

24/201



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U. N. A. M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

PROBLEMAS FONIATRICOS POR PATOLOGIA
BUCAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JAIME LUNA RODRIGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

PAGINA

PROLOGO

CAPITULO I

1

Relación entre Foniatría y Odontología

a) Definición de Foniatría y Generalidades

b) Anatomía y Fisiología de los órganos que -
intervienen en la Fonación

- 1.- Aparato de Coordinación neumofónica: -
Diafragma, Paredes Pulmonares, Bron---
quios, Tráquea.
- 2.- Aparato Fonador: Laringe.
- 3.- Aparato Resonador: Faringe, Cavidad Bu
cal, Lengua, Paladar, Cavidad Nasal.
- 4.- Aparato Articulatorio: Lengua, Labios,
Paladar, Dientes, Maxilar.

CAPITULO II

34

Etiopatogenia de las deficiencias foniátricas
en Odontología

1.- Congénitas

- a) Fisura Palatina
- b) Frenillo Lingual
- c) Frenillo Labial
- d) Anquiloglosia
- e) Macroglosia
- f) Macrognatia
- g) Micrognatia

2.- Adquiridas

- a) Pseudo quistes de Retención: Mucacele
y Ránula
- b) Hábitos
Succión de dedo
Respiración bucal
Malos hábitos de deglución

3.- Traumatismos.

	PAGINA
CAPITULO III Métodos de Diagnóstico.	74
CAPITULO IV Ortodoncia como medio de Prevención, Trata- miento y Corrección de las alteraciones de la Articulación en los Fonemas del Lenguaje.	81
CAPITULO V Cirugía como Tratamiento de los elementos ar- ticuladores que intervienen en el Lenguaje.	97
CAPITULO VI Aspectos generales de la rehabilitación de la Articulación de los sonidos del Lenguaje.	107
CONCLUSIONES.	119
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	120

P R O L O G O

En este trabajo intentaré hacer una recopilación de datos sobre un tema que considero tiene gran relación con la práctica profesional del Cirujano Dentista y más aún - con las diferentes ramas de la Odontología y me refiero al tema que denominaré PROBLEMAS FONIATRICOS POR ----- PATOLOGIA BUCAL. Pues siendo la boca uno de los principales órganos de fonación, el Odontólogo debe tener mayor información sobre las diferentes y variadas patologías que tienen repercusión en la fonación relacionadas con el sistema estomatognático y a la vez con la integridad psíquica del individuo.

Las alteraciones foniátricas son de una etiología muy amplia y entre estas se encuentran: daños cerebrales, retardos mentales, parálisis cerebrales, trastornos - psiquiátricos, sordera e hipoacusia, trastornos del sistema postural, alteraciones del aparato fonoarticulador, de las cuales ésta última es la que me motiva a incursionar en el campo de la foniatría, ya que es la que guarda más relación con la Odontología y sus disciplinas.

C A P I T U L O I

"RELACION ENTRE FONIATRIA Y — ODONTOLOGIA".

- 1.- Definición de Foniatría y Generalidades.
- 2.- Anatomía y Fisiología de los Organos que intervienen en la Fonación.

Mi intención es mencionar y recoher la información de - las patologías más importantes que en un momento dado - al relacionarse con la fisiología oral afecten preponderantemente a la fonación y así trataré de darle un enfo que que lo relacione aún más con la práctica clínica -- del Odontólogo, ya que actualmente el Cirujano Dentista no solo debe basarse en los procedimientos de Odontología general, sino debe de estar capacitado para resolver los problemas que se presentan en el campo en que se desarrolla, es decir, con todo aquello que incluya cavidad bucal. Como es sabido en la actualidad el problema de pacientes con alteraciones foniatricas, es abordado en equipo donde intervienen diferentes disciplinas médicas como: Cirugía Plástica, Cirugía Bucal, Odontología General, Foniatrfa, Audiología, Psicología, Prótesis, Ortodoncia, Trabajo Social, etc. que trabajan en - forma interdisciplinaria con el fin de proporcionar al afectado un servicio lo más completo posible que lo lleve a integrarse socialmente con mente sana, cicatrices quirúrgicas poco visibles, función masticatoria adecuada y lenguaje entendible. Por tal motivo el Odontólogo debe estar capacitado para hacer un diagnóstico y orientar el plan de tratamiento de estas anomalías, de los - casos que se le presentan o bien participar en el equipo cuando sea requerido.

Con el presente trabajo no pretendo dar conocimientos nuevos ni agotar totalmente el tema, pues para ello se necesita el dominio y amplios conocimientos de la Odontología y de las diferentes disciplinas médicas y de una gran experiencia clínica que sólo la práctica asidua y constante dan.

Espero poder desarrollar satisfactoriamente en su mayoría el tema ya que debido a mis pocos conocimientos y escasa experiencia profesional, como comprenderán los honorables miembros del Jurado, podré tener fallas o errores en el desarrollo de éste.

1.- DEFINICION DE FONIATRIA Y GENERALIDADES.

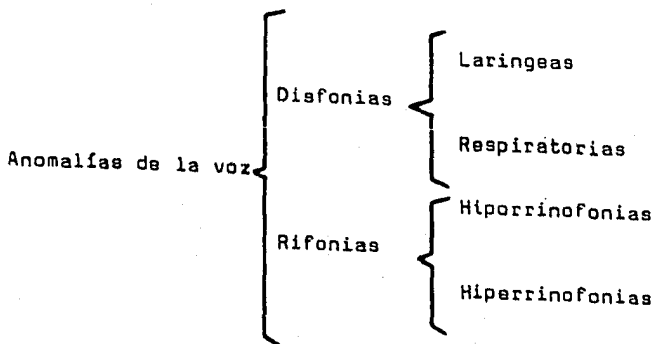
La Foniatría se ha desarrollado hasta ser una ciencia - especial médico social y médico pedagógica cuya tarea - es restituir el habla trastornada patológica o incom-pletamente desarrollada a su nivel normal.

Generalmente aparecen trastornos en la voz y en la fonación sencillos o graves cuando existen alteraciones - en los órganos de articulación, cavidad bucal, nasal, - laringe, alteraciones en las cuerdas vocales, enfermedades y lesiones de la laringe, parálisis de los nervios laríngeos, anomalías de la posición de los dientes y -- malformaciones maxilares, así como las causadas por las fisuras labio-maxilo-palatinas.

Los sonidos del habla articulada se producen no solo -- por movimientos coordinados de los órganos del sistema de fonación sino sobre todo, por una maravillosa coordinación de los movimientos de los labios, y los músculos de la lengua, velo palatino y laringe; constituyen jun-to con la respiración y la producción primaria del sonido y en la laringe un acontecer simultáneo para la pro-ducción de tonos y sonidos.

Cuando se ve impedida esta coordinación, se presentan -

los trastornos en el lenguaje los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:



Anomalías del Lenguaje

Disartria
 Disfemia
 Disritmia
 Disfasia
 Dislexia
 Hipolalia
 Dislogia

Anomalías de la Audición

Anacusia o sordera - total	Hipoacusia	Conductiva
		Mixta

ANOMALIAS DE LA VOZ.

Son todos aquellos defectos manifestados en la calidad de la voz, debido a alteraciones anatómicas, fisiológicas o psíquicas que afectan al aparato vocal.

a) DISFONIAS.

Son todos los desórdenes de la voz debidos a alteraciones orgánicas o funcionales de los sistemas respiratorio y fonatorio.

b) RINOFONIAS.

Son todas las alteraciones en la calidad de la voz, debidas a anomalías físicas o funcionales de los órganos resonadores, manifestándose por falta de control en la nasalidad de la voz. Las rinofonias se clasifican en dos grandes grupos:

1. HIPORRIFONIA.

Es la deficiencia en la resonancia nasal que puede deberse a obturación faringonasal. En ésta los fonemas orales son normales, pero los nasales aparecen sin timbre nasal.

2. HIPERRINOFONIA.

Es el exceso de la nasalidad que puede deberse a malformaciones congénitas palatinas que permiten la comunicación nasobucal.

ANOMALIAS DEL LENGUAJE O DISLALIAS.

Son todos aquellos defectos o alteraciones patológicas del habla. Su clasificación es la siguiente:

- a) Es el grupo en el que existen defectos en la articulación de las palabras, que se pueden manifestar en forma de omisión o deformación de los fonemas. Según su etiología, puede ser:

DE ORIGEN CENTRAL.

Cuando la alteración es debida a una patología orgánica del sistema nervioso central, que obstaculiza el control de la coordinación motriz de los órganos de fonadores, se manifiestan por omisión, sustitución o deformación de los fonemas unido a la falta de habilidad motriz de los órganos de articulación — es decir, movimientos involuntarios.

DE ORIGEN PERIFERICO.

Causado por fallas funcionales u orgánicas del apara

to fonoarticulador. Son alteraciones en el modo y - punto de articulación de los fonemas y se manifiestan por omisión, inserción de fonemas innecesarios, substitución o deformación de los fonemas.

b) DISFEMIA.

Es la alteración del habla causada por psiconeurosis en ocasiones se presenta unida a ciertas anomalías - orgánicas.

c) DISRITMIA.

Es la alteración en el ritmo del habla debido a anomalías en el sistema neurovegetativo.

d) DISFASIA O AFASIS.

Es la disminución o pérdida de la capacidad para hacer asociaciones verbales debido a una lesión en las áreas del lenguaje, localizadas en la corteza cerebral.

e) DISLEXIA O ALEXIA.

Es la disminución o falta de posibilidad para establecer las asociaciones verbomotrices indispensables en la lectura y escritura, debido a lesiones centrales en la corteza cerebral.

f) HIPOLALIA.

Es la falta o retardo en la expresión verbal.

g) DISLOGIA.

Es la alteración en la lógica y contenido del lenguaje por alteraciones en el pensamiento.

FONEMAS Y SU CLASIFICACION.

Fonéticamente, se denomina Fonema a lo que comúnmente - se llaman letras. Y estos se dividen en dos grupos que son:

1. FONEMAS VOCALES.

Considerando la posición de la lengua, Helwag formó el triángulo vocálico en cuyos vértices están los -- fonemas de posición lingual externa.

Los Fonemas Vocales son cinco:

- A - Ocupa el vértice lingual del triángulo, al emitirse, la lengua permanece en descanso.
- I - Ocupa el vértice anterior palatal.
- U - Ocupa el vértice velar, también palatal.
- E - Entre la A y la I está ésta, como posición intermedia de la lengua.

O - Está entre la A y la I también por la posición - interna de la lengua.

2. FONEMAS CONSONANTES.

Estos fonemas se clasifican tomando en cuenta varios aspectos.

- a) Según su punto de articulación.
- b) Según su modo de articulación.
- c) Según la función de la glotis.
- d) Según el movimiento del velo del paladar.

Se llama punto de articulación a la especial posición - que toman, labios, mandíbula, maxilar, lengua y velo del paladar para articular un fonema; y modo de articulación a la disposición que adoptan los órganos para permitir - el paso del aire durante la emisión de un fonema.

a) Según su punto de articulación, considerando los órganos activos y pasivos que intervienen pueden ser:

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. Bilabiales. | P, M, B. |
| 2. Labiodentales. | F, V. |
| 3. Interdentales. | D, Z, C. |
| 4. Dentales. | T, S. |
| 5. Alveolares. | Ñ, L, R, RR. |

a) Según su punto de articulación:

1. BILABIALES.

P, M, B.

Organo Activo - Labio inferior.

Organo Pasivo - Labio superior.

Actúa un labio contra otro.

2. LABIODENTALES.

F, V.

Organo Activo - Labio inferior.

Organo Pasivo - Borde incisal de los incisivos superiores.

Los incisivos superiores se apoyan contra el labio inferior.

3. INTERDENTALES.

D, Z, C.

Organo Activo - Punta de la lengua.

Organo Pasivo - Borde incisal de los incisivos superiores.

La punta de la lengua está entre los bordes de los incisivos superiores e incisivos inferiores.

4. DENTALES.

T, S.

Organo Activo - Punta de la lengua.

Organo Pasivo - En la S, es la cara lingual de -
los incisivos inferiores.

En la T, es la cara palatina de
los incisivos superiores.

5. ALVEOLARES.

N, L, R, RR.

Organo Activo - Punta de la lengua.

Organo Pasivo - Protuberancia alveolar.

La punta de la lengua está contra la protuberancia
alveolar.

6. PALATALES.

Ñ, CH, Y, LL, J, G.

Organo Activo - Parte anterior y media de la len-
gua.

Organo Pasivo - Paladar duro.

El predorso de la lengua está contra el paladar -
duro.

7. VELARES.

K, C, Q, X, G.

Organo Activo - Parte posterior del dorso de la --
lengua.

Organo Pasivo - Velo del paladar.

El postdorso de la lengua está contra el velo del paladar.

b) Según su modo de articulación:

1. OCLUSIVAS, EXPLOSIVAS O INSTANTANEAS.

P, T, C, K, Q.

Los Organos Articuladores cierran la salida del - aire espirado, el cual se acumula detrás de los - órganos y se precipita el aire hacia afuera en una breve explosión.

2. NASALES.

M, N, Ñ.

La salida del aire se realiza por las fosas nasales.

3. FRICATIVAS O CONTINUAS.

F, V, D, Z, C, S, J, G.

La interrupción que produce el fonema, no cierra totalmente el paso del aire, deja un espacio muy pequeño para que escape produciendo un roce en un ruido más o menos fuerte. Se puede prolongar tanto como dure la espiración.

4. AFRICADAS U OCLUSIVOFRICATIVAS.

CH.

Al principio de su articulación, existe un contacto entre los órganos tal como si fuera oclusiva; pero al producirse el fonema, los órganos dejan una estrechez que permite la salida del aire suavemente.

5. LATERALES.

L, LL.

El aire escapa por el borde que hay entre el borde de la lengua y los molares, de los lados, ya sea de uno solo o de ambos, según la costumbre individual.

6. VIBRANTES.

R, RR.

El Organo Activo que es la lengua, hace un movimiento vibratorio rápido que es simple al articular la R y múltiple en la RR.

c) Según la función de la glotis:

1. FONEMAS SORDOS.

Cuando se articulan las consonantes y las cuerdas vocales no entran en acción o vibración.

2. FONEMAS SONOROS.

Cuando van acompañados de sonido laríngeo.

d) Según el movimiento del velo del paladar:

1. FONEMAS CONSONANTES BUCALES.

Cuando se articula un fonema, la corriente aérea - sale por la boca. El velo del paladar se levanta e impide el paso de aire por las fosas nasales.

2. FONEMAS CONSONANTES NASALES.

Cuando el velo del paladar desciende y el aire escapa por fosas nasales, las únicas son: M, N, Ñ.

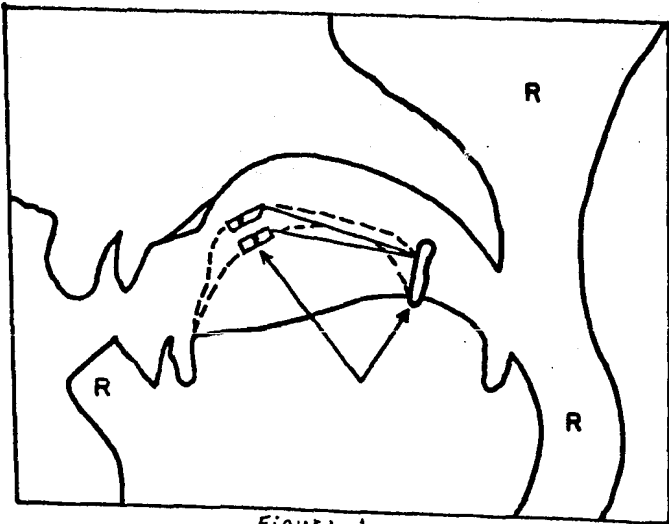


Figura 1
TRIANGULO VOCALICO DE HELWAG

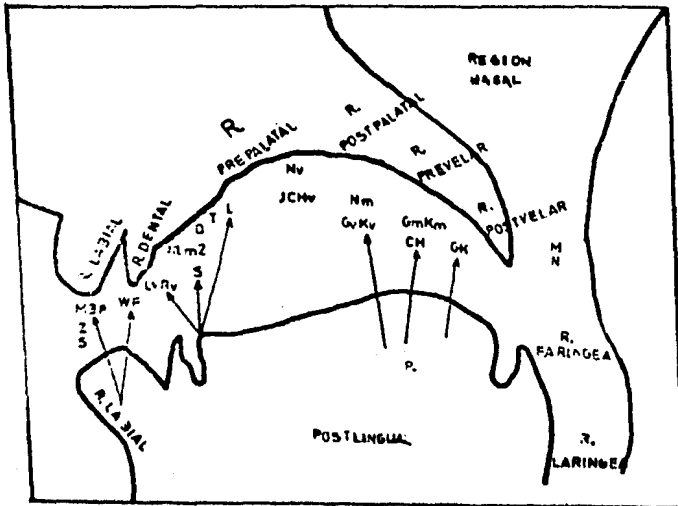


Figura 2
FONEMAS CONSONANTES

2.- ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS ORGANOS QUE INTERVIENEN EN LA FONACION.

Fisiológicamente el lenguaje se lleva a cabo por medio de sistemas y aparatos:

1. APARATOS SENSORIALES.

- a) Audición.
- b) Vista.

2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

3. APARATO FONARTICULADOR.

Primeramente la palabra debe ser oída y por medio de la vista se asocian los objetos, luego es interpretada. El sistema nervioso central, permite la elaboración de los conceptos mentales en relación con la palabra y así se forma un lenguaje interior. Posteriormente éste sistema envía órdenes motrices correspondientes a la emisión de la voz, la palabra y la frase, ya sea oral ó escrita, actúan una serie de órganos que constituyen el aparato fonarticulador regido por el sistema nervioso central. Dicho de otra manera el sistema nervioso central, es un centro de actividad lingüística que relaciona el medio

externo con el interno y transforma el pensamiento en - palabra.

El aparato fonoarticulador es un conjunto de Organos -- con actividad independiente, que han sido asociados por el hombre para cumplir la función lingüística de comunicación humana. Por medio de éste aparato se articulan fonemas y sonidos y para que ésto se efectúe, se requiere que entren en actividad varios órganos que según su función se clasifican de la siguiente manera:

1. Sistema de Coordinación Neumofónica.
2. Sistema Fonación.
3. Sistema de Resonancia.
4. Sistema de Articulación.

1. SISTEMA DE COORDINACION NEUMOFONICA.

Es un aparato donde la función respiratoria almacena aire comprimido en cada inspiración. Está formado - por las fosas nasales, tráquea, bronquios y pulmones.

Los movimientos o tiempos que permiten la función -- respiratoria son la inspiración o entrada de aire, - pausa y expiración o salida de aire, que se suceden de una manera regular y rítmica.

En la inspiración el aire debe pasar por las fosas nasales que son la verdadera vía de acceso fisiológico. La nariz, colocada a la entrada de las vías respiratorias, tiene dos orificios: las narinas; que son el vestíbulo de las fosas nasales, éstas están separadas entre sí, por el tabique y de la boca por la bóveda palatina ósea y el velo del paladar. Dichas fosas poseen pliegues, los cornutes, que limitan a canales estrechos conocidos como meatos. Al circular el aire entre ellos y ponerse en contacto con la mucosa pituitaria, ricamente vascularizada, el aire obliga a retardar su pasaje con lo que se calienta, existiendo elementos nerviosos bien repartidos que regulan este calor. Al mismo tiempo provoca una secreción líquida permanente que es la mucosa nasal que en estado de vapor es arrastrada por el aire en su pase, de manera que el aire se calienta y se humedece en su pase por las fosas nasales, pero además se desembaraza de polvos y gérmenes nocivos por la acción bacteriana de sus secreciones.

Cuando hay presencia de deformidades, la respiración es bucal. Este cambio tiene grandes consecuencias, tanto morfológicas como fisiológicas, por lo cual, la boca no sustituye fisiológicamente a las fosas --

nasales durante la respiración..

TRAQUEA.

Se extiende desde la laringe hasta la bifurcación -- de los bronquios. Es un conducto cartilaginoso, de forma cilíndrica en la parte anterior y plana en la posterior, de doce centímetros de longitud aproximadamente y un diámetro aproximado de dos centímetros.

Está formada por anillos cartilaginosos incompletos en número de quince a veinte, separados entre sí por espacios membranosos.

Se halla revestida interiormente por la mucosa, que presenta numerosas glándulas de mucus; es liza en toda su extensión y está tapizada por un epitelio estratificado. Formado por pestañas vibrátiles cuyos movimientos expulsan al exterior las partículas de polvo, de aire atmosférico que entran durante la inspiración y que son detenidas por el mucus y con él arrojadas.

BRONQUIOS.

Son conductos que resultan de la bifurcación de la tráquea, uno izquierdo y uno derecho, se dirigen cada

uno al pulmón correspondiente. Presentan estructura igual a la de la tráquea, comprendiendo una parte anterior formada por anillos cartilagosos y una posterior de tejido fibroso.

Los bronquios son dos, derecho e izquierdo; el derecho más grueso y corto que el izquierdo; se subdividen y van dando ramas cada vez más pequeñas que reciben el nombre de bronquiólos, secundarios, terciarios, etc., hasta terminar en vesículas y alveolos pulmonares.

PULMONES.

Los pulmones son los órganos esenciales de la respiración. Son dos uno derecho y otro izquierdo ocupan cada una de las mitades de la caja torácica, entre ellos se hallan: el corazón, esófago, grandes vasos, el espacio que ocupan esos órganos se llama Mediastino.

Están formados por un tejido blando, elástico y esponjoso de color variable; rosado en los niños, gris en los adultos y algo negruzco en los ancianos; se hallan sembrados de alveolos que son las dilataciones de la extremidad de los bronquios. Están ence--

rrados dentro de la cavidad torácica y como suspendi-
dos del bronquio correspondiente. Tienen la forma -
de una pirámide y descansan sobre el diafragma que -
separa la cavidad torácica de la abdominal.

2. SISTEMA FONACION.

Está constituido por la Laringe. Tiene por objeto -
producir la voz, controlar su calidad, tono, modula-
ción e inflexión durante el discurso oral.

La Laringe, es un órgano impar que está situado en la
parte media y anterior del cuello, delante de la fa-
ringe, abajo del hueso hioides y arriba de la tráquea
con la que se continúa. Varía según el sexo, la edad
y el individuo. En el hombre es mayor que en la mu-
jer en todas sus dimensiones.

Se localiza a nivel de la cuarta o quinta vértebra --
cervical formando un relieve en la parte media y ante-
rior del cuello, que corresponde al cartílago tiroi-
des.

Su diámetro anteroposterior, da la longitud de las ---
cuerdas vocales. Sus modificaciones físicas a lo lar-
go de la edad, son las que dan los cambios en la voz.

La laringe en su conformación interna presenta tres - zonas que son:

La de las cuerdas vocales denominada Zona Glótica.

La superior a ella denominada Zona Supraglótica.

La inferior denominada Zona Infraglótica.

La de mayor importancia fonológica, es la zona donde se produce el sonido laríngeo, es decir, la Zona Glótica. Si la observamos desde su parte superior, presenta cuatro pliegues membranosos, dos superiores -- llamados falsas cuerdas y dos inferiores llamados -- cuerdas vocales o ligamentos vocales.

Las cuerdas vocales, se dirigen horizontalmente de - adelante hacia atrás, su longitud es mayor en el hombre que en la mujer y son más gruesas que las cuer-- das falsas.

Los elementos fundamentales de la fonación, son las cuerdas vocales, las falsas, no intervienen en ella.

Entre las cuerdas vocales o verdaderas queda un espacio al que se denomina Glotis, la cual se divide en dos regiones: la primera con vértice anterior, loca-

lizada en el ángulo entrante del cartílago tiroides. La segunda región, se denomina Glotis Intercartilagiosa ó respiratoria, que es el espacio que hay entre los cartílagos aritenoides, tiene forma rectangular estando la laringe en posición de descanso.

Los principales elementos anatómicos de la Laringe, son cartílagos unidos entre sí por articulaciones y elementos movidos por músculos. Todos estos elementos están revestidos por mucosa. Los cartílagos de la laringe son nueve, tres son impares y medios y tres son pares y laterales.

Los Cartílagos Impares y Medios son: Tiroides, Cricoides, Epiglotis. Los Pares y Laterales son: los Aritenoides, los Corniculados o de Santorini y los de Morgagni o de Wrisberg.

Hay otros cartílagos inconstantes: los Sesamoideos - anteriores y posteriores y los interaritenoides.

En la Laringe existen dos tipos de músculos, uno Extrínseco que une a la laringe a las partes próximas a ella y otro intrínseco o músculos propios de la laringe que le dan movimientos pequeños para acercar, ale-

jar o poner en tensión las cuerdas vocales para producir el sonido.

Exteriormente se encuentran varios músculos que mueven los cartílagos en distintas direcciones y son los Cricoaritenoideos, los Tirocricoldeos y el Ariarite--noideo.

Los músculos internos son los más importantes y son - los Tiroaritenoideos que se hallan en el espesor de - las cuerdas vocales inferiores, se extienden desde el ángulo entrante del tiroides hasta el Aritenoides correspondiente, al que hacen vascular y provocan la -- tensión de la cuerda vocal inferior.

Como el cartílago aritenoides no tiene fijeza absoluta, los músculos que se insertan en este cartílago - tienen un papel muy importante en la fonación, habiéndose clasificado en Tensores de las cuerdas, Dilata--dores y Constrictores de la Glotis.

En la inervación de la Laringe interviene un nervio - craneal: el Vagomogástrico, este envía a la laringe -- dos ramas: el Laríngeo superior y el inferior o recurrente.

El Laríngeo superior es sensitivo: de él depende la sensibilidad de la mucosa laríngea y por un filete motor inerva el músculo Cricotiroideo.

El Laríngeo inferior o recurrente es motor y de él depende la movilidad de todos los demás músculos de la laringe. Si se le secciona en ambos lados se produce la afonía.

El Nervio Espinal es el que inerva los filetes motores del Neumogástico que a su vez inerva los músculos de la laringe. El espinal es el nervio que tiene bajo su dependencia los movimientos del aparato de fonación y del pulmón, permitiendo la graduación de la salida del aire proveniente del depósito pulmonar y mantiene la intensidad del sonido.

FISIOLOGIA DE LA LARINGE.

Durante el proceso de inspiración, las cuerdas vocales están separadas y dejan pasar el aire libremente hacia los pulmones.

Durante la fonación se producen movimientos simultáneos que son:

1. Cierre de la Glotis por acercamiento de las cuerdas vocales.
2. Expulsión del aire.

Cuando el aire es expulsado y se encuentra la Glotis cerrada hay un aumento de presión en el área subglótica, ésta va aumentando hasta que vence la resistencia que le oponen las cuerdas vocales y la presión - en la subglótica desciende. Luego la tensión muscular de las cuerdas vocales hace que éstas vuelvan a juntarse en la línea media y comienzan un nuevo ciclo. Las cuerdas vocales se separan y se juntan --- siempre en toda su extensión y en forma simétrica.

El tiempo de contacto de las cuerdas vocales durante la fonación depende la intensidad del sonido, es decir, que a mayor fuerza tenga el sonido, mayor será el tiempo que las cuerdas vocales permanezcan juntas. Para que se produzca un tono agudo las cuerdas deberán ponerse más tensas, por lo que la fuerza del aire expirado es mayor. Para que se produzca un tono - grave, se requiere lo inverso.

La voz es un sonido laríngeo y su producción resulta de un automatismo acusticofonatorio en el que influyen

factores que determinan las particularidades vocales de cada individuo como herencia, educación, clima, - medio social, profesión, etc.

3. SISTEMA DE RESONANCIA.

A través del Sistema de Resonancia, las ondas del sonido se propagan hacia el exterior originándose así la vocalidad, es decir, la calidad de los fonemas -- al ser emitidos.

El Sistema de Resonancia está formado por Faringe, - Fosas Nasales y Cavidad Bucal.

LA FARINGE.

Es un conducto músculomembranoso situado por delante de la columna vertebral en su porción cervical y por detrás de las de las fosas nasales, de la cavidad -- bucal y de la laringe, es un conducto muscular que - puede variar la forma y de volumen según los armónicos que daba reforzar durante la fonación.

De sus estructuras anatómicas sobresalen por su importancia foniátrica tres regiones:

1. Superior o Nasal.

2. Media o Bucal.

3. Inferior o Laringea y dos caras: Anterior y Poste
rior.

Por su cara Anterior de abajo hacia arriba, se comunica con la laringe, la boca y las fosas nasales. -- Entre las fosas nasales y la boca se inserta el velo del paladar.

La parte superior o rino faringe se comunica con las fosas nasales, la media u oro faringe con la cavidad bucal y la inferior o laringo faringe, que es la continuación de la oro faringe, se extiende hasta un -- plano horizontal que pasa por el borde inferior del cartilago cricoides. La rino faringe o cavum es una cavidad de paredes fijas óseas; en el momento de la - respiración se halla abierta hacia abajo por el velo del paladar que cae, permitiendo su comunicación. -- Cuando se habla el velo del paladar se levanta cerrando la fosa nasal para evitar la resonancia nasal.

CAVIDAD BUCAL.

Por su especial conformación, por sus movimientos, -- es el instrumento más apto para modificar la corriente de aire sonoro; de ahí la gran importancia que la

cavidad bucal tiene en la emisión de las palabras.

Consta de seis paredes: las Laterales que están formadas por las regiones yugales. Una anterior formada por el orificio bucal, una posterior formada por la pared posterior de la faringe. Una superior formada por el paladar duro y blando. Una inferior formada por la lengua.

Está limitada por su parte superior por la bóveda del paladar y en su parte inferior por una membrana mucosa que desde el labio inferior se extiende hasta el margen superior del hueso hioides, apoyado en toda su extensión sobre el maxilar inferior a los costados -- por las mejillas y en la parte posterior por el istmo de la garganta, que es un pasaje estrecho entre la boca y la faringe. Hay una hilera de dientes en cada maxilar.

LENGUA.

La Lengua es un órgano muscular potente y es el adaptador más importante de la caja de resonancia debido a su gran movilidad. Por su base se encuentra insertada al hueso hioides por lo que está en íntima relación con la movilidad de la faringe. Cubre en esta-

do de reposo la base de la cavidad bucal, y está dotada de una movilidad extrema; esto es motivo por la cantidad de fibras musculares cruzadas en todas direcciones que la constituyen, formando nueve músculos. Está cubierta por una mucosa que se continúa con la cavidad bucal. Un pliegue de esta mucosa, debajo de la lengua, constituye el frenillo lingual, que si es muy corto impide algunos movimientos de ésta, dando lugar a la emisión imperfecta de algunos sonidos, entre ellos RR, N, L.

La función del velo del paladar es de suma importancia en la fonación al igual que en la deglución. Actúa como válvula que evita el paso de aire a la boca durante la respiración que impide el paso de los alimentos a la rinofaringe durante la deglución.

FISIOLOGIA DEL APARATO RESONADOR.

En la voz humana, la laringe es el órgano que la produce, pero al tono fundamental que elabora, le falta armonía que va a ser dada por el aparato resonador.

El aparato resonador provee los tonos secundarios que le dan a la voz las cualidades armónicas individuales. No solo hace agradable al oído la voz, sino que ade--

más, imprime el toque característico de la voz de -- cada persona y gradúa convenientemente la nasalidad, o sea la cantidad de aire que debe arrojarse por las fosas nasales en el momento de hablar.

La faringe permite el paso de aire inspirado y espirado. Cuando los sonidos son nasales, permite el pa- so de aire espirado por la rino faringe y la acción - de los músculos puede cambiar su forma de alargada o ensanchada según la cantidad de sonido que se vaya a emitir..

Las fosas nasales son órganos resonadores muy impor- tantes, aparte de sus funciones respiratoria y olfa- tiva, participan en la emisión de los fonemas nasa- les M, N, Ñ.

El velo del pladar se eleva en la fonación y en la - deglución, impide el pase de aire hacia la nariz. Se contrze en mayor o menor grado, según la altura tonal del fonema y su forma de emisión.

Como parte del aparato resonador la lengua adopta la forma y posición debidas, a fin de darle a la cavidad bucal, la forma y dimensión conveniente según la cali

dad tonal del sonido que va a emitirse, lo que solo se hace posible por la gran facilidad propia de este órgano, para cambiar su forma y posición. En reposo es ancha y blanda. Sus movimientos se clasifican en: extrínsecos, que se realizan por la contracción de los músculos que se insertan en el hueso hioides; e intrínsecos que son los cambios de forma de la lengua.

4. SISTEMA DE ARTICULACION.

Se llama así al conjunto de órganos que van a permitir la articulación de los fonemas tanto consonantes como vocales.

Está formado por paladar, lengua, labios, mandíbula, maxilar, arcadas dentarias, músculos y nervios respectivos.

Los Labios, son órganos fonéticos importantes porque intervienen en la articulación de algunos fonemas vocales y en las consonantes P, M, F, V.

Los órganos se dividen según su función en dos grupos:

1. ACTIVOS.

Desempeñan una parte cinética en la articulación de

las palabras y son la mandíbula, maxilar, labios, lengua, velo del paladar.

2. PASIVOS.

Permanecen estables y dan punto de apoyo en los - que se fijan los órganos activos durante la fonación y son: dientes, alveolos y paladar duro.

El sistema de articulación, tiene a su cargo el mecanismo final del aparato fonarticulador, que es la - emisión de los fonemas. Una vez que la voz se produce en la laringe, al pasar por las cavidades de resonancia, toma los tonos armónicos y luego se convierte en fonema, palabras o frases mediante la acción conjunta de los órganos que constituyen el aparato articulatorio.

C A P I T U L O I I

"ETIOPATOGENIA DE LAS DEFICIENCIAS FONIATRICAS EN ODONTOLOGIA".

1.- Congénitas.

2.- Hábitos Adquiridos.

.- CONGENITAS.

ENDIDURAS DEL LABIO Y EL PALADAR.

a) DEFINICION.

Las hendiduras del labio y del paladar son los defectos congénitos que afectan la boca y estructuras adyacentes con mayor frecuencia y más gravedad. Ocurre aproximadamente una vez por cada mil nacimientos.

Los labios y el paladar se desarrollan durante la quinta y octava semana de vida intra-uterina y cualquier factor que perturbe su formación debe ejercer su influencia durante éste periodo de tiempo.

b) ETIOLOGIA.

En ausencia de una historia familiar, la aparición de una anomalía congénita puede deberse a la acción de una mutación, o de algún agente casual durante el embarazo. Se sabe que la rubeola y el exámen radiográfico en el periodo de formación del labio y paladar pueden producir anomalías congénitas.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

Clinicamente hay una gran variabilidad en la intensidad de la formación de las hendiduras. Los grados mínimos incluyen anomalías como la úvula bífida, in-

dentaciones labiales lineales, y la hendidura submucosa del paladar blando.

La hendidura puede limitarse al labio superior o extenderse por el orificio de la nariz y los paladares blando y duro. Las hendiduras palatinas aisladas pueden estar limitadas a la úvula o ser más extensas, dividiendo al paladar blando o a los paladares blando y duro.

Más del 90% de los niños afectados presentan problemas en la dicción los cuales pueden ser leves y similares a los de los niños normales y en otros de los casos más acentuados en los que surgen problemas de dicción especiales que requieren de tratamiento foniátrico y odontológico.

Las hendiduras del labio y del paladar dan origen a un grupo de problemas relacionados con las estructuras afectadas, en general, las hendiduras del labio crean problemas estéticos, las del alvéolo originan problemas dentarios y las palatinas involucran problemas de dicción. Estas estructuras están estrechamente inter-relacionadas y por lo tanto los problemas también.

Cuando el alvéolo está afectado por la hendidura, la oclusión está interrumpida. Esto ocurre debido a -- la acción de un grupo de fuerzas relacionadas. Pri-- meramente, la ruptura en la continuidad del hueso -- basal produce un colapso. Además, la tendencia a -- una rigidez del labio superior, después de una repa-- ración quirúrgica, tiende también al colapso, debido a la fuerte acción modeladora del labio, en ausencia de una forma estable del arco.

Con frecuencia hay una deficiencia en el desarrollo maxilar tanto en la dimensión anteroposterior como - en la vertical. Esto aumenta la tendencia al desa-- rrollo de una oclusión clase III y de la mordida --- abierta en el sector anterior que se ve frecuente--- mento.

Al incisivo lateral del mismo lado de la hendidura - suele faltar, o cuando ésta puede encontrarse del la do mesial o distal de la hendidura.

Los niños con una deformidad del labio y/o paladar - hendido suelen presentar un estado gingival pobre, a levada proporción de caries y una tendencia a descui-- dar la atención general de sus dientes.

Frecuentemente y aunque no presenta problemas especiales se presenta una fístula acompañando a las hendiduras labiales y palatinas. Los pacientes con estas fístulas se quejan de que los alimentos líquidos y semilíquidos entran a la nariz y tienen un tono de voz nasal, en ocasiones y de acuerdo al foniatra sólo se necesita una placa obturadora.

Un defecto de dicción característico de estos pacientes es el lateral /S/, en el que, cuando el niño trata de hacer el sonido /S/ hay un escape en el aire lateralmente en la comisura bucal, en lugar del flujo normal central durante la formación de un sonido /S/.

d) TRATAMIENTO.

Estos pacientes requieren de un tratamiento quirúrgico y posteriormente el foniátrico.

70

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

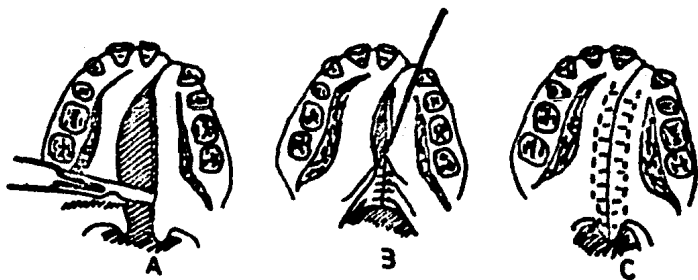


Fig. 3

Técnica de Von Langenbeck (modificada de Dieffenbach)
para los colgajos de fisura palatina unilateral completa
A. Colgajos bipediculados mucoperiosticos movilizados en
ambos lados. B, cierre de la úvula en la superficie na-
sal. C, Cierre de la fisura con puntos de sutura vertica-
les. Cicatrización espontánea de las incisiones latera-
les.

FRENILLO LINGUAL ANORMAL.

a) DEFINICION.

El frenillo lingual une la parte inferior libre de la lengua con el piso de la boca; esto es cuando se presenta normalmente; pero en muchas ocasiones puede aparecer sumamente corto o todo lo contrario grande y desarrollado. En ambos casos nos produce alteraciones en la emisión de las palabras.

b) ETIOLOGIA.

Muy poco se sabe acerca de la causa de esta alteración, algunos autores sugieren que es una anomalía congénita.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

Esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronunciación de los fonemas linguales y linguopalatales (S, SCH, J, CH, G, K, R), el habla adquiere un tono pronunciado como de nudo en la garganta.

d) TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico y foniátrico.

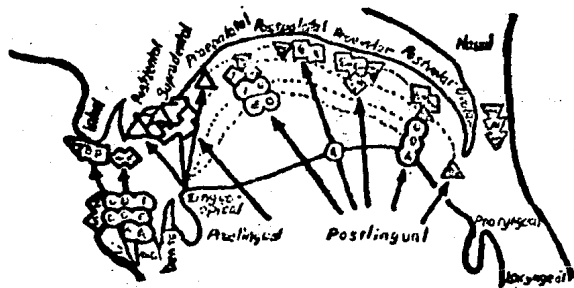


Fig. 4 dislalias linguales

ANQUILOGLOSIA.

a) DEFINICION.

La Anquiloglosia se debe a la cortedad congénita del frenillo lingual, en la que la lengua está restringida en sus movimientos por una fina banda mucosa que se extiende desde la superficie ventral de la punta de la lengua hasta la mucosa gingival lingual. La unión puede ser simple o bifurcada; hay todos los grados de severidad de la fijación.

b) ETIOLOGIA.

En ausencia de una historia familiar, la aparición de una anomalía congénita puede deberse a la acción de una mutación, o de algún agente casual durante el embarazo. Se sabe que la rubéola y el examen radiográfico en el período de formación del labio y paladar pueden producir anomalías congénitas.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

En la Anquilosis total, la fijación es completa - de la lengua al piso de la boca o a la encía alveolar. Esta anomalía se ha visto asociada con labio y paladar hendido y con el síndrome de la Fosita Labial Congénita, aunque no frecuentemente.

Cuando es muy severa la fijación puede hacer que el lactante tenga dificultad para alimentarse y ocasione trastornos en el lenguaje, ya que resulta difícil bajar la punta de la lengua por lo cual las consonantes prelinguales y postlinguales S, SCH, J, CH, anterior como también la G, K, R, anterior, suenan distorsionadas y el habla adquiere un tono pronunciado.

d) TRATAMIENTO.

La alteración del frenillo se trata fácilmente mediante incisión transversa y cierre longitudinal de éste de preferencia con la plastia en Z, para esto se utiliza anestesia local.

FRENILLO LABIAL.

a) DEFINICION.

Normalmente esta estructura se presenta como un pliegue fino como oblea, que se extiende desde la mucosa labial hasta la gingival donde se ubica a mitad de camino entre el surco vestibular y el margen gingival.

A veces se extiende hasta el mismo margen gingival y produce un diastema al pasar a la mucosa palatina.

b) ETIOLOGIA.

Muy poco se sabe de las causas que originan esta alteración pero la mayoría de los autores la describen como un defecto de tipo congénito.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

Puede haber una marcada muesca de la mucosa gingival misma entre ambos incisivos. Nunca se observa en el frenillo un aumento de volumen apreciable ya que el trastorno está determinado por su posición y no con el tamaño. Sin embargo puede agrandarse debido a una hipertrofia del estroma conjuntivo fibroso en el centro del pliegue. El frenillo hipertrofiado se ve como un grueso cordón que se extiende hasta la cresta alveolar, cruza al lado palatino y se une a la papila palatina formando una cresta en la línea media del pa

lador. La papila gingival media puede hacerse más prominente y la cresta palatina puede ser irritada por los incisivos inferiores durante la masticación. El resultado es un diastema entre los incisivos centrales superiores que permite el escape del aire durante la fonación.

d) TRATAMIENTO.

El fretillo labial hipertrófico o mal puesto a veces puede diagnosticarse por la sola observación, pero -- el diagnóstico final debe basarse en la radiografía.

El tratamiento se escogerá de acuerdo a la severidad del caso y éste puede ser ortodóncico o bien quirúrgico y ortodóncico.

MACROGLOSIA.a) DEFINICION.

Es la lengua anormalmente voluminosa, presenta lesiones anatomopatológicas complicadas, pues además de - presentar la lesión de los linfáticos y del tejido - conjuntivo prelinfático, se presentan casos donde la fibra muscular interviene directamente, y otros donde es el único factor responsable de la Macroglósia; por eso actualmente se admiten dos variedades una linfática y otra muscular, que tanto desde el punto de - vista clínico como anatómico presentan diferencias.

La forma Linfática es la más frecuente, pues ocupa - un ochenta por ciento de los casos. El Linfangioma - es difuso y ocupa toda la extensión de la lengua pro - duciendo una hipertrofia general del órgano, aunque algunos autores describen al Linfangioma Nodular que constituye la Macroglósia con tumores circunscritos sobre el dorso y los bordes de la lengua. Todas las variedades anatómicas del Linfangioma se han visto - en los estudios que se han hecho sobre la Macroglósia: La forma Caverosa, quística, y el Linfangioma simple. Igualmente se han observado casos mixtos donde tanto los vasos sanguíneos como linfáticos son lesionados.

La Macroglósia de origen Muscular está constituida --

simplemente por aumento de número de las fibras musculares cuyo aspecto y volumen quedan normales, es el tipo de macroglosia que se encuentra en los cretinos, y puede asociarse a la hipertrofia de otros músculos del cuerpo.

b) ETIOLOGIA.

La causa de este padecimiento es desconocida, pues ni la herencia desempeña en ella como en otras enfermedades congénitas, papel alguno. Se ve asociada a otras malformaciones congénitas como labio hendido, asimetría de la cara y de los maxilares, la hipertrofia de los miembros inferiores y la presencia de quistes serosos en el cuello.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

La Macroglosia puede ser bastante pronunciada desde el nacimiento al grado que puede salir de los arcos dentarios, debido a las perturbaciones funcionales -- que provoca, el niño tiene dificultad para tomar el seno, no puede deglutir. Es en el momento de la dentición cuando los primeros síntomas aparecen y la lesión se hace aparente. La lengua demasiado voluminosa para la cavidad bucal sale de los arcos y no vuelve a entrar, y cuando se logra reducirla se presentan

fenómenos de sofocación; de allí que el prolapso llega a ser permanente, la lengua pierde su derecho de domicilio en la cavidad bucal y se ve al niño enseñando una lengua de adulto. El aumento de volumen de la lengua se hace demasiado rápido, pues se ven casos en que sólo en diez semanas la lengua ha alcanzado el máximo de volumen. Por su acción mecánica - la porción prolabiada del órgano no acaba de adquirir grandes dimensiones, formando un tumor inmóvil que cuelga hacia adelante de la barba con la mucosa que la cubre seca, queratinizada, con grietas en su superficie. En la unión de la porción prolabiada y la porción intrabucal la presión constante de los dientes - produce un surco que se va haciendo cada vez más profundo hasta producir una verdadera amputación, o bien favorece la gangrena de la extremidad que está afuera.

Los fenómenos funcionales llegan a perturbarse más y más a medida que el prolapso se hace permanente; la deglución y la masticación son molestas, la respiración y la fonación son igualmente difíciles, la articulación de los fonemas no es normal, el lenguaje es torpe y lento con voz grave. La saliva escurre constantemente hacia afuera. Cuando la ulceración se establece el dolor aparece.

La hipertrofia muscular es siempre menos acentuada, pues el órgano alcanza sólo el doble o el triple del volumen, el crecimiento es mucho más lento y uniforme y los accesos inflamatorios son raros. La superficie de la lengua queda de aspecto normal, la movilidad no queda abolida nunca.

d) TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico y logopédico, pero cuando no se opera suele producirse alguna adaptación relativa conforme crece el niño.

MACROGNATIA.a) DEFINICION.

El prognatismo del griego PRO, hacia adelante y ---- GNATHOS, mandíbula, se describe como una malformación caracterizada por la macrogenia de la mandíbula, lo - cual trae consigo la pérdida de la armonía entre el - macizo facial y la mandíbula. El arco dentario infe- rior es más amplio que el superior, lo que hace que - los órganos dentarios no correspondan con sus antago- nistas quedando en extraoclusión o con una inclinación de fuera a dentro para ponerse en contacto, aunque no en relación con los dientes superiores.

b) ETIOLOGIA.

La Macrognatia puede ser de origen congénito o adqui- rido. La de origen Congénito es de etiología descono- cida, aunque en algunos casos está asociada a otras - alteraciones del esqueleto. El principal factor es a veces la herencia.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

La relación normal de continuidad entre el cuerpo de la mandíbula y su rama ascendente, está alterada de - tal manera que el borde posterior de la rama se conti- núa casi en línea recta con el borde cervical del ---

cuerpo, haciendo que el ángulo de la mandíbula que normalmente se aproxima a los noventa grados se convierta en un ángulo obtuso, que será más abierto --- cuanto más exagerada sea la progenia. Por lo tanto, a medida que aumenta la prognasia, las proporciones faciales se pierden y el mentón se aleja más del plano orbital.

De éstos conceptos se deduce que sólo la progenia por macrognatia debe considerarse como verdadero prognatismo, no así la protusión voluntaria de la mandíbula o malos hábitos que colocan a los incisivos inferiores en extraoclusión.

En el aspecto foniatrico se produce un cambio en dos cualidades de la voz: tono y timbre y esto es debido a que está alterada la relación de las cajas de resonancia.

El diagnóstico no ofrece dificultad, hasta la simple inspección; pero el estudio radiográfico del perfil y la encefalometría lo confirman.

d) TRATAMIENTO.

La intervención quirúrgica está indicada en los casos

de deformidad muy pronunciada que no han recibido ba neficios con el tratamiento ortodóntico y para mejorar la incapacidad funcional que se puede presentar en las que se incluyen dificultades del lenguaje y -masticación impropia.

Los propósitos del tratamiento quirúrgico para la re ducción del prognatismo son:

1. Apariencia facial asimétrica.
2. Oclusión si no ideal, por lo menos mecánicamente buena.
3. Función correcta de la mandíbula en conjunto.

Entre las operaciones quirúrgicas básicas utilizadas comúnmente para la corrección del prognatismo se incluyen las siguientes:

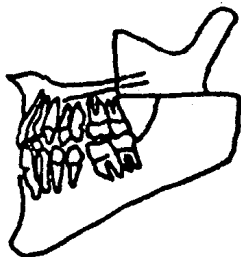
1. Osteotomía Horizontal, con deslizamiento por encima del agujero dentario inferior por la rama ascen dente.
2. Osteotomía Oblicua a través del cuello o por debajo de la base del cóndilo.
3. Osteotomía Vertical en la rama ascendente.
4. Osteotomía del cuerpo de la mandíbula.



A

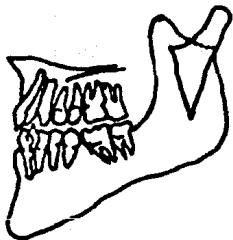
Fig. 5 Operaciones básicas empleadas - para la corrección del prognatismo.

A. protrusión de la mandíbula.



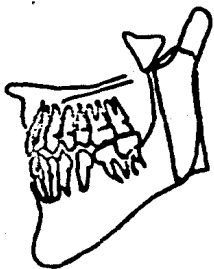
B

B. osteotomía horizontal - en la rama ascendente por - encima del orificio denta- - rio.



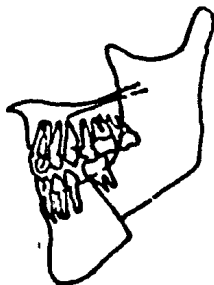
C, osteotomía oblicua por
debajo del cuello del --
cóndilo.

C



D, osteotomía vertical en
la rama ascendente.

D



E, osteotomía en el cuer-
po de la mandíbula.

E

MICROGNATIA.

a) DEFINICION.

Se la considera un trastorno del desarrollo de origen postnatal, significa literalmente, maxilar pequeño, puede estar afectado el superior o el inferior. Muchos casos de Micrognatia aparente se deben, no a un maxilar anormalmente pequeño, sino a una ubicación anormal o relación impropia entre ambos maxilares o con el cráneo, lo que produce la apariencia de Micrognatia.

b) ETIOLOGIA.

La verdadera Micrognatia puede ser de origen congénito o adquirida. La Micrognatia congénita es de etiología desconocida, aunque en algunos casos está asociada a otras alteraciones del esqueleto. Ocasionalmente sigue un patrón hereditario. La Micrognatia en el maxilar se debe con frecuencia a una deficiencia en la zona premaxilar y los pacientes con esta deformidad parecen tener el tercio medio de la cara retraído.

Aunque se ha sugerido que la respiración bucal es causa de Micrognatia superior, sólo se le considera como un factor predisponente.

La Micrognatia mandibular adquirida es de origen postnatal y suele resultar de un trastorno en el área de articulación condilar.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

El aspecto clínico de una Micrognatia mandibular se caracteriza por una pronunciada retroversión del mentón, un ángulo mandibular acentuado y una barbilla deficiente. Todo esto da como consecuencia un marcado defecto de tragado. Esta alteración en el aspecto foniatrico al igual que la Macrognatia produce cambios en las cualidades de la voz, ya que en este caso están alteradas también las cajas de resonancia.

d) TRATAMIENTO.

El tratamiento quirúrgico, la osteotomía oblicua de la rama es el método único para corregir esta alteración, la mayor colaboración entre el cirujano y el ortodoncista, protesista o práctico general, es necesaria si se desea tener éxito en los resultados.

PSEUDOQUISTES DE RETENCION.MUCOCELE.a) DEFINICION.

El Mucoccele es un pseudoquiste de la mucosa del seno, por retención, y se presenta, como una formación de paredes delgadas, del tamaño de una nuez, en el antro revestido de una mucosa por lo demás sana. Causa molestias de difícil localización.

La lesión de cualquiera de los conductos que abundan en el seno, de los labios o carrillos puede dar por resultado un fenómeno de retención. Estas lesiones contienen material mucoso que, al acumularse, produce alteraciones degenerativas de la estructura glandular.

b) ETIOLOGIA.

Las glándulas de Blandin y Nuhn, que se abren en la cara ventral de la lengua, así como las labiales son las más afectadas. La traumatización de una parte del conducto da por resultado el vuelco del mucus hacia el estroma adyacente.

c) CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los mucocelos son más comunes en los labios y carri--

llos. Se presentan como pequeñas tumefacciones brillantes y elevadas de un tinte blanco azulado. Su ruptura libera un líquido espeso y, a veces, pus. -- Puede producirse la curación espontánea, pero después hay recidiva.

En estos casos se presenta una dificultad en la pronunciación y articulación de los fonemas, por estar alteradas estas estructuras anatómicas, esta deficiencia foniátrica es transitoria ya que una vez solucionado el caso se normaliza la función.

d) TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica, junto con la supresión del -- foco causal.

RANULA.

a) DEFINICION.

Se llama ránula a un tumor quístico de origen salival, que se sitúa en el piso de la boca, que puede -- provenir de las glándulas sublingual o suprahioidea.

b) ETIOLOGIA.

Se ha supuesto que su desarrollo se hacía sobre la -- base de una obstrucción, pero no está claro que se for

me de la misma que el Mucocelo menor.

c) MANIFESTACIONES CLINICAS.

La Rámula presenta un aspecto clínico típico, por ser una lesión mucho mayor que el Mucocelo, su recubrimiento mucoso adelgazado le da un aspecto de panza de rana. Puede crecer y obliterar el espacio lingual o extenderse hacia el piso de la boca, o con una notable tumefacción. A menudo la lesión se encuentra a un lado de la línea media, cuando es pequeña se localiza solo por exploración digital. No es raro que aparezcan varias tumefacciones irregulares, que dan una mueva clínica lobulada.

Se desarrolla lentamente, sin dolores, hasta que alcanza un volumen considerable, lo que ocasiona perturbaciones en los movimientos de la lengua, pues en este caso la rechazan hacia arriba el enfermo tartamudea, se muerde la lengua y se dificulta la deglución.

d) TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico.

HABITOS ADQUIRIDOS.

Tanto el dentista como el terapeuta del lenguaje se interesan por las modificaciones en las estructuras orales como consecuencia de un hábito prolongado.

Es el dentista quien puede diagnosticar y realizar el tratamiento de los cambios orales debidos a ellos. El foniatra desarrollará el reentrenamiento para corregir los defectos de dicción.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos. Estos hábitos, indican que el niño reacciona a situaciones ambientales con actividades orales que se convierten en hábito o períodos oral o anal de la teoría Freudiana.

DEFINICION.

Un mal hábito es la ejecución frecuente de una fuerza no fisiológica que conduce a movilización de los dientes cuando las fuerzas antagonistas no son capaces de contrarrestarlas.

Succión Digital.

Malos Hábitos de Deglución.

Respiración Bucal.

REFLEJO DE CHUPARSE EL PULGAR.

El niño en su primer año de vida descubre que su organización es predominantemente oral. Uno de los primeros reflejos neuro-musculares del recién nacido es el llamado reflejo de Succión adquirido desde antes del nacimiento, consiste en contracciones orales que han sido observadas por fluoroscopia in útero.

Después del nacimiento cuando los pulmones se llenan con aire, los labios se contraen rítmicamente como si succhiaran o apretaran algo.

Ciertamente la succión reviste la característica de necesidad cuyo ejercicio influencia al niño, su aprendizaje temprano y contribuye en su desarrollo psico-somático.

Con el desarrollo de la audición y la visión el bebé trata de transportar los objetos a su boca, desarrollando la coordinación mano-boca y en general objeto-boca para ser conocidos, probados y examinados por experiencias orales; si el objeto lo encuentra agradable, quizá tratará de comerlo, si le desagradaba lo retirará.

Los objetos colocados en su boca según que le resulten

agradables o molestos tenderán a ser aceptados o rechazados así como demostrar inconformidad colocando sus dedos dentro de la boca; meter el dedo pulgar en la boca - expresa la necesidad del pezón materno que viene a ser - substituído por la que se provee de una comida tibia.

Otras escuelas psicoanalistas lo interpretan en sentido opuesto: la succión del pulgar es signo de deseo de independencia o substitución del ser materno por una auto complacencia.

ETIOLOGIA.

La etiología de la succión puede ser el haber alimentado al seno materno por muy corto tiempo, bajo tensiones molestas con alimentos no agradables, biberones inadecuados, manifestarlo como una forma de defensa ante la sociedad que lo rodea, o sea un intervalo de escape a las presiones o incomodidades emocionales.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La succión del dedo nos conducirá a algún tipo de maloclusión que se desarrollará dependiendo de la posición del pulgar u otro dedo y de las condiciones de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

Cuando se introduce la porción palmar del pulgar en la boca y se inicia la succión se ejercen fuerzas en cuatro direcciones sobre la encía que contienen los dientes que aún no han hecho erupción.

Una fuerza desde la lengua hacia el pulgar dirigida hacia la porción de la encía, que contiene a los dientes temporales anteriores y sobre la parte palatina de los dientes anteriores.

Una vez que han hecho erupción los órganos dentarios anteriores, se les transmite una fuerza, dirigiéndolos en dirección labial y perturbando el crecimiento posterior del paladar óseo. Esta mínima fuerza lleva los dientes inferiores hacia lingual, acompañada de otras dos fuerzas una durante la succión depresora de los dientes superiores e inferiores y otra fuerza lingual del músculo buccinador que inclina los dientes posteriores hacia lingual.

Estas fuerzas van a estrechar a los dientes anteriores superiores y a comprimir a los posteriores en la arcada superior dando una mordida cruzada bilateral.

Dependiendo del hábito puede haber una tendencia a pro--

ducir una sobre-erupción de los molares incrementando - una mordida abierta. Laque puede ocasionar un empuje - de la lengua dificultando el habla, y una marcada constricción del músculo mentoniano comprimiendo la arcada inferior anterior, dirigiéndola hacia atrás en la deglución y el labio inferior puede llevar a los centrales inferiores a lingualizarse y hacer contacto con los incisivos superiores, con alguna fuerza durante la última etapa de la deglución; una fuerza no equilibrada del diente por la musculatura perioral la cual puede servir para perpetuar una maloclusión largo tiempo después que el hábito ha desaparecido.

En este tipo de pacientes es frecuente encontrar alterada la fonación en la calidad de la voz, principalmente en el tono ya que la caja de resonancia formada por la cavidad bucal se encuentra alterada.

TRATAMIENTO.

El tratamiento será psicológico, para tratar de eliminar el hábito. En el caso de que no ceda se necesitará un tratamiento ortodóncico tanto para eliminar el hábito -- como para corregir las secuelas de maloclusión. Y posteriormente se hará el reentrenamiento foniátrico.



Fig. 6

Adaptación de las musculaturas facial y bucal al chapeteo del dedo. Nótese la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que circundan la boca.

MALOS HABITOS DE DEGLUCION.

Antes de ver lo que es la Deglución anormal haremos una breve reseña de lo que comprende la Deglución Normal.

El reflejo de la Deglución consiste en una serie de movimientos complicados de la musculatura de la faringe, esófago, el extremo cardiaco del estómago, tendientes a transportar el bolo alimenticio. Magendie dividió este acto en tres etapas:

1. Etapa Oral (voluntaria).
2. Etapa Faríngea (refleja).
3. Etapa Esofágica.

La primera comprende la colocación del líquido o del alimento masticado entre la lengua, los dientes anteriores y el paladar. En esta etapa los músculos faciales, peribucales y linguales se encuentran en actividad. A continuación la lengua empuja el bolo hacia atrás contra el paladar y hacia el interior de la faringe con un movimiento ondulante, la cual se abre por delante del bolo.

Los músculos miohioideos elevan el hueso hioides, el paladar blando se eleva, los músculos palatofaríngeos se contraen para cerrar la comunicación con la cavidad na--

sal y el maxilar es estabilizado en una posición posterior. Los dientes se mantienen juntos y la laringe se eleva con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo.

El bolo pasa sobre y alrededor de la epiglotis y es forzado a través de la hipofaringe dentro del esófago superior. Cuando el bolo alcanza el nivel de la clavícula se relaja el paladar, desciende la laringe, se abre la glotis y se mueve la lengua hacia adelante, el maxilar se mueve hacia la posición de reposo y se reanuda la respiración. La deglución en el hombre es rápida y el bolo alcanza el extremo superior del esófago un segundo después de la iniciación de la deglución.

Ciertos investigadores han dejado establecido que el maxilar normalmente se desliza hacia adelante a partir del contacto inicial en relación céntrica y es mantenido en oclusión céntrica durante la deglución.

DEGLUCION ANORMAL.

El patrón funcional de la lengua reviste gran importancia. Normalmente el extremo de la misma se coloca sobre las arrugas palatinas, los labios se cierran para sellar la cavidad bucal y los dientes se articulan para proporcionar una relación intermaxilar estable para la con--

tracción de los músculos de la deglución.

En el patrón anormal la lengua es empujada hacia adelante entre los dientes anteriores y en sentido transversal entre los posteriores. El labio inferior se contrae con intensidad para sellar la cavidad bucal contra la punta de la lengua.

Los patrones anormales de la deglución ejercen fuerzas - intermitentes contra los dientes. Esto provoca un rompimiento del equilibrio muscular, que obliga a los dientes a cambiar de posición a fin de adaptarse a las nuevas fuerzas ejercidas sobre ellos.

La protrusión de los incisivos superiores se hace visible, por la presión ejercida con la lengua en esa región. El maxilar superior se estrecha por la fuerza de la contracción exagerada de los músculos que intervienen en la deglución.

ETIOLOGIA.

Este hábito puede aparecer como consecuencia de la eliminación de otro como la succión del pulgar, pero la causa más común es la presencia de amigdalitis frecuentes o de amígdalas hipertrofiadas; que obstruyen el paso normal de los alimentos, y es además un tejido doloroso. Al --

protuir el paciente la lengua al paso de los alimentos se hace menos molesto al aumentar el espacio de la región amigdalina.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La mordida abierta anterior es el síntoma clásico de un hábito de deglución anormal.

El paso continuo de la lengua entre los dientes impide el contacto de los mismos. En el maxilar inferior los incisivos se encuentran apiñados.

Algunos niños no solo introducen la punta de la lengua entre los dientes anteriores, sino también los bordes en la región de los dientes posteriores provocando infraoclusión de los molares.

El exagerado movimiento de los labios y el mentón en el momento de la deglución nos da la evidencia clínica del hábito.

Podemos observar si la deglución es normal o si es que hay anomalías en ella. Se colocan las yemas de los dedos sobre las sienas del niño para verificar la contracción del músculo temporal, y la función del masete-

ro, a través del ángulo de la mandíbula. La actividad tamaño del músculo durante la deglución debiera ceder con las contracciones del temporal y masetero.

Otra forma es separa suavemente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observándose así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios existentes.



a) DEGLUCION NORMAL

b) DEGLUCION ANORMAL

TRATAMIENTO.

Para poder controlar éste hábito solicitaremos la colaboración de un otorrinolaringólogo, que de ser necesario - efectuará la extirpación de las amígdalas.

Posteriormente el tratamiento ortodóncico se hará con -- una placa llamada: Recordatorio lingual, que es un paladar de acrílico sostenido a los molares por medio de gan chos, con unos espolonas de alambre que indican al pacien

te la posición correcta de la lengua. Si el paciente - es poco cooperativo el aparato que se le colocará tendrá que ser fijo.

Se debe tener mucho cuidado en la forma en la que el niño coloca la lengua, ya que se le deberá enseñar a usarla en forma normal por medio de ejercicios fáciles cuando hagan erupción los dientes, contando con la colaboración de especialistas en foniatría.

Para el readiestramiento de la deglución anormal, indicaremos a nuestro paciente:

1. Que ubique su lengua por detrás de las papilas palatinas de los dientes anteriores superiores contra el paladar.
2. Que el niño ejerza una comprensión labial uniforme y pronuncie un sonido /pop/.
3. Que muerda con los molares, para lograr una mejor acción de los músculos temporales y maseteros y disminuir la acción del mentoniano.

Las fuerzas musculares readiestradas ayudan a la conser

vación de las nuevas posiciones dentarias, mejorando de esta forma las condiciones de la cavidad bucal al funcionar como caja de resonancia durante la fonación.

RESPIRACION BUCAL.

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales cuyas funciones principales son:

1. Calentar el aire por medio de los cornetes y el tabique medio.
2. Humidificación del aire en grado considerable en su - paso por la nariz.
3. Filtración del aire que es la función más importante.

La Respiración Bucal se presenta a causa de obstrucción nasal debida a la presencia de hipertrofia del tejido -- linfoide, faríngeo y adenoides, por las membranas mucos-- sas congestivas que acompañan un catarro crónico, asma o fiebre de hono, por desviaciones en el septúm. Aunque - llega a suceder que en algunos niños que la respiración bucal se presenta simplemente como un hábito, sin presen-- tarse como un hábito intranasal. Incluso ha habido con-- troversiaacerca de si la respiración bucal causa la pro-

trusión de los dientes o si los dientes protruidos favorecen la respiración bucal.

La cavidad oral es cerrada en su parte anterior por los labios y por el contacto del dorso de la lengua en el paladar blando en la parte posterior. La falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza a la respiración bucal.

La protrusión de los incisivos y el estrechamiento del arco superior son otras características de la respiración bucal.

La protrusión de los dientes se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es la fuerza equilibrada de las fuerzas creadas por los contornos funcionales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los superiores que tienden a desplazar a los dientes hacia labial, el labio normalmente compensa la mesialización.

La respiración normal es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio atmosférico en las cavidades oral y nasal. La componente anterior de la fuerza y -- otras fuerzas relacionadas con ella intervienen en el -- mantenimiento de la posición de los dientes y de la gesta-

bilidad del arco.

Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal deberá eliminarse la causa de éste hábito con la ayuda de un otorrinolaringólogo. El hábito no se quitará al eliminar la causa que lo produjo, con la pantalla bucal ayudaremos al paciente a respirar normalmente.

Los malos hábitos causan alteraciones en la oclusión -- normal dependiente del tiempo que dure éste y la intensidad del mismo, produciendo desde luego maloclusiones dentarias que entorpecen la correcta articulación de los fonemas.

C A P I T U L O I I I

"METODOS DE DIAGNOSTICO".

Un punto muy importante en la terapéutica es el diagnóstico. Este llega a ser un requisito indispensable del tratamiento ya que su objetivo último es el de sugerir y proporcionar una base segura para que el plan de tratamiento sea el más adecuado. Por lo que se define como /La habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico/. Para tener éxito en el diagnóstico, se debe conocer no sólo los signos clínicos de la enfermedad, sino también aquellas fasetas relacionadas con ellas, como etiología, patogenia y manifestaciones clínicas.

Para hacer un buen diagnóstico es importante apoyarnos en:

1. Historia Clínica.
2. Exámenes de Laboratorio.
3. Estudio Radiográfico.

Basándonos en los resultados e interpretación de estos en conjunto, se llega a trazar el plan de tratamiento.

La habilitación de un paciente con alteraciones foniatricas necesita obligatoriamente un programa de trabajo integral, comprensivo y multidisciplinario en una organiza-

ción precisa, con un equipo adecuado y la intervención de diferentes especialidades.

La Historia Clínica del paciente debe incluir:

1. Ficha de Identificación.
2. Detección de Antecedentes Familiares.
3. Padecimientos y Deformidades Asociadas.
4. Valoración dental general: Higiene, Piezas dentarias
Dientes ausentes o supernumerarios, Oclusión, Colapso.
5. Valoración Clínica del Lenguaje.
6. Valoración Clínica Audiológica.
7. Valoración General de grado de inteligencia, Motivación y Desarrollo psicosocial y psicomotor.
8. Solicitud de Interconsultas (indispensable en todos los casos).

- a) Psicología.
- b) Genética.
- c) Dental.
- d) Foniatrfa.

Trabajo social.

Específicas:

- a) Audiología.
- b) Otorrinolaringología.
- c) Pediatría.
- d) Neurología.

En la mayoría de las clínicas después de elaborada la Historia Clínica se cita al paciente a discusión general de la clínica. Para ésta presentación, el encargado del caso debe elaborar un Resumen de la Historia de las interconsultas, exponiendo teóricamente el plan de tratamiento con correcta secuencia cronológica, rutinas y técnicas a emplear para que sea juzgado, discutido y tal vez modificado por el resto de los participantes de la clínica.

En el departamento dental se integran las actividades de Ortodoncia, Prostodoncia, Odontopediatría y Odontología General.

En éste departamento se practica:

1. HISTORIA BUCODENTAL.

- a) Identificación.
- b) Interrogatorio.
- c) Exploración Intraoral.

- d) Radiografías oclusales y periapicales.
- e) Encefalograma.
- f) Impresiones y fabricación de modelos de estudio.

2. TRATAMIENTO GENERAL.

Terminada la historia bucodental, se dan las indicaciones generales de higiene, técnica de cepillado, - orientación general para el resto de los estudios. - Se deben transcribir las notas e los expedientes correspondientes para información del resto de los especialistas y se inicia el tratamiento general a base de eliminación de tejido carioso y obturaciones, exodoncias y tratamientos parodontales y endodónticos, - con la finalidad de dejar la cavidad bucal en las mejores condiciones antes de que intervengan otros especialistas que sean requeridos.

Los modelos de estudio tienen como finalidad:

- a) Obtener reproducciones exactas de las condiciones intraorales.
- b) Hacer modificaciones específicas.
- c) Obtener modelos para fabricación de prótesis, obturadores, retenedores, o expansores.

Ya completos los estudios generales, se inician los -

tratamientos específicos por los especialistas del departamento dental como: Ortodoncistas y prostodoncistas.

Una de las disciplinas que toma un papel muy importante en la dirección y elaboración del plan de tratamiento es la Psicología. Este departamento se divide en dos grupos:

1. Para valoración del paciente y su medio psicoemocional.
2. Estudio de familiares cercanos para entender y canalizar la actividad terapéutica.

La integración de ambos grupos permite clasificar al paciente y sus familiares con fines terapéuticos.

El foniatra hace el examen de los órganos articuladores en el que observa:

1. La movilidad de los labios durante la emisión de los fonemas.
2. Los dientes para ver cuáles intervienen en el lenguaje y en qué forma lo hacen

3. El paladar blando, para ver si está funcionando adecuadamente, es decir, si actúa como válvula que evita el paso de aire a la boca durante la respiración.
4. El paladar duro para ver si hay o no un buen punto de articulación.
5. La lengua, en la que se observará sobre todo su movilidad así como la existencia de algún factor que se la impida.

C A P I T U L O I V

"ORTODONCIA COMO PREVENCIÓN, -
TRATAMIENTO Y CORRECCIÓN DE -
LA ARTICULACIÓN DE LOS FONE-
MAS DEL LENGUAJE".

Antes de empezar cualquier tratamiento se debe de tener un diagnóstico exacto que determine qué alteración existe y cuáles son las causas que la produjeron o bien que la están causando.

Al principio todos los problemas de diagnóstico, por más difíciles que sean y la elaboración del plan de tratamiento son responsabilidad del Odontólogo general, ya que es él, la primera persona que tiene contacto con el paciente en la mayoría de los casos, aunque después determine remitirlos al especialista. Y más aún cuando se trate de pacientes que requieren tratamiento en equipo de varias disciplinas médicas, y el Odontólogo no puede complementar el diagnóstico a su propia satisfacción, entonces se pedirá ayuda a los especialistas ya que debe delinear el diagnóstico y el plan de tratamiento lo mejor posible porque de esto depende el bienestar futuro del paciente.

Al elaborar el Odontólogo el plan de tratamiento para un paciente que recibirá atención ortodóntica deberá determinar cuáles son los casos que:

1. Seguirá observando (ya que en ciertos casos será lo más favorable para el paciente posponer el tratamien-

to hasta un tiempo más adecuado).

2. Tratar por sí mismo.
3. Enviar al especialista.

El objeto de mencionar la ortodoncia como tratamiento; es de que nos vamos a ayudar de ella para corregir o -- eliminar aquellos factores que estén presentes en nuestros pacientes y que causen función anormal como es el caso de los hábitos, o bien aquellas alteraciones anatómicas que intervengan en el funcionamiento normal de -- los órganos.

ORTODONCIA.

TRATAMIENTO (SUCCION DE DEDO).

Siendo la succión del pulgar muy común en los niños, es ta puede considerarse como normal hasta los 4 años, des pués debe procurarse la eliminación por medio del convencimiento, persuasión, aparatología y ayuda Psiquiá-- trica en caso necesario.

Antes de intervenir se observará la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, factores genéticos, estado de salud del niño, ambiente familiar, etc. El niño se-

rá guiado por el dentista sólo si ha logrado cierta madurez y los padres colaboran para eliminar el hábito.

Los padres pueden empezar por estimular o recompensar - al niño para que éste deje el hábito, si esto no funciona se recurrirá al uso de aparatos. Si se le aplican a aparatos intraorales al paciente sin antes motivarlo, podrá pensar que es un artefacto de castigo y producir -- disturbios emocionales que entorpezcan su reentrenamiento. En algunos niños un aparato pudiera servir para fijar la culpa del hábito original resultándole una aparente suspensión, pero al quitar el aparato vuelve a él.

Dado que el tratamiento para la eliminación de los hábitos perniciosos generalmente son requeridos por niños -- es necesario motivarlo antes de darle el tratamiento para que éste tenga éxito.

MANERA DE MOTIVAR AL NIÑO.

1. Explicaciones y obtención de cooperación de los padres.
2. Conversar con el niño acerca del aparato y darle a -- conocer la ayuda que éste prestará para suprimir el -- hábito.
3. Explicar al niño que no es un castigo.

4. Hacer entender a los padres y al niño que la eliminación del hábito toma tiempo.
5. Si el paciente exhibe cierta madurez, se repartirá - en períodos de reentrenamiento evitando la produc---ción de ansiedad.

Una vez que se ha hablado con los padres y el niño y -- ellos están de acuerdo, se procederá a elaborar el aparato. Debemos de observar en el niño, si se encuentra presente algún hábito, ya sea de succión del pulgar o - de algún otro dedo, también observaremos si durante la deglución hay alguna mueca facial, o alguna contracción del músculo mentoniano y la posición de la lengua; para esto se seguirán los siguientes lineamientos:

1. Observar al niño cuando él no se da cuenta de que lo estamos viendo.
2. Perfil facial si es rocto, cóncavo o convexo.
Posición de los labios cuando están en reposo, si es-
tan juntos o separados.
3. Posición de los labios durante la deglución, si hay -
tensión.
4. Examinaremos la cavidad bucal y observaremos la len-
gua, posición y tamaño de ésta.
5. La posición de los incisivos superiores e inferiores.

6. Proyecciones linguales que pueden ser laterales con creación de una mordida abierta anterior asimétrica. Se puede medir la mordida (midiendo desde el borde in cisal del lateral superior, al borde incisal del late ral inferior, lo mismo se hace en los incisivos cen--trales).
7. Buscaremos si hay respiración transbucal: si los labios se encuentran agrietados o resecos, si hay agrie--tamiento de la línea gingival o caries excesiva, pig--mentaciones en las caras vestibulares de los incisi--vos centrales o laterales superiores.
8. Observaremos las manos del paciente para buscar en --ellas maceración, callosidades y percatarnos del dedo que lleva a la boca.

La aparatología para combatir estos hábitos se divide -- en tres grupos:

1. Elementos que se colocan en las mantas de dormir, --- las muñecas, codos o pulgares del paciente, guantes, y dispositivos que impiden doblar el codo.
2. Líquidos de desagradable sabor que se aplican a los dedos del niño que impiden que éstos sean llevados a la boca.
3. Aparatos aplicados por el dentista unidos a los órga--

nos dentarios.

Hay diferentes clases de aparatos para quitar los hábitos, se dividen en Fijos y Removibles.

Si el niño acepta ser ayudado por el dentista se estudiará el tipo de aparato más apropiado después de tomar en cuenta la edad del niño, su dentición y tipo de hábito oral. En menores de seis años de edad, con sólo dientes temporales un aparato removible no será aceptado, ya que el paciente es inmaduro. Durante la dentición mixta, es aconsejable la colocación de un aparato removible.

Los aparatos fijos causan en el niño un sentimiento de castigo, pero si se le aplican aparatos removibles, éste puede disfrutar cierta libertad de llevar el aparato sólo durante los períodos críticos, como en la noche. Aunque tienen una desventaja al usarlos el niño puede retirarlos cuando no es vigilado o no se le ha motivado lo suficiente.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito del chupeteo del pulgar sería aquel que reuniera las siguientes características:

1. No ofrecerá resistencia a ninguna actividad muscular

normal.

2. No necesitará recordatorio para usarlo.
3. Que su uso no inhiba o apene al niño en su trato personal.
4. Que no dependa de los padres.

Algunas personas utilizan aparatos grandes y grotescos - que son únicamente barreras mecánicas y lo único que hacen es frustrar al niño. Entre los aparatos ideales para tratar a estos pacientes se encuentran la Pantalla Bucal y para casos más severos el Arco Lingual con pequeños Espolones.

PANTALLA BUCAL.

La pantalla bucal es un aparato que se acomoda en el vestíbulo de la boca, entre los labios y los dientes, - con el propósito de conservar la función de los labios. Este aparato bloquea eficazmente la entrada de aire a la boca. Se le usa para retener labios, corregir la labioversión simple de los dientes anteriores superiores y para la corrección de hábitos principalmente.

No debe colocarse nunca en la boca de pacientes que presenten cualquier tipo de trastornos respiratorios y sobre todo cuando existe una obstrucción nasal.

La Pantalla Bucal ayudará a:

1. Restablecer la posición labial.
2. Readiestrar la lengua para impedir que se proyecte a través del espacio que se encuentra presente en la mordida abierta anterior, ayudando a producir una deglución normal.
3. La pantalla forzará a la lengua a proyectarse lateralmente para equilibrar la fuerza del buccionador y permite normalizar la acción del músculo mentoniano y -- ayudará también a la deglución.
4. En la respiración bucal, establecerá una pauta normal de pasaje de aire.

CONSTRUCCION DE UNA PANTALLA BUCAL.

Se toma una impresión lo más nítida posible donde se -- pueda observar el vestíbulo bucal, sobre el modelo con un lápiz, se traza el contorno del aparato, el cual deberá ir 2mm. por arriba del pliegue mucobucal y llevará unas muescas para liberar las inserciones musculares y -- extenderse distalmente hasta la mitad de los segundos molares superiores. La pantalla se puede construir con -- acrílico o materiales termocurables. Al confeccionarla se añadirá una pequeña capa de yeso en los modelos de -- trabajo sobre las caras vestibulares para disminuir la --

presión que en las primeras semanas podría ser molesta para el paciente, posteriormente se irá aumentando la presión rellenándola con acrílico. La pantalla llevará los bordes de la periferia perfectamente pulidos.

La pantalla la usará el paciente tanto como sea posible incluyendo la noche, hasta que el hábito desaparezca.

En caso de una mordida abierta sin diastemas ni protrusión, las pantallas no deben ejercer presión ya que apiñaría los dientes anteriores y los forzaría a una relación de borde con borde. Teniendo como finalidad en éstos casos sólo el readiestramiento de la proyección lingual y no la reubicación de los dientes.

Esta se colocará durante 12 horas.

El uso de pantallas bucales será indicado cuando se encuentren los incisivos superiores protuidos y espaciados con mordida abierta se hará uso de una pantalla bucal que se colocará en la cara vestibular de todos los dientes anteriores, ésta se podrá construir con acrílico o materiales termocurables, llevará los bordes de la periferia perfectamente pulidos y con muescas para los frenillos superiores e inferiores.

ARCO LINGUAL CON PEQUEÑOS ESPOLONES.

Situados estratégicamente, es otro de los aparatos usados frecuentemente para la eliminación del hábito de succión del pulgar. Este aparato debe adaptarse correctamente sin estorbar la función normal de la boca, y estar provisto de suficientes espolones cortos y agudos que produzcan ligeras señales aferentes de incomodidad cada vez que se inserte en el pulgar, sin llegar a producir dolor. Hay que tener claro que el espolón dará una señal al sistema neuromuscular que recuerde que no hay que introducir el dedo en la boca.

FRENILLO LABIAL.

La eliminación del frenillo labial con la finalidad de cerrar el espacio entre los incisivos es muy importante dentro del campo de la foniatría, ya que con esto se evitará el escape de aire, permitiendo una mejor articulación de los sonidos.

El tratamiento consiste en acercar los incisivos y extirpar el frenillo. Puede utilizarse una sección labial alta incorporada a una placa palatina, y se colocan bandas alternativamente en los incisivos, durante un tiempo de tres a seis semanas dependiendo del ancho del espacio por cerrar. Se usa un alambre corto dentro de los soportes

y se juntan los dientes por ligaduras o elásticos ligeros.

La fuerza recíproca acercará tanto a los ápices como a las coronas, para cerrar el espacio. El segmento es -- acertado y ligado con alambre de acero inoxidable para retener a los incisivos.

Después de que los incisivos centrales entran en yuxtaposición, se interviene quirúrgicamente el frenillo y -- mientras se lleva a cabo la cicatrización se vuelve a -- colocar el aparato ortodóntico.

El tejido cicatrizal formado ayudará a la retención. Si la extirpación se hace antes del movimiento ortodóntico los dientes tienen que ser movidos sobre el tejido recién formado, dificultándose más el movimiento de los -- dientes que cuando se hace antes que la intervención -- quirúrgica.

A veces las fuerzas ortodónticas, por sí mismas, causan atrofia por presión de las fibras del frenillo, haciendo innecesaria la extirpación de ésta.



Fig. 7 Pantalla bucal



Fig. 8 Estribo lingual

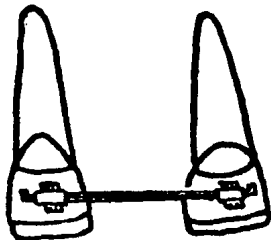


Fig. 9 Cierre de diastemas por medio de bandas, tubos, horizontales redondos y alambres de conducción.

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y el huesoalveolar circundante se desarrollarán hasta encontrar el antagonista oclusal del lado opuesto. Las causas de la mordida abierta generalmente son:

1. Transtornos en la erupción de los dientes y en el crecimiento alveolar.
2. Interferencias mecánicas a la erupción y al crecimiento alveolar, como es el caso de los hábitos. En algunas ocasiones pueden ser provocadas por displasias óseas.

Antes del tratamiento se debe de observar detenidamente la relación de las bases óseas con los dientes.

Antes de diagnosticar una mordida abierta hay que sospechar siempre de la presencia de algún hábito. Esto, por sí solo, puede ser suficiente y los dientes pueden continuar erupcionando en posición normal al eliminar el hábito y al devolver la actividad y función normal de los labios y la lengua. Cuando no es posible corregir la mordida abierta por éste medio se recurre a la cirugía.

Dentro de los traumatismos que ocasionan trastornos en

la fonación tenemos los que causan los diferentes tipos de fracturas mandibulares (horizontal en ramo, horizontal en cuerpo, vertical en ramo, vertical en cuerpo, -- conminuta). Resultando como consecuencia asimetría facial, desviación de la mandíbula y por lo tanto se altera la función masticatoria y foniátrica.

Otras serían las que involucran fracturas del macizo facial medio, incluyendo fracturas del paladar, huesos -- propios de la nariz, hueso malar, senos maxilares, en los que pueden estar alteradas las estructuras musculares, -- nerviosas y de irrigación.

Entre la etiología de las fracturas tenemos principalmente:

- a) Los accidentes automovilísticos, deportivos, etc.
- b) Golpes directos en sentido vertical.
- c) Extracciones dentarias traumáticas principalmente de terceros molares.
- d) Intervenciones quirúrgicas prolongadas que causan -- luxación de la articulación temporo mandibular.

Las mencionadas alteraciones de tipo traumática que --- afectan la fonación en este caso generalmente son pasajeros ya que impiden la función normal del paciente ---

mientras perdura la lesión corrigiendo dichas fracturas ya sea por medios quirúrgicos u ortopédicos se regulariza la función.

Otro de los traumatismos que altera la fonación es la mordedura de la lengua extrema o exagerada ocasionada por accidentes o descuidos como por ejemplo en el caso de los epilépticos.

C A P I T U L O V

**"CIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE -
LOS ELEMENTOS ARTICULADORES -
QUE INTERVIENEN EN EL LENGUA-
JE".**

Generalmente los trastornos de la voz y la fonación -- aparecen cuando existen alteraciones en los órganos de articulación externos, cavidad bucal, nasal o laringe.

Dentro del complejo del lenguaje, las dos facetas de dicción y articulación poseen una autonomía relativa, dentro de la patología del lenguaje, ya que pueden haber -- trastornos de origen central (disfasias y afasias) y -- trastornos de la ejecución (de la articulación)

Cuando queremos tratar alteraciones fonéticas debidas a anomalías en los órganos de fonación periféricos que -- sean consecuencias de alteraciones de formación, que se manifiestan en las malformaciones congénitas o por transtrornos del crecimiento, parálisis, traumatismos o sus -- consecuencias y otros similares y de acuerdo a las diferentes partes de los órganos que sean afectados, debe--mos ser precisos al escoger el método a utilizar. Re--cordando que la terapéutica del habla siempre es funcional, fonética y que debe estar asociada íntimamente a -- la terapéutica quirúrgica y ortopédica, para lograr el restablecimiento del habla normal.

FISURA LABIAL.

Las fisuras labiales congénitas unilaterales o bilateras

les y todas las lesiones graves de los labios, como tumores malignos, quemaduras, o traumatismos causan dislalias labiales, que son alteraciones en la pronunciación de sonidos labiales sobre todo en la abertura y - que perjudican las vocales posteriores (O, U) mucho -- más que a las anteriores. Los fenómenos típicos del - lenguaje así trastornado son: Impureza, Borrosidad, - Falta de nitidez.

En lesiones menores de los labios los trastornos del - habla generalmente son superados con enseñanza logopédica. Las alteraciones mayores de los labios requieren de una terapéutica foniátrica con ejercicios musculares y articulares, masajes, terapéutica electrofísica y ejer - cicios respiratorios para normalizar la voz o bien se - recurrirá a la cirugía plástica para mejorar la estéti - ca y la calidad de los sonidos labiales.

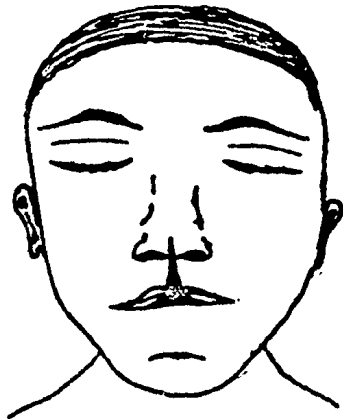


fig. 10 . Labio superior fisurado que se prolonga hasta la nariz.

TRATAMIENTO.

Las hendiduras labiales suelen cerrarse quirúrgicamente durante los tres primeros meses de vida, dando tiempo a que las estructuras tisulares sean grandes y a la vez - asegurar la anestesia.

El cierre del labio hendido, debe ejecutarse con suma - precisión, haciendo una sutura plástica de capa fina. - El defecto de la deformidad del labio hendido abarca no solo escotadura transversa en los tejidos blandos, sino también pérdida en la longitud vertical del labio. Deben corregirse simultáneamente estos dos aspectos de la deformidad, conforme se cierra el defecto por medios - quirúrgicos. En general, el tejido lateral del labio - se lleva al tamaño normal mediante alguna modificación del principio de la plastía en Z, y se usa para añadir tejido al área hendida, aumentando así la longitud vertical del labio del lado hendido para restablecer la si metría. Esto se hace mediante uno de los cuatro méto-- dos básicos. El primero es el de la técnica de Línea Recta (Rose Thompson), es a veces satisfactorio para las - hendiduras incompletas mínimas con escotaduras del labio. Las suturas en Línea Recta tienden a contraerse, produciendo una deformidad del vermellón en escotadura. Si se emplea éste método se obtiene longitud vertical -

involucrando los bordes laterales de la herida con las concavidades de la incisión hacia la hendidura de extirpación por el philtrum deformado.

Las técnicas más usadas actualmente son aquellas que emplean el principio de la plastia en Z. Estos métodos incluyen el colgajo cuadrilateral de Mirault y Le Mesurier, la técnica de Rotación y Avance de Millard y la técnica del Colgajo triangular, descrita por primera vez por Tennison. Todas son variaciones de la plastia en Z, con los lados adyacentes de la hendidura como rama central de esta maniobra. La técnica varía solo en la posición y longitud de las ramas laterales de la plastia en Z. La altura del reparado del labio es proporcionada por incisiones transversas a través de los elementos laterales y mediales del labio, y rotación del colgajo creado; estas incisiones transversas, a través de los elementos laterales y mediales del labio corresponden a las ramas laterales de la plastia en Z. Rotación o transposición de los colgajos alargan las ramas centrales a expensas del grosor del labio. Desde el punto de vista geométrico, la altura que se obtiene depende del ángulo y las incisiones transversas. Hablando en términos prácticos la altura que puede obtenerse también depende de la extensión con que puede mobilizarse tejido hacia la línea media.

la línea media.

El momento de la reparación quirúrgica de las hendiduras bilaterales es esencialmente el mismo que en el caso de las hendiduras unilaterales. Como ocurre en la reparación de hendidura unilateral, se descarta o se reseca muy poco tejido o ninguno de la reparación. Todos estos niños sufren deficiencia tisular en la región del labio superior, y se debe tener mucho cuidado para preservar en lo posible los elementos normales del labio. En ocasiones las hendiduras bilaterales deben repararse en etapas con el fin de permitir que la acción muscular del lado reparado moldee el intermaxilar hacia dentro, hacia el arco dental, y se facilite así el cierre del lado opuesto del labio. En ocasiones es necesaria la osteotomía quirúrgica con reacomodación del intermaxilar.



Fig.11. Principios de la técnica de la plastia en Z y rotación o transposición de los colgajos. Según rennison.

ANQUILOGLOSIA.TRATAMIENTO.

Se aplica el término de Anquiloglosia o lengua atada; al frenillo lingual corto. Si es demasiado corto, puede hacer que el lactante tenga dificultades para alimentarse y ocasiona trastornos en el lenguaje, ya que resulta difícil bajar la punta de la lengua por lo cual - las consonantes prelinguales y postlinguales S, SCH, J, CH, anterior como también la G, K, la R anterior, suelen distorsionadas y el habla adquiere un tono pronunciado como de nudo en la garganta.

La alteración del frenillo se trata fácilmente mediante incisión transversa y cierre longitudinal de esta, de preferencia con la plastfa en Z, para esto se utiliza anestesia local.

TECNICA.FRENILLO LABIAL.

Los frenillos labiales con inserción baja pueden ser -- causa de diastemas entre los incisivos superiores. En estos casos el frenillo tiene forma de doble lámina mucosa gruesa, la que pasa entre los incisivos centrales y se inserta en la papila incisiva. De esta manera se abre un espacio ancho, en estas condiciones está indica

do el tratamiento quirúrgico.

El frenillo labial hipertrófico o mal puesto puede --- diagnosticarse por la sola observación pero debe apo--- yarse en la radiografía.

Para la eliminación quirúrgica del frenillo se hace una incisión angosta en forma de V, procurando que llegue hasta el hueso, y que la inserción del frenillo sea recortada hasta la papila incisiva. Se tira el labio - hacia adelante y arriba para formar un defecto romboide de la mucosa. Esta se sutura en su parte superior con dos o tres puntos separados, la sutura inferior tomará también el periostio para fijar la nueva inserción del frenillo. En la región de la encía no hace falta suturar. La herida se cubrirá con un apósito quirúrgico.

Es importante tomar una radiografía antes de la operación para descartar la idea de un posible mesiodens como causa total o parcial del diastema.

RANULA.

La Ránula se presenta como un abombamiento fluctuante, transparente, azulado, cubierto por una mucosa bucal -- desplazable. Está ubicado en la región sublingual lateral, pero en el curso de su desarrollo puede sobrepasar la línea media. Los que son grandes pueden causar molestias, dificultan la emisión de la palabra y dificultan la ingestión de los alimentos, se hacen aparentes por el abultamiento en la región suprahióidea. La forma calificada de ránula submandibular se encuentra - en su mayor parte, en la región submandibular, y del lado sublingual sólo se manifiesta como un pequeño quiste después de la perforación espontánea o de la apertura operatoria, se puede originar la recidiva, cuando es estimulada por una irritación crece hasta dar la apariencia de un gran quiste.

Las formaciones pequeñas se operan abordándolas por la cavidad bucal, incidiendo la mucosa, cerca del maxilar, con cuidado de no lesionar el conducto de Wharton y el nervio lingual, y rechazándola hacia arriba y en sentido medial. No obstante como la delgada pared del pseudo quiste se desgarrar con facilidad y al dejar sin extirpar parte de la misma puede causar recidiva es conveniente practicar una disección cuidadosa. En las for--

mas relacionadas con el conducto tirogloso deberemos de seguir las prolongaciones que suelen llegar hasta los tejidos de la lengua y hasta la epiglotis y extirparlos mediante una disección cuidadosa.

Las formaciones mayores se extirpan mejor por vía de la región submentoniana mediante una incisión trazada paralelamente al borde del maxilar inferior. Se crea luego, obtusamente, un acceso al músculo milohioideo y se cae sobre el polo inferior de la glándula sublingual que se extirpa conjuntamente con la lesión quística, -- mediante disección obtusa después de ligar doblemente la arteria y la vena sublinguales. La mucosa bucal que da intacta y sólo hay que incidirla en el lugar en que está soldada inseparablemente con la lesión.

C A P I T U L O VI

**"ASPECTOS GENERALES DE LA REHA
BILITACION DE LA ARTICULACION
DE LOS SONIDOS".**

Cada paciente se debe valorar en Terapia de Lenguaje - Independientemente de su edad, para efectuar esto son indispensables los estudios de Audiología y Radiología.

Para la Terapia de Lenguaje se divide en varios grupos según la edad:

a) PACIENTES LACTANTES.

Se debe citar a los padres al departamento con objeto de recibir información, orientación y ayuda global sobre el desarrollo del lenguaje en los niños.

b) PACIENTES PREESCOLARES.

Desde los 18 meses, deben ir junto con sus padres - para terapia en forma de juego y elaborar el primer programa de adiestramiento domiciliario.

A partir de los dos años de edad, se hacen exámenes de comprensión y expresión del lenguaje y de nivel lingüístico por asociación. Si existe lenguaje oral, se hará la valoración de articulación y se hace grabación de la voz.

c) PACIENTES ESCOLARES.

Se hace la misma rutina que en los preescolares.

d) PACIENTES ADULTOS.

Dependiendo de los resultados y de la decisión integral de la clínica, se decidirá en cada caso dar terapia individual, de grupo o domiciliaria.

La Terapia de Lenguaje comprenderá: Articulación y Voz. En Lenguaje se trabajará en comprensión y expresión o nivel lingüístico. En Articulación se trabajarán los diferentes fonemas, palatales, velares, bilabiales, linguales, dentales. En Voz se trabaja únicamente después de los tratamientos quirúrgicos, en áreas velofaríngeas.

La Terapia de Lenguaje está indicada en los casos en -- que los órganos resonadores del sonido: Faringe, Fosas Nasales, Cavidad bucal y los articuladores: Lengua, Paladar y Labios se encuentran alterados en su función o posición.

Los Foniatras con objeto de saber cuáles y cómo están afectados los fonemas en un paciente, hacen un estudio completo del caso que incluye:

a) EXAMEN DE SU FORMA DE HABLAR.

Es importante tener una grabación de la voz, se debe tener un casset para cada paciente y antes de gra

barla se le explica al paciente el objetivo para que siempre hable con el mismo tono y volumen. Esta grabación debe incluir: Una ficha de identificación completa del paciente y la fecha de grabación al principio y al final de la misma. Con la grabación se hará el exámen de articulación, por tanto, se incluyen palabras y frases y se continúa con el lenguaje imitado y espontáneo.

Posteriormente se transcribe el resultado en el expediente del casset y se archiva junto con los modelos.

Durante la emisión de las consonantes, la presión del aire debe ser dirigida por la boca, lo cual no pasa en aquellas personas con algún tipo de patología bucal que permita la pérdida de presión del aire, produciendo una distorsión del sonido durante el habla.

) PARA EL EXAMEN DE LOS ORGANOS ARTICULADORES SE DEBE OBSERVAR.

1. La movilidad de los labios durante la emisión de los fonemas.
2. Los dientes, para ver cuáles intervienen en el --

lenguaje y en qué forma lo hacen.

3. El paladar blando, para ver si está funcionando - adecuadamente, es decir, si actúa como válvula que evita el paso de aire de la boca durante la respiración.
4. El paladar duro, para ver si hay o no un buen punto de articulación.
5. La lengua en la que se observará sobre todo su movilidad así como la existencia de algún factor -- que se lo impida.

c) EN LA INFORMACION GENERAL.

Edad del paciente, estado de salud, etc. es muy importante tener datos sobre el lenguaje en general, - tener audiometría para ver si su defecto de articulación no es por deficiencia auditiva, exámen de inteligencia para ver que tanto se puede esperar y poder exigir al paciente en un momento dado además del nivel cultural de la familia.

FICHA PARA EL EXAMEN.

Para corregir y ejercitar la articulación se utiliza:

a) ESPEJO.

Su uso tiene por objeto el doble fin de permitir la visualización y el control de los movimientos articulatorios en la emisión, al reflejar las imágenes que presentan maestro y paciente. La articulación que presente el maestro la tratará de imitar el paciente.

b) ABATELENGUAS.

Nos permitirá sostener la base de la lengua baja, - mantenerla aplanada, llevarla de uno a otro lado, - etc.

c) MONDADIENTES O PALILLOS.

En la ejercitación de algunos fonemas como la H, los mondadientes ayudan a colocar la lengua en situación óptima para obtener la correcta emisión.

d) VARILLA METALICA.

Se utilizará para obtener de la lengua mayor agilidad, suministrándose a ese efecto un suave masaje en forma plana, horizontal y con movimientos rápidos en la punta de arriba hacia abajo y viceversa.

e) PINZAS.

Estas representan una valiosa ayuda para movlizar la lengua, con ellas se puede enroscar la lengua, - llevarla hacia arriba, hacerla caracol, etc.

f) LAMINAS CON FIGURAS.

Una selecci3n cuidadosa de figuras para la ejercitaci3n de los distintos fonemas ayudar3, no solo a hacer m3s entretenido el adiestramiento de los ni1os, sino tambi3n a la emisi3n espont3nea de t3rminos con el fonema corregido.

EJERCITACION DE LOS ORGANOS QUE INTERVIENEN EN LA ARTICULACION.

La base del 3xito foni3trico est3 dado por la educaci3n de los movimientos de los 3rganos articuladores, los que deber3n ser coordinados y precisos en su punto de apoyo.

a) EJERCICIOS DE LENGUA.

1. Colocar la lengua en posici3n normal.
2. Llevarla cuanto sea posible fuera de la boca.
3. Llevar la lengua hacia los incisivos superiores.
4. Golpear la lengua contra los incisivos superiores cara anterior y posterior.
5. Elevar la parte media de la lengua.
6. Elevar la base de la lengua.

7. Arquear la lengua hacia arriba y hacia abajo.
8. Llevar la punta de la lengua de derecha a izquierda por dentro y fuera de la boca.
9. Girar la lengua con la boca abierta alrededor de ésta.
10. Doblar la lengua hacia arriba y desdoblarla repetidas veces.
11. Con la varita metálica dar masaje.
12. Con las pinzas doblamos la lengua hacia arriba y hacia abajo, la enroscamos, la hacemos caracol, - la llevamos de derecha a izquierda, etc.

b) EJERCICIOS DE GIMNASIA LABIAL.

1. Acercar la comisura de los labios y alejarlos.
2. Vibración de los labios.
3. Llevar el labio superior hacia afuera y arriba -- hasta rozar la nariz.
4. Rozar con los dientes los labios como si los mordiera; primero el labio superior y luego el inferior.
5. Juntar los labios y estirarlos hacia los costados tomados entre el índice y el pulgar.
6. Ejercicios de soplo:
 - a) Suave.
 - b) Rápido.

7. Llenar la boca de aire y éste que haga presión - sobre los labios que deben poner resistencia.

8. Masaje.

c) EJERCICIOS DE LOS MAXILARES.

1. Abrir y cerrar la boca rápida y fuertemente.
2. Abrir la boca despacio, cerrarla rápidamente.
3. Abrir la boca rápido y cerrarla despacio.
4. Mover la mandíbula de derecha a izquierda, rápido y luego despacio.

d) EJERCICIOS DE PALADAR BLANDO.

1. Levantar con fuerza la base de la lengua y bajarla.
2. Imitar el sonido de una campanilla (ding-dong).
3. Toser.
4. Bostezar.
5. Hacer gárgaras.

La reeducación de la articulación, comenzará con él o - los sonidos que el paciente pueda vencer con rapidez, de modo que no se desanime y sea un aliciente.

En la ejercitación con niños se empleará la actitud de juego, a fin de hacer más entretenida la ejecución, co-

mo será necesario que el educador sirva de modelo su articulación deberá ser completamente correcta.

La corrección del lenguaje deberá realizarse diariamente, en forma regular y sistemática para que sea efectiva, no deberá ser monótona. Se emplearán pocos minutos para irlos aumentando paulatinamente hasta llegar a 20 o también el tiempo dependerá de la índole de la perturbación, cantidad de ejercicios que se requieran, mentalidad y voluntad del paciente para la corrección, sin que se pueda generalizar en un tiempo promedio de tratamiento.

Las dislalias nasales son las más difíciles de corregir ya que en los pacientes con fisura palatina total la palabra es incomprensible, pues no solamente las vocales están nasalizadas, sino todas las consonantes, aunado --ésto, a la pobre coordinación que tienen los labios y -- la lengua en sus movimientos y de ahí el poco efecto -- sobre los sonidos.

La o las intervenciones quirúrgicas de preferencia se -- harán antes de la reeducación fonética de que el paciente empiece a hablar, así como en los casos en los que -- el paciente por alguna causa necesite el tratamiento --

quirúrgico.

Para este tipo de pacientes los objetivos del tratamiento son:

1. Fortalecer los músculos del paladar blando.
2. Enseñar al paciente a enviar el aire directamente afuera, a través de la boca abierta.
3. Aumentar la movilidad de la lengua, labios.
4. Enseñar al paciente a distinguir entre los errores articulatorios y los sonidos correctos.
5. Producir fonemas sin nasalidad.
6. Aumentar la capacidad respiratoria y regular la entrada del aire por la nariz y la salida por la boca para la emisión de la palabra oral.

EJERCITACION PARA FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DEL PALADAR BLANDO.

En primer término, masaje con el dedo índice, un par de minutos tres o cuatro veces al día.

Otro ejercicio consiste en levantar la base de la lengua con fuerza repetidas veces y se hace el ejercicio de bostezo y aprendiendo el movimiento se hace bostezar con la boca cerrada.

Luego se le hará arrojar aire por la boca, enseñándole

a soplar: inflar globos y bolsas de papel, hacer pompas de jabón.

La compresión de las alas de la nariz con los dedos no se utilizará más que para que el paciente se convenza - del defecto de que adolece y de la necesidad de que la respiración se cumpla por la boca.

Según los casos o de acuerdo con la elasticidad del paladar blando, entonces la ejercitación se iniciará con I-U, haciendo pronunciar estas vocales largamente, aumentando la fuerza de la espiración bucal, lo que se podrá apreciar colocando la mano abierta a dos o tres centímetros de los labios.

Después, en una sola emisión de aliento, se le hace decir IU, IO, UO, OE, EA. Una vez emitidas con corrección se unen a todas las consonantes excepto a las consonantes M, N, Ñ.

Para reforzar el reentrenamiento se aplican los ejercicios de labios, lengua y maxilares con el fin de dar mayor movilidad a estos órganos y mejorar la articulación sobre todo en los casos en que ha habido intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente expuesto cabe concluir que --
es deber del Cirujano Dentista de práctica general, --
conocer las patologías bucales que afectan de alguna --
manera la fonación, sea un daño temporal o permanente
el que ocasionan estas. Ya que en sus manos está el --
primer grado de consulta, en el cual deberá darse cu
ta del problema, realizar un buen diagnóstico y encau
zar al mejor plan de tratamiento, integrando todos los
aspectos tanto físico como social y psicológico, pues--
un análisis de estos elementos nos arrojará una adecu
da aplicación terapéutica.

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

- 1.- Azcoaga E. Juan
"TRANSTORNOS DEL LENGUAJE"
Ed. Cuenca Ediciones
Buenos Aires Argentina 1979
PP.39-45 y 112-126.

- 2.- Berendes J.
Link R.F. Zollner
"TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA"
Vol.I Trad.por el Dr.Juan Díaz Vázquez
Ed. Científico Médica 1970
Barcelona España.

- 3.- Buston C.P.
"EL DESARROLLO DEL LENGUAJE"
Ed. de la Unesco 1976
Pág.79-96.

- 4.- Berruecos, P.
"LAS ALTERACIONES DE LA ALTURA, LA INTENSIDAD Y
EL TIMBRE"
Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana.
XII: (2) 82-85 Agosto.Mayo
México 1972.

- 5.- Corredera S.T.
"DEFECTOS EN LA DICCIÓN INFANTIL"
Ed.Kapeluz Cuarta Edición
Buenos Aires Argentina 1972
Páginas 10-12, 33-38,79,82,149.

- 6.- Costich White
"CIRUGIA BUCAL"
Ed.Interamericana S.A. 1974
México. D.F.
P.Ps.128-142, 429-451, 512-526.

- 7.- Díaz C. Viale J.
"OTORRINOLARINGOLOGIA"
Ed. El Ateneo Sexta Edición
Argentina 1971
Pág.21-23 y 30-31.
- 8.- Garner Ernest M.D.
"ANATOMIA, ESTUDIO POR REGIONES DEL CUERPO HUMANO"
Segunda Edición 1971 Salvat Editores
Barcelona España
Pág. 746-755.
- 9.- Grabb Rosenstein,
"BZOOCH N.CLEFF LIP. AND PALATE"
Editorial Little.
Brown & Co.Frist Edition
Boston 1971
Pág.3-18, 61,62,71,72.
- 10.- Graber T.
"ORTHODONTICS W.B. SAUNDERS, CO."
Third Edition Piladelphia 1972
Pág. 232 a 254.
- 11.- Kurth H. Thoma
"ORAL SURGERY"
Vol.I y Vol.II
The C.U. Mosby Company 1968
Printed in EE.UU
Pág.176,177, 294-316, 36-48 y 725-752.
- 12.- La Velle W.
"CONSTRUCTION OF A MAXILIAR Y ORTHOPEDIC PROS---
THESIS"
"THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY"
Mosby,Co. 36: (6): 667
December U.S.A. 1976.

- 13.- Landis P. Fleming
"CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA"
"ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO INCAPACITADO"
Ed. Interamericana 1974
Pág. 719-720.
- 14.- M. Prives
N. Lisenkov
"ANATOMIA HUMANA"
Tomo I Trad. del ruso por el Dr. Finacoll
Ed. Mir Moscú 1971
Pág. 230-248.
- 15.- Maragalli J.
"MANUAL DE ENTONACION ESPAÑOLA"
Editorial Colección Málaga
México 1966
Pág. 15, 17.
- 16.- Mc. Donald. R.
"ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE"
Editorial Mundi Segunda Edición
Buenos Aires 1975
Pág. 440-450.
- 17.- Nieto H.
"ANOMALIAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCION"
Librería de Medicina
México 1967
Pág. 3-7, 56, 65, 70, 71, 73, 85, 132, 160.
- 18.- Pereyo Jorgo
"PERTURBACIONES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE"
Ed. El Ateneo
Argentina 1971.
- 19.- Quiroz G.F.
"ANATOMIA HUMANA"
Ed. Porrúa, S.A. Sexta Edición Tomos I y III
México 1970
Pág. 63, 67, 321.

- 20.- Shafer, Hine
"TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL"
Primera Edición (1977)
Ed. Interamericana, S.A.
México, D.F.
Pág. 149-156.
- 21.- Temperán L.W.
"LAS TECNICAS VOCALES"
Ed. Talleres Gráficos de la Comunidad del Sur
Uruguay 1970
PPS. 48-54.
- 22.- Trigos M.
"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CLINICA DE LABIO Y -
PALADAR HENDIDO"
Editorial Roer 3a. Edición
México 1976
Pág. 1-24.
- 23.- Vargas, T.E.
"LAS PROTESIS VELO-PALATINAS COMO AUXILIARES EN -
LA REHABILITACION FONIATRICA"
Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana II
II; (1): 3-17 Enero-abril 1960.
- 24.- Weyman, Joan
"ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS"
Ed. Mundi Buenos Aires Argentina 1976
Pág. 113-120.