no padrão craniofacial e na morfologia mandibular. **RFO**, v. 15, n. 1, p. 52-57, 2010.

FIORESE, A. C.; et al. Estudo das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição, entre 20 e 93 anos de idade, avaliadas pela videofluoroscopia. **Distúrbios da comunicação**, v. 16, n. 3, p. 301-312, 2004.

GASPARIM, A. Z.; et al. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, v. 15, n. 2, p. 181-188, 2011.

JOTZ, G. P.; DORNELLES, S. Distúrbios da Deglutição. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 2012.

MACHADO JÚNIOR, A. J.; CRESPO, A. N. Avaliação postural em crianças com deglutição atípica: estudo radiográfico. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 24, n. 2, p. 125-9, 2012.

MARCHESAN, I. Deglutição – Diagnóstico e possibilidades terapêuticas. [S.l.; s.n.,2016] Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/9f4820d8002aa62ecea74a891a21d494-DIAGN--STICO-DE-MO-SEGUNDO-MARCHESAN.pdf>> Acesso em: 23 de Setembro de 2018.

MARCHESAN, I. Deglutição – normalidade. [S.l.; s.n.,1999] Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/ef50dafde6352186ffb233e5d204fac9-Degluti----o-Normalidade---Irene-Marchesan.pdf>>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

PONTES, R. T.; et al. Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. **Rev. Neurocienc**, v. 18, n. 1, p. 69-73, 2010.

SENNYEY, A.; GONZÁLEZ, N. Z. T. Traumatismos Crânio-Encefálicos - Transtornos da Deglutição. [S.l.; s.n.,2003] Disponível em: <<http://www.profala.com/arttf65.htm>>. Acesso em: 16 de abril de 2019.

VIEIRA FILHO, J. G.; OURIQUE, S. A. M. Deglutição Atípica e as desordens craniomandibulares. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e dor orofacial**, v. 1, n. 2, 2001.

VIEIRA, M. D.; VILELLA, O. V. Avaliação cefalométrica do espaço orofaríngeo em pacientes com deglutição atípica. **Rev. Odonto Ciênc**, v.23, n. 1, p. 26-30, 2008.

YAMADA, E. K.; et al. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. **Arq Gastroenterol**, v. 41, n. 1, 2004.

ZANCAN, M.; et al. Locais de início da fase faríngea da deglutição: meta-análise. **CoDas**, v.29, n. 2, 2017.