

17/ 576



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

ANOMALIAS OROFACIALES
QUE INTERFIEREN CON EL
LENGUAJE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

MARTHA VERONICA
MARROQUIN TORRES

México, D.F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Í N D I C E.

PROLOGO.

CAPITULO I.

EMBRIOLOGIA.

CAPITULO II.

ANATOMIA.

CAPITULO III.

FONETICA.

CAPITULO IV.

DISGLOSIAS:

- Labiales.
- Linguales.
- Maxilomandibulares.
- Dentales.
- Nasaes.
- Palato-velares.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O

Al llegar el tiempo de elegir un tema para realizar mi tesis, escogí un problema que siempre ha llamado mi atención y que es al que se enfrentan las personas con algún defecto físico ya sea estético o funcional, que les impide comunicarse con los demás, enfocándolo a los problemas de dicción. Al ser un tema tan extenso, me concreto a las anomalías del habla en lo que se refiere a los órganos de fonación periféricos.

La forma de comunicación más común es por medio del habla y al verse afectado no solo va a causar problemas de tipo estético o funcional, sino que también va a desencadenar una serie de conflictos emocionales. Como es el caso de sentir un rechazo social debido a la alteración que le afecta, provocando mecanismos de defensa como son el aislamiento o la agresividad a raíz de dicho trastorno.

Si estas anomalías llegan a ser corregidas disminuyen los trastornos del habla y mejorando la estética el enfer

mo podrá realizar sus funciones normales de tal modo que pueda desenvolverse satisfactoriamente dentro del medio ambiental que lo rodea.

En la cavidad oral encontramos una serie de anomalías congénitas o adquiridas que afectan la normal articulación como son: las disglosias labiales, linguales, maxilo-mandibulares, dentales, nasales y palato-velares.

En el capítulo III describiré el aspecto normal fisiológico de la fonación y posteriormente en el capítulo IV trataré el aspecto patológico.

Espero que la información recopilada sirva para despertar el interés en aquellas personas que deseen profundizar sobre los problemas del habla enfocados a nivel de la cavidad oral.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA

PERIODO EMBRIONARIO.

Aproximadamente un mes después de la fertilización - el crecimiento del desarrollo de las distintas partes de la cara, nariz y porciones del paladar muestra una gran actividad. Este centro está representado por una concavidad conocida como estomodeo, que a su vez es formado por el ectodermo.

El estomodeo está separado de la parte más superior del tubo digestivo primitivo por la membrana bucofaringea. - Aproximadamente al principio de la cuarta semana dicha membrana se rompe continuándose de esta forma el estomodeo con el intestino anterior o tubo digestivo primitivo.

El crecimiento rápido del mesénquima en áreas especí

ficas produce abultamientos, procesos y engrosamientos. Los más sobresalientes son los procesos maxilares superior e inferior y el proceso nasal. En la quinta semana, los procesos nasales laterales y medio crecen rápidamente y se orientan de tal modo que forman depresiones nasales. Los procesos laterales forman las alas de la nariz. Los procesos medios crecen uno hacia el otro para formar la parte media de la nariz, la porción central del labio superior, la porción media del maxilar superior y todo el paladar primitivo. Al mismo tiempo, los procesos maxilares superiores crecen uno hacia el otro y se encuentran con los procesos nasales que se expanden. Los procesos nasales y maxilares asociados se fusionan entonces unos con otros y contribuyen a la formación de nariz, labio y porciones de las mejillas.

ARCOS BRANQUIALES.

Después de la rotura de la membrana bucofaríngea y durante la cuarta y quinta semanas del desarrollo facial se forman pares de arcos a los lados de las futuras áreas facial y cervical llamados arcos branquiales. Los nombres de los arcos son: premaxilar inferior; maxilar inferior, hioides; primer branquial propiamente dicho y segundo, tercero, cuarto y quinto branquiales propiamente dichos y son numerados en forma consecutiva.

Los arcos se desarrollan por una serie de movimientos complicados de las capas germinativas. En los arcos branquiales los movimientos incluyen una evaginación del ectodermo, invaginación o formación de hendiduras del ectodermo y división del mesénquima que queda entre ambos.

Las estructuras bucales que se desarrollan a partir del arco premaxilar inferior son: labio superior, arco del maxilar superior y paladar. El arco maxilar inferior participa en el desarrollo de la mandíbula. La lengua crece a partir de los arcos maxilar inferior, hioides y primero y segundo branquiales propiamente dichos. El hueso hioidesal que se fija la base de la lengua se forma por la unión de los arcos hioideo y primer branquial propiamente dicho.

PALADAR.

El paladar se desarrolla a partir de: paladar primario y paladar secundario. El desarrollo del paladar se inicia a partir de la quinta semana y la fusión completa de sus partes se lleva a cabo hasta la duodécima semana aproximadamente.

El paladar primario se desarrolla de la parte más interna de segmento intermaxilar del maxilar superior.

El paladar secundario se desarrolla a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales que se originan de los procesos maxilares. Estas estructuras llamadas procesos palatinos laterales con forma de placa se proyectan hacia abajo, a cada lado de la lengua; conforme los maxilares se desarrollan la lengua se desarrolla hacia abajo, estos procesos crecen gradualmente hasta que llegan a fusionarse.

En el paladar primario se forma hueso intramembrano so formando así la premaxila. Al mismo tiempo se desarrolla hueso de los maxilares y palatinos hacia los procesos palatinos laterales y así formar el paladar duro.

La porción posterior de los procesos palatinos laterales no se osifican sino que se extienden más allá del tabique nasal y fusionándose forman el paladar blando y la úvula, siendo ésta la última estructura del paladar en formarse; el rafe palatino nos indica el sitio de fusión de los procesos palatinos laterales.

El tabique crece hacia el paladar hasta unirse derecho e izquierdo separando de esta forma las cavidades nasales y a éstas de la cavidad oral.

LENGUA.

El desarrollo de la lengua comienza a dar muestras en la cuarta semana originándose dos tumefacciones linguales laterales de forma oval que son causadas por la proliferación del mesénquima del primer par de arcos branquiales; a los 35 días de vida intrauterina se distingue el tubérculo impar y las regiones adyacentes a los arcos mandibulares constituyendo así los rudimentos de la lengua.

Las tumefacciones laterales se fusionan entre sí al aumentar de tamaño rápidamente y sobrepasan al tubérculo impar. Como resultado de esta unión y crecimiento se origina una eminencia única, que representa los dos tercios anteriores de la lengua adulta. El tercio posterior está representado en un principio por dos elevaciones que se desarrollan en posición caudal al oficio ciego: 1) la cópula que es formada por la fusión de las partes ventromediales de los segundos sacos branquiales; 2) la eminencia hipobranquial que se desarrolla a su vez caudal a la cópula a partir del mesodermo en las partes ventromediales de los sacos branquiales tercero y cuarto.

La cópula a medida que la lengua se sigue desarrollando se sobrepasa de manera gradual por la eminencia hipobranquial y desaparece. La hendidura en forma de V llana

da surco terminal nos indica la línea de fusión de las partes anterior y posterior de la lengua. Posteriormente la lengua completa su crecimiento mediante el aumento de volumen y por el desarrollo en forma de hongo que rebasa por delante y lateralmente el sitio en que se une al piso de boca.

Las papilas caliciformes y foliadas aparecen en el epitelio de la lengua alrededor de los 55 días y después se forman las fungiformes y filiformes aproximadamente a partir de los 60 días.

MAXILAR SUPERIOR.

En la segunda semana los procesos maxilares presentan progresos muy marcados en su desarrollo. Dichos procesos se hacen más prominente y crecen hacia la línea media acercando los procesos nasales. El crecimiento de los procesos medionasales es notable y aparecen casi en contacto con los procesos maxilares de ambos lados. Es cuando están preparadas las bases para la formación del maxilar superior.

Su arco se completa con la unión de los procesos nasomedianos en la línea media y con los procesos maxilares lateralmente. A fines del segundo mes comienza el desarrollo de las

estructuras óseas más profundas. La porción media del hueso maxilar correspondiente a los dientes incisivos tienen su origen en centros de osificación independientes formados en el segmento del maxilar superior de origen nasomedial - llamado premaxila o intermaxilar.

MANDIBULA.

Al final del primer mes de vida fetal se forma una pieza cartilaginosa, llamada cartílago de Meckel, a partir del cual se originan las dos mitades de la mandíbula, que son independientes al principio. En este cartílago aparecen entre los 30 y 40 días de vida fetal seis centros de osificación: 1) el centro inferior, en el borde maxilar; 2) el centro incisivo a los lados de la línea media; 3) el centro suplementario del agujero mentoniano; 4) el centro condíleo para el cóndilo; 5) el centro coronoideo para la apófisis coronoides y 6) el centro de la espina de Spix.

Desarrollados a expensas de estos centros, los semimaxilares se sueldan definitivamente formándose la sínfisis mentoniana al tercer mes de vida extrauterina.

CAPITULO 11

ANATOMIA.

MUSCULOS DE LA BOCA

ORBICULAR DE LOS LABIOS.

Este músculo está situado en el orificio de la boca y se extiende de una comisura a la otra. Este músculo está considerado como dos: el semiorbicular superior y el semiorbicular inferior.

Semiorbicular superior: su haz principal se extiende de una comisura a la otra a lo largo del labio superior donde se entrecruza con las fibras del semiorbicular inferior. Existen otros dos haces: el nasocomisural que se extiende desde el subtabique a la comisura correspondiente y el haz incisivo comisural superior que se origina en la fosa mirtiforme y se dirige a la comisura de los labios.

Semiorbicular inferior: su haz principal se extiende de una comisura a la otra y forma por sí solo casi la totalidad del labio inferior. Tiene un haz accesorio o haz incisivo comisural inferior que se inserta a los lados de la sínfisis mentoniana y se dirige a la comisura correspondiente de los labios donde se mezclan sus fibras con las de otros músculos que convergen allí.

Tiene como función servir de esfínter, modificando o cerrando la abertura bucal, interviene en la pronunciación de las letras llamadas bucales y en la acción de mamar, silbar o besar.

BUCCINADOR

Este músculo se encuentra situado en la superficie interna de la región alveolar del maxilar y mandíbula hasta los molares, hacia atrás se continúa con el constrictor superior de la faringe.

Se inserta hacia adelante en los labios superior e inferior, las fibras medias se decusan en los ángulos de la boca.

Este músculo retrae el ángulo de la boca al poner tensas las mejillas, contribuye a la masticación, ayuda a-

inserta hacia abajo por la lengüeta, al cartilago alar mayor y a la piel de la nariz, otras fibras van al labio superior. Como su nombre lo indica su acción es la de elevar el labio superior.

RISORIO DE SANTORINI

Es el músculo más superficial de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial. Se inserta horizontalmente en el ángulo de la boca. Retrae el ángulo de la boca elevándolo discretamente.

TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Este músculo se extiende de la mandíbula a la comisura labial. Se inserta por medio de láminas aponeuróticas en el tercio interno de la línea oblicua externa de la mandíbula, sus fibras convergen hacia la comisura de los labios donde se mezclan con las del cigomático mayor y las del canino para terminar en la cara profunda de los tegumentos. Su acción es la de deprimir los ángulos de la boca.

DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR

Este músculo se origina en la línea media de la mandíbula. Se inserta hacia arriba y línea media en la piel

Semiorbicular inferior: su haz principal se extiende de una comisura a la otra y forma por sí solo casi la totalidad del labio inferior. Tiene un haz accesorio o haz incisivo comisural inferior que se inserta a los lados de la sínfisis mentoniana y se dirige a la comisura correspondiente de los labios donde se mezclan sus fibras con las de otros músculos que convergen allí.

Tiene como función servir de esfínter, modificando o cerrando la abertura bucal, interviene en la pronunciación de las letras llamadas bucales y en la acción de mamar, silbar o besar.

BUCCINADOR

Este músculo se encuentra situado en la superficie interna de la región alveolar del maxilar y mandíbula hasta los molares, hacia atrás se continúa con el constrictor superior de la faringe.

Se inserta hacia adelante en los labios superior e inferior, las fibras medias se decusan en los ángulos de la boca.

Este músculo retrae el ángulo de la boca al poner tensas las mejillas, contribuye a la masticación, ayuda a

mantener el alimento en contacto con los dientes.

CANINO

Este músculo se origina en la fosa canina por debajo del agujero infraorbitario, se extiende a la comisura de los labios.

Se inserta en los ángulos de la boca; su acción se manifiesta dirigiendo y levantando hacia dentro la comisura de los labios.

CIGOMÁTICOS MAYOR Y MENOR

Se originan en el hueso cigomático frente a la cisura cigomática temporal. Se inserta en el ángulo de la boca imbricándose con fibras del elevador y depresor del ángulo de la boca y orbicular. Estos músculos elevan y retraen el ángulo de la boca.

ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR

Este músculo tiene tres porciones cuyos orígenes son: interna; va desde la apófisis frontal del maxilar, media; que va desde el borde de la órbita por encima del agujero orbitario y externa; desde el hueso cigomático. Se

inserta hacia abajo por la lengüeta, al cartílago alar mayor y a la piel de la nariz, otras fibras van al labio superior. Como su nombre lo indica su acción es la de elevar el labio superior.

RISORIO DE SANTORINI

Es el músculo más superficial de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial. Se inserta horizontalmente en el ángulo de la boca. Retrae el ángulo de la boca elevándolo discretamente.

TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Este músculo se extiende de la mandíbula a la comisura labial. Se inserta por medio de láminas aponeuróticas en el tercio interno de la línea oblicua externa de la mandíbula, sus fibras convergen hacia la comisura de los labios donde se mezclan con las del cigomático mayor y las del canino para terminar en la cara profunda de los tegumentos. Su acción es la de deprimir los ángulos de la boca.

DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR

Este músculo se origina en la línea media de la mandíbula. Se inserta hacia arriba y línea media en la piel

del labio inferior entremezclándose con el orbicular de los labios y músculos del lado opuesto. Se encarga de deprimir el labio inferior.

BORLA DE LA BARBA

Este músculo se halla colocado al lado de la línea media y se extiende de la sínfisis mentoniana a la piel del mentón. Se inserta por arriba en la mandíbula a los lados de la línea media y por debajo de la mucosa gingival, sus fibras se dirigen hacia abajo y adentro para terminar en la cara profunda de la piel del mentón. Su acción es la de elevar la piel del mentón hacia el labio inferior.

MUSCULOS DE LA NARIZ

PIRAMIDAL

Este músculo está situado en el dorso de la nariz. Se inserta por abajo en los cartílagos laterales de la nariz y en el borde inferior de los huesos propios de la misma, desde esos lugares sus fibras se dirigen hacia arriba hasta la región intercililar donde se mezclan con las del frontal. Este músculo mueve las cejas hacia abajo y hacia la línea media, produciendo arrugas transversales en la parte superior de la nariz y eleva la piel sobre ésta.

TRANSVERSO DE LA NARIZ

Este músculo tiene forma triangular y está colocado en el ala de la nariz. Se inserta por dentro sobre el dorso de la nariz donde parcialmente se confunde con el lado opuesto. Sus fibras se dirigen hacia abajo y afuera, a nivel del ala de la nariz se divide en dos: un haz anterior que termina en la piel y otro posterior que se continúa con el músculo mirtiforme.

La contracción de sus haces posteriores aplasta el ala de la nariz reduciendo la amplitud de los orificios en tanto que la contracción de sus fascículos anteriores levanta la piel del ala de la nariz.

MIRTIFORME

Este músculo se extiende del maxilar superior al borde posterior del ala de la nariz. En su porción inferior se inserta en la fosa del mismo nombre y en parte de la giba canina, de ahí sus fibras se dirigen hacia arriba y van a insertarse las anteriores al tabique nasal, las medias se fijan en el borde posterior del cartilago del ala de la nariz y las posteriores se continúan con las fibras posteriores del transverso de la nariz. Este músculo es depresor del ala de la nariz y constrictor de sus aberturas.

DILATADOR DE LAS ABERTURAS NASALES

Este músculo está situado sobre el ala de la nariz y en su parte inferior. Se inserta en el borde posterior del cartílago del ala de la nariz, desde donde sus fibras se dirigen hacia delante y abajo para fijarse en la piel que cubre el borde inferior del mismo cartílago. Al contraerse este músculo desplaza hacia afuera el ala de la nariz dilatando las aberturas nasales en sentido transversal.

MUSCULOS DE LA LENGUA

GENIOGLOSO

Se origina en el tendón corto de la espina superior del mentón en la superficie interna de la sínfisis maxilar. Desde su origen el haz de fibras musculares se abre verticalmente como abanico y las fibras inferiores van al hueso hioides para imbricarse con el constrictor superior de la faringe, las fibras medias van hacia atrás, las superiores hacia arriba y algunas hacia adelante para insertarse en la base de la lengua desde la nariz hasta la punta.

La acción bilateral de este músculo tira desde la raíz de la lengua hacia abajo y adelante. Las fibras inferiores contribuyen a la elevación del hueso hioides, las fibras

que convergen hacia la punta de la lengua la deprimen para ayudar al estilógloso en esta función y acortan la longitud de la lengua. Por la acción unilateral de la lengua ésta es dirigida hacia adelante y desviada al lado opuesto.

HIOGLOSO

Músculo de forma cuadrangular, se inserta por debajo en el borde superior del cuerpo y del asta mayor del hueso hioides. Su acción es la de deprimir los labios y la raíz de la lengua ayudado por el músculo infrahioides que estabiliza el hioides o lo lleva hacia abajo para deprimir la raíz de la lengua.

ESTILOGLOSO

Este músculo se extiende de la apófisis estiloides a los bordes de la lengua. Se inserta por arriba a los lados anterior y externo de la apófisis estiloides, cerca de su punta y en la parte más alta del ligamento estilomaxilar. Se dirige hacia abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar, donde se divide en haces superiores que van al septum lingual; haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo cruzando sus fibras con las del hipogloso y el geniogloso, y haces medios que costean el borde correspondiente de la lengua y terminan en la punta.

Dirige la lengua hacia arriba y atrás y tiende a aplicarla fuertemente contra el velo del paladar.

PALATOGLOSO

Este músculo se inserta en la cara profunda inferior de la aponeurosis palatina. Lleva la lengua hacia arriba y atrás al mismo tiempo que estrecha el istmo de las fauces.

FARINGOGLOSO

Este músculo está compuesto por un fascículo dependiente del constrictor superior de la faringe. Se divide en haces superiores que se confunden con los haces medios del estilógloso y con los del palatógloso. Tiene como acción la de dirigir la lengua hacia atrás y arriba.

AMIGDALOGLOSO

Este músculo va desde la cápsula amigdalina a la lengua. Es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

LINGUAL INFERIOR

Este músculo se encuentra situado en la cara inferior

de la lengua. Tiene su principal origen en las astas menores del hioides. Su acción es la de acortar la longitud de la lengua y dirige la punta hacia abajo y atrás siendo además abatidor de la lengua.

LINGUAL SUPERIOR

Es un músculo impar que está situado en el dorso de la lengua debajo de la mucosa. En su origen posterior, se divide en tres porciones: una porción media y dos laterales. La porción media se inserta en el repliegue fibromucoso que une en la línea media la epiglótis con la base de la lengua. Las dos porciones laterales nacen a derecha e izquierda de las astas menores del hioides. Este músculo se encarga de retraer y elevar la punta de la lengua.

TRANSVERSO

Este músculo está constituido por un conjunto de fascículos que se dirigen transversalmente desde la línea media a los bordes de la lengua. Estos fascículos se insertan por dentro en las caras del septum lingual y hacia afuera en la mucosa de los bordes de la lengua. Tiene como acción reducir al contraerse el diámetro transversal de la lengua, a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

HUESOS QUE CONSTITUYEN LA CAVIDAD ORAL

MANDIBULA

Es el hueso más grande y fuerte de la cara, está formado por un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo tiene forma de herradura, se distinguen en el dos caras y dos bordes.

Cara anterior: En la línea media lleva una cresta vertical resultante de la soldadura de las dos mitades del hueso, llamada sínfisis mentoniana. Su parte inferior más saliente conocida como eminencia mentoniana. Hacia atrás y fuera de la cresta encontramos el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás existe una saliente dirigida hacia abajo y adelante que parte del borde anterior de la rama vertical y termina en el borde inferior del hueso llamada línea oblicua externa de la mandíbula y en ella se insertan los músculos cutáneo del cuello, triangular de los labios y cuadrado de la barba.

Cara posterior: Cerca de la línea media existen cuatro tubérculos llamados apófisis geni, en las superiores se insertan los músculos genioglosos y en las inferiores los

músculos geniohioideos. Al igual que en la cara anterior encontramos la línea oblicua interna donde se inserta el músculo milohioideo. Por encima de esta línea tenemos la foseta sublingual, donde se aloja la glándula sublingual. Más afuera por debajo de la línea oblicua hay una foseta más grande llamada foseta submaxilar donde da alojamiento a la glándula del mismo nombre.

Borde inferior: Lleva dos fosetas digástricas, una a cada lado de la línea media, en ellas se inserta el músculo digástrico.

Borde superior: Presenta unas cavidades donde albergan a los dientes.

Las ramas tienen dos caras y cuatro bordes, son de forma cuadrangular y aplanadas transversalmente.

Cara externa: Su parte inferior es rugosa y en ella se inserta el músculo masetero.

Cara interna: En la parte media de esta cara se encuentra el orificio superior del conducto dentario por donde se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. Una saliente triangular llamada espina de Spix, donde se in

serta el ligamento esfenomaxilar, inmediatamente abajo de este orificio encontramos el canal milohioideo donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de esta cara existen unas rugosidades donde se inserta el músculo pterigoideo interno.

Borde anterior: Forma el lado externo de hendidura vestibulocigomática.

Borde posterior: Llamado también borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida.

Borde superior: Posee una escotadura llamada escotadura sigmoidea, situada entre dos salientes: la apófisis coronoides donde se inserta el músculo temporal; y el cóndilo de la mandíbula que se une al resto del hueso por un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en donde encontramos una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

Borde inferior: Se continúa con el borde inferior del cuerpo, por detrás al unirse con el borde posterior forma el ángulo de la mandíbula.

MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso par , de forma aproximada a un cuadrado. En su cara interna encontramos la apófisis palatina, su cara superior es lisa y forma parte de las fosas nasales, y la inferior que es rugosa y forma parte de la bóveda palatina.

El borde externo de la apófisis está unido al resto del maxilar; el borde interno se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. En este borde en su parte anterior existe una prolongación que forma al articularse con la del otro maxilar la espina nasal anterior. El borde anterior forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. El borde posterior se articula con la parte horizontal del palatino.

A nivel del borde interno por detrás de la espina nasal anterior encontramos el conducto palatino anterior, por el pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina. En el cuerpo del hueso encontramos un gran orificio llamado seno maxilar, por delante de este orificio existe el canal nasal, limitado en su borde anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior. En la apófisis en su cara interna y parte inferior tiene la cresta turbinal inferior que se articula con el cornete in-

ferior y por encima de ella está la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

En su cara externa por encima del lugar de implantación de los incisivos hallamos la foseta mirtiforme donde se inserta el músculo mirtiforme, posterior a ella encontramos la eminencia o giba canina. Por detrás de esta eminencia está la apófisis piramidal que se articula con el hueso malar. La cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario. En la cara anterior se abre el agujero suborbitario, por donde sale el nervio del mismo nombre.

Entre este orificio y la giba canina hallamos una depresión llamada fosa canina. En la cara posterior existen canales y orificios llamados agujeros dentarios posteriores por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares.

En el maxilar superior se distinguen cuatro bordes:

- 1) Borde anterior: que presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior, más arriba tenemos una escotadura que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y más superior el borde anterior de la rama ascendente; 2) Borde posterior: Constituye la llamada tuberosidad del maxilar. Su parte su

perior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta existen unas rugosidades para recibir a la apófisis orbitaria del palatino. En su parte inferior lleva rugosidades articulándose con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides. Esta articulación tiene un canal que forma el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior; 3) Borde superior: Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino; 4) Borde inferior: Presenta las cavidades de diferentes tamaños para albergar a los dientes.

HUESOS PALATINOS

Los huesos palatinos están situados en la parte posterior de la cavidad nasal por detrás de los maxilares. Consta de dos partes: una parte horizontal y una vertical.

En la parte horizontal la cara superior forma parte del piso de las fosas nasales, la cara inferior contribuye a formar la bóveda palatina. En el borde posterior se inserta la aponeurosis del velo del paladar. Al unirse con su homólogo forma la espina nasal posterior sobre la cual se inserta el músculo palatostafilino. El borde anterior

se articula con el borde posterior de la apófisis del maxilar superior. El borde externo se une al borde inferior de la porción vertical del hueso. El borde interno se articula con el mismo borde del lado opuesto formando por arriba una cresta donde se articula con el vómer.

La parte vertical en su cara interna lleva dos crestas anteroposteriores. La cresta turbinal superior se articula con el cornete medio y la cresta turbinal inferior lo hace con el cornete inferior. Ambas crestas forman parte de la pared externa del meato medio. La superficie situada por debajo de la cresta inferior interviene en la formación del meato inferior. La cara externa presenta tres zonas: La anterior se articula con la tuberosidad del maxilar superior formando el conducto palatino posterior. Otra zona situada más atrás se articula con la apófisis pterigoides. Entre estas dos zonas existe una superficie lisa que en el cráneo no articulado forma el fondo de la fosa pterigomaxilar. El borde anterior se superpone a la tuberosidad del maxilar. Por medio de una lámina ósea que sale de él, este borde contribuye a cerrar la parte posterior del orificio del seno maxilar. El borde posterior se articula con el ala interna de la apófisis pterigoides. El borde inferior se une con el externo de la rama horizontal del borde resultante parte una saliente ósea dirigida hacia atrás y abajo que ocupa el espacio entre las dos alas de la apófisis pterigoides y

se conoce como apófisis pterigoides piramidal del palatino, en la parte delantera del borde inferior se abren los orificios de los conductos palatinos accesorios. El borde superior lleva en su parte media una escotadura profunda llamada escotadura palatina situada entre dos salientes irregulares: la anterior llamada apófisis orbitaria y la posterior que es más pequeña llamada apófisis esfenoidal. La escotadura queda cerrada por el cuerpo del esfenoides y transformada en el agujero esfenopalatino el cual pone en comunicación la fosa pterigomaxilar con las fosas nasales, deja pasar el nervio y los vasos esfenopalatinos.

CAPÍTULO III

FONÉTICA

En el hombre el lenguaje comienza a desarrollarse a partir de la etapa de lactancia y va desde el balbuceo en los primeros meses de vida, la aprehensión de algunas palabras hasta las frases, el entendimiento de lo hablado, primero de una sola palabra, y luego a los tres o cuatro años -- frases formadas por varias palabras, por lo cual el lenguaje requiere de un largo período de tiempo de maduración para su total evolución.

La fonética es una rama de la Lingüística, que sólo se interesa por el lenguaje articulado, o sea, por el habla. La fonética se ocupa de la expresión lingüística y no por su contenido.

La fonética tiene dos aspectos: el acústico y el articulatorio. El aspecto acústico estudia la estructura física de los sonidos utilizados y la manera en que el oído reac-

ciona a estos sonidos. La parte articulatoria, fisiológica se ocupa de la manera de producir estos sonidos.

A continuación vamos a describir el funcionamiento del aparato fonador desde el punto de vista fonético, partiendo de la división anatómica de dicho aparato y es posible clasificar las diferentes posibilidades articulatorias en:

- 1) Respiración: Se pueden clasificar los sonidos del lenguaje en dos grupos, ya sean producidos con la ayuda de la corriente de aire pulmonar o sin ella.

Estudiaremos sólo los fonemas que utilizan el aire pulmonar al ser producidos, ya que las constantes impositivas y las ejecutivas son independientes a la respiración, no acostumbran a encontrarse en las lenguas civilizadas y si bastante extendidas en las lenguas exóticas como las africanas.

- 2) Laringe: Las consonantes se dividen en sordas y sonoras, según se utilice el sonido producido por las vibraciones laríngeas o no. Son sonoras todas las vocales y las siguientes consonantes: l, m, n, b, d, g, r, rr. Son sordas la p, t, f, s, k, x.

- 3) Lengua: Dividimos la lengua en punta o ápex y dorso, y así es como vamos a dividir las consonantes: apicales y dorsales, la articulación hecha con la parte de la lengua que se halla entre estas dos zonas se llama predorsal.
- 4) Paladar. Se distingue las diferentes articulaciones según la articulación de la lengua se efectúe en determinadas zonas del paladar y son: dentales, alveolares, prepalatales, medio palatales, pospalatales, prevelares, postvelares y uvulares.

En clínica se acostumbra simplificar los puntos de articulación en tres zonas. La primera zona es la labial, la segunda zona es la palatal y la tercera zona es la velar.

Si el velo cierra el cavum se producen las consonantes orales, si el velo desciende y deja libre el paso hacia las fosas nasales se obtienen las consonantes nasales, si la boca está cerrada se produce una consonante nasal, si permanece abierta una vocal nasal.

- 5) Labios: La articulación puede ir acompañada de una posición neutra de los labios o de una proyección-

y redondeamiento de ellos. Si los labios permanecen neutros se llama articulación no labial, si se utilizan los dos labios se llama bilabial, si se articula el labio inferior contra los dientes incisivos superiores se llama labiodental.

TIPOS DE ARTICULACION

El tipo de articulación es la manera que adoptan los órganos para permitir la salida del aire. Esta salida de aire puede ser de dos formas: nasal y bucal.

Ayudados con las diferentes articulaciones y las combinaciones de ellas se puede modificar de diferentes maneras la corriente de aire pulmonar.

El paso del aire puede ser:

- 1) Libre: Así se forman las vocales, las cavidades de resonancia sólo cambian el timbre del sonido laríngeo.
- 2) Estrechado: Forman las consonantes fricativas y sibilantes.
- 3) Parado momentáneamente: Forman las consonantes oclusivas.

VOCALES

El timbre de las vocales es debido a dos formantes -- que corresponden a los dos resonadores principales del aparato fonador, la faringe y la boca. Con la lengua se puede modificar el efecto resonador de estas dos cavidades.

Cuando los labios se proyectan hacia adelante redondeándose se articulan las vocales labiales o redondeadas: o, o, a, ú, ae, ae.

Pasando por la unión del paladar óseo y del velo en un plano -- frontal tenemos las vocales anteriores o palatales: a, é, è, i y las -- vocales posteriores o velares: o, ó y u.

Las vocales posteriores son también labiales y por -- eso reciben el nombre de vocales labiovelares.

Vocal "a"

Se articula de la siguiente forma: los incisivos se hallan separados unos 10 mm., el velo del paladar cerrado, la lengua plana en el suelo de la boca, ligeramente elevada en el punto de separación del paladar óseo y del blando. A veces la lengua se halla un poco hacia atrás y forma la a -- velar (a).

Vocal "e"

La articulación de la "e" cerrada se forma colocando la punta de la lengua contra los incisivos inferiores, el dorso se eleva contra el paladar, tocándolo a ambos lados hasta los segundos molares y dejando en el centro entre la lengua y el paladar una abertura; el velo del paladar cerrado.

En la articulación de la "é" abierta existe una mayor separación entre la lengua y el paladar; el contacto del ápex con los incisivos inferiores es más suave.

Vocal "i"

La vocal "i" cerrada se forma colocando el ápex contra los incisivos inferiores, el dorso se eleva contra el paladar óseo tocándolo a ambos lados y dejando una abertura en el centro relativamente estrecha, las comisuras de los labios retiradas hacia atrás; el velo del paladar cerrado.

Vocal "o"

La vocal "o" cerrada se forma con los labios avanzando hacia adelante y dándoles una forma ovalada; los incisivos separados unos 6 mm; la lengua hacia atrás elevándose

la parte posterior contra el velo del paladar, la punta toca los alvéolos inferiores; el velo del paladar cerrado.

La "o" abierta se forma con los labios más separados, la lengua se eleva menos.

Vocal "u"

Se articula con los labios, proyectándolos hacia adelante formando una abertura circular muy pequeña; los incisivos un poco separados; el velo del paladar cerrado; la lengua más elevada en su parte posterior y más retirada.

CONSONANTES

Las consonantes se caracterizan por la presencia de ruido y se articulan por medio de un cierre o una estrechez en el pasaje del aire espirado.

Tenemos dos tipos de fonemas según sea el sitio por donde salga el aire, y pueden ser nasales y bucales.

Las consonantes nasales son aquellas en las que el aire sale por las fosas nasales y son: M, N, Ñ.

Los fonemas de articulación bucal son aquellos en que

el aire sale por la boca y son las siguientes:

- 1) Oclusivas
- 2) Nasales
- 3) Africadas
- 4) Fricativas
- 5) Laterales
- 6) Vibrantes.

- 1) Oclusivas.

En estos fonemas el paso del aire es momentáneo. La oclusión puede ser con los labios (bilabial); con la punta de la lengua contra los incisivos (apico-dental); con el dorso de la lengua contra el paladar duro (dorso-palatal); o contra el paladar blando (dorso-velar).

Bilabiales: P y B

Apico-dentales: T y D

Dorso-palatales: K y G delante de una vocal anterior

Dorso-velares: K y G delante de una vocal posterior.

Si la oclusiva va o no acompañada de vibraciones laríngeas se producen las oclusivas sonoras: b, d, g; sordas: p, t, y k. De esta manera toda consonante puede ser definida según su modo de articulación y su punto de articulación

2) Nasales

Las consonantes nasales se obtienen al combinar un cierre de canal bucal con una posición descendida del velo del paladar. Los fonemas nasales son: M, N, Ñ.

3) Africadas

Los fonemas africados son producidos por una combinación de tipo oclusivo y después de tipo fricativo. Reciben también el nombre de ocluso-fricativo y son: CH, Y (pronunciada LI).

4) Fricativas

Son producidas por un estrechamiento en el paso del aire que produce un ruido de fricción o frotamiento. El estrechamiento puede ser plano como en el caso de la F o redondo como en la S. Se pueden producir consonantes fricativas en cualquier sitio, desde los labios hasta la laringe.

5) Laterales

En los fonemas laterales el contacto entre la lengua y el paladar tiene lugar en el medio canal bucal, el aire puede salir por los lados del lugar de articulación.

6) Vibrantes

En estos fonemas el órgano de articulación forma una serie de oclusiones breves. Existen dos especies de vibrantes, la anterior o apical, que se articula de la siguiente manera: la punta de la lengua toca los alveólos y es empujada hacia adelante por la corriente de aire; y la uvular o posterior, la úvula vibra y forma contacto repetidamente con el dorso de la lengua.

A continuación mencionaremos brevemente el sitio donde se emiten los diferentes fonemas.

Consonantes Oclusivas.

Fonema P

Es una consonante bilabial, oclusiva sorda. Se articula con los labios cerrados, es oclusiva porque el paso del aire es obstruido momentáneamente. Sorda, porque no hay vibraciones laríngeas. El velo del paladar se cierra; la lengua toma la posición del fonema siguiente. Al abrirse bruscamente los labios dejan salir el aire a presión dentro de la cavidad bucal.

Fonema B

Es un fonema bilabial, oclusiva sonora. Se articula igual que el fonema P sólo que en este fonema si hay vibración laríngea.

Fonema T

Es una consonante dental oclusiva sorda. Los labios se hallan entreabiertos, el ápex lingual hace contacto con la cara palatina de los incisivos superiores formando una oclusión completa; los bordes de la lengua obstruyen lateralmente la salida del aire; no hay vibraciones laríngeas.

Fonema D

Es un fonema dental oclusiva sonora. Se articula -- igual que la T, pero en este fonema si hay vibración laríngea.

Fonema K

Es una consonante velar oclusiva sorda. El postdorso de la lengua se eleva hacia el velo del paladar, cerrando así la salida del aire espirado; la punta de la lengua toca los alvéolos inferiores; el velo del paladar se halla

elevado y no hay vibración laríngea.

Fonema G

Es un fonema velar oclusivo sonora. Se articula igual que la K, en este fonema si hay vibraciones laríngeas.

Consonantes Nasales

Fonema M

Este fonema es bilabial nasal sonoro. Se articula -- igual que la P sólo que el velo del paladar, se halla descen dido.

Fonema N

Es un fonema alveolar nasal sonoro. La posición de la lengua es variable, según sean los fonemas siguientes; la glotis es sonora; el velo del paladar descendido, se articula según las vocales contiguas.

Fonema Ñ

Es un fonema palatal nasal sonoro. Se articula con la abertura de los labios según sean los sonidos contiguos;

el ápex lingual se apoya contra los incisivos inferiores; el dorso de la lengua se adhiere al paladar duro; el velo del paladar descendido. El aire sale sólo por la nariz.

Consonantes Africadas.

Fonema CH

La consonante Ch es palatal africada sorda. Se articula con los labios según sean los sonidos contiguos; los incisivos separados un milímetro; la lengua se eleva conve^xa tocando por sus bordes una zona bastante amplia del paladar; el predorso contacta con los alvéolos de los incisivos superiores evitando así la salida del aire. En un segundo tiempo el predorso se separa de los alvéolos formando una estrechez por donde escapa el aire. Los dos tiempos son momentáneos y rápidos. El velo del paladar cerrado y glotis sin vibración.

Fonema Y

La consonante Y es palatal africada sonora. Se articula igual que el fonema CH, el contacto del dorso de la lengua con el paladar es mucho mayor.

Consonantes Fricativas

Fonema F

Es una consonante labiodental fricativa sorda. Se articula con el labio inferior tocando el borde los incisivos superiores, escapando el aire por los intersticios entre ambos órganos; el velo del paladar cerrado y la glotis sin vibración.

Fonema S

Es un fonema alveolar fricativo sorda. Los labios se entrecierran, los bordes de la lengua se apoyan contra las encías y molares superiores impidiendo el paso del aire lateral; la punta de la lengua deja una pequeña abertura por donde deja salir el aire.

Fonema X

Es una consonante velar fricativa sorda. Se articula con los labios según los fonemas siguientes. El postdorso de la lengua se eleva hacia el velo del paladar sin cerrar por completo la salida del aire. El ápex lingual se coloca por detrás de los alvéolos de los incisivos inferiores, el cavum cerrado por el velo del paladar, no hay vibraciones laringeas.

Consonantes Laterales

Fonema L

Es una consonante alveolar fricativa lateral sonora. Los labios toman la posición de los fonemas siguientes. La abertura de los incisivos es de unos cuantos milímetros; la punta de la lengua se apoya contra los alvéolos de los incisivos superiores; a los lados de la lengua queda un espacio por donde se escapa el aire.

Fonema Ll

Es una consonante palatal lateral sonora. Los incisivos separados 6 mm.; el ápex lingual toca los incisivos inferiores; el dorso se eleva contra una gran porción del paladar; los bordes laterales dejan dos aberturas a nivel de los molares por donde escapa el aire espirado.

Consonantes vibrantes.

Fonema R

Es un fonema alveolar vibrante simple sonoro. Se articula con los labios según sean los fonemas siguientes; -- los bordes laterales de la lengua se apoyan contra las en-

cias y molares superiores cerrando la salida del aire. El ápex lingual se eleva rápidamente tocando los alvéolos de los incisivos superiores, el contacto es momentáneo; el velo del paladar cerrado y las cuerdas vocales vibrantes.

Fonema RR

Es una consonante alveolar vibrante múltiple sonora. Los órganos de la articulación se colocan igual que la R, - la punta de la lengua se vibra repetidamente de 3 a 4 veces.

En la figura 1, se muestra esquemáticamente el aspecto fisiológico normal del habla.

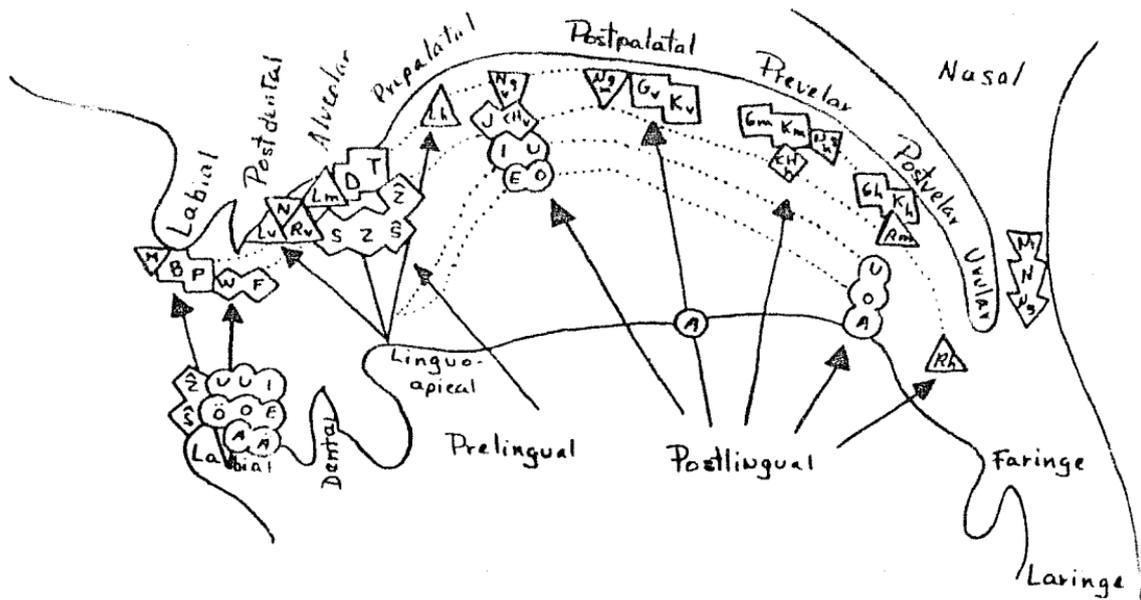


Fig. 1 Vista de conjunto esquemático respecto al acontecer fisiológico al hablar, en el tubo de fonación: ○, vocales; △, laterales y vibrantes; ▽, nasales; ◇, africadas; □, oclusivas. Las flechas indican la dirección del movimiento de los órganos fonéticos.

CAPITULO IV

DISGLOSIAS

En este caso estudiaremos los trastornos de la articulación de los fonemas por alteraciones de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central.

Antes eran conocidos como dislalias orgánicas, ahora se les conoce como diglosias. Se llaman diglosias a todos los trastornos de la dicción debidas a alteraciones en los órganos de fonación periférica. Las causas de las diglosias pueden ser varias como: malformaciones congénitas, --- trastornos del crecimiento, parálisis periférica, traumatismos o sus consecuencias como cicatrices.

Las diglosias podemos dividir las según las diferentes partes de los órganos de fonación periféricas en : diglosias labiales, maxilares, linguales, dentales, palatinas, velares y nasales.

En la descripción de los trastornos más importantes del lenguaje por anomalías de formación de los órganos de articulación se partirá siempre del correspondiente trastorno orgánico y se mencionará brevemente las medidas terapéuticas más convenientes.

DISGLOSIA LABIAL

Se llama disglosia labial a los trastornos de la articulación de los fonemas por alteraciones de la forma, fuerza, movilidad o consistencia de los labios.

LABIO LEPORINO

Se llama labio leporino a la malformación congénita producida por la división de los labios. La forma de labio leporino y su frecuencia son variables. La más frecuente es la presencia de una hendidura lateral, la cual se conoce como labio leporino común y se pueden distinguir en ella diferentes grados según la profundidad que afecte las partes blandas y huesos subyacentes. Se llama de primer grado cuando sólo interesa el labio; de segundo grado cuando sobrepasa los límites de labio extendiéndose a las partes vecinas; simple cuando sólo involucra partes blandas y completa o complicada si interesa el macizo óseo subyacente. El labio leporino lateral puede ser unilateral o bilateral.

LABIO LEPORINO UNILATERAL.

En esta malformación la fisura se halla por fuera de la cresta del filtrum. Los elementos de la parte media del labio forman parte del labio interno, la mucosa labial es delgada y el músculo orbicular está poco desarrollado. En el lado externo la mucosa es abundante y la musculatura tiene un espesor casi normal. El orificio nasal del lado afectado está mal orientado y generalmente en dirección horizontal. El ala está aplanada, la columela es corta y junto con el tabique están desviadas hacia el lado sano. La pirámide nasal puede hallarse hipertrófica en todas sus dimensiones.

LABIO LEPORINO BILATERAL

Se presenta con menos frecuencia que el unilateral, en el labio leporino bilateral la parte central o prelabio es hipoplásica tanto en su parte mucosa como cutánea. Existe una falta de altura y espesor ya que el orbicular del labio superior no se ha desarrollado en esta zona. No están conformadas ni el arco de Cupido ni las crestas filtrantes.

Las dos partes laterales presentan las mismas características del lado externo del labio leporino unilateral. La columela es muy corta o inexistente. La premaxila se

halla muy prominente por lo que se dificulta la movilidad articular, por lo tanto la articulación de la "o" y "u" es imposible.

Durante el habla el labio superior queda inmóvil mientras que el inferior tiene movilidad propia.

LABIO LEPORINO COMPLICADO

La fisura en esta malformación interesa el labio, el reborde alveolar, la bóveda y el velo del paladar según los distintos grados.

La deformación de los tejidos blandos tienen un aspecto igual que en el labio leporino simple y puede ser unilateral o bilateral.

Al examinar el reborde alveolar ésta presenta una hendidura que puede ser mediana entre los dos incisivos centrales o lateral cuando pasa entre el incisivo y lateral.

Cuando son bilaterales, las fisuras circunscriben un tubérculo mediano portador de un número variable de incisivos (2, 3 o 4) separado del resto del maxilar por las dos fisuras, aparece suspendido de la extremidad anterior e inferior del tabique nasal haciendo prominencia, el reborde

alveolar presenta en todos los casos una asimetría muy marcada.

El tratamiento para cualquier caso de labio leporino es quirúrgico. Se han descrito varias técnicas para la reconstrucción del labio hendido como son las siguientes: para labio leporino unilateral la técnica modificada de Rose-Thompson para el caso de una fisura pequeña, la técnica de Mirault modificada y simplificada por Brown-Mc Dowell indicada en la reconstrucción para labio insuficientemente lleno y que no tiene arco de Cúpido.

Para labio leporino completa unilateral puede practicarse la técnica modificada Hagedorn-Le Mesurier, para los casos más difíciles de hendidura incompleta y para muchas-completa la técnica de Tenninson es la más conocida. La técnica de Millard y Wynn nos brindan buenos resultados y son de gran valor reconstructivo del piso de la nariz.

El fin primordial que se persigue con la operación es lograr una mejor estética y una función normal del labio superior. Para dar actividad al labio saturado se recomienda el uso del chupete y masajes.

Cuando el niño es mayor se recomienda juegos de soplar y chupar, propulsión y retracción de los labios y por

fin la articulación de los fonemas labiales "m", "p", "b"-
y "f".

Respecto a que edad debe ser el paciente operado hay discrepancias, sin embargo se ha llegado a considerar como edad ideal para el cierre del labio a los 6 meses de edad.

LABIO LEPORINO MEDIO O CENTRAL

Es una malformación rara, se produce por la falta de unión de los dos mamelones nasales internos y puede extenderse desde una escotadura media labial (simple) hasta todo el tubérculo medio provocando así una amplia hendidura interesando las dos fosas nasales (completa).

FRENILLO LABIAL SUPERIOR HIPERTROFICO

Esta malformación causa disglosias por distintos motivos. Es una anomalía frecuente de encontrar, se caracteriza por impedir la movilidad normal del labio superior y producir un diastema entre los incisivos centrales. Como consecuencia de esto se dificulta la articulación de los fonemas "u" , "p", "b", "m" y las bilabiales son sustituidas por la labiodental "f".

Es difícil o imposible sorber líquidos a través de un

tubita El tratamiento es quirúrgico y se puede realizar la resección y alargamiento del frenillo por medio de la plu stia en Z.

Se considera patológico un frenillo cuando imposibilita o retarda la erupción de dientes lateral o canino, y puede ser tanto en dientes temporales como en permanentes, la técnica a elección en estos casos es la frenilectomía y se puede realizar bajo anestesia local a excepción de niños muy pequeños o poco colaboradores, entonces es mejor recurrir a la anestesia general. El cirujano debe actuar conjuntamente con el ortodoncista el cual deberá iniciar el cierre del diastema lo más pronto posible.

FISURA MEDIA DEL LABIO INFERIOR

Es una forma excepcional de fisura, es raro encontrarla puede ser un simple surco o complejo como en el caso de que se presente la división completa del labio complicado con la fisura ósea dividiendo el maxilar en la línea media.

PARALISIS FACIAL

La parálisis facial es frecuente en niños, puede resultar de un trauma obstétrico producido por el forceps o por la compresión contra los huesos pélvicos.

Puede ser congénito y depender de la falta nuclear -- congénita por aplasia.

La mitad paralizada de la cara esta sin arrugas, la abertura palpebral es más pequeña, la ceja está descendida, el pestañeo no existe. El ángulo de la boca está caído, la saliva escapa por la comisura labial. Frecuentemente el ojo está lleno de lágrimas. El paciente no puede cerrar el ojo, arrugar la frente, silbar ni retener aire en la boca.

En la parálisis unilateral del labio la disglosia es poco perceptible, ya que el lado sano compensa bastante -- bien.

La parálisis bilateral adquirida provoca graves trastornos en la pronunciación de fonemas labiales. La "p" suena como "f", la "m" como "n" y la "b" tiene un sonido bilabial fricativo. Las vocales quedan afectadas ya que en el paciente las mejillas no tienen ninguna tensión. La "o" y la "u" suena impuras debidas a que falta el movimiento labial de protrusión para la articulación de las vocales "e" e "i" el movimiento de separación de las comisuras está alterado.

La parálisis facial bilateral congénita produce ligera disglosia, casi imperceptible.

En la parálisis del labio se aplica la electroterapia y el masaje digital de los labios.

MACROSTOMIA

Es un alargamiento de la hendidura bucal, debidas a la persistencia de la fisura intermedia entre los mamelones maxilares superior e inferior más alla del punto en que se fusionan los mamelones normalmente que formen la comisura labial.

El alargamiento de la hendidura provoca que la saliva fluya de la boca y los dientes queden al descubierto. Puede ser única o doble y puede estar asociada a la disostosis otomandibular o al coloboma facial. El tratamiento es quirúrgico y debe hacerse antes de que el niño empiece a hablar.

HERIDAS

Las heridas de los labios pueden ser causadas por distintas razones, ya sean por un traumatismo, heridas de arma blanca o de fuego.

Las heridas en los labios producen una mala articulación, la más intensa disgllosia es por la pérdida de labio

por ejemplo en caso de resección por cáncer. En estos casos la "p" suena como "f" horrosa y la "m" es sustituida -- por un sonido nasal impuro.

En la pérdida del labio superior para articular la -- "p", "b" y "m" el labio inferior hace contacto con los inci -- sivos como en la "f". Las heridas de labio bien tratadas -- no producen consecuencias en el labio. Como tratamiento se aconseja practicar masajes, ejercicios gimnásticos de los -- labios, así de esta manera se busca un efecto compensador -- de las partes sanas.

En la Fig. 2 se pueden apreciar esquemáticamente las -- displasias labiales.

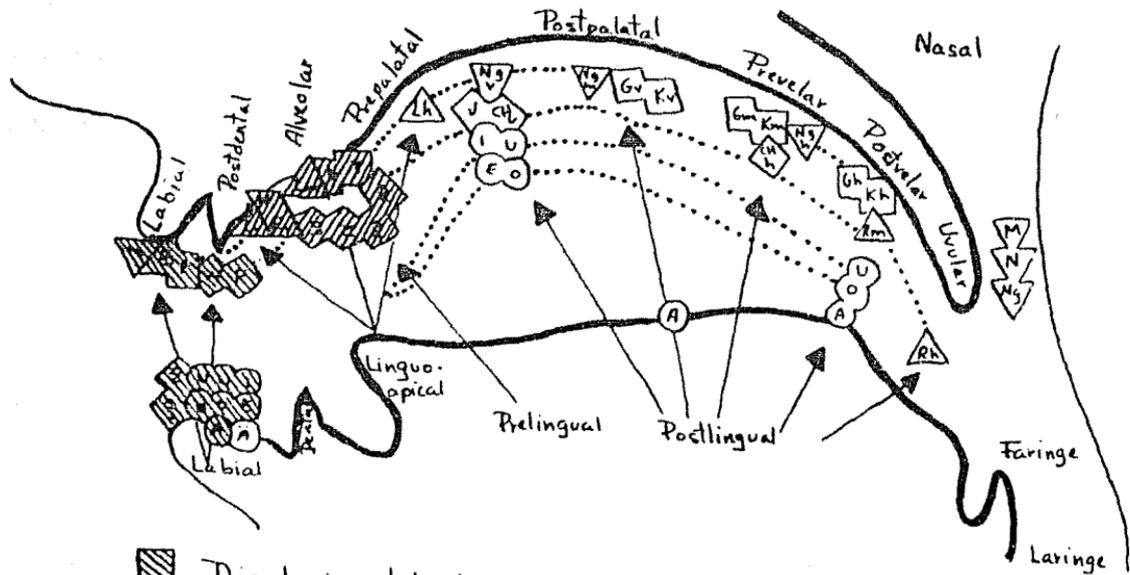


Fig. 2

DISGLOSIA LINGUAL

La disglosia lingual es una afección en la articulación de los fonemas por un trastorno o defecto orgánico de la lengua.

Las malformaciones o anomalías de la lengua congénitas son debidas a una alteración en el desarrollo embriológico. Las alteraciones congénitas de la lengua como la macroglosia y microglosia son rara, es más frecuente de encontrar casos de anquiloglosia.

Es también poco frecuente encontrar alteraciones adquiridas de la lengua, excepto en lesiones ocasionadas por traumatismos, quemaduras, parálisis postinfecciosa del hipogloso.

Los fonemas que más se encuentran afectados por alteraciones orgánicas de la punta de la lengua son: L, N, D, T, S, SCH y no permiten la articulación de la R lingual.

Después de eliminar el trastorno orgánico con un tratamiento foniátrico combinado con gimnasia de resistencia activa y masajes expansivos en especial en los casos de parálisis de la lengua se llega a un rápido restablecimiento.

o la nueva formación de sonidos.

AGLOSIA

La ausencia de la lengua es rarísima, aunque esta ausencia puede estar representada por un mamelón delante de la epiglotis.

Jussein en 1718 describió un caso de aglosia que logró sobre vivir gracias a la ayuda de la madre para alimentarle y ya de mayor ella misma empujaba los alimentos con el dedo hacia la faringe. Logró adquirir un lenguaje inteligible aunque con muchas dislalias. Los demás casos que se han descrito han muerto a los pocos días de nacer.

MICROGLOSIA

Anomalia congénita muy rara, esta manifestada por la presencia de una lengua muy pequeña o rudimentaria. Se dificulta el habla y el comer en los pacientes.

MACROGLOSIA

Anomalia en la cual la lengua se encuentra aumentada de tamaño, y pueden deberse principalmente por dos razones: ya sea debido a un proceso patológico intrínseco en la mus-

culatura lingual como en el caso de un proceso tumoral; o bien por un proceso infeccioso inflamatorio como es el caso de la glositis.

Dentro de los procesos tumorales que se encuentran más frecuentemente como responsable de la formación de macroglosia tenemos los quistes, los hemangiomas y los linfoangiomas.

Macroglosia de origen linfático o linfoangioma congénita de la lengua: Es la forma más frecuente de encontrar, se pueden encontrar en ella todos los tipos de linfoangioma: simple, mixto y quístico.

Pudiendo ser puros o mixtos con alteración de los vasos sanguíneos y linfáticos simultáneamente (hemalinfoangioma). Algunas veces el linfoangioma es nodular situado en los bordes o en el dorso de la lengua.

Macroglosia de origen muscular o hipertrófica: Es más raro encontrarla, está formada por un aumento del número de fibras musculares, aunque de volumen y aspecto se conservan normales.

El aumento de volumen no siempre se detecta desde el nacimiento sino que se le reconoce por los trastornos fun-

cionales que provoca como la dificultad para succionar o im-
posibilidad de deglutir la leche.

La hipertrofia en un principio es aparente, progresa y se exagera para hacerse muy grave a la edad de tres años. La lengua sale frecuentemente ya que es demasiado grande pa-
ra la boca que la encierra y existe dificultad para meter-
la. La lengua presenta indentaciones en sus bordes sobre-
todo en la cara inferior como consecuencia de la presión de
los incisivos y caninos, y hasta el maxilar se desvía hacia
adelante.

En la macroglosia hipertrófica la succión y la masti-
cación se dificultan y las mordeduras de la lengua son comu-
nes. La fonación está alterada y la pronunciación es inin-
teligible, la respiración es normal. La saliva es abundan-
te, fluye fuera de la boca cuando la lengua está caída. En
la macroglosia de origen muscular son menos exagerados y --
los trastornos funcionales más leves.

El tratamiento usual para esta anomalía es quirúrgi-
co, se efectúa la glosectomía parcial

ANQUILOGLOSIA

Es una adherencia congénita de la lengua, que por su

situación puede ser superiores o inferiores, éstas últimas pueden ser parciales o totales.

Anquiloglosia total o completa: La lengua se encuentra fijada al piso de la boca, es extremadamente rara.

Anquiloglosia parcial: La anquilosis parcial llamada lengua atada es una fijación que se extiende desde la mucosa gingival lingual hasta la punta restringiendo la extensión de la lengua; o la cortedad congénita del frenillo lingual.

A causa de esta restricción de los movimientos de la lengua los pacientes presentan dificultades fonéticas. Según Arnold el frenillo lingual corto sólo puede ocasionar un rotacismo en la R. Aunque no quiere decir esto que todos los rotacismos sean producidos por la anquiloglosia.

La frenilectomía que es el tratamiento más usual en la mayoría de los casos deben hacerse en sentido horizontal y suturar los bordes de la incisión en sentido vertical, -- procurando que la herida cicatrice por primera intención, -- ya que si esto no sucede se hace una cicatriz retráctil que puede anular el efecto de la intervención. Anquilosis glosopalatina: Es la fijación de la punta de la lengua al paladar duro y puede estar asociada con otras anomalías como-

en el caso de la sindactilia hipoplasia del pulgar, clinodactilia y otros más.

La lengua esta fijada al paladar duro o cresta alveolar superior. Si existe también paladar hendido la lengua está fijada al borde inferior del tabique nasal. Esta anomalía es rara se han descrito menos de una docena de casos.

LENGUA BIFIDA

Es una anomalía muy rara. Puede hallarse asociada al labio leporino medio complicado del labio inferior o con la división congénita del paladar, o presentarse sola.

La división puede interesar sólo la punta de la lengua o extenderse hasta el repliegue glosopiglótico medio simulando dos lenguas colocadas una al lado de la otra.

PARALISIS UNILATERAL

Puede presentarse parálisis de la lengua por alguna lesión del nervio hipogloso (nerviomotor de la lengua). La parálisis unilateral del hipogloso ocasiona disglosias sobre todo en los fonemas /d/, /t/, /l/, /s/, también puede ocasionar un sigmatismo lateral funcional.

La /r/ desaparece y es sustituida por un lambdacismo lateral. Los sonidos linguales posteriores /g/ y /k/ pueden dificultarse. Las vocales son las que más se afectan.

PARALISIS BILATERAL DE LENGUA

La parálisis bilateral de lengua puede ser producida por: la siringebulbía, la parálisis bulbar, la parálisis --seudibulbar entre otras. Cuando la parálisis se debe a una lesión de la neurona periférica existe una degeneración, atrofia muscular y contracciones fibrilares.

La parálisis bilateral del hipoglosos produce una alteración más seria en el masticar y en el hablar. La lengua permanece inmóvil en el piso de la boca.

Casi todos los fonemas quedan desdibujados especialmente: /d/, /t/, /l/, /n/, /s/, /g/, /k/, entre las consonantes y la /e/ e /i/ entre las vocales. Las heridas en la punta de la lengua producen principalmente sigmatismos.

FULGURACION LINGUAL

Esta lesión se produce principalmente en niños alrededor de los 12 meses de edad, es relativamente frecuente debido a la introducción de la punta de la lengua a un enchu

fe eléctrico. La humedad de la lengua produce una descarga eléctrica, ocasionando quemaduras en la punta de la lengua, a los pocos días se desprende la escara produciendo serias hemorragias.

Queda una pérdida de sustancia y una cicatriz que afecta la articulación de los fonemas siguientes: S, L, laterales y R. Con práctica y educación pueden desaparecer estas disglosias, aunque la más rebelde es el sigmatismo; los ejercicios logopédicos pueden acelerar su recuperación.

GLOSECTOMIA

Las pérdidas de sustancia al desprendimiento de escaras por quemaduras, mordeduras por accidentes o por amputaciones quirúrgicas generalmente por cáncer. Y pueden ser sólo la punta lingual, o la mitad de la lengua o su totalidad. La disglosia esta muy exagerada cuando falta la base de la lengua.

La pérdida de una gran porción de la lengua causa una gran desfiguración del habla. La D suena como G, la T como K, la R falta. La L es muy gangosa o parece una I, o falta de todo. Las vocales E e I son difíciles de articular. En ocasiones los movimientos linguales llegan a producir dolor.

La pérdida total de la lengua causa una gran dificultad para la emisión del habla pero no la mudez. Gradualmente se puede desarrollar el habla y los fonemas apicales son sustituidos por sonidos articulados entre los incisivos superiores y el labio inferior.

TRATAMIENTO

El tratamiento a seguir en cualquiera de los casos antes mencionados si es quirúrgico deberá realizarse sólo si existen otros problemas o dificultades además de los logopédicos. Muchos enfermos con voluntad y entrenamiento llegan a adquirir un lenguaje bastante comprensible.

En la figura 2 se muestra gráficamente los fonemas que se encuentran afectados en los disglosias linguales.

DISGLOSIA MAXILO-MANDIBULARES Y DENTALES

Los trastornos más frecuentes del habla aparecen en las alteraciones orgánicas de los maxilares y dientes. En casos de fracturas y anquilosis maxilares la formación de las vocales cuando ocurre cierta desfiguración del cuadro fonético del lenguaje los sonidos de consonantes pueden resultar trastornos por desarrollo excesivo o resección del maxilar.

La R por su especial mecánica articular es uno de los sonidos más difíciles y por eso es uno de los más afectados por las alteraciones orgánicas. Su mala pronunciación es frecuente en la infancia y se presenta en distintas malformaciones como rotacismo interdental, nasal, faríngeo o laríngeo, se originará una articulación defectuosa o sonidos sustitutos en vez del verdadero, o se manifiesta como pararrotacismo donde la R que falta es sustituida por una correcta L y a veces también por una N o Ch.

La formación de las consonantes oclusivas P, B, T, y D se manifiestan más pronunciadamente en casos de anomalías mandibulares como son: mordidas protrusivas o retrusivas de mayor intensidad.

Como consecuencia de las alteraciones de forma y posición de los dientes como prognatismo, pérdida de los incisivos superiores, fisuras maxilares hallamos una fonación impura y no concentrada del sonido labial de los fonemas F y W. Las fracturas de los maxilares, las anquilosis temporo-mandibulares, las mordidas abiertas y las pérdidas de incisivos superiores actúan desfavorablemente para la formación del sonido Sch.

La más sensible de las consonantes es la S cuya mala pronunciación llamamos sigmatismos. Podemos hallar sigmatismos

mos primarios a los sigmatismos provocados por una evolución deficiente del lenguaje.

Los sigmatismos secundarios debidas a alteraciones de forma o de posición de los maxilares o mordidas falsas. Los sigmatismos terciarios causados por defectos habituales al hablar, las anomalías de posición de maxilares y dientes son predisponentes para la mala pronunciación de los sonidos sibilantes.

Los sigmatismos secundarios de origen dentario y maxilo-mandibulares pueden dividirse según su origen en:

1) Sigmatismo labiodental: (ceceo similar a F). Se produce entre el labio inferior y los incisivos superiores; se encuentra a menudo en las prognacias mandibulares o en las protrusiones maxilares.

2) Sigmatismo interdental: La punta de la lengua se sale entre los dientes produciendo un ceceo sordo similar a la Th inglesa. Se observa en las deformaciones raquífticas de los maxilares en retroclusión con maxilar inferior puntiagudo, en el paladar ojival por hábitos de succión, en la mordida abierta anterior, en diastemas.

Las mismas causales pueden afectar sobre la T, D, L

y N que se forman entre los dientes entonces hablamos de interdentalidad múltiple.

3) Sigmatismo dental: Es producido al presionar la lengua contra la cara posterior de los dientes, cuando resulta imposible formar una ranura en la línea media de la lengua y el aire soplado se expande a lo ancho sobre la parte anterior de la lengua. Se observa en casos de sobremordida profunda, mordida retruida con mentón puntiagudo, mordida cruzada, sobremordida cruzada, diastema, apiñamiento de dientes, sobreoclusión de los incisivos.

4) Sigmatismo estridente: Se produce por causa de una corriente de aire no concentrada por anomalías de posición de los dientes como por ejemplo en diastema o posiciones irregulares de los dientes.

5) Sigmatismo lateral: Es la forma más frecuente de las fallas de la S, donde la lengua se apoya sólo de un lado y levanta el otro para tomar contacto con los dientes multi cuspídeos. Se observa en casos de hipertrofia maxilar, progenie, mordida cruzada distal, mordida abierta lateral.

6) Sigmatismo palatino: Se origina entre la lengua y el paladar duro, y se observa en casos de prognatismos graves, mordida distal con protrusión, progenie, mordida abierta.

En los trastornos del habla de origen orgánico como-
terapéutica se recurrirá primeramente a medidas quirúrgicas
u ortopedico-maxilares. En el aspecto fonético requiere de
un tratamiento foniátrico. Es regla fundamental de la tera-
péutica foniátrica enseñar un sonido completamente nuevo y
de ninguna manera tratar de mejorar un sonido defectuoso.

DISGLOSIAS MAXILO-MANDIBULARES

RESECCION DEL MAXILAR SUPERIOR.

Esta operación se lleva a cabo como medida terapéuti-
ca en procesos neoplásicos expansivos del maxilar superior.
Después de efectuada la operación queda una comunicación en
tre la cavidad bucal y otra cavidad formada por el seno ma-
xilar y la fosa nasal, además de la mitad del paladar duro-
y puede faltar parte del velo.

Para corregir esta pérdida de tejido se recurren a -
las prótesis maxilofaciales.

RESECCION DE LA MANDIBULA

La resección de la mandíbula puede ser ocasionada --
por cirugía a causa de cáncer, por traumatismos severos. Al
gunas veces la resección del hueso va unida a la pérdida o-

extirpación de una porción mayor o menor de la lengua.

Estos pacientes requieren de una reconstrucción plástica y después de una rehabilitación logopédica. Estos enfermos pueden mejorar mucho su habla gracias al poder de su plencia que poseen los músculos.

ATRESIA MANDIBULAR

Es una anomalía congénita que consiste en un empequeñecimiento que puede ser muy acentuado resultado de una detención en el desarrollo del maxilar inferior por causas congénitas como: raquitismo, trastornos endócrinos o por causas adquiridas como son: el dedo, el uso del chupete. La mandíbula queda detenida en su desarrollo y la barbilla está hundida. Se dice que tienen cara de pájaro.

La atresia mandibular determina una desproporción de dimensión entre la lengua y la cavidad bucal.

PROGENTE

Consiste en que la mandíbula es muy prominente; no es normal la relación entre los maxilares superior e inferior y se pierde la articulación entre los dientes. Esta deformación impide una masticación normal debido a la maloclu

sión dentaria. En cuanto a la articulación, ésta se hace de masiado anterior, da la impresión de hablar con la boca lle na y se hace el sigmatismo interdental; se hace difícil la articulación de los fonemas labiodentales y sibilantes.

DISOSTOSIS MAXILOFACIAL

Es una malformación mandibular muy especial y asocia da a otras anomalías, constituye el síndrome de Franceschetti y la describe con los siguientes síntomas:

- 1.- La abertura palpebral esta dirigida hacia afuera y abajo.
- 2.- Hipoplasia de los huesos de la cara en forma especial la mandíbula y los maxilares.
- 3.- Microtia
- 4.- Paladar ojival con anomalía de implantación dentaria con mordida abierta, macrostomía.
- 5.- Fístula ciega preauricular.
- 6.- Otras anomalías: vertebrales, fisura del paladar, fisuras submucosas, ausencia de senos, hipoplasia del hueso hioides.

Existen disglosias orgánicas debido a las anomalías linguales, dentarias y palatales. Esta malformación empieza en la 7a. semana de vida intrauterina y se transmite hereditariamente de modo dominante.

Como tratamiento se recomienda cirugía plástica y ortodoncia para volver a la mayor normalidad posible esta disostosis.

DISGLOSIAS DENTALES

La disglosia dental es la alteración en la articulación de los fonemas por anomalías en la forma o posición de las piezas dentales. Puede deberse a malos hábitos provocando maloclusiones como son el uso del chupete, succión del dedo pulgar produciendo desviación de la posición dentaria-normal o por alteraciones patológicas entre las que encontramos más importantes son las anomalías de la posición dentaria, la pérdida fisiológica en la primera dentición y en la vejez y los traumatismos o enfermedades de los maxilares y dientes.

Todas las sibilantes están producidas entre la punta de la lengua y el borde de los incisivos y como ya mencionamos antes la posición de los dientes será de gran importancia para la articulación de la S.

a) La posición dentaria incorrecta se denomina maloclusión y mencionaremos brevemente la clasificación propuesta por Lischer:

Linguoversión	Cuando el diente está inclinado hacia la lengua
Labioversión-bucoversión	-hacia el labio o la mejilla
Mesioversión	-hacia la parte mesial-
Distoversión	-hacia la parte distal-
Intraversión	cuando no llega a la línea de oclusión
Supraversión	cuando sobrepasa la línea de oclusión
Torsión	cuando está girado sobre su eje cuando tiene mala inclinación axial
Transversión	cuando hay una orden equivocada en la hilera dental.

Esta clasificación se refiere sólo a los dientes in-

individualizados. La maloclusión puede ser en sentido sagittal, vertical y transversal.

1) La maloclusión sagital se produce cuando los dientes están adelantados a partir de su implantación. Es frecuente observar una disminución de la movilidad del velo del paladar con ligera rinofonía. La articulación de la R está dificultada y los fonemas linguodentales suenan imprecisos.

2) La maloclusión vertical es cuando los incisivos inferiores y superiores no están colocados en un mismo plano vertical como en el caso de la progenie, prognacia o retropulsión dentaria. La lengua toca los incisivos superiores en la progenie y los inferiores en la prognacia.

3) Maloclusión transversal se produce cuando la anchura entre los molares superiores de ambos lados están disminuídos, generalmente presenta paladar ojival. En estos casos la lengua no llega al paladar. Existe rotacismo o parrotacismo; la R es sustituida por G, D, T o L.

b) La pérdida de los incisivos en el cambio de dentadura produce una serie de disglosias, los fonemas sibilantes S pierden agudeza y puede confundirse.

c) En la pérdida de dientes por heridas o enfermedades la disglosia es más grave por lo general. Las disglosias dentales son de buen pronóstico ya que se cuentan con las prótesis además habrá que mejorar en muchas ocasiones los movimientos articulatorios.

TRATAMIENTO

Puede ser ortodóncico o protésico dependiendo del caso y en muchas ocasiones habrá que hacer una reeducación de las posiciones articulatorias falsa.

A continuación se muestra gráficamente los fonemas que se encuentran afectados y su sitio de articulación.

DISGLOSIAS NASALES

RINOLALIA CERRADA

Es también llamada hiporrinolalia o hiporrinofonía. Las disglosias nasales afectan únicamente las consonantes nasales M, N, Ñ, y se manifiestan en una disminución de la resonancia de distintos grados, se denomina rinolalia orgánica cerrada.

El lenguaje adquiere una sonoridad apagada y la M na

sal suena como la P, la N nasal como T y la N como la G. Puede ser causada por algún proceso patológico que se encuentre obstruyendo el cavum (hiporrinolalia posterior, por adenoides, atresia, pólipos) o las fosas nasales (hiporrinolalia anterior, por coriza, etc.).

La rinolalia funcional es difícil de diagnosticar y poco frecuente. Es provocada por una hipercontracción paradjica del velo pues va acompañada de una buena respiración nasal.

En la rinofonía cerrada orgánica hay casi siempre dificultad para la respiración nasal.

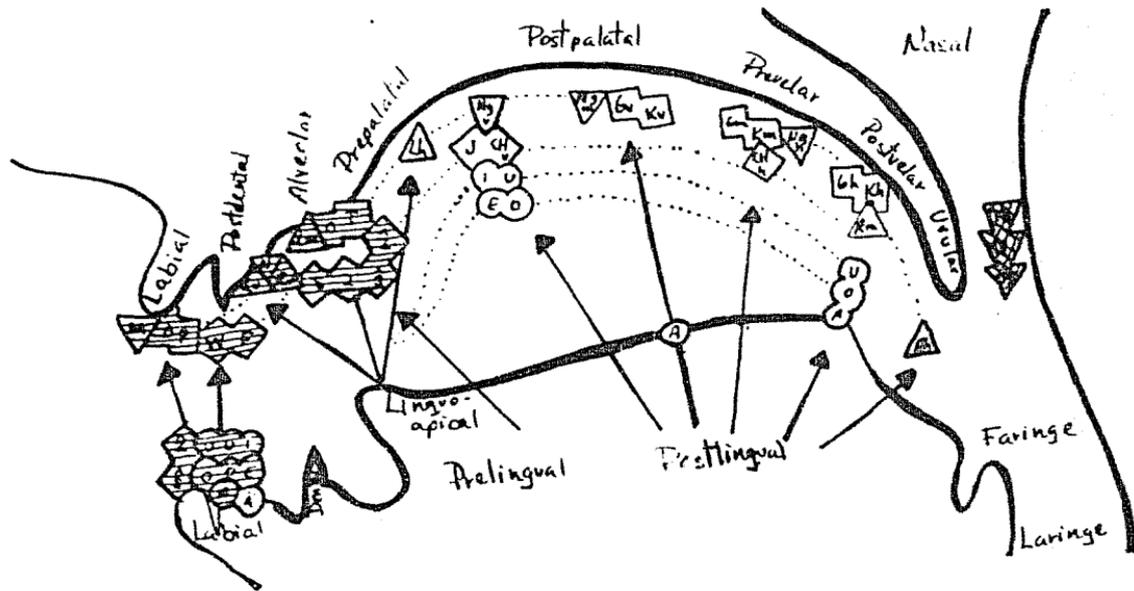
El tratamiento para la forma orgánica es siempre quirúrgico, para la forma funcional se hará pronunciar la M, o N nasal tanto como sea posible, a fin de poder palpar bien las vibraciones en las alas nasales. Se practicarán ejercicios con palabras que contengan nasales. Debe vigilarse las nasales finales; se tratará de acentuarlas con una resonancia nasal fuerte. El tratamiento dura de 1 a 3 semanas.

RINOLALIA MIXTA

Presenta mucha dificultad diagnóstica, pues está producida por una insuficiencia velar y una oclusión o esteno-

sis nasofaríngea.

En la fig 3 en forma esquemática se podrán apreciar las disglосias maxilomandibulares, dentales y nasales.



▨ Disglorias Nasales

▨ Disglorias Maxilo-mandibulares y dentales

Fig. 3

DISGLOSIAS PALATO-VELARES

Las disglosias palato-velares son las alteraciones de la articulación de los fonemas causada por trastornos orgánicos del paladar óseo y del velo del paladar. Como causa principal de las disglosias palato-velares tenemos el cierre deficiente de la cavidad bucal contra el espacio naso-faríngeo en la pronunciación de todas las consonantes exceptuando la M, N, Ñ que son puramente nasales, por defectos congénitos o adquiridos (fisuras palatinas abiertas y submucosa, malformación del paladar blando, fisuras en los arcos palatinos, y por otro lado tenemos las lesiones del paladar con fisuras traumáticas y mutilaciones del paladar), o por parálisis del velo palatino unilateral o bilateral o insuficiencia del paladar blando.

Las características más llamativas de este trastorno de la fonación llamada rinolalia orgánica abierta son las deformaciones sonoras por sonidos originados en el espacio naso-faríngeo o por resonancia de los espacios suprapalatinos.

Las vocales que más se encuentran afectadas son la I y U después le siguen por su susceptibilidad a los trastornos las vocales medianas Á y O siendo las vocales A y Á las menos sensibles.

En caso de existir lesiones del paladar, mutilaciones o parálisis del velo palatino ya sea unilateral o bilateral podemos encontrar un sigmatismo nasal. El fisuras -- congénitas abiertas operadas tardíamente y en fisuras palatinas submucosa, malformaciones palatinas, insuficiencia -- congénita del velo palatino encontramos muy a menudo sigmatismo velar en el cual ya sea por el cierre deficiente de la cavidad bucal contra el espacio nasofaríngeo el aire sale por la nariz y se origina en la abertura entre la pared -- faríngea y velo un ronquido.

A continuación se describen las anomalías que causan las disglosias palato-velares.

FISURA PALATINA

La fisura palatina es una malformación congénita, ya que no hay unión de las dos mitades del paladar en la línea media. El paladar fisurado puede presentar distintos grados de severidad y de lesión de los tejidos.

Puede abarcar el velo del paladar, el paladar óseo y extenderse a la apófisis alveolar del maxilar superior. Muchos de los casos se encuentran asociados al labio leporino.

Esta malformación afecta de forma muy intensa a la -

deglución y posteriormente al habla. Los factores etiológicos son variados y muchas veces desconocidos, la influencia de la herencia es muy grande.

El grado de severidad puede variar y la dividimos en:

- a) La división simple del velo
- b) División del velo y del paladar
- c) Labio leporino unilateral
- d) Labio leporino bilateral.
- a) División simple del velo

Al contraerse el velo los dos bordes se separan marcando un surco longitudinal. Más frecuentemente se presenta la división total del velo del paladar.

- b) División del velo y paladar óseo.

Según la longitud que tenga va desde pequeñas divisiones del borde posterior del paladar óseo hasta las que se extienden al agujero palatino anterior. Este agujero es el límite anterior de todas las hendiduras palatinas sin la

bio leporino. El vómer se ve siempre en la mitad de las -- dos láminas palatinas separadas y por lo general están atrofiadas, las láminas palatinas pueden faltar totalmente y está representada sólo por un diafragma mucoso. La hendidura tiene forma oval o forma de V con ángulo anterior.

c) División de labio leporino unilateral total.

La porción no lesionada de la bóveda palatina más desarrollada se halla unida al borde inferior del vómer que se desvía hacia ella.

d) División de labio leporino bilateral total.

Ambas apófisis palatinas del maxilar superior atrofiado por igual limita una ancha hendidura en la cual en el -- fondo se ve el borde inferior del vómer completamente libre y los cornetes nasales inferiores.

Los senos se hallan menos desarrollados en enfermos con fisura palatina. Este menor desarrollo afecta más a la anchura que a la altura. El seno maxilar del lado opuesto a la fisura está menos desarrollado que el del lado de la misma.

Cuando existe la fisura palatina completa existen --

grandes deformidades en los dientes, faltan algunos de ellos, especialmente los incisivos laterales pueden hallarse afectados, la producción de los fonemas S, D, F y V, las irregularidades en el borde alveolar pueden afectar también.

Cuando faltan los incisivos anteriores la punta de la lengua avanza y produce sigmatismos. Existen también malposición dentaria frecuentemente encontramos linguoversión de los dientes superiores.

Los trastornos logopédicos específicos de las hendiduras palatinas son:

- 1.- Golpe de glotis
- 2.- Ronquido faríngeo
- 3.- Soplo nasal
- 4.- Rinofonía
- 5.- Falta de presión aérea oral

- 1.- Golpe de glotis.

Al no articular los fonemas explosivos P, B, T, D, K, y G son sustituidos por un pequeño ruido muy claro con o sin vibración, según sea el fonema sonoro o sordo.

2.- Ronquido faríngeo

El ronquido faríngeo es un ruido que se parece al -- que se produce al soplar dentro de una botella vacía. Reemplaza a las consonantes S, Ch, X y a veces la F y R. Estos sonidos se producen con la boca entreabierta, los labios inmóviles y la lengua ligeramente tirada hacia atrás.

3.- Sople nasal

El sople nasal es el escape de aire por la nariz al emitir las palabras. Se halla alterado el sonido de todos los fonemas con excepción de los nasales. Las explosivas son difíciles de producir ya que no se puede acumular aire.

4.- Rinofonía

La voz tiene un timbre grave. En casi todas las divisiones palatinas existe rinofonía mixta por una obstrucción nasal y la insuficiencia del velo.

5.- Falta de presión aérea oral

En sujetos con fisura palatina la presión aérea no aumenta, aunque se ocluyan las fosas nasales.

En los niños con fisura palatina los problemas mayores a los que se enfrenta son: el de poderse alimentar y el hacerse entender.

El tratamiento puede dividirse en:

Tratamiento quirúrgico cuya finalidad es la de cerrar la fisura con una mínima cicatriz, una buena simetría y restituir una buena articulación de los fonemas.

Tratamiento foniátrico su finalidad es facilitar la recuperación de la palabra normal al paciente. En los enfermos con fisura palatina la reeducación logopédica es esencial, esten o no operados, usen o no prótesis.

Tratamiento prótesico en aquellos pacientes que no son operables por el mal estado del paciente, cuando las mitades palatinas son pequeñas, insuficientes o muy separadas. Cuando la operación no ha tenido los resultados deseados, entonces se recurrirá a los obturadores.

Tratamiento ortodóncico persigue dos fines, el mejorar la estética y foniátrico. El tratamiento es doble: ortopédico (movimientos de los maxilares) y ortodóncico (movimiento de los dientes).

El tratamiento ortodontopédico se puede dividir en: Tratamiento ortopédico prequirúrgico que tiene como fin el colocar el maxilar superior en posición correcta respecto a las bases craneanas y puede iniciarse el tratamiento antes del cierre de la fisura palatina. Tratamiento postquirúrgico que evita las deformidades que se producirán después de la intervención debido a la tensión de la sutura en la línea media.

Tratamiento ortodóncico ya que se consiguió una posición maxilar normal lograr una buena alineación y oclusión dentaria muy importante desde el punto de vista estético y funcional.

FISURA SUBMUCOSA DEL PALADAR

En esta malformación congénita al paladar óseo se ha unido en la línea media, pero la mucosa que lo recubre sí. Es una malformación muy poco frecuente. Los niños afectados de fisura submucosa palatina empiezan a hablar tardíamente, y cuando hablan no se les entiende. En los primeros días después de nacer existe reflujo de leche por las fosas nasales. Existe siempre una intensa rinofonía abierta y la articulación es semejante a la de fisura del paladar.

En la línea media del paladar óseo se observa una lí

nea azulada, es debido a que se transparenta la oscuridad de las fosas nasales. El velo del paladar no contacta con la pared posterior de la faringe porque es corto o la faringe es ancha. Se pueden encontrar anomalías dentarias.

PALADAR CORTO

La porción entre el paladar duro y el blando es de 2 a 1 en un sujeto normal, en los casos de paladar corto se vió una proporción de 3 a 1 y 4 a 1. Puede coexistir úvula bífida.

A la inspección se ve normal, es en la fonación cuando aparece una contracción suave y débil. El paciente tiene un escape de aire nasal durante el habla.

Brown Kelly encuentra que los fonemas más afectados son K, G y X. Es frecuente el sigmatismo.

El tratamiento para casos de paladar corto está indicada la operación propuesta por Croatto de dobladura de la pared posterior faríngea.

PALADAR OJIVAL

La bóveda palatina presenta el contorno de una oji-

va ya que se encuentra encorvada y estrechada. La profundidad de la bóveda determina una reducción proporcional en el diámetro de las fosas nasales, impidiendo la respiración nasal normal. El paladar ojival puede favorecer la producción de dislalias de los fonemas T, D y L.

PERFORACIONES

Las perforaciones pueden deber su etiología a cuatro causas: sifilíticas, traumáticas, por compresión protésica y malformaciones congénitas. Las grandes perforaciones de la parte anterior del paladar producen una hiperrinofonía ligera, en cambio las pequeñas fisuras en la parte posterior producen una nasalidad considerable.

Las perforaciones que llegan a senos maxilares ya sea como consecuencia de operaciones, traumas o extracciones dentarias se caracterizan por un timbre metálico. Las perforaciones con un cierre quirúrgico curan el trastorno vocal.

RINOLALIA ABIERTA

Se llama también rinofonía o hiperrinolalia. Rinolalia abierta es el paso audible de aire a través de la nariz durante el habla. La rinofonía es cuando existe resonancia

nasal en las vocales sin otro trastorno articulatorio. La rinolalia abierta puede ser debida a causas funcionales u orgánicas.

Entre las causas funcionales la más frecuente es la movilidad relajada o incompleta, que desaparece cuando se ordena articular enérgicamente.

La rinolalia funcional abierta puede ser producida por una articulación laxa, negligente del paciente. Por rinoscopia posterior se observó que en la fonación el velo no contacta con la pared posterior faríngea. Al deprimir la lengua con un depresor la nasalidad aumenta porque el velo es arrastrado o tirado hacia abajo. En el sujeto normal al deprimir la lengua se produce un reflejo que eleva el velo.

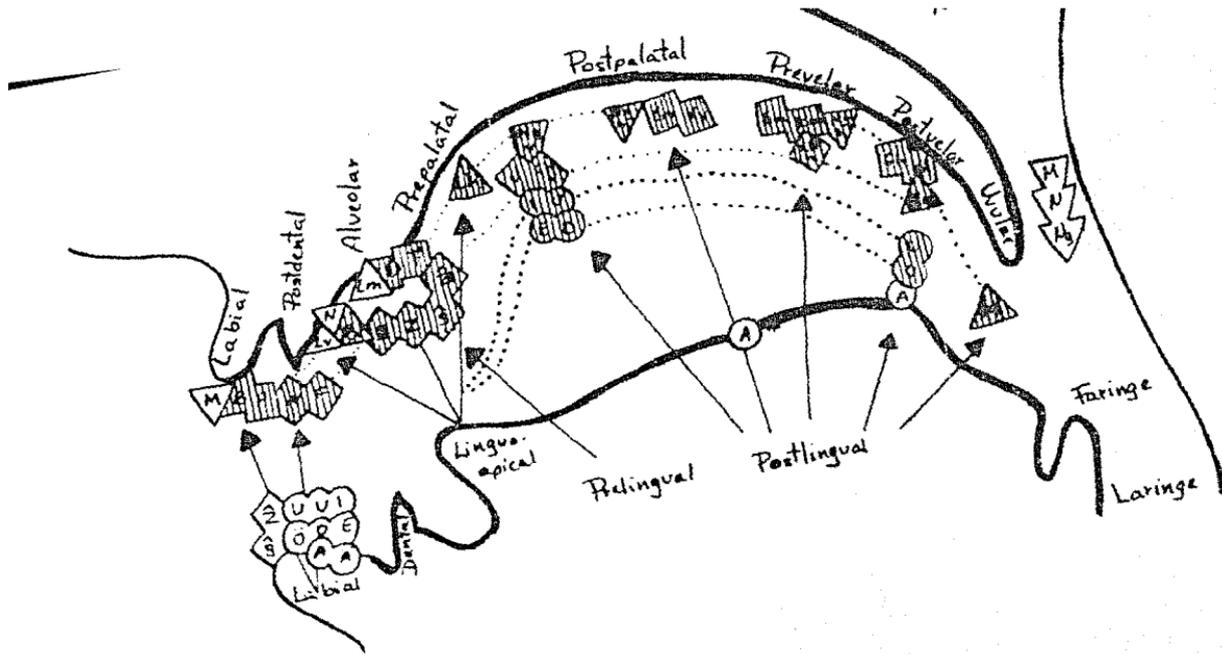
La hiperrinofonía orgánica puede ser causada por deformaciones congénitas o adquiridas; parálisis, tumores, de formación postoperatorias o traumática, también las perforaciones velopalatinas. El tratamiento debe ser etiológico. Se empleará la uranografía o la prótesis en los casos de perforaciones y rehabilitación por medio de gimnasia.

PARALISIS UNILATERAL

En las parálisis unilaterales del velo del paladar.

la rotación de la cabeza hacia el lado paralizado logra mejorar o hacer desaparecer la rinolalia. Sin embargo llega a aumentar cuando se gira la cabeza hacia el lado sano. Con el tiempo la rinolalia desaparece por compensación.

En la figura 4 gráficamente se pueden apreciar las disglосias palato-velares.



Disglosias palato-velares

Fig. 4

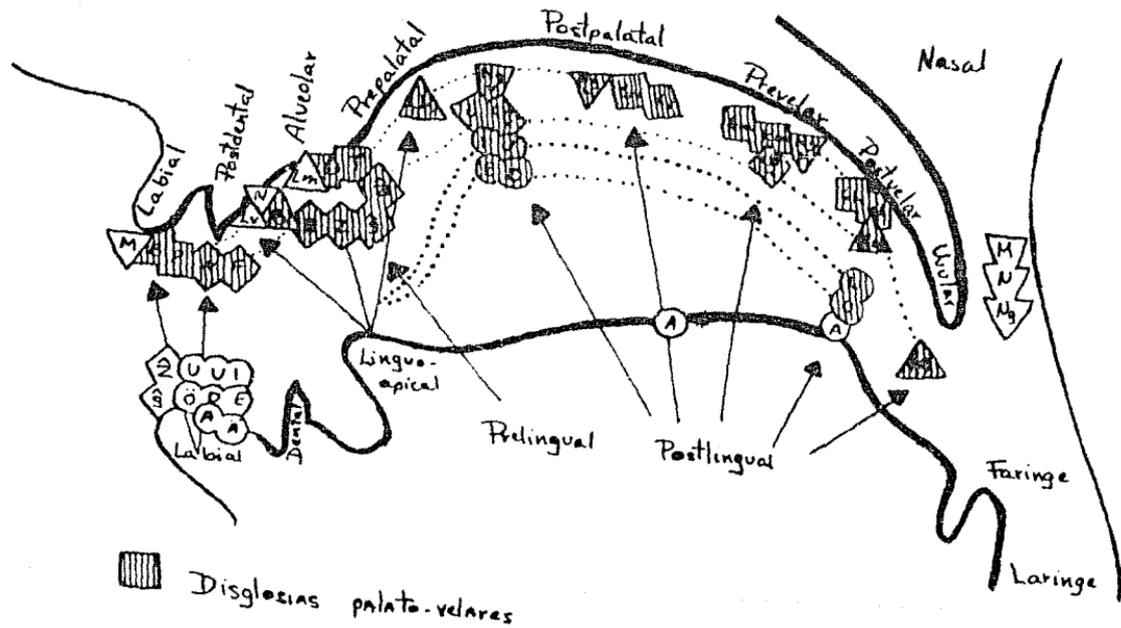


Fig. 4

CONCLUSIONES

En el tratamiento de las anomalías orofaciales que interfieren con el lenguaje para lograr mejores resultados se deberá individualizar cada caso y el tratamiento deberá ser integral contando con el concurso simultáneo de las diversas especialidades que de un modo u otro se encuentran relacionadas como son: Ortopedia maxilar, Foniatría, Prótesis, Psicología, Terapia del lenguaje, etc.. Con especialistas que se encuentren perfectamente identificados con éstas anomalías y que tengan los conocimientos necesarios para tratarlas.

La rehabilitación dependerá en gran parte de la cooperación de los pacientes, así como la de sus familiares, por lo tanto es importante lograr una comunicación adecuada con ellos, no debiendo importar el nivel socioeconómico del que provienen.

Los problemas psicológicos que presentan los pacientes que padecen estas anomalías tienden a disminuir o inclu-

sive a desaparecer después del tratamiento, lo cual conlleva a un mejor desarrollo de la personalidad del individuo resultando de esto una persona más productiva para la sociedad.

Los pacientes rehabilitados podrán llevar a cabo una mejor comunicación ya que el defecto se habrá minimizado.

B I B L I O G R A F I A

- 1 TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
L. Testut
Edit. Salvat, S.A.
- 2 TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
Dr. Fernando Quiroz G.
Edit. Porrúa, S.A. 1972
- 3 ATLAS MANUAL DE ANATOMIA
Victor Pauchet, S. Dupret
Edit. Gustavo Gili, S.A. 6ta. Edi.
- 4 ANATOMIA ODONTOLÓGICA
Aprile Humberto, Mario F. Figún, R Rodolfo Garino
Edit. El Ateneo 1972 5ta. Edit.
- 5 INTERRELACIONES ENTRE LA ODONTOESTOMATOLOGIA Y LA
FONOAUDILOGIA
Ma. Luisa Segovia
Edit. Médica Panamericana 1977
- 6 EMBRIOLOGIA CLINICA
Dr. Keith L. Moore
Edit. Interamericana 1975
- 7 EMBRIOLOGIA HUMANA
W. L. Hamilton, J.D. Boyd, H. W. Mossman
Edit. Int. medica 1968
- 8 EMBRIOLOGIA HUMANA
Bradley M Patten
Edit. El Ateneo 2da. Edit.
- 9 MANUAL DE ORTODONCIA
Robert E. Moyers
Edit. Mundi 1976.

- 10 HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES
Urban, Revisión de Harry Sticher
La Prensa Médica Mexicana 1976
- 11 ORTODONCIA.
Dr. J. Mayoral, Dr. G. Mayoral
Edit. Labor, S.A. 3ra. Ed. 1977
- 12 ODONTOLOGIA INFANTIL
Ewald Harndt
Edit. Mundi
- 13 PATOLOGIA BUCAL
Dr. William G. Shafer, Dr. Maynard Bene, Dr. Barnett
M. Levy
Edit. Interamericana 3ra. Ed. 1977
- 14 PATOLOGIA BUCAL.
J.D. Speuge
Edit. Mundi 1977
- 15 PATOLOGIA ANATOMIA Y FISILOGIA PATOLOGICA BUCODEN-
TAL
Oscar Alcayaga, Laberto Olazabal
Edit. El Ateneo 4ta. Ed.
- 16 PATOLOGIA ORAL THOMA
Robert J. Gorlin, Henry M. Goldman
Edit. Salvat, S.A. 1973
- 17 PATOLOGIA BUCAL
Bhaskar S.N.
Edit. El Ateneo 1975
- 18 FISILOGIA DE LA COMUNICACION ORAL
Jorge Perellió
Edit. Científico Médica Vol III 1972
- 19 TRASTORNOS DEL HABLA
Dr. Jorge Perellió
Edit. Científico Médica Vol. VIII 1977
- 20 CIRUGIA BUCAL
W. Harry Archer
Edit. Mundi 2da. Ed.
- 21 CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y MAXILO-FACIAL
G. Ginestet
Edit. Mundi 1967