



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**INTERRELACION MALA OCLUSION LENGUAJE  
EN ODONTOPEDIATRIA**

**T E S I N A**

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

ASESOR :

*[Firma]*  
C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS



MEXICO, D. F.

1994

**FALLA DE ORIGEN**



## **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 está 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.

**SEÑOR:**

**Por darme vida  
salud y fuerzas  
gracias**

**MAMA Y PAPA(+)**

**Por enseñarme el camino  
de la educación y superación  
para enfrentarme a la  
vida con amor  
Los Quiero**

**DR. PEDRO LUNA**

**Por el gran apoyo y las  
palabras de aliento  
durante todo este  
tiempo**

**Gracias**

**DR. JORGE CELIO**

**Mi esposo**

**Por estar conmigo en mis**

**buenos y malos momentos**

**e impulsarme en todos**

**y cada uno de ellos**

**Gracias Mi Amor**

**C.D. ALEJANDRO MARTÍNEZ SALINAS**

**Mi asesor de tesina por la paciencia e**

**interés que mostró durante el desarrollo de**

**esta; y la enseñanza adquirida**

**Gracias**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Gracias por permitirme formar  
parte de ustedes**

**MIEMBROS DE JURADO**

**Respetuosamente**

## **INDICE**

Introducción.....	1
-------------------	---

### **CAPITULO 1**

Consideraciones generales: Lenguaje y Habla.....	4
Aspectos del lenguaje.....	6
Mecanismos del habla.....	7
Desarrollo normal del habla en la niñez.....	7
Sonidos del habla.....	9
Clasificación de las consonantes.....	10

### **CAPITULO 2**

Dislalias orgánicas o mecánicas.....	12
Sigmatismos.....	14

### **CAPITULO 3**

Patología del lenguaje infantil.....	17
Transtornos de tipo expresivo y receptivo.....	19
Trastornos de la articulación.....	20

## **CAPITULO 4**

Fonética y maloclusiones.....	21
Dientes ausentes.....	22
Dientes desplazados y en mala posición.....	24
Mordida abierta.....	25
Mordida cruzada.....	26
Maloclusión Clase II de Angle.....	27
Maloclusión Clase III de Angle.....	28

## **CAPITULO 5**

Fonoodontostomatología en discapacitados.....	30
Malformaciones congénitas.....	31
Clasificación de la voz en el fisurado.....	32
Paladar y labio hendido.....	34
Parálisis cerebral.....	35
Odontólogo y Foniatra.....	36
Conclusiones.....	38
Referencia bibliográfica.....	39

## **INTRODUCCIÓN**

Si nos interrogamos acerca de cuales han sido los factores que han influido de forma trascendente, para que la especie humana, haya y este logrando, la superación en todos los ámbitos, con respecto a los demás seres vivos ¿Cómo ha surgido esa capacidad para transformar su medio ambiente, para crear y destruir, para dar bienestar, atención, y para ser un gigante ?

Sin duda podremos responder: en esta larga transformación desde que el hombre apareció en la tierra hasta llegar al plano actual, han contribuido enumerables factores, desde su capacidad de bipedestación, sus cambios de hábitos ya sea de alimentación, trabajo, su resistencia a los embates naturales, o creados por él mismo; como la guerra o su contraparte de esta, necesidad de ayuda mutua. En fin podríamos numerar muchos factores que en cada cultura han tenido diferente influencia.

Sin embargo, considero que el resultado de lo que el hombre es hoy, ha sido sustentado por la capacidad de poder transmitir sus experiencias, desde que surgió hasta la actualidad. ¿ Y cómo ha sido esto ? Obviamente a través de un



método de transmisión, que es el lenguaje en sus diversas formas de expresión. El lenguaje hablado es la forma cotidiana de comunicarnos, de expresarnos, de manifestarnos, sin embargo ¿Cuántas veces nos ponemos a pensar en su función tan primordial e ilimitantes que este puede tener ?

El lenguaje hablado, es el resultado de una integración de estructuras anatómico funcionales que contribuyen para que este pueda lograrse. Dentro de estas tenemos , al S.N.C. y P, esfínter velofaríngeo, laringe, y estructuras dentofaciales. La alteración en cualquiera de estas traduce alteraciones en la expresión del lenguaje y por lo tanto en la interrelación del sujeto afectado con su medio ambiente.

Nuestra práctica odontológica per se hace que diariamente estemos en contacto con los elementos que producen el lenguaje, y por lo tanto que seamos nosotros como profesionistas los que tenemos la capacidad para discernir si existe o no patología y claro ¿Por qué no? integrar un diagnóstico y planes de tratamiento cuando este en nuestra

área o conjuntar el apoyo interdisciplinado con algunas otras especialidades.

En odontopediatría podemos valorar la maduración de mecanismos del lenguaje hablado, la superación que nuestros infantes van teniendo de acuerdo a los tratamientos específicos.

Nuestra práctica por lo tanto no se limita al restablecimiento de las alteraciones congénitas o adquiridas de la cavidad oral . Nosotro s proporcionamos función y estética. Y dentro de la primera está implícita nuestra capacidad para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de alteraciones fonéticas.

El lenguaje hablado en el niño es un instrumento para integrarse plenamente a la sociedad.

El objetivo de esta tesina es investigar las alteraciones fonéticas vinculadas con trastornos dentofaciales. Enfatizar que los trastornos en la oclusión y dentofaciales se correlacionan con alteraciones fonéticas.

## **CAPITULO 1**

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

#### **LENGUAJE Y HABLA**

**Lenguaje:** Conjunto de sonidos articulados o palabras que expresan diferentes ideas.

El lenguaje como se menciona antes , no nada más puede ser expresado por medio de sonidos o palabras sino también:

**Escrito.-** Mediante signos gráficos , dibujos.

**Explosivo.-** Expresión súbita de palabras en voz alta.

**Hablado.-** Lenguaje oral

**Corporal .-**Expresiones faciales, miradas, movimientos ,tacto.

Como podemos darnos cuenta, el lenguaje en sus diferentes expresiones, es un medio de comunicación mundial, pasada , presente y futura. Un aspecto muy importante que hay

que resaltar es que el lenguaje no se inicia al articular las primeras palabras o balbuceos , sino desde el momento de la gestación y del nacimiento al tener contacto con el medio ambiente y al recibir los primeros estímulos.

**Habla.** Facultad de articular y dar expresión a las palabras en su propio código (idioma-lenguaje).

El habla es una actividad aprendida que depende de la maduración del, organismo, de la acción coordinada y precisa de los musculosa los cuales pueden estar realizando a su vez otras funciones al mismo tiempo.

Las modulaciones acústicas del habla están formadas por la respiración, fonación, resonancia y articulación.

El habla normal exige una corriente de aire rápidamente disponible, adecuada controlada y sistemáticamente dirigida. El aire es inhalado con rapidez y es producida típicamente durante un período más prolongado de la respiración.

En las definiciones anteriores (lenguaje- habla) se menciona el término articulación y esto se refiere a la ubicación y movimientos de los labios dientes lengua mandíbula paladar y estructuras asociadas durante el habla.

## **ASPECTOS DEL LENGUAJE**

Se encuentra conformado por cuatro aspectos principales.

A.- Fonético y fonológico. Estudia los sonidos del lenguaje.

B.- Morfosintácticos.-

a) Morfología: Estudia la estructuración de las palabras.

b) Sintaxis: Estudia la estructuración de las oraciones.

C.- Semántico: Estudia la relación entre el significado del signo lingüístico.

D.- Pragmático: Estudia el uso del lenguaje en una situación comunicativa.

## **MECANISMO DEL HABLA**

Se encuentra formado por diversos sistemas estructuras y cavidades, las cuales son coordinadas para producir la modulación acústica dinámica del habla.

1. Tracto vocal.- Resonancia articular.
  2. Laringe.- Fonación
  3. Sis. Respiratorio.- Fuente de energía
- Integración.- Actividad dentro del sistema nervioso.

## **DESARROLLO NORMAL DEL HABLA EN LA NIÑEZ**

El lenguaje y el habla durante la niñez, es una faceta única del crecimiento y desarrollo humano. Es por eso que se considera de gran importancia conocer el mismo desde sus inicios.

La primera forma de expresión en un recién nacido es el llanto. pero a medida que pasa el tiempo, este varía y nos puede

**indicar dolor, hambre sueño, etc.; y así es como la primera expresión de lenguaje se utiliza para satisfacer demandas.**

**En los primeros meses de vida el infante muestra respuesta al sonido, parpadeo etc.**

**En el cuarto y quinto mes dan respuesta orientadora girando la cabeza hacia la voz emitida ó algún estímulo(campanitas).**

**Del cuarto al sexto mes, comienza el intento ó pronunciación de sonidos , en este caso balbuceos.**

**De los seis a los ocho meses, empiezan con frases palabras cortantes como (ba-ba) o simples vocales , que pueden ser respuesta a alguna alteración del mismo como gritos , movimientos.**

**De los 9 a los 11 meses empiezan con frases cortas como mamá papá.**

**De los 12 a los 14 meses empieza la imitación espontánea tratando de dominar nuevas palabras o sonidos pero en esta edad sería más fácil para él , entender que expresarse.**

De los 24 a los 36 meses será una etapa de gran interés por el habla (desarrollarla) la cual tendrá mejor expresión a partir de los 36 meses.

Lo antes mencionado no es una regla exacta pues existen variaciones en cada infante pero si es una aproximación de lo normal y una forma de darnos cuenta ó conocer como inicia el desarrollo del lenguaje y habla.

## **SONIDOS DEL HABLA**

Estos se encuentran en divididas en dos categorías principales:

1) **Vocales:** Las vocales y los diptongos (combinación de vocales) necesitaran la formación de configuraciones bastante constantes del tracto vocal, el cual con una constricción mínima produce las vocales mismas siendo estas e l resultado de la resonancia cavitárea aérea.

2) **Consonantes:** Son producidas en general por constricciones del tracto vocal; la producción de sonidos consonantes requiere constreñir , obstruir o modular el tracto vocal.



a) **Consonantes mudas:** Tienen como única fuente de sonido la modulación de corriente de aire respiratorio resultando de una constricción u obstrucción.

b) **Consonantes audibles:** La fuente de sonido laríngeo o se suma a las modulaciones de la corriente respiratoria.

Los sonidos de las consonantes son importantes por que representan los elementos portadores de información del habla y contribuyen a la inteligibilidad del habla. Pag. 677 Fig. 25.1

Los sitios principales de la producción de las consonantes son:

Labios.- Consonantes labiales

Labios y dientes.- Consonantes labiodentales

Lengua y dientes.- Consonantes linguo interdentes

Lengua y paladar.- Consonantes linguo palatinas

Glottis.- Consonantes glóticas.

## **CLASIFICACIÓN DE CONSONANTES**

1. **Explosivas (P) (B) (T) (D) (K) (G).**- Son producidas por la oclusión del tracto vocal en determinada ubicación, elevando la presión del aire detrás de este sitio.

2. **Fricativas: (F) (V) (Th) (S) (Z) (3) (Sh).**- Son producidas dirigiendo la corriente de aire a través de una constricción bien definida a través del tracto vocal, el cual no queda en oclusión completa durante la formación de estas consonantes.
3. **No Fricativas: (Ch) (d).**- Son producidas por la combinación de maneras fricativas y explosivas de producción. El resultado acústico, sin embargo es percibido como un solo sonido.
4. **Deslizantes: (L) (W) (R) (S).**- Son producidas en un tracto vocal relativamente abierto y son el resultado de la resonancia cavitaria aérea. En la producción de esta se encuentra en movimiento los elementos articuladores del habla.
5. **Nasales: (N) (M) (Ng) .**- Son producidos por la orientación del aire el sonido a través de la nariz, creando resonancia tanto en la cavidad bucal como en la nasal.

Aproximadamente la mitad de las consonantes son producidas complementando la actividad articuladora con la vibración de las cuerdas vocales, (consonantes audibles), la otra mitad son producidas en ausencia de vibraciones de las cuerdas vocales (consonantes mudas).

## **CAPITULO 2**

### **DISLALIAS ORGÁNICAS O MECÁNICAS**

**Dislalia:** Defecto en la articulación de los fonemas producido por un punto o modo de articulación incorrecto , sin lesión orgánica en el aparato fonético.

La parte foniátrica más relacionada con la odonto estomatología está representada por los trastornos que alteran los órganos periféricos del lenguaje en la pronunciación, lo que recibe el nombre de dislalias orgánicas ó mecánicas.

Para facilitar la descripción de los diversos trastornos, las dislalias de la función fónica se dividen en :

-Dislalias labiales: provocadas por labio fisurado, mutilación de labios, parálisis facial, mal posiciones dentarias, ausencia de los incisivos superiores.

-Dislalias Maxilofaciales y dentales: Son trastornos de origen maxilomandibular, se trata de dislalias orgánicas que al igual que las dentales interesan con especial atención al odontoestomatólogo. Los sonidos afectados pueden ser (T) (D) (N) (L) (S).

**Respecto de la fisura palatina los sonidos afectados son (L) (R) (N) (S), los cuales son evidentes por malformaciones típicas de los dientes superiores.**

**La razón es que la malformaciones maxilomandibulares y dentarias son muy importantes, lo que exige la imposición de una nueva función; y gracias a los perfeccionamientos y progresos de la cirugía plástica y de las prótesis, los resultados terapéuticos de la fonoaudiología son notables.**

**-Dislalias linguales. En los labios fisurados son raras las dislalias graves de origen lingual; pero por lesiones de la lengua se puede afectar la formación de vocales prelinguales; sucediendo lo mismo en las vocales formadas en la parte media y posterior de la lengua.**

**Así ciertas vocales como la (V) la (i) y la (e) se deforman y todas se parecen a la (e), tampoco la vocal (a) resulta neta; también las consonantes sufren alteraciones.**

**El habla por estos trastornos se hace incomprensible y deformado.**

**-Dislalias de la (r) ó rotacismo: Las dislalias maxilomandibulares y sobre todo las dentarias, producen frecuentemente una rotación interdentario.**

El rotacismo nasal hace la (r) velar a consecuencia del insuficiente poder obturador del velo produciendo un sonido de compensación que se parece a la (s).

-Dislalias de la S y la Z: Una anomalía de las arcadas dentarias o simplemente una malposición dentarias aislada pueden ser muy importantes en este transtorno, pero son mas predisponentes que determinantes.

La influencia de las arcadas dentarias en la producción de la (S) puede explicarse, pues para producir una (S) correcta, la lengua de be apoyarse sobre las caras pelatinas de los dientes superiores y la menor variación del contacto en ancho de la lengua y los dientes puede comprometer su producción.

## **SIGMATISMOS**

**Sigmatismos :** Uso frecuente incorrecto o vicioso de la letra (S).

Los sigmatismos de origen dentario y maxilomandibular pueden dividirse según su origen en :

1. **Sigmatismo labio dentario:** Parece una "S" soplada entre los incisivos superiores y el labio inferior; se encuentra a menudo en las prognasis mandibular así como en las protrusiones maxilares.

**2. Sigmatismo interdentario:** La punta de la lengua avanza entre los entre los incisivos superiores e inferiores y produce un sonido parecido a la "th " inglesa. Se observa en los niños raquíuticos atacados de malformaciones. Se nota también en los niños que tienen una posición distal de la mandíbula asociada a una protrución de la arcada dentaria del maxilar superior; cuando existe diastemas anteriores; en la mordida abierta anterior y en los niños que se chupan el dedo. Las mismas causales pueden actuar sobre las "T" la "d" y la "n" por lo que se habla de múltiples interfentalidades.

**3. Sigmatismo postdentario :** La lengua se apoya sobre la cara lingual de los incisivos superiores en toda su anchura y producen este sonido por la imposibilidad de formar la gotera. Este trastorno acompaña a muchas disgnasias y mal posiciones dentarias.

**4. Sigmatismo estridente:** se produce por la dispersión del aire delante de los incisivos superiores en malposición.

**5. Sigmatismo lateral :** Es el caso mas frecuente de mala pronunciación de la "S". La lengua se apoya solamente de un lado y se levanta del otro para tomar contacto con los dientes multicuspidés. Este trastorno acompaña frecuentemente las prognasias mandibulares, latenognasias y , en ausencia de ciertos dientes en fuente vestibulación, al maxilar atrésico.

**6. Sigmatismo palatino: Se forma entre la lengua y el paladar duro.**

En el momento de actual, los fonoaudiólogos afirman que cuando existe una anomalía maxilomandibular, su corrección debe hacerse simultáneamente con el tratamiento ortodoncico. De acuerdo con el fonoaudiólogo, el ortodoncista ú ortopedista puede agregar ciertos accesorios a los aparatos para estimular la lengua y ayudar a la corrección del lenguaje. La presencia de un aparato, aún en forma de placa, puede estimular tanto a la lengua como a los músculos masticadores.

De la colaboración de ambos, profesionales, se obtienen resultados más rápidos en la reconstitución del sonido normal.

La colocación de un aparato puede determinar que la lengua adquiera rápidamente una sensación de orientación, de la cual estaba privada, y la noción degnocia muscular, que a menudo es defectuosa. En la reducción de la lengua, el aparato interviene como un factor de estimulación para su movilidad y un factor de localización para su orientación.

## **CAPITULO 3**

### **PATOLOGÍA DEL LENGUAJE INFANTIL**

Durante la adquisición y el desarrollo del lenguaje infantil aparece una serie de cuadros clínicos que se manifiestan en general por desviación cuantitativas y cualitativas, de la norma se ha creado un conjunto de entidades nosológicas, difícilmente delimitables, en la que los datos clínicos suelen suponerse unos a otros y entre los que muchas veces es difícil encontrar las características de identidad que los define.

En general se acepta que un niño tiene un retraso de lenguaje si su expresión y/o comprensión del mismo son considerados deficientes siempre que esto no se pueda explicar por una pérdida auditiva, un déficit motor una exposición inadecuada del lenguaje.

Como se advierte, esta definición se basa en criterios de exclusión y delimita una manera negativa el campo clínico de una patología del lenguaje que correspondería a las llamadas dísfasias infantiles (dísfasias de desarrollo, de evolución, afasias congénitas). Esta definición permite distinguir las dísfasias de desarrollo de las afasias infantiles, entendidas estas últimas



**como un trastorno del lenguaje que tiene como características esenciales al parecer como consecuencia de una lesión del sistema nervioso central de un momento en que el lenguaje ya existía en el niño que padeció la afección cerebral.**

**La secuencia de adquisición fonética donde la maduración de articulación cronológica se demostró en la naturaleza de los errores que cometían los niños , se pueden notar los siguientes patrones de errores en las normas de desarrollo:**

**Omisión:** aparentemente la habilidad fisiológica para producir los sonidos correctamente, no estaba bien establecida en los niños más pequeños.

**Distorsión:** Aparentemente los niños se esforzaron para producir los sonidos en forma correcta, pero no los produjeron con precisión.

**Sustitución:** aparentemente existía la habilidad fisiológica para producir los sonidos de la prueba, pero se sustituyeron por otros, los podían producir los sonidos, pero no lograron colocarlos en su lugar dentro de las palabras.

Por lo regular a los seis años ya se ha desarrollado la capacidad de producción de habla de modo firme, con excepción de los sonidos (d) y (x) y la mezcla (dr).

## **TRASTORNO DEL LENGUAJE DE TIPO EXPRESIVO Y RECEPTIVO**

El trastorno del lenguaje de tipo expresivo esta caracterizado por una articulación inmadura, vocabulario restringido y mala construcción de oraciones de un niño que tiene una comprensión normal y comunicación no verbal también normal.

El de tipo receptivo, implica una deficiencia para el desarrollo, comprensión al igual que la expresión verbal. La percepción sensorial de los símbolos auditivos y visuales es mala.

## **TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN**

**Es un defecto para aprender ciertos sonidos del lenguaje de desarrollo tardío, lo que da una calidad infantil.**

**Aunque el problema básico no puede cambiar, es importante el comportamiento de padre al tratar al niño que presenta cualquiera de los trastornos mencionados anteriormente. Los padres indulgentes pueden responder con rapidez y hacer innecesario el lenguaje diferente y seguro. Los padres desinteresados pueden fracasar en dar experiencias de aprendizaje o en buscar la comunicación. Las expectativas realistas y una actitud de apoyo son mas útiles.**

## **CAPITULO 4**

### **FONÉTICA Y MALOCCLUSION**

La posición de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla, es por eso que las alteraciones y la dentición pueden contribuir a errores en la articulación de los sonidos que se están desarrollando, así como en sonidos ya establecidos.

Es conveniente aclarar en el primer término que hay una alta cantidad de maloclusiones, aunque no necesariamente esto signifique que la maloclusión sea por si misma la causa de las dislalias.

Clínicamente es necesario comprender porque algunas personas pueden adaptarse a las maloclusiones y otras no; esto puede ser cuando existen serias maloclusiones y no hay defectos en la articulación por que la lengua y labios son capaces de adaptarse a severas malposiciones dentarias; en otros casos estas malposiciones son mínimas y la alteraciones fonológicas severas.

**Los efectos sobre el habla pueden ser de dos tipos:**

1. **Directos:** Por las dificultades mecánicas que tienen las personas al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.
2. **Indirectos:** Debido a la influencia que las deformidades pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Por lo tanto en presencia de maloclusiones pequeñas o severas puede ser difícil o imposible producir ciertos sonidos, por lo cual una efectiva terapia fonética puede requerir primero un tratamiento de ortodoncia, prótesis o cirugía.

## **DIENTES AUSENTES**

Cuando hay espacios edéntulos los recursos individuales de ajuste son variados, la pérdida dental durante la infancia y el espaciamiento excesivo de los incisivos centrales son causa de afección sibilante.

La pérdida precoz de los dientes primarios puede favorecer al desarrollo de una mala oclusión o hábitos de

**movimiento lingual que se conserva aún después de que los dientes permanentes erupcionen ( Bloomer ).**

**Los espacios edéntulos en zona de los ocho dientes anteriores prevalecieron más en niños con defectos fonéticos que en hablantes promedio. Sin embargo un porcentaje elevado de sujetos con alteraciones fonéticas también presentaron mordida abierta o colapsada. ( Fymbo ).**

**En niños sin dientes en mala posición se estudio la producción sibilante y se comunico pronunciación no afectada de la ( S ), en ciertos casos. ( Snow ).**

**Se encontró que los pacientes con buena articulación, a pesar de carecer de incisivos tendían a desarrollar retrusión de la mandíbula y colocación del vértice de la lengua por debajo del borde de los incisivos inferiores durante la producción del sonido ( S ).**

**Todos los sujetos con pronunciación defectuosa ( S ) tendieron a proyectar la lengua por debajo de los incisivos y a conservar el labio superior en una postura más baja de lo normal.**

## **BIENTES AUSENTES**



## **DIENTES DESPLAZADOS Y EN MALA POSICIÓN.**

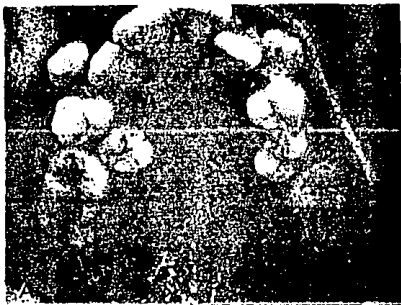
La anomalías en la posición de los dientes individuales quizás impidan los contactos valvulares normales de la lengua y labios. Las distorsiones de articulación por interferencia con la actividad lingual o labial son más frecuentes en la mordida abierta con en la cruzada excesiva.

La inclinación labial exagerada de los incisivos superiores tal vez altere la producción de sonidos bilabiales y causen además distorsión sibilante al igual que los dientes anteriores en linguoversión también pueden afectar de manera negativa estos sonidos sibilantes.

La erupción dental ectópica acontece por apiñamiento extremo o hipoplasia de los arcos dentarios, la erupción ectópica del lateral o canino es frecuente en personas con paladar hendido.



# BIENTES DESPLAZADOS Y EN MALA POSICION



## **MORDIDA ABIERTA**

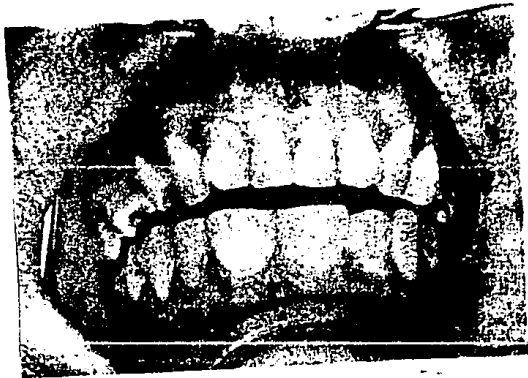
Se refiere a la situación en la que existe un espacio entre las superficies oclusales e incisales de los dientes superiores e inferiores cuando la mandíbula se lleva a la posición oclusal céntrica habitual. ( Graber ).

El problema fonético más usual relacionado con la mordida abierta comprende interdentalización de los sonidos silibantes /s/ /z/, en ocasiones /sh/ /zh/ y los africados /ch/ /j/.

En un estudio realizado con 437 pacientes niños que presentan fonación defectuosa la única vinculación que se encontró fue la mordida AB, sin embargo la intensidad del ceceo no se relaciono con el grado de esta. (Bernstein ).

En contraste en un estudio de mordida abierta provocada en hablantes normales el índice de error fonético aumentó en relación directa con ña apertura incisal. ( Warren ).

# MORBIDA ABIERTA



## **MORDIDA CRUZADA**

Se refiere al caso en que uno o mas dientes ocupan posiciones anormales en sentido vestibular, lingual o labial con respecto a los dientes antagonistas.

Dentro de la mordida cruzada encontraremos dos tipos:

1. **Mordida cruzada anterior:** Afecta la producción de cualquiera de la consonantes, ya que el alvéolo superior se halla en sentido posterior con respecto a su ubicación normal en relación con la lengua.
2. **Mordida cruzada posterior:** Se mezcla en ocasiones con ceceos laterales en casos como micromisia hemifacial, la mandíbula puede desviarse de tal forma que la lengua adopte una posición desfavorable a la producción de sonidos silibantes y africados.

Diversos investigadores consideran que la mordida cruzada es un factor primordial en los problemas fonéticos o del habla.

## MORDIDA CRUZADA



## **MALOCCLUSION CLASE II DE ANGLE.**

En esta oclusión la mandíbula se encuentra en relación distal o posterior con respecto al maxilar, situación que es manifestada por la relación de los primeros molares permanentes.

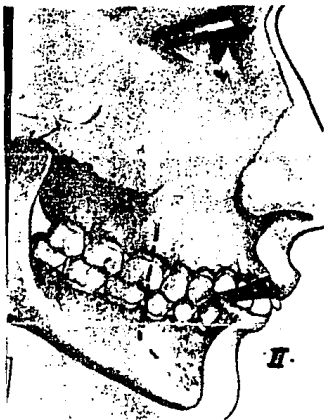
La maloclusión clase II extrema puede interferir con el cierre labial en la producción de consonantes bilabiales.

Adolescentes con este tipo de maloclusión presentan retrusión mandibular y abertura incisal, durante la producción de sonidos ( S ) en comparación con un grupo que presenta oclusión normal.

Los hablantes cuya pronunciación era defectuosa en el grupo con maloclusión protuían el vértice lingual mientras que el grupo de sujetos con pronunciación normal y maloclusión dirigida hacia atrás la punta de la lengua en relación con los incisivos inferiores.

En una correlación entre la maloclusión clase II y los ceceos interdentes se observó que la lengua se ubicaba de manera incorrecta en sentidos verticales anterior-posterior o ambos, encontrándose también una relación entre maloclusión clase II y los ceceos laterales.

## MALOCCLUSION CLASS II DE ANGLE



## **MALOCCLUSION CLASE III DE ANGLE.**

Se refiere cuando la mandíbula esta en una relación sobresaliente con respecto al maxilar.

La maloclusión clase III puede alterar la producción de consonantes denominadas verticedentales o vértice alveolares, cuando se intentaba producir los sonidos ( T ) ( D ) con la punta de la lengua contra el labio superior en vez del proceso alveolar.

Fue observada la producción invertida de las consonantes labio dentales ( F ) ( V ) en pacientes clase III emitiendo tales sonidos con los incisivos inferiores contra el labio superior en vez de hacerlo con los superiores contra el inferior. ( Witzel ).

Se registró una posición lingual en descanso más inferior y posterior en adolescentes maloclusión clase III y al producir el sonido ( S ) tales sujetos presentaban:

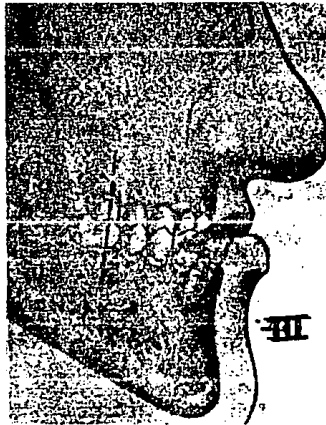
1. Retrusión lingual en un intento evidente por alcanzar la relación normal del vértice lingual con los dientes superiores.
2. Incremento en la depresión mandibular.
3. Distancia mayor que la normal entre la punta de la lengua y los dientes anteriores inferiores.



**A pesar de estas compensaciones solo se identifico ( S ) normal en uno de los 12 sujetos estudiados.**

**En prognatas la posición hacia adelante de la inserción anterior de la lengua en relación con el maxilar pudiera perjudicar los intentos por conseguir la compensación del habla.**

## **MALOCCLUSIONES CLASE III DE ANGLE**



## **CAPITULO 5**

### **FONODONTOESTOMATOLOGIA EN DISCAPACITADOS**

En este capítulo se estudiarán los trastornos severos de las praxias ( Coordinación de los movimientos ) orales, que se manifiestan como desviaciones de la función masticatoria deglutoria y del habla. Estos problemas se encuentran relacionados con algunas patologías como:

1. Malformaciones congénitas.
2. Parálisis cerebral.
3. Deficiencia mental.

Dando esto como resultado:

1. Desequilibrios musculares.
2. Conductas bizarras de alimentación.
3. Profuso babeo.
4. Falta de capacidad para lograr la instrumentación de la palabra.

## **MALFORMACIONES CONGÉNITAS.**

Pueden ser agrupadas en:

1. La que forman disturbios generalizados: síndromes que presentan asociados a otras malformaciones que pueden abarcar sistema musculo esquelético, cardio vascular, genitourinario, nervioso central, etc.
2. La aislada cuya expresión es la displasia oral: fisuras provenientes de variados factores etiológicos, esta pueden ser uní o bilateral y abarcar una o varias partes de la cara labio, reborde alveolar, paladar óseo.

El abordaje terapéutico para las malformaciones debe realizarse con un equipo especializado en la materia como:

- a) Cirujanos plásticos o infantiles.
- b) Odontólogos.
- c) Fonoaudiólogos.
- d) Pediatras.
- e) Otorrinolaringólogos.

El odontólogo del infante y el fonoaudiólogo deben trabajar en estrecha interrelación, uno para orientar el crecimiento facial y el otro para lograr que las funciones orales sean lo más normales posibles.

Rehabilitar a un fisurado no sólo es conseguir que tenga un aspecto normal, si no fundamentalmente que mastique, degluta y hable satisfactoriamente.

## **CLASIFICACIÓN DE LA VOZ EN EL FISURADO (MADAME BOREL).**

Fonación 1: El sujeto habla normalmente el cierre velofaríngeo es normal consiguiéndose por movimientos activos faríngeos. En ciertos fonemas no es buena la calidad, el timbre de consonantes anteriores es el que generalmente se afecta.

Fonación 2: Corresponde a una fonación en la que la articulación de todos los fonemas está analizada. Sin embargo el desperdicio del aire por la nariz puede ser corregido mediante reeducación. Son generalmente casos operados que requieren tratamiento foniatrico.

**Fonación 3:** Caracterizada por la aparición de consonantes glotales con timbre de voz nasalizado. Corresponde a los casos que no han sido operados a su debido tiempo. Téngase en cuenta que en cuanto se mentalizan los mecanismos praxicos de estas consonantes glotales aún después de operados cuando el sujeto habla espontáneamente recurra a las ejecuciones de los glotales y no se modifica el habla. De aquí la indicación quirúrgica en el tiempo y cronología oportunos.

## **PALADAR Y LABIO HENDIDO.**

Los problemas del habla están relacionados con las deformaciones del paladar y el labio hendido; por lo cual fonación, nesonación y articulación pueden ser profundamente afectados.

La incompetencia velofaríngea, comunicación nasobucal, morfología palatina anormal, maloclusión dentaría severa, postura lingual anormal y labio patológico impiden también la producción de sonidos normales.No obstante de el auxiliar quirúrgico, muchos de estos pacientes se encuentran fuera del alcance del ajuste y limitados

Con respecto al grado de mejoramiento que pudiera proporcionarles la fonoterapia. Mucho depende del tipo, la deformación o hendidura, la técnica y momento del tratamiento quirúrgico, patrón de crecimiento y desarrollo, grado en que se encuentra afectado.

## **PARÁLISIS CEREBRAL**

Definimos parálisis cerebral como el componente neuromotor del síndrome de daño cerebral al que pueden o no estar agregados otros componentes como los sensoriales, convulsionismo, conducta y la personalidad de la inteligencia y lenguaje.

Los niños con parálisis cerebral frecuentemente presentan dificultades desde el nacimiento debido a la perturbaciones neuromusculares a nivel orofacial y estas son:

1. Succión.
2. Masticación-Deglución.
3. Fonación.

Una forma de manejar al niño con este problema es ayudarlo a mejorar el control de la cabeza, tronco, alimentación, mejorando esto el desarrollo del lenguaje, es decir un patron de respiración casi normal, coordinando los movimientos de la boca, lengua y posibilidad de imitar sonidos sin demasiado esfuerzo, lo que llevara a una articulación poco forzada.



## **ODONTÓLOGO Y FONIATRIA.**

La maduración del habla y el lenguaje representa uno de los rasgos mas importantes en el desarrollo del niño, por lo cual cuando se presentan anomalías en estos puede llegar a afectar el crecimiento y desarrollo del infante , aunque a simple vista todo parezca normal.

En niños pequeños es necesario valorar la capacidad de articulación por medio de comparación de datos según su edad, pues esto sigue una diversidad de reglas o procesos fonológicos vinculados al desarrollo a medida que aprenden el sistema sonoro.

En adultos es importante realizar una evaluación además de los procesos normales de desarrollo del modo de articulación de los fonemas; para darnos cuenta a que grado un tratamiento dental es satisfactorio para mejorar la calidad de estos, y requerirlo hacerle ver al paciente que necesita una atención adicional dada por el foniatra, el cual ayudará a mejorar su lenguaje.

El interés que muestra el odontólogo por estas alteraciones es normal y no por esto quiere decir que el odontólogo se convierta en foniatra, al contrario tener las

**aptitudes y capacidad de detectar estas alteraciones es muy importante pues de esta manera el odontólogo podrá dar las primeras atenciones al paciente en lo que esté es canalizado o remitido con el foniatra y así ambos trabajar en equipo, uno rehabilitando dentofacialmente y el otro física, social y psicológicamente.**

## **CONCLUSIONES**

**La posición de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla, por lo cual se debe hacer hincapié que en muchas ocasiones el odontólogo puede ser el primer profesional consultado para el asesoramiento de los problemas de lenguaje y es obligación del mismo explicar o hacer entender a los padres que no necesariamente las anomalías dentofaciales son la causa directa de un problema de lenguaje, que pueden existir otros causantes que estén en combinación con estos problemas como pueden ser psicológicos sociales físicos ambientales y algún hábito, por esta razón se deberá trabajar en equipo con el foniatra.**

**No debe olvidarse que en la obtención de los resultados debe contenerse con la voluntad de cooperación e inteligencia del paciente y que los esfuerzos mancomunados del odontoestomatologo fonoaudiologo y de los padres constituirá la base de un resultado lleno de satisfacción.**

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Ortodoncia teórica y practica**

Dr. T. M. Graber

Ed. Interamericana

Pag 449-450

México 1974

### **Odontología para el niño y el adolescente**

Ralph Mc Donald - David R. Avery

Ed. Mundi

Pag 671-678

### **Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología**

María Luisa Segovia

Ed. Panamericana

Pag 7-235

Argentina 1988

**Cirugía bucal y maxilofacial en niños****L. B. Kaban****Ed. interamericana****Pag 65-72****México 1990****Neuropediatría, neuropsicología y aprendizaje****Jaime Tallis- Ana María Soprano****Ed. Ediciones Nueva visión****Pag 109-124****Buenos Aires 1991****Ortodoncia****Thomas M. Graber- Brainerd F. Swan****Ed. panamericana****Pag 30,60,67****Buenos Aires 1992****Desarrollo del lenguaje****Philips S. Dale****Ed. trillas****Pag****México 1992**

**Incorporación de comienzos de la fonación en individuos con balbuceo**

**Pesak S. Urbanak K.**

**Journal folia phonethica**

**Zechoslovakia 1993**

**Terapia miofuncional en pacientes con disfunciones urofaciales afectado el lenguaje**

**Bigenzahn W. Fishman L.**

**Journal folia phonetrica**

**Viena, Austria 1992**

**La oportunidad del tratamiento para las maloclusiones**

**clase II en niños**

**Gregory J. King**

**The angle ortodontist**

**Gainesvilla1989**